

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada klien prenatal dengan pre eklampsia berat yang dilaksanakan mulai tanggal 10 Juli 2000 sampai dengan tanggal 12 Juli 2000 di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Penulis mengajukan kasus sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Pengumpulan data pada tanggal 10 Juli 2000

a. Identitas klien

Nyonya Rt. Umur 31 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, status kawin, agama Islam, pendidikan SLTA, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Dukuh Manunggal 126 Surabaya, identitas suami Tuan Is, umur 33 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, agama Islam, pendidikan SLTA, pekerjaan swasta, alamat Dukuh Manunggal 126 Surabaya.

b. Keluhan utama

Klien menyatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan saat di rumah mengatakan nyeri terus – menerus pada perutnya kemudian klien buat tidur tapi masih belum hilang, akhirnya klien di bawah keluarganya ke RSUD Haji Surabaya dengan diagnosa masuk G 1 Po – o dengan keluhan bengkak pada kedua kakinya dan berat badan naik 1-2 kg

per minggu selama kehamilan tua, berat badan sebelum hamil 45 Kg, tekanan darah 160/110 mmHg, usia kehamilan 36 minggu (9 bulan).

d. Riwayat kesehatan lalu

Klien menyatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi atau penyakit yang mempengaruhi kehamilan seperti hipertensi diabetes militus. Klien menyatakan sebelumnya belum pernah hamil.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Dari anamnesa didapatkan bahwa keluarga klien juga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, pre eklampsia atau eklampsia serta keturunan kembar.

f. Riwayat psikososial

Klien menyatakan selama di rumah tidak mengalami perubahan sakit, emosi/mental klien setelah di rumah kadang meningkat dan ini terbukti apabila perawat tidak ada disampingnya klien marah dan berteriak sedang interaksi dengan keluarga dan masyarakat baik dengan dokter maupun perawat juga baik, sehingga klien mudah untuk diajak kerja sama dalam melaksanakan tugas keperawatan.

g. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Menarche umur 12 tahun, siklus 28 hari, lamanya 6 hari, kadang nyeri waktu haid (dismhcnore).

2) Riwayat perkawinan

Klien menikah umur 29 tahun, lama menikah 3 tahun.

3) Riwayat kehamilan

Hari pertama haid terakhir 06 oktober 1999, tanggal perkiraan persalinan 13 Juli 2000.

h. Pola – pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat makan – makanan yang bergizi, menjaga kebersihan diri dan lingkungannya, klien tidak merokok, minum – minuman alkohol, klien mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur ke rumah sakit terdekat sejak kehamilan berumur 2 bulan.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 3 kali sehari secara teratur dengan jenis nasi, sayur, lauk-pauk, sesudah masuk rumah sakit klien juga tidak mengalami perubahan pola makan, klien mendapat diet TPRG, minum sehari habis \pm 2000 cc air putih.

3) Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dapat melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, memasak sampai usia kehamilan 9 bulan. Setelah masuk rumah sakit klien harus istirahat tirah baring karena untuk mengurangi edema dan membantu menurunkan tekanan darah, sehingga kebutuhan dirinya sebagian dibantu seperti mandi, buang air besar, buang air kecil.

4) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dapat melakukan buang air besar 1 kali sehari dan buang air kecil 4-5 kali sehari tanpa ada keluhan. Setelah masuk rumah sakit klien masih bisa buang air besar, namun buang air kecil di kateter untuk mengukur produksi urine yang jumlahnya 250 cc/6 jam.

5) Pola tidur dan istirahat

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur tiap harinya 6 sampai 8 jam dengan memakai bantal, guling dan penerangan redup. Setelah masuk rumah sakit klien mengatakan sulit tidur, tidur hanya bisa \pm 4 jam karena nyeri pada perut (his) disamping itu juga karena memikirkan kapan waktunya persalinan.

6) Pola persepsi dan kognitif

Klien mengatakan sebelum dan sesudah masuk rumah sakit tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan, juga tidak mengalami gangguan pada proses berfikir, isi pikiran dan daya ingat, ini terbukti bahwa klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik dan benar yang diajukan kepadanya. Klien mengatakan nyeri pada perut sampai menjalar ke pinggang. Klien sering bertanya kapan waktunya melahirkan.

7) Pola persepsi diri

Klien mengatakan sangat senang dan bangga dengan kehamilannya. Klien mengatakan sangat takut dan cemas karena mau melahirkan.

8) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga dan masyarakat selama dirumah dan di rumah sakit tetap dalam keadaan harmonis (terbukti bahwa selalu didampingi oleh keluarganya). Selain klien berperan sebagai ibu rumah tangga dan istri, klien juga sudah siap menjadi ibu dari putranya.

9) Pola reproduksi dan seksual

Sebelum masuk rumah sakit klien melakukan hubungan seksual dengan suaminya tanpa ada gangguan. Setelah masuk rumah sakit klien tidak melakukannya karena keadaan yang tidak memungkinkannya. Selain itu klien harus istirahat tirah baring untuk menurunkan tekanan darah. Klien menyatakan setelah melahirkan (post partum) berencana mengikuti Keluarga Berencana (KB) pil.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan apabila menghadapi masalah, ingin membicarakan pada orang yang dianggap terdekat dan bisa membantu dirinya yaitu suami.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam, selama di rumah melakukan ibadah sesuai dengan ajaran agama Islam. Selama di rumah sakit klien tetap menjalankan ibadah dengan cara berdoa.

i. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Keadaan Umum

Kesadaran compos mentis, tekanan darah 160/110 mmHg, suhu 37°C, nadi 92 X per menit, respirasi rate 20X per menit, skala nyeri 3. Tinggi badan 154 cm, berat badan 65 Kg.

2) Kepala dan leher

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut bersih, wajah gelisah dan sering menyeringai menahan sakit, tidak didapatkan cloasma gravidarum maupun odema pada wajah dan palpebra, tidak ditemukan anemis pada konjungtiva, icterus pada sklera, pada eher tidak ada pembesaran kelenjar thiroid.

3) Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada pernapasan tambahan (wheezing, ronchi) maupun pergerakan cuping hidung, bentuk payudara simetris, payudara bersih, terdapat hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, colostrum belum keluar, tidak didapatkan pembengkakan dan nyeri tekan.

4) Abdomen

Inspeksi :

Bentuk simetris, tidak didapatkan oedema, striae gravidarum didapatkan linea nigra, his makin kuat, datang tiap 3-5 menit dan lamanya 40-60 detik.

Palpasi:

Perut terasa keras, tinggi fundus uteri 3 jari di bawah processus xiphoides (30 cm), letak punggung jari sebelah kanan bagian terkecil janin sebelah kiri, bagian terendah janin adalah kepala.

Aus kultasi

Denyut jantung janin 140x/menit jelas dan teratur.

Ukuran panggul

Distansia spinarum 25 cm, distancia cristarum 28 cm, conjugata eksterna 20 cm.

5) Genetalia

Keluar lendir bercampur darah dari vagina, tidak didapatkan varises maupun odema pada vulva, tidak didapatkan sikatrik pada perineum.

Pada pemeriksaan dalam (vt)

Tanggal 10 Juli 2000

Pembukaan servik 1 cm, ketuban (+),

Tanggal 11 Juli 2000

Pembukaan servik 2-3 cm, ketuban (+), kemudian diberi piton 5 UI

Pada tanggal 12 Juli 20000

Pembukaan servik 5 cm diberi piton 5 UI

6) Anus

Tidak didapatkan hemoroid

7) Punggung

Bentuk simetris, tidak didapatkan kifosis maupun lordosis.

8) Integumen

Tidak didapatkan sianosis, turgor kulit menurun.

9) Muskuluskeletal

Tidak didapatkan atrofi maupun hipertropi otot, didapatkan keterbatasan pergerakan pada ekstrimitas atas dan bawah karena terpasang infus D 5% 20 tetes per menit. Disamping itu juga karena adanya oedema pada kedua tungkai, reflek patela +/+

j. Pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium darah dan urine:

Tanggal 10 Juli 2000

Hb	: 11.0 95%
Leukosit	: 12.100%
Pcv	: 34,8 %
Trombosit	: 261.000
Gula darah acak	: 73 mg/d (<120)
Urea N	: 6 mg/d (10-20)
Kreatinin serum	: 0,73 mg/dl(lk<1,2,pr<1,2)
SGOT	: 10 u/l (<25)

SGPT	: 14 u/l	(<29)
Elektrolit		
Kalium serum	: 3,86 meq/L	(3,7 – 55 meq/L)
Natrium	: 133	(136-144 meq/L)
Sedimen Urine		
Eritrosit	: -	
Leukosit	: > 25/UL	+
Protein	: Negatif	

3.1.2 Analisa Data

a. Kelompok data pertama (tanggal 10 Juli 2000)

1) Data subyektif

Klien mengatakan kedua kakinya bengkak dan berat badan naik 1-2 kg perminggu selama kehamilan tua.

2) Data obyektif

(a) adanya oedema pada kedua tungkai

(b) tekanan darah 160/110 mmHg, nadi 92x/menit, suhu 37oC

(c) pemeriksaan lab : natrium serum 133 meq/l

3) Kemungkinan penyebab : pre- eklampsia berat

4) Masalah : keseimbangan cairan dan elektrolit

b. Kelompok data kedua (tanggal 12 Juli 2000)

1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang

2) Data obyektif

(a) perut teraba keras, his semakin kuat, datang tiap 3-5 menit, lamanya 40-60 detik

(b) wajah gelisah dan sering menyeringai menahan sakit

(c) skala nyeri 3

3) Kemungkinan penyebab : kontraksi uterus

4) Masalah nyeri

c. Kelompok data ketiga (tanggal 12 Juli 2000)

1) Data subyektif

Klien mengatakan sangat takut dan cemas karena mau melahirkan

2) Data obyektif

(a) klien gelisah

(b) klien sering bertanya kapan waktunya melahirkan

(c) klien kadang marah dan berteriak apabila perawat tidak ada di sampingnya

(d) klien pertama kali hamil (G1Po-0)

3) Kemungkinan penyebab : proses persalinan

4) Masalah : cemas

3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklampsia berat ditandai dengan klien mengatakan kedua kakinya bengkak dan berat badan naik 1-2 kg per minggu selama kehamilan tua, tekanan darah 160/110 mmHg, pada pemeriksaan laboratorium natrium 133 meq/l
- b. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang, perut teraba keras, his semakin kuat datang tiap 3-5 menit lamanya 40-60 detik.
- c. Cemas berhubungan proses persalinan ditandai dengan klien mengatakan sangat takut dan cemas karena mau melahirkan, klien gelisah dan sering bertanya kapan waktunya melahirkan, kadang berteriak dan marah apabila perawat tidak berada di sampingnya.

3.3 Perencanaan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut: mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan masalah sesuai prioritas sebagai berikut:

- a. Gangguan keseimbangan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklampsia berat ditandai dengan klien mengatakan kedua kakinya bengkak dan berat badan naik 1-2 kg per minggu selama kehamilan tua, tekanan darah 160/110 mmHg, pemeriksaan laboratorium natrium serum 133 meq/l.

1. Tujuan

Cairan dan elektrolit seimbang dalam waktu 2x24 jam
2. Kriteria hasil
 - a. Oedema berkurang
 - b. Tekanan darah kembali normal (140/90 mmHg)
 - c. Intake dan output seimbang
3. Rencana tindakan
 - a. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga
 - b. Timbang badan klien setiap hari dengan waktu 1 pakaian dan timbangan yang sama
 - c. Periksa tekanan darah dan nadi tiap jam pada posisi dan lengan yang sama
 - d. Lakukan observasi intake dan output cairan
 - e. Pertahankan diet sesuai yang diperlukan (TPRG)
 - f. Kolaborasi dengan dokter dalam pemasangan infus dan kateter
4. Rasional
 - a. Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
 - b. Penimbangan setiap hari dilakukan untuk mengetahui pertambahan berat badan yang meningkat berlebihan sehingga bila hal tsb terjadi dapat segera melakukan tindakan untuk menanganinya

- c. Mengetahui secara dini bila terjadi peningkatan tekanan darah dan menentukan tindakan lebih lanjut
 - d. Observasi intake dan output, mengetahui keseimbangan cairan antara cairan keluar dan masuk sehingga keseimbangan cairan terkontrol
 - e. Mempertahankan diet tinggi protein dan rendah garam untuk mengurangi retensi garam dan air yang menyebabkan oedema
 - f. Pemasangan kateter dapat mengetahui jumlah urine, pemasangan infus dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit
- b. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang, perut terasa keras, his semakin kuat datang tiap 3-5 menit lamanya 40-60 detik.
1. Tujuan
 - Klien mau menerima keadaan nyeri yang dialami dalam waktu 2 jam.
 2. Kriteria hasil
 - a) Klien dapat menjelaskan nyeri yang dialami
 - b) Klien dapat melakukan relaksasi dan distraksi
 - c) Klien mengerti akan tanda-tanda melahirkan semakin dekat
 3. Rencana tindakan
 - a) Kaji ulang akan adanya nyeri yang dialami klien
 - b) Jelaskan pada klien tentang sebab nyeri yang dialami (nyeri saat akan melahirkan)

- c) Anjurkan pada klien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat terjadi kontraksi
 - d) Bantu klien mendapatkan posisi tidur yang nyaman dan aman
 - e) Observasi gejala kardinal tiap 30 menit
 - f) Observasi his (kontraksi uterus)
4. Rasional
- a) Dapat mengetahui secara pasti bila ada sebab nyeri yang lain misalnya nyeri epigastrium sbg tanda mengarah ke eklampsia
 - b) Dengan penjelasan klien diharapkan mengerti akan sebab-sebab nyeri yang dialami adalah fisiologis
 - c) Dengan teknik relaksasi akan mengurangi ketegangan otot-otot abdomen sehingga nyeri yang dialami akan berkurang, dengan distraksi maka perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang
 - d) Dengan posisi tidur yang aman dan nyaman akan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan
 - e) Observasi dilakukan untuk mengetahui keadaan klien secara dini dan dapat melakukan tindakan segera
 - f) Observasi harus dilakukan untuk mengetahui majunya persalinan
- c. Cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien menyatakan sangat takut dan cemas karena mau melahirkan, klien sering bertanya kapan waktunya melahirkan, klien gelisah kadang

marah dan berteriak apabila perawat tidak berada di sampingnya, tekanan darah 160/110 mmHg, nadi 92x/menit.

1. Tujuan

Rasa cemas berkurang dalam waktu 1x24 jam

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. Berikan penjelasan tentang prosedur persalinan
- d. Anjurkan pada klien untuk berdoa atau beribadah sesuai dengan kepercayaannya

4. Rasional

- a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya, mungkin dengan 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 mengerti sehingga dapat membantu lancarnya persalinan
- d. Dengan berdoa atau beribadah dapat membuat hati dan pikiran klien tenang

3.4 Pelaksanaan

- a. Diagnosa keperawatan I : Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklampsia berat ditandai dengan klien mengatakan berat badan naik 1-2 kg per minggu, oedema pada kedua tungkai selama kehamilan tua, tekanan darah 160/110 mmHg, pada pemeriksaan laboratorium natrium serum 133meq/l.

Tanggal 10 juli 2000 :

1. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, dan nadi tiap 1 sampai 3 jam sekali dengan cara mengukur pada lengan dan tempat yang sama.
 2. Melakukan observasi intake dan out put cairan.
 3. Memberikan dan mempertahankan diet yang diperlukan yaitu rendah garam tinggi protein.
 4. Melakukan pemasangan kateter untuk memonitor dari produksi urine dan pemasangan infus untuk memenuhi kebutuhan cairan dan memasukan obat per infus.
 5. Melakukan penimbangan berat badan sesuai dengan kondisi klien.
- b. Diagnosa keperawatan II : Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang, perut terasa keras his semakin kuat datang tiap 3-5 menit lamanya 40-60 detik.

Tanggal 12 juli 2000:

1. Menjelaskan pada klien sebab-sebab terjadinya nyeri yang dialami
2. Menganjurkan pada klien untuk melakukan teknik relaksasi saat terjadi kontraksi

3. Membantu klien untuk mendapatkan posisi tidur yang nyaman dan aman
 4. Melakukan observasi tanda-tanda vital klien
 5. Melakukan observasi his (kontraksi uterus)
- c. Diagnosa keperawatan III : cemas berhubungan dengan proses persalinan ditandai dengan klien menyatakan sangat takut dan cemas karena mau melahirkan, klien sering bertanya kapan waktunya melahirkan, klien gelisah, tekanan darah 160/110 mmHg, nadi 92x/menit, klien kadang berteriak dan marah apabila perawat tidak berada di sampingnya.

Tanggal 12 juli 2000:

1. Mengkaji perasaan cemas klien dengan memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
2. Memberikan informasi tentang kondisi klien
3. Memberikan penjelasan tentang prosedur persalinan
4. Menganjurkan klien berdoa atau berdoa sesuai dengan kepercayaannya.

4.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan perkembangan

a) Diagnosa keperawatan I

Tanggal 11 Juli 2000

Subyektif : klien mengatakan kedua kakinya masih bengkak, nyeri pada perut menjalar ke pinggang

Obyektif : Odema pada kedua kaki, tekanan darah 140/110 mmHg, terpasang infus D5% drip piton 5 U/I 20 tetes/menit, terpasang kateter, his semakin kuat, lamanya 40 – 60 detik, jarak 3 – 5 menit, terdapat pembukaan servik 5 cm

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : rencana no 1, 2, 3, 4, 5 dan seterusnya.

Tanggal 12 Juli 2000

Subyektif : klien mengatakan kedua kaki masih bengkak

Obyektif : tekanan darah 130/90 mmHg, odema pada kedua tungkai, intake dan out put seimbang (2000 cc/ 24 jam), terpasang infus D5% drip piton 5 U/I 20 tetes/menit, terpasang kateter, partus spontan pada jam 24.00 WIB

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : rencana no 2,3,4, diteruskan

Tanggal 13 Juli 2000

Subyektif : klien menyatakan bengkak pada kedua kaki mulai hilang

Obyektif : odema berkurang, turgor kulit normal, tekanan darah 120/80 mmHg, intake dan out put seimbang,

Assessment : masalah teratasi

Planning : follow up

b) Diagnosa keperawatan II

Tanggal 12 Juli 2000

Subyektif : klien menyatakan mengerti tentang sebab-sebab nyeri yang dialami, bahwa tand melahirkan semakin dekat.

Obyektif : klien menyatakan sudah tidak takut dan tidak cemas melahirkan, klien dapat melakukan relaksasi dan distraksi

Assessment : tujuan berhasil

Planning : rencana dipertahankan

c) Diagnosa keperawatan III

Tanggal 12 Juli 2000

Subyektif : klien menyatakan sudah tidak takut dan tidak cemas melahirkan

Obyektif : klien dapat mengungkapkan cemasnya, klien tenang

Assessment : masalah teratasi

planning : rencana dihentikan

3.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan evaluasi akhir pada klien pre-eklampsia berat yang didapatkan sebagai berikut :

- 1) Diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pre-eklampsia berat ditandai dengan tekanan darah 160/110 mmHg, odema pada kedua kaki. Tujuan tercapai sebagian tanggal 12 juli 2000 klien mengatakan kedua kakinya masih bengkak, tekanan darah 130/90 mmHg, odema pada kedua kaki, intake dan out put seimbang (2000 cc/24 jam), terpasang infus D 5% drip piton 5 UI 20 tetes/menit.

- 2) Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, tujuan tercapai tanggal 12 juli 2000,. Klien mengatakan tentang sebab nyeri yang dialami, bahwa tanda melahirkan semakin dekat, klien dapat menjelaskan nyeri yang dialami, dapat melakukan relaksasi dan distraksi.
- 3) Diagnosa keperawatan cemas berhubungan dengan proses persalinan, tujuan tercapai tanggal 12 juli 2000, klien mengatakan tidak takut dan tidak cemas melahirkan, klien dapat mengungkapkan cemasnya, klien tenang.