



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN
PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI
RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

ENDAH CATUR RAHMAWARDANI

202303196

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2024

i

Universitas Muhammadiyah Gombong



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN
PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI
RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh :

ENDAH CATUR RAHMAWARDANI

202303196

**PEMINATAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2024

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN
PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI
RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO**

Disusun Oleh

ENDAH CATUR RAHMAWARDANI

NIM : 202303196

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan pada tanggal Januari 2025

Pembimbing



(Dr. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir ners ini diajukan oleh:

Nama : Endah Catur Rahmawardani

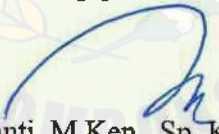
NIM : 202303196

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Judul KIA-N : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN
DENGAN PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI
RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO

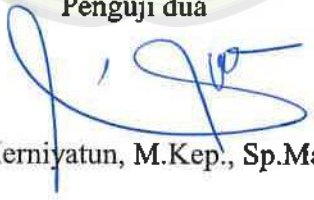
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian
persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi
Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong

Penguji satu



(Eka Riyanti, M.Kep., Sp. Kep.Mat)

Penguji dua



(Dr. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 22 Januari 2025

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Endah Catur Rahmawardani, S.Kep.

NIM : 202303196

Program Studi : Pendidikan profesi Ners program profesi

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non Exclusive Royalty-Free Right) atas Karya Ilmiah Akhir saya yang berjudul :

“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasi tugas saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian surat ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Wonosobo,

Pada Tanggal : 25 Januari 2025

Yang menyatakan :



Endah Catur Rahmawardani, S.Kep.

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang di kutip maupun di rujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Endah Catur Rahmawardani

NIM : 202303196

Tanda Tangan :

Tanggal : 25 Januari 2025



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas kelimpahan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul ” Analisis Asuhan Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Preeklamsi dengan Perfusi Perifer Tidak Efektif di Ruang Edelweis RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo” Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada Junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan proposal ini. Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Orang tua saya, yang sudah memberikan dukungan serta semangat dan doa yang selalu diberikan setiap waktu.
2. Suami dan anak-anak saya yang selalu memberikan dukungan baik moril, materil, maupun spiritual serta semangat kepada saya sampai saat ini.
3. Dr. Hj. Herniyatun, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong sekaligus pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahannya.
4. Wuri Utami, M. Kep selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong
5. Eka Riyanti, M.Kep., Sp. Kep.Mat selaku penguji yang telah berkenan memberikan pengarahannya.
6. Sahabat-sahabat saya, dan teman-teman satu angkatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan motivasi dan semangat.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapatkan balasan sesuai dengan amal pengabdian dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan KIAN ini masih jauh dari sempurna dan banyak terdapat kekurangan. Penulis berharap semoga KIAN ini dapat memberikan

manfaat bagi ilmu pengetahuan pada umumnya, dan dibidang kesehatan pada khususnya.

Wonosobo, 22 Agustus 2024

Penulis



Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIAN, Januari 2025
Endah Catur Rahmawardani (1), Herniyatun (2)
endahcatur8@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI RUANG EDELWEIS RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO

Latar Belakang Preeklamsi merupakan penyakit khas pada kehamilan yang memperlihatkan gejala trias (hipertensi, edema, proteinuria) Preeklamsi merupakan penyulit utama dalam kehamilan dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu Perawat berperan dalam memberikan intervensi yang dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklamsi dengan penatalaksanaan non farmakologi seperti terapi herbal, terapi nutrisi, aromaterapi, pijat refleksiologi dan terapi rendam air hangat

Tujuan Umum : untuk melakukan Asuhan keperawatan pasien preeklamsi dengan perfusi perifer tidak efektif di ruang edelweis RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo

Metode : Penelitian ini menggunakan metode diskriptif pendekatan studi kasus, dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 5 responden. Instrumen yang dipakai yaitu SOP dan lembar observasi

Hasil asuhan keperawatan: Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada lima responden yang menderita preeklamsi didapatkan data bahwa kelima responden mengalami peningkatan tekanan darah.. Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat. Setelah dilakukan implementasi didapatkan hasil bahwa pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat dapat menurunkan tekanan darah pasien.

Rekomendasi: Hasil penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya dan diharapkan penelitian selanjutnya untuk mempergunakan waktu, tenaga dan fasilitas yang lebih mencukupi dan seefisien mungkin serta melibatkan keluarga dalam intervensi ini.

Kata Kunci : Preeklamsi, tekanan darah, terapi rendam kaki dengan air hangat
1) Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong
2) Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Nurse Profession Program Faculty Of Health Science
Universitas Muhammadiyah Gombong
Thesis Januari 2025
Endah Catur Rahmawardani (1), Herniyatun (2)
endahcatur8@gmail.com

ABSTRACT

ANALYSIS OF MATERNITY NURSING CARE FOR PATIENTS WITH PREECLAMPSIA WITH INEFFECTIVE PERIPHERAL PERFUSION IN EDELWEISS ROOM RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO

Background: Preeclampsia is a typical disease in pregnancy that shows triad symptoms (hypertension, edema, proteinuria) Preeclampsia is a major complication in pregnancy and a major cause of maternal morbidity and mortality Nurses play a role in providing interventions that can reduce blood pressure in pregnant women with preeclampsia with non-pharmacological treatments such as herbal therapy, nutritional therapy, aromatherapy, reflexology massage and warm water soak therapy.

Research Objective: to perform nursing care for preeclampsia patients with ineffective peripheral perfusion in the edelweiss room of KRT Setjonegoro Wonosobo Hospital.

Research Method : This study uses a descriptive method of case study approach, with a total research sample of 5 respondents. The instruments used are SOP and observation sheet:

Results: The results of the assessment that has been carried out on five respondents suffering from preeclampsia obtained data that the five respondents experienced an increase in blood pressure. The nursing intervention provided is the provision of foot soak therapy with warm water. After implementation, the results show that the provision of foot soak therapy with warm water can reduce blood pressure patient.

Recommendations : The results of this study should be used as basic data for further research and it is hoped that further research will use time, energy and facilities that are more adequate and efficient as possible and involve families in this intervention.

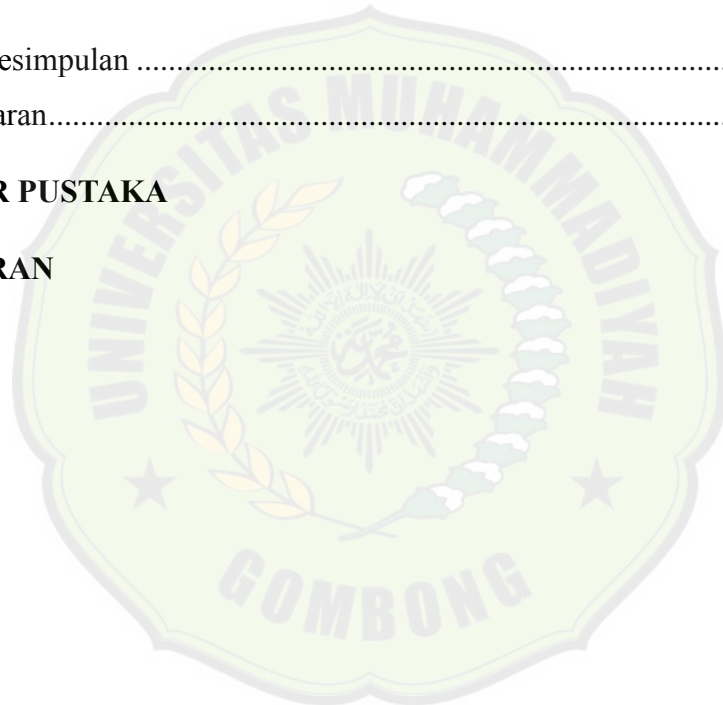
Keywords: Preeclampsia, blood pressure, warm water foot soak therapy

- 1) Students of Universitas Muhammadiyah Gombong
- 2) Lecturer of Universitas Muhammadiyah Gombong

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ORISINALITAS	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Landasan Teori Preeklamsi	7
B. Terapi Rendam dengan Air Hangat	12
C. Konsep Dasar Keperawatan Teoritis	14
D. Implementasi	29
E. Evaluasi	30
F. Kerangka Konsep	30
BAB III METODE STUDI KASUS	31
A. Desain Karya Tulis Ilmiah	31

B. Subyek Studi Kasus	31
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	32
D. Definisi Operasional.....	32
E. Instrumen Penelitian.....	32
F. Metode Pengumpulan Data	33
G. Etika Studi Kasus	34
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
BAB V PENUTUP	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel intervensi Keperawatan	23
Tabel Definisi Operasional.....	32
Tabel Indikator SLKI Perfusi Perifer	50



DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal kegiatan

SOP

Lembar Observasi

Askep

Similarity

Lembar Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap kehamilan mempunyai resiko terhadap kematian, didunia setiap menit seorang perempuan meninggal karena komplikasi yang terkait dengan kehamilan dan persalinan (WHO,2019).Preeklamsi merupakan penyakit khas pada kehamilan yang memperlihatkan gejala trias (hipertensi, edema, proteinuria) kadang-kadang hanya hipertensi dan edema atau hipertensi dan proteinuria (dua gejala dari trias dan satu gejala yang harus ada yaitu hipertensi). Preeklamsi merupakan penyulit utama dalam kehamilan dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Angka kematian ibu yang disebabkan oleh preeklamsi masih tinggi (Pusdatin,2014).

Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian preeklamsi berkisar antara 0,51% - 38,4% (Mangrasah,dkk.,2020). World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa ada 39.8% per 500.000 kematian ibu melahirkan diseluruh dunia setiap tahunnya, 99% diantaranya terjadi di negara berkembang. Angka kejadian preeklamsi didunia sebesar 46%, di Indonesia 75%, di Afrika 62%, di Asia Selatan 24%, India 17% dan Singapura 6,6%. Di Indonesia preeklamsi masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu, yang berkisar 15%-25%, sedangkan kematian bayi antara 45%-50% (Pratiwi, 2015).

Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2016, di Indonesia terdapat kenaikan angka kematian ibu (AKI) dari 291 per 100.000 kelahiran menjadi 412 per 100.000 kelahiran. SDKI (2016), menyebut penyebab AKI antara lain perdarahan 22%, preeklamsi dan eklamsi 45%, partus lama 26% dan komplikasi aborsi 18% (Sabattani, 2016).Di Indonesia prevalensi kematian ibu yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi dalam kehamilan terus mengalami kenaikan setiap tahunnya.Pada tahun 2010 angka kematian ibu akibat tekanan darah tinggi dalam kehamilan sebesar 21,5%,pada

tahun 2011 sebesar 24,7%, Pada tahun 2012 sebesar 26,9%, dan pada tahun 2013 sebesar 27,1% ,serta hasil sensus tahun 2015 tercatat AKI sebanyak 305/100000 kehamilan di Indonesia (Kemenkes,2016).

Jumlah kasus kematian ibu di provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017 sebanyak 475 kasus, mengalami penurunan dibandingkan dengan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2016 yang sebanyak 602 kasus. Angka Kematian Ibu (AKI) provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan dari 109,65 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016 menjadi 88,05 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Preeklamsi merupakan penyebab kematian ibu dengan jumlah 1.077 pada total kasus di seluruh Indonesia tahun 2021 (Kemenkes RI, 2022). Preeklamsi merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi (POGI, 2016).

Penyakit preeklamsi disebabkan oleh beberapa faktor antara lain umur , paritas, riwayat kehamilan yang lalu, status gizi, riwayat keluarga , ibu hamil dengan gangguan fungsi organ (diabetes, melitus, penyakit ginjal, migrain dan hipertensi). Perempuan hamil dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun dianggap beresiko mengalami preeklamsi. Hal ini disebabkan seiring peningkatan usia akan terjadi proses degeneratif yang meningkatkan resiko hipertensi kronis dan wanita dengan resiko hipertensi kronis akan lebih besar mengalami preeklamsi (Asmana, 2013).

Preeklamsi dapat menimbulkan gejala-gejala seperti nyeri kepala berat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal, gangguan penglihatan, pandangan kabur dan terkadang bisa menjadi kebutaan sementara , ibu merasa gelisah, dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya, edema, nyeri perut pada bagian ulu hati, kadang disertai mual dan muntah, gangguan pernafasan , terjadi gangguan kesadaran, dengan pengeluaran proteinuria keadaan berat karena terjadi penurunan fungsi ginjal (Nurafif, 2015).

Preeklamsi masih menjadi salah satu penyebab angka kematian ibu dan janin tinggi sehingga salah satu kebijakan nasional untuk meminimalkan angka kematian ibu dan janin dengan menggunakan alternatif dalam menangani preeklamsi yaitu tindakan *sectio caesarea* (Eriyani, 2018). Peran perawat dalam menurunkan AKI antara lain: memberikan pendidikan tentang kehamilan dan persalinan, pengawasan pada kunjungan ke pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, disini peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif, berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran (Setyaningsih, 2016).

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus preeklamsi salah satunya adalah perfusi perifer tidak efektif (D.0009) akibat terjadinya peningkatan tekanan darah pada pasien. Perawat berperan dalam memberikan intervensi yang dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklamsi dengan penatalaksanaan non farmakologi seperti terapi herbal, terapi nutrisi, aromaterapi, pijat refleksiologi dan terapi rendam air hangat (Sabattani, 2016). Banyak dikembangkan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi preeklamsi baik terapi farmakologi maupun terapi non farmakologi, salah satu cara yaitu merendam kaki dengan air hangat untuk menurunkan tekanan darah. Air hangat banyak memiliki manfaat bagi tubuh, khususnya dalam memperlancar peredaran darah. Rendam kaki menggunakan air hangat dapat meningkatkan sirkulasi, meningkatkan relaksasi otot. Terapi merendam kaki (Hidroterapi kaki) juga mampu meningkatkan sirkulasi darah dengan mendilatasi pembuluh darah sehingga lebih banyak oksigen ke jaringan yang mengalami edema. (Wulandari, P., & Arifianto, 2017).

Penelitian terdahulu oleh Sabattani (2016) tentang efektivitas rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita Preeklamsi berat di Puskesmas ngaliyan Semarang tahun 2016. Hasil penelitian didapatkan dari 30 ibu hamil dengan preeklamsi sebanyak 16 ibu

hamil yang dilakukan penerapan rendam kaki dengan air hangat dan terbukti ada pengaruh efektifitas rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklamsi. Dalam penelitian yang dilakukan Mediarti, D., dkk (2014) pemberian rendaman kaki dengan air hangat sangat berpengaruh untuk menurunkan tekanan darah karena terapi rendam kaki dengan air hangat berdampak fisiologis bagi tubuh yang dapat membuat sirkulasi darah lancar. Penelitian yang dilakukan oleh Inayah Maslahatul, dkk (2019) merendam kaki dengan air hangat sangat berpengaruh dalam penurunan tekanan darah pada ibu hamil karena akan merangsang saraf yang ada di kaki untuk bekerja dan berfungsi mendilatasi pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah.

Peran perawat penting untuk meningkatkan pengetahuan dalam melakukan rendam kaki dengan air hangat. Masyarakat seringkali tidak mengetahui penyebab terjadinya tekanan darah tinggi dan teknik untuk mengurangi keluhan tekanan darah tinggi. Ibu hamil yang mengalami tekanan darah tinggi tidak mengetahui cara penanganan untuk menurunkan tekanan darah, terlambat mendapatkan pertolongan atau kurang memahami tentang bagaimana teknik dalam menurunkan tekanan darah tinggi (Asrofin, 2020). Observasi yang mahasiswa lakukan pada tanggal 31 Mei 2024 di ruang edelweis RSUD KRT Setjonegoro didapatkan prevalensi preeklamsia sebanyak 10 orang dan masuk sepuluh besar penyakit yaitu menduduki urutan ke tiga. Penulis tertarik untuk mengangkat perfusi perifer tidak efektif untuk di jadikan sebagai kasus KIA-N.

B. RUMUSAN MASALAH

Preeklamsi merupakan penyulit utama dalam kehamilan dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus preeklamsi salah satunya adalah perfusi perifer tidak efektif (D.0009) akibat terjadinya peningkatan tekanan darah pada pasien. Perawat berperan dalam memberikan intervensi yang dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklamsi berat dengan penatalaksanaan non

farmakologi seperti terapi herbal, terapi nutrisi, aromaterapi, pijat refleksiologi dan terapi rendam air hangat (Sabattani, 2016) Adapun rumusan masalah pada KIAN ini adalah merujuk pada permasalahan diatas yaitu “Asuhan keperawatan pasien preeklamsi dengan perfusi perifer tidak efektif di ruang edelweis RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

C. TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah penulis memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk melakukan Asuhan keperawatan pasien preeklamsi dengan perfusi perifer tidak efektif di ruang edelweis RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan hasil pengkajian pasien preeklamsi
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien preeklamsi
- c. Menjelaskan rencana asuhan keperawatan pada pasien preeklamsi dengan masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif.
- d. Menjelaskan implementasi keperawatan pada pasien preeklamsi dengan masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif.
- e. Menjelaskan evaluasi hasil penerapan inovasi keperawatan terapi rendam kaki dengan air hangat pada masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif

D. MANFAAT PENELITIAN

a. Bagi Peneliti

Memperoleh wawasan serta pengetahuan tentang pengaruh terapi rendam kaki dengan air hangat, beserta masalah preeklamsi dan konsep keperawatannya sehingga dapat dijadikan sumber ilmu dan wawasan oleh penulis.

b. Bagi Tempat Peneliti

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan kualitas pemberian pelayanan Kesehatan berkaitan dengan masalah keperawatan dengan preeklamsi.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi perpustakaan yang ada khususnya mengenai terapan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien preeklamsi.



DAFTAR PUSTAKA

- Asrofin,B.D.(2020).*Pengaruh Pemberian Terapi Air Hangat Dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Ibu Hamil Hipertensi*.Jurnal Kebidanan,Vol 9.No. <https://akbid-darmahusada-kediri.e-journal.id/JKDH/article/view/138>
- Inayah Maslahatul .Dkk.(2019).*Efektivitas Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Penurunan Tekanan Darah Pada Ibu Hamil Preeklamsia*.Vol .8
- Kemendes RI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes.(2016).*Profil Kesehatan Indonesia .RI,K.*(ed).Kemendes RI.
- Mangrasah,R.D.(2020).*The Effect Of Foot Soak Therapy Using Warm Water Toward Anxiety Level Of Preeclamsia Mother In Public Health Of Tempurejo Jember Regency*.Vol .8,No.1.PISSN:2088-6012E-ISSN:2598-8492
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=317311>
- Polit & Beck. (2012). *Resource Manual for Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. USA : Lippincott.
- Rahim,Rika et al .2015.*Pengaruh Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Tekanan Darah*.Abstrak .
- Sabattani,Cristina Febri et al.2016.*Efektivitas Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah*
- Suarni. (2017). *Metodologi Keperawatan*. Pustaka Panasea: Yogyakarta.
- Sugiyono. (2017). *Rancangan Metodologi Penelitian*.
- SDKI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPD PPNI
- SIKI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II)*. Jakarta: DPD PPNI
- SLKI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (II)*. Jakarta: DPD PPNI

Wulandari,P.,& Arifianto,D.S.(2017).*Pengaruh Merendam Kaki Menggunakan Air Hangat Dengan Campuran Garam Dan Sereh Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Tekanan Darah Tinggi Di Wilayah Podorejo Rw 8 Ngaliyan.*



LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

No	Jenis kegiatan	Mei 2024	Juni 2024	Agust 2024	Sep 2024	Okt 2024	Nov 2024	Des 2024	Jan 2025
1.	Pengajuan Tema dan Judul								
2.	Penyusunan Bab I								
3.	Penyusunan Bab II								
4.	Penyusunan Bab III								
5.	Ujian Proposal								
6.	Revisi								
7.	Pengambilan Data								
8.	Penyusunan Hasil								

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
TEKNIK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DENGAN RENDAM
KAKI AIR HANGAT

1. Definisi

Merupakan metode terapi dengan cara merendam kaki hingga batas 10 – 15 cm diatas mata kaki menggunakan air hangat (Rika,2017).

2. Tujuan

Terapi ini bertujuan untuk menurunkan tekanan darah (Rika,2017).

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Tensimeter digital
- b. Stopwatch
- c. wadah untuk merendam kaki (jerigen modifikasi)
- d. Handuk
- e. Lembar observasi
- f. Air hangat

4. Prosedur Pelaksanaan

a. Tahap Prainteraksi

- 1) Mencuci Tangan
- 2) Menyiapkan Alat

b. Tahap Orientasi

- 1) Memberikan salam terapeutik
- 2) Validasi kondisi pasien
- 3) Menjaga privasi pasien
- 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan ke pasien

c. Tahap Kerja

- 1) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas.
- 2) Mendekatkan alat ke dekat pasien
- 3) Memasukkan air hangat 37° C- 38°C kedalam wadah
- 4) Atur posisi pasien nyaman mungkin
- 5) Ukur tekanan darah sebelum melakukan rendam kaki, hasil di catat di lembar observasi

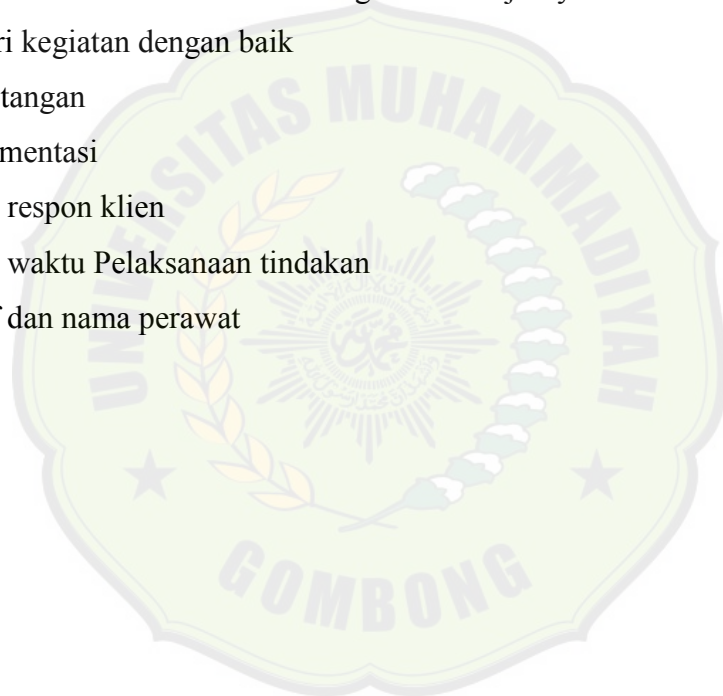
- 6) Instruksikan pasien untuk memasukkan kaki ke dalam wadah
- 7) Anjurkan pasien untuk merendam kaki selama 10 menit
- 8) Setelah selesai angkat kaki pasien dan keringkan dengan handuk
- 9) Ukur tekanan darah setelah melakukan rendam kaki, hasil di catat di lembar observasi
- 10) Rapikan alat alat dan rapikan pasien

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan
- 2) Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
- 3) Akhiri kegiatan dengan baik
- 4) Cuci tangan

e. Dokumentasi

- 1) Catat respon klien
- 2) Catat waktu Pelaksanaan tindakan
- 3) Paraf dan nama perawat



LEMBAR OBSERVASI TERAPI RENDAM KAKI AIR HANGAT

NO	NAMA PASIEN						
		TD AWAL	TD AKHIR	TD AWAL	TD AKHIR	TD AWAL	TD AKHIR
1	Ny.A tgl 13-15 oktober 2024	210 /123	206/120	204 /119	202/11 8	201/118	198/118
2	Ny.S tgl 22-24 November 2024	218/120	216 /118	215/ 119	209/11 8	209/116	205/112
3	Ny.R tgl 28- 30 November 2024	219/119	216/119	214/118	212/11 8	211/116	208/115
4	Ny.W tgl 1-3 Desember 2024	214/111	211/112	210/112	207/11 0	205/110	201/109
5	Ny D tgl 4-6 Desember 2025	210/123	206/120	204 /119	202/11 8	201/118	198/109

Tabel Indikator SLKI Perfusi Perifer

Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kekuatan Nadi perifer	1	2	3	4	5
Kesejahteraan psikologis	1	2	3	4	5
Kebebasan melakukan ibadah	1	2	3	4	5
Rileks	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meenurun	Menurun
Warna Kulit	1	2	3	4	5
Edema perifer	1	2	3	4	5
Nyeri Ekstremitas	1	2	3	4	5
Kram Otot	1	2	3	4	5
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Pengisian Kapiler Akral	1	2	3	4	5
Turgor Kulit	1	2	3	4	5
Tekanan Darah Sistolik	1	2	3	4	5
Tekanan Darah Diastolik	1	2	3	4	5

Lampiran Asuhan Keperawatan

PASIEN 1

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 13 Oktober 2024

Waktu pengkajian : Jam 15.00 WIB

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. A
Umur : 36 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Wadaslintang
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medik : G3P₂A₀ Preeklamsia

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. R
Umur : 43 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Wadaslintang
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani

C. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan pusing

D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Klien dengan riwayat gestasi G3P2A0 usia 36 tahun dan usia kehamilan 34mg Klien mengeluh badannya sering pegal dan terkadang pusing. Keluhan

terasa meningkat setelah beraktivitas. Klien mengatakan pada kehamilan sebelumnya tidak mengalami hipertensi. Pasien mengatakan tensi tinggi sejak usia kehamilan memasuki 25 minggu. Klien mengatakan kaki bengkak. Hasil pemeriksaan TTV TD: 209/120 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit.

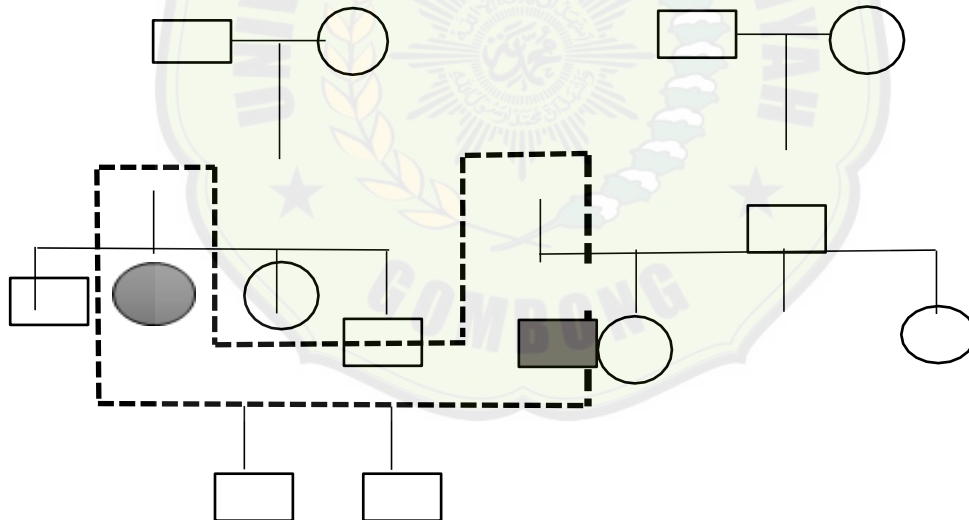
E. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami hipertensi.

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat epilepsi, DM, asma, jantung dan penyakit menular seperti TBC, anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi.

G. GENOGRAM



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Garis Perkawinan
- | : Garis Keturunan

H. RIWAYAT GINEKOLOGI

Pasien mengatakan mengalami menarche pada usia 12 tahun dengan lama menstruasi kurang lebih 5-7 hari dan teratur dengan siklus 30 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar, ada sedikit gumpalan darah dan bau khas. Klien mengatakan mengalami keputihan pada saat menjelang menstruasi. Riwayat usia pernikahan 7 tahun.

I. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG LALU

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	JK	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1	2014	spontan	Dokter	LK	BB: 2700 gram PB: 49 cm	
2	2018	spontan	bidan	P	BB : 3000gram TB : 50 cm	

J. RIWAYAT KB

Pasien mengatakan menggunakan KB IUD

K. RIWAYAT KEHAMILAN SAAT INI

HPHT : 21-1-2024

Taksiran partus : 28-10-2024

BB sebelum hamil : 50 kg

TD sebelum hamil : 110/80 mmhg

L. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Keadaan mental

Klien mengatakan ini pertama kali mengalami hipertensi

- Adaptasi psikologis

Klien mengatakan pada kehamilan sekarang lebih menjaga kondisi tubuh supaya kondisi bayinya selalu dalam keadaan baik

- Penerimaan terhadap kelahiran

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak ketiga, untuk perlengkapan kelahiran anaknya sudah disiapkan.

- Masalah khusus : kaki bengkak tekanan darah tinggi

M. POLA HIDUP YANG MENINGKATKAN RESIKO KEHAMILAN

Klien mengatakan sering minum minuman dingin, makanan berlemak dan tidur larut malam. Klien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan dan kesehatannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kemajuan kehamilan dan sudah melakukan USG.

N. PERSIAPAN PERSALINAN

a. Senam hamil

Klien mengatakan sudah pernah mengikuti kegiatan senam hamil yang diadakan di desa

b. Rencana tempat melahirkan

Klien mengatakan merencanakan kelahiran anaknya di RS.

c. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu

Klien mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan persalinan dari kebutuhan bayi dan kebutuhan ibu

d. Kesiapan mental ibu dan keluarga

Klien mengatakan sudah menyiapkan mental mulai dari sekarang dan tetap tenang supaya tidak menjadi beban pikiran.

e. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara melahirkan, dan cara menangani nyeri, proses persalinan

Klien sudah memiliki pengalaman persalinan sebelumnya secara normal klien mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi nyeri saat ataupun setelah proses persalinan.

f. Perawatan payudara

Klien mengatakan sedikit tahu cara perawatan payudara

O. OBAT-OBATAN YANG DIKONSUMSI SAAT INI

Klien mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya. Klien diberi vitamin dan asam folat

P. POLA FUNSIONAL MENURUT GORDON

1. Pola Persepsi Managemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa Kesehatan itu sangat penting untuk pasien sehingga selalu memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kesehatannya, serta pasien memiliki hipertensi sehingga harus rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya

2. Pola Nutrisi-Mekanik

Klien mengatakan sehari makan 3x, dengan memperbanyak sayur, buah dan vitamin. Klien mengatakan mengurangi makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pencernaan, bab 1x sehari

5. Pola Latihan-Aktivitas

Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tidak ada masalah, hanya terkadang merasa sering lelah dan pusing saat kelelahan.

6. Pola Kognitif Perseptual

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan daya ingat dan tidak ada masalah dengan penglihatan.

7. Pola Istirahat-Tidur

Klien mengatakan terkadang sulit untuk istirahat karena merasa pusing dan badan terasa nyeri

8. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan merupakan seorang istri dan ibu, klien mengatakan

sekarang sedang hamil anak ke 3. Klein mengatakan apabila ada masalah segera mencari solusi dan berdoa kepada Allah SWT

9. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga harmonis

10. Pola Reproduksi/ Seksual

Klien mengatakan selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Setelah melahirkan bayi yang pertama, pasien menggunakan KB iud untuk menunda kehamilan.

11. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres)

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan ketiga dan disertai dengan tekanan darah tinggi. Sebelumnya klien belum pernah mengalami tensi tinggi. Klien menjaga kehamilannya dengan mematuhi anuran dari dokter dan bidan.

12. Pola Keyakinan dan Nilai

Pasien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kelacaran dalam persalinan dan diberikan kesehatan baik ibu maupun bayinya

Q. PEMERIKSAAN FISIK

Status obstetric : G3P2A0

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB/TB : 68 Kg/ 155 CM

Tanda vital :

TD :209/120 mmHg Nadi : 98 x/mnt

Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 23 x/mnt

1. Kepala leher

Kepala : Bentuk mesocephal, rambut hitam, bersih, benjolan (-)

Mata : Kedua mata simetris, fungsi penglihatan (+),

konjungtiva anememis, dan sklera anikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pendengaran baik

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar limfe (-), dan nyeri telan (-)

Masalah khusus : -

2. Dada

Jantung I : Tidak terlihat ictus cordis

Pa : ictus cordis teraba

Pe : Pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru I : Pengembangan dada terlihat simetris

Pa : Pengembangan dada teraba simetris

Pe : Sonor

A : Vasikuler, tidak ada suara tambahan

3. Payudara

Tidak ada benjolan atau tumor, tidak ada pembengkakan pada mammae, simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting susu terlihat bersih dan menonjol.

Puting susu : Puting menonjol

Pengeluaran ASI : ASI belum keluar

Masalah khusus : -

4. Abdomen

Uterus

Involusi uterus : membesar

Fundus uterus : 29 cm

Kandung kemih : lembek

Diastetis rektus abdominus : -

- Fungsi pencernaan : Normal
- Masalah khusus : -
5. Pigmentasi
- Lineanigra : Terdapat lineanigra dari bawah pusar sampai tulang kemaluan
- Striac : Terdapat striac dibagian perut
- Fungsi pencernaan : Tidak ada masalah
- Masalah khusus : -
6. Perinium dan Genetalia
- Vagina : tidak ada rembesan ketuban
- Perinium : Tidak ada luka
- Masalah khusus : -
7. Ekstremitas :
- Ekstremitas atas : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.
- Edema : tidak terdapat edema
- Varises : tidak ada
- Ektremitas bawah : Turgor kulit menurun, tidak ada kelainan, akral teraba hangat. Edema : terdapat edema CRT > 3dtk
- Varises : tidak ada
- Reflek patella : +, jika ada :+1
- Masalah khusus : -

R. PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hb	10.8		
Golongan Darah	A		
HbsAg	Non Reaktif		
HIV	Negatif		
Protein Urine	+1		

S. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CRT > 3 dtk 2) Turgor kulit menurun 3) Konjungtiva anemis 4) TD:209/120 mmHg 5) N: 106x/menit, 6) S: 36,8°C 7) RR: 23x/menit 8) Edema pada ekstermitas bawah 9) Hb :10.8 g/dl 	Peningkatan tekanan darah	Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI, 2017 (D.0009)
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat edema pada ekstermitas 2) Hb : 10,8 g/dl, 3) Protein urine : +1 4) Tekanan darah : 209/120 mmHg 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)
.	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan ini pertama kali mengalami tekanan darah tinggi saat hamil</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah 2) Sulit tidur pada malam hari 3) Respirasi 23 x/menit 4) Nadi 106 x/menit 5) TD : 209/120 mmHg 	Krisis Situasional	Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)

4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 1) TD : 209/120 mmHg 2) Akral hangat 3) Hb : 10.8 g/dl</p>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>1) Kecemasan pada ibu karena pertama kali hamil dengan hipertensi 2) TD : 209/120 mmHg) 3) Diagnosa preeklamsi</p>		Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)

T. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	13 Oktober 2024		<i>Endah</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	13 Oktober 2024		<i>Endah</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	13 Oktober 2024		<i>Endah</i>
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	13 Oktober 2024		<i>Endah</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	13 Oktober 2024,,		<i>Endah</i>

3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Sensasi meningkat 3) Warna kulit pucat menurun 4) Parestesia menurun 5) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Output urine meningkat 3) Saturasi oksigen meningkat 4) Pucat dan akral dingin menurun 5) Pitting edema menurun 6) Edema perifer menurun 7) Tekanan darah membaik 8) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 4. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 6. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 7. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 8. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 4. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5. Monitor hasil pemeriksaan serum 6. Monitor kadar albumin dan protein total 7. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 8. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kejadian cedera menurun <p>Status Pertmbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertambahan berat badan meningkat 2) DJJ membaik 3) Distres janin menurun 	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obtetrik, riwayat obstetrik 2. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 3. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 4. Monitor denyut jantung janin 5. Monitor tanda vital ibu 6. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin 2. Monitor gerakan janin 3. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)

				<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin 5. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam 6. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 3) Keluhan lelah menurun 4) Sianosis menurun 5) Frekuensi nadi membaik 6) Warna kulit membaik 7) Frekuensi nafas membaik 8) Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 5. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu 4. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah 5. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat 2) Output urine meningkat 3) Membran mukosa lembab meningkat 4) Dehidrasi menurun 5) Konfusi menurun 6) Tekanan darah membaik 7) Frekuensi nadi membaik 8) Turgor kulit membaik 	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 6. Batasi asupan cairan dan garam 7. Kolaborasi pemberian diuretik 8. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat) 3. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 4. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				<p>cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor hasil pemeriksaan serum 6. Monitor kadar albumin dan protein total 7. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 8. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	<p>Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Pucat menurun 4) Pola tidur membaik 5) Frekuensi pernafasan membaik 6) Nadi membaik 7) Tekanan darah membaik 	<p>Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 7. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 8. Latih teknik relaksasi 9. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
13 Okt 2024	1,2,3 ,4,5 1,2,3 ,4,5 2	<p>Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif)</p> <p>Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 209/120 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, , edema pada ekstermitas bawah)</p> <p>Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melenting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP</p>	<i>Endah</i>	13 Okt 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien tampak lemah TTV : TD : 144/95 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p>	<i>Endah</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)			2	S :- O: TTV : TD : 206/117 mmHg (setelah dilakukan terpi rendam kaki dengan air hangat) N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C DJJ : 135 x/menit Pergerakan janin aktif A: Maslalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Lakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit 6) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukn gawat janin	Endah
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)					
1						

<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h</p> <p>hasil TD: 209/120mmHg</p> <p>Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p>			<p>3</p> <p>S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>O : TTV : TD : 206 /117 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 3) Anjurkan aktivitas secara bertahap 4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 5) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	<p><i>Endah</i></p>
<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>hasil :206/117mmHg</p>		<p>4</p>	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hemodinamik 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor TTV 4) Catat intake dan output dan hitung 	

					5	<p>balance cairan</p> <p>5) Monitor penambagan berat badan</p> <p>6) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD : 144/95 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi tanda ansietas 2) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam 3) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 	
14 oktober 2024	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Endah</i>	Jumat, 13 Maret 2020	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas,bengkak di kaki berkurang</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Endah</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)				TTV : TD : 202/116mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				CRT <2 detik Akral dingin kering pucat	
	1,2,5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	1,2,3,4,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD 204/117mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
	4	Memberikan pendidikan kesehatan terkait hipertensi dalam kehamilan (pasien kooperatif)					
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)			2	S : - O: TTV : TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif	<i>Endah</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkok, lokasi baik)				A: Maslalah tertasi sebagian P :	
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)					
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ					

	1,2,3 ,4,5	(204/117mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)			Intervensi dilanjutkan 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diit nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)				
		Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)				
	1	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap		3	S : Pasien megatakan badannya terasa sedikit lemas O: Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 3) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Endah</i>
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 204/117mmHg				
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit				
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat hasil :202/116mmHg				

					<p>4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi</p> <p>5) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi</p>	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hemodinamik 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor TTV 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Batasi asupan cairan dan garam 	<i>Endah</i>
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 138/75 mmHg N : 99 /menit</p>	<i>Endah</i>

						Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 Okto ber 2024	5 5 1,2,5 1,2,3 ,5 1,5 1,5 1	Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc) Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc) Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi) Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam) Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik) Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi) Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)	<i>Endah</i>	15 Oktober 2024	1	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, bengkak pada kaki berkurang banyak pasien mengatakan nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat O : Pasien masih bedrest TTV : TD : 198/113mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C CRT <2 detik Akral hangat A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Monitor TTV 2) Monitor status hidrasi 3) Monitor status hemodinamik 4) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	<i>Endah</i>

	1,2,3 5	Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 201/115mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)			2	<p>S :-</p> <p>O:</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 198/113mmHg</p> <p>N : 95 x/menit</p> <p>Rr : 20 x/menit</p> <p>S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 139 x/menit</p> <p>Pergerakan janin aktif</p> <p>A:</p> <p>Masalah tertasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor denyut jantung janin 2) Monitor tanda vital ibu 3) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 4) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 5) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin 	Endah	
	2	Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)						
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h						
		hasil TD: 201/115mmHg						
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit						
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat						
		hasil :198/113mmHg			3	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 198/113mmHg</p> <p>N : 95 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Endah	

PASIEN 2

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 22 November 2024

Waktu pengkajian : Jam 15.40 WIB

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. S
Umur : 35 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kejajar
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medik : G2P1A0
Preeklamsia

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S
Umur : 40 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Kejajar
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani

C. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan pusing

D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Klien dengan riwayat gestasi G₂P₁A₀ usia 35 tahun dan usia kehamilan 32 minggu. Klien mengeluh badannya sering pegal dan terkadang pusing. Keluhan

terasa meningkat setelah beraktivitas. Klien mengatakan pada kehamilan sebelumnya tidak mengalami hipertensi. Pasien mengatakan tensi tinggi seak usia kehamilan memasuki 30 minggu. Klien mengatakan cemas dengan kehamilannya dengan tensi tinggi. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 140/90 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit

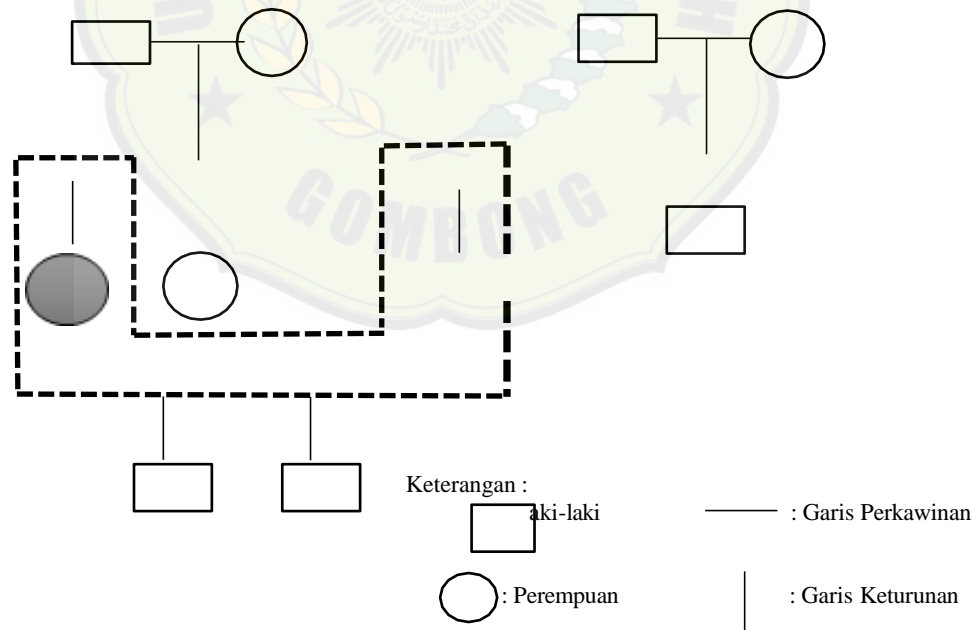
E. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami hipertensi. Klien mengatakan memiliki riwayat SC anak yang pertama pada tahun 2018 dikarenakan KPD

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat epilepsi, DM, asma, jantung dan penyakit menular seperti TBC, anggota keluarga ada yang memiliki riwayat hipertensi

G. GENOGRAM



H. RIWAYAT GINEKOLOGI

Pasien mengatakan mengalami menarache pada usia 12 tahun dengan lama menstruasi kurang lebih 5-7 hari dan teratur dengan siklus 30 hari. Darah yang

keluar berwarna merah segar, ada sedikit gumpalan darah dan bau khas. Klien mengatakan mengalami keputihan pada saat menjelang menstruasi. Riwayat usia pernikahan 7 tahun.

I. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG LALU

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	JK	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1	2017	Normal	Bidan	LK	BB:3200 gram PB: 49 cm	-

J. RIWAYAT KB

Pasien mengatakan menggunakan KB IUD

K. RIWAYAT KEHAMILAN SAAT INI

HPHT : 11-3-2024
Taksiran partus : 21-12- 2024
BB sebelum hamil : 60 kg
TD sebelum hamil : 110/80 mmHg

L. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Keadaan mental
Klien mengatakan cemas karena ini pertama kali mengalami hipertensi
- Adaptasi psikologis
Klien mengatakan pada kehamilan sekarang lebih menjaga kondisi tubuh supaya tidak kondisi bayinya selalu dalam keadaan baik
- Penerimaan terhadap kelahiran
Klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak kedua, untuk perlengkapan kelahiran anaknya sudah disiapkan.
Masalah khusus : Ansietas

M. POLA HIDUP YANG MENINGKATKAN RESIKO KEHAMILAN

Klien mengatakan sering minum minuman dingin, makanan berlemak dan tidur larut malam. Klien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan dan

kesehatannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kemajuan kehamilan dan sudah melakukan USG.

N. PERSIAPAN PERSALINAN

1. Senam hamil

Klien mengatakan sudah pernah mengikuti kegiatan senam hamil yang diadakan di desa

2. Rencana tempat melahirkan

Klien mengatakan merencanakan kelahiran anaknya di RS.

3. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu

Klien mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan persalinan dari kebutuhan bayi dan kebutuhan ibu

4. Kesiapan mental ibu dan keluarga

Klien mengatakan sudah menyiapkan mental mulai dari sekarang dan tetap tenang supaya tidak menjadi beban pikiran.

5. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara melahirkan, dan cara menangani nyeri, proses persalinan

6. Klien sudah memiliki pengalaman persalinan sebelumnya secara SC, klien mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi nyeri saat ataupun setelah proses persalinan.

Perawatan payudara

O. OBAT-OBATAN YANG DIKONSUMSI SAAT INI

Klien mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya. Klien diberi vitamin dan asam folat

P. POLA FUNSIONAL MENURUT GORDON

1. Pola Persepsi Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan itu sangat penting untuk pasien sehingga selalu memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kesehatannya, serta pasien memiliki epilepsi sehingga harus rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya

2. Pola Nutrisi-Mekanik

Klien mengatakan sehari makan 3x, dengan memperbanyak sayur, buah dan vitamin. Klien mengatakan mengurangi makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pencernaan, bab 1x sehari

4. Pola Latihan-Aktivitas

Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tidak ada masalah, hanya terkadang merasa sering lelah dan pusing saat kelelahan.

5. Pola Kognitif Perseptual

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan daya ingat dan tidak ada masalah dengan penglihatan.

6. Pola Istirahat-Tidur

Klien mengatakan terkadang sulit untuk istirahat karena merasa pusing dan badan terasa nyeri

7. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan merupakan seorang istri dan ibu, klien mengatakan sekarang sedang hamil anak ke 2. Klein mengatakan apabila ada masalah segera mencai solusi dan berdoa kepada Allah SWT

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga harmonis

9. Pola Reproduksi/ Seksual

Klien mengatakan selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Setelah melahirkan bayi yang pertama, pasien menggunakan KB iud untuk menunda kehamilan.

10. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres)

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan disertai dengan tekanan darah tinggi. Sebelumnya klien belum pernah mengalami tensi tinggi. Klien menjaga kehamilannya dengan mematuhi anuran dari dokter dan bidan.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Pasien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kelacaran dalam persalinan dan diberikan kesehatan baik ibu maupun bayinya.

Q. PEMERIKSAAN FISIK

Status obstetric : G₂P₁A₀

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB/TB : 68 Kg/ 155 CM

Tanda vital :

TD : 218/120 mmHg Nadi : 98 x/mnt

Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 23 x/mnt

Kepala leher

Kepala : Bentuk mesocephal, rambut hitam, bersih, benjolan (-), dan nyeri tekan (-)

Mata : Kedua mata simetris, fungsi penglihatan (+), konjungtiva anememis, dan sklera anikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pendengaran baik

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar limfe (-), dan nyeri telan (-)

Masalah khusus : -

Dada

Jantung I : Tidak terlihat ictus cordis

Pa : ictus cordis teraba

Pe : Pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru I : Pengembangan dada terlihat simetris

Pa : Pengembangan dada teraba simetris

Pe : Sonor

A : Vasikuler, tidak ada suara tambahan

Payudara : Tidak ada benjolan atau tumor, tidak ada pembengkakan pada mammae, simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting susu terlihat bersih dan menonjol.

Puting susu : Puting menonjol

Pengeluaran ASI : ASI belum keluar

Masalah khusus : -

Abdomen

Uterus

Involusi uterus : membesar

Fundus uterus : 29 cm

Kandung kemih : lembek

Diastetis rektus abdominus : -

Fungsi pencernaan : Normal

Masalah kusus : -

Pigmentasi

Lineanigra : Terdapat lineanigra dari bawah pusar sampai tulang kemaluan

Striac : Terdapat striac dibagian perut

Fungsi pencernaan : Tidak ada masalah

Masalah khusus : -

Perinium dan Genetalia

Vagina : tidak ada rembesan ketuban

Perinium : Tidak ada luka

Masalah khusus : -

Ekstremitas :

Ekstremitas atas : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Ektremitas bawah : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Reflek patella : +, jika ada :+1

Masalah khusus : -

R. PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hb	12.		
Golongan Darah	O		
HbsAg	Non Reaktif		
HIV	Negatif		
Protein Urine	+1		

U. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO : 10) CRT > 3 dtk 11) Turgor kulit menurun 12) TD:218/120 mmHg 13) N: 106x/menit, 14) S: 36,8°C 15) RR: 23x/menit 16) Edema pada ekstermitas bawah 17) Hb :12 g/dl</p>	Peningkatan tekanan darah	Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI, 2017 (D.0009)
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO : 5) Terdapat edema pada ekstermitas 6) Hb : 12 g/dl, 7) Protein urine : +1 8) Tekanan darah : 218/120 mmHg</p>	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)
.	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan ini pertama kali mengalami tekanan darah tinggi saat hamil</p> <p>DO : 6) Tampak gelisah 7) Sulit tidur pada malam hari 8) Respirasi 23 x/menit 9) Nadi 106 x/menit 10) TD : 218/120 mmHg</p>	Krisis Situasional	Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)

4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 4) TD : 218/120 mmHg 5) Akral hangat 6) Hb : 12 g/dl</p>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>4) Kecemasan pada ibu karena pertama kali hamil dengan hipertensi 5) TD : 218/120 mmHg) 6) Diagnosa preeklamsi</p>		Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)

V. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	22 -11- 2024		<i>Endah</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	22 -11- 2024		<i>Endah</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	22 -11- 2024		<i>Endah</i>
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	22 -11- 2024		<i>Endah</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	22 -11- 2024,,		<i>Endah</i>

3.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6) Kekuatan nadi perifer meningkat 7) Sensasi meningkat 8) Warna kulit pucat menurun 9) Parestesia menurun 10) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ul style="list-style-type: none"> 9) Kekuatan nadi meningkat 10) Output urine meningkat 11) Saturasi oksigen meningkat 12) Pucat dan akral dingin menurun 13) Pitting edema menurun 14) Edema perifer menurun 15) Tekanan darah membaik 16) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 10. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 11. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 12. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ul style="list-style-type: none"> 13. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 14. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 15. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 16. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<ul style="list-style-type: none"> 9. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 10. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 11. Monitor hasil pemeriksaan serum 12. Monitor kadar albumin dan protein total 13. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 14. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <ul style="list-style-type: none"> 2) Kejadian cedera menurun <p>Status Pertmbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4) Pertambahan berat badan meningkat 5) DJJ membaik 6) Distres janin menurun 	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Identifikasi status obtetrik, riwayat obstetrik 8. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 9. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 10. Monitor denyut jantung janin 11. Monitor tanda vital ibu 12. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin 5. Monitor gerakan janin 6. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)

				<ul style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin 8. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam 9. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <ul style="list-style-type: none"> 9) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 10) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 11) Keluhan lelah menurun 12) Sianosis menurun 13) Frekuensi nadi membaik 14) Warna kulit membaik 15) Frekuensi nafas membaik 16) Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan 9. Monitor kelelahan fisik dan emosional 10. Monitor pola dan jam tidur 11. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 12. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif 13. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 14. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 7. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 8. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu 9. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah 10. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) 9) Asupan cairan meningkat 10) Output urine meningkat 11) Membran mukosa lembab meningkat 12) Dehidrasi menurun 13) Konfusi menurun 14) Tekanan darah membaik 15) Frekuensi nadi membaik 16) Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) 9. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 10. Identifikasi penyebab hipervolemia 11. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 12. Monitor intake dan output cairan 13. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 14. Batasi asupan cairan dan garam 15. Kolaborasi pemberian diuretik 16. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) 5. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat) 7. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 8. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				<p>cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Monitor hasil pemeriksaan serum 10. Monitor kadar albumin dan protein total 11. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 12. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	<p>Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 9) Perilaku gelisah menurun 10) Pucat menurun 11) Pola tidur membaik 12) Frekuensi pernafasan membaik 13) Nadi membaik 14) Tekanan darah membaik 	<p>Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 11. Monitor tanda-tanda ansietas 12. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 13. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 14. Dengarkan dengan penuh perhatian 15. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 16. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 17. Latih teknik relaksasi 18. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.6 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
22 - 11- 2024	1,2,3 ,4,5 2	<p>Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif)</p> <p>Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 218/120 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, , edema pada ekstermitas bawah)</p> <p>Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melenting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP</p>	<i>Endah</i>	22 -11- 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien tampak lemah TTV : TD : 216/118mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 5) Monitor TTV 6) Monitor status hidrasi 7) Monitor status hemodinamik 8) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p>	<i>Endah</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)			2	S :- O: TTV : TD : 216/118mmHg (setelah dilakukan terpi rendam kaki dengan air hangat) N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C DJJ : 135 x/menit Pergerakan janin aktif A: Maslalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 7) Monitor denyut jantung janin 8) Monitor tanda vital ibu 9) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 10) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 11) Lakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit 12) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukn gawat janin	<i>Endah</i>
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)					
1						

<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h</p> <p>hasil TD: 218/120mmHg</p> <p>Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p>			<p>3</p> <p>S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>O : TTV : TD : 216/118mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Monitor kelelahan fisik dan emosional 7) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 8) Anjurkan aktivitas secara bertahap 9) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 10) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	<p><i>Endah</i></p>
<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>hasil :216/118mmHg</p>		<p>4</p>	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Monitor status hemodinamik 8) Monitor status hidrasi 9) Monitor TTV 	<p><i>Endah</i></p>

					5	<p>10) Catat intake dan output dan hitung balance cairan 11) Monitor penambagan berat badan 12) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD : 216/118mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>4) Identifikasi tanda ansietas 5) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam 6) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit</p>	<i>Endah</i>
23-11-2024	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Endah</i>	23-11-2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas, bengkak di kaki berkurang</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Endah</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)				TTV : TD : 209/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				CRT <2 detik Akral dingin kering pucat	
	1,2,5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	1,2,3,4,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD 215/119 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				6) Monitor TTV 7) Monitor status hidrasi 8) Monitor status hemodinamik 9) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 10) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
	4	Memberikan pendidikan kesehatan terkait hipertensi dalam kehamilan (pasien kooperatif)					
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)			2	S : - O: TTV : TD : 209/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif	<i>Endah</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)				A: Maslalah tertasi sebagian P :	
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)					
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ					

	1,2,3 ,4,5	(204/117mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)				Intervensi dilanjutkan 6) Monitor denyut jantung janin 7) Monitor tanda vital ibu 8) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 9) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 10) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diit nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)					
		Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)					
	1	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap			3	S : Pasien mengatakan badannya terasa sedikit lemas O : Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD 209/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 4) Monitor kelelahan fisik dan emosional 5) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 6) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Endah</i>
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 215/119mmHg					
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat hasil :209/118mmHg					

					6) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 7) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi	
				4	S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 6) Monitor status hemodinamik 7) Monitor status hidrasi 8) Monitor TTV 9) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 10) Batasi asupan cairan dan garam	<i>Endah</i>
				5	S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 209/118mmHg N : 99 /menit	<i>Endah</i>

						Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
24-11-2024	5 5 1,2,5 1,2,3,5 1,5 1,5 1	Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc) Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc) Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi) Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam) Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik) Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi) Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)	Endah	24-11-2024	1	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, bengkak pada kaki berkurang banyak pasien mengatakan nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat O : Pasien masih bedrest TTV : TD : 205/113mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C CRT <2 detik Akral hangat A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 6) Monitor TTV 7) Monitor status hidrasi 8) Monitor status hemodinamik 9) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 10) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	Endah

	1,2,3,5	Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 209/116mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)			2	<p>S : - O: TTV : TD : 205/113mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 139 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Monitor denyut jantung janin 7) Monitor tanda vital ibu 8) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 9) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 10) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin 	Endah
	2	Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 209/116mmHg Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat					
	1	hasil :205/113mmHg			3	<p>S : Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 205/113mmHg N : 95 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Endah

Pasien 3

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 28 November 2024

Waktu pengkajian : Jam 16.30 WIB WIB

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. R
Umur : 38 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kalibawang
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medik : G₃P₂A₀ Preeklamsia

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn.D
Umur : 40 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Kalibawang
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Pedagang

C. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan pusing

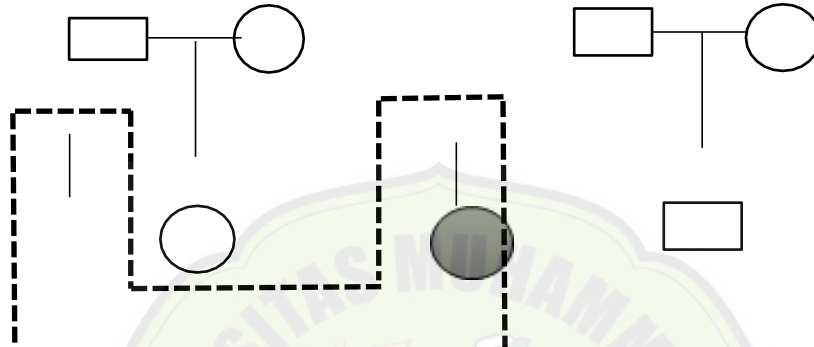
D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Pasien dengan riwayat gestasi G₃P₂A₀ usia 38 tahun dan usia kehamilan 34 minggu +4 hari. Klien mengeluh pusing, badan terasa pegal-pegal, sulit tidur

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat epilepsi, DM, asma, jantung dan penyakit menular seperti TBC dan dalam anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi.

F. GENOGRAM



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

— : Garis Keturunan

G. RIWAYAT GINEKOLOGI

Pasien mengatakan mengalami menarche pada usia 13 tahun dengan lama menstruasi kurang lebih 5-7 hari dan teratur dengan siklus 30 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar, ada sedikit gumpalan darah dan bau khas. Klien mengatakan mengalami keputihan pada saat menjelang menstruasi. Riwayat usia pernikahan 20 tahun.

H. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG LALU

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	JK	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1.	2012	Normal	Bidan	LK	BB: 3200 gram PB: 49 cm	-
2.	2016	Normal	Bidan	LK	BB: 3400gram PB: 49cm	-

I. RIWAYAT KB

Pasien mengatakan sebelumnya menggunakan KB IUD

J. RIWAYAT KEHAMILAN SAAT INI

HPHT : 02-03-2024

Taksiran partus : 12-12-2024

BB sebelum hamil : 60 kg

TD sebelum hamil : 120/80 mmHg

K. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Keadaan mental
Klien mengatakan cemas karena ini pertama kali mengalami hipertensi
- Adaptasi psikologis
Klien mengatakan pada kehamilan sekarang lebih menjaga kondisi tubuh supaya tidak kondisi bayinya selalu dalam keadaan baik
- Penerimaan terhadap kelahiran
Klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak kedua, untuk perlengkapan kelahiran anaknya sudah disiapkan.
- Masalah khusus : Ansietas

L. POLA HIDUP YANG MENINGKATKAN RESIKO KEHAMILAN

Klien mengatakan sering minum minuman dingin, makanan berlemak dan tidur larut malam. Klien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan dan kesehatannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kemajuan kehamilan dan sudah melakukan USG.

M. PERSIAPAN PERSALINAN

1. Senam hamil
Klien mengatakan sudah pernah mengikuti kegiatan senam hamil yang diadakan di desa
2. Rencana tempat melahirkan
Klien mengatakan merencanakan kelahiran anaknya di RS.
3. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu
Klien mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan persalinan dari kebutuhan bayi dan kebutuhan ibu

4. Kesiapan mental ibu dan keluarga

Klien mengatakan sudah menyiapkan mental mulai dari sekarang dan tetap tenang supaya tidak menjadi beban pikiran.

5. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara melahirkan, dan cara menangani nyeri, proses persalinan

Klien sudah memiliki pengalaman persalinan sebelumnya secara normal, klien mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi nyeri saat ataupun setelah proses persalinan.

6. Perawatan payudara

Klien mengatakan sedikit tahu cara perawatan payudara

N. OBAT-OBATAN YANG DIKONSUMSI SAAT INI

Pasien mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya, diberi vitamin dan asam folat

O. POLA FUNSIONAL MENURUT GORDON

1. Pola Persepsi Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa Kesehatan itu sangat penting untuk pasien sehingga selalu memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kesehatannya, serta pasien memiliki epilepsi sehingga harus rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya

2. Pola Nutrisi-Mekanik

Klien mengatakan sehari makan 3x, dengan memperbanyak sayur, buah dan vitamin. Klien mengatakan mengurangi makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pencernaan, bab 1x sehari

4. Pola Latihan-Aktivitas

Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tidak ada masalah, hanya terkadang merasa sering lelah dan pusing saat kelelahan.

5. Pola Kognitif Perseptual

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan daya ingat dan tidak ada masalah dengan penglihatan.

6. Pola Istirahat-Tidur

Klien mengatakan terkadang sulit untuk istirahat karena merasa pusing dan badan terasa nyeri

7. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan merupakan seorang istri dan ibu, klien mengatakan sekarang sedang hamil anak ke 2. Klein mengatakan apabila ada masalah segera mencari solusi dan berdoa kepada Allah SWT

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga harmonis

9. Pola Reproduksi/ Seksual

Klien mengatakan selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Setelah melahirkan bayi yang pertama, pasien menggunakan KB iud untuk menunda kehamilan.

10. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres)

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan disertai dengan tekanan darah tinggi. Sebelumnya klien belum pernah mengalami tensi tinggi. Klien menjaga kehamilannya dengan mematuhi anuran dari dokter dan bidan.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Pasien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kelacaran dalam persalinan dan diberikan kesehatan baik ibu maupun bayinya

P. PEMERIKSAAN FISIK

Status obstetric : G₃P₂A₀

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB/TB : 68 Kg/ 160 CM

Tanda vital :

TD : 219/120 mmHg Nadi : 98 x/mnt

Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 23 x/mnt

Kepala leher

Kepala : Bentuk mesocephal, rambut hitam, bersih, benjolan (-), dan nyeri tekan (-)

Mata : Kedua mata simetris, fungsi penglihatan (+), konjungtiva anememis, dan sklera anikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pendengaran baik

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar limfe (-), dan nyeri tekan (-)

Masalah khusus : -

Dada

Jantung I : Tidak terlihat ictus cordis

Pa : ictus cordis teraba

Pe : Pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru I : Pengembangan dada terlihat simetris

Pa : Pengembangan dada teraba simetris

Pe : Sonor

A : Vasikuler, tidak ada suara tambahan

Payudara : Tidak ada benjolan atau tumor, tidak ada pembengkakan pada mammae, simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting susu terlihat bersih dan menonjol.

Puting susu : Puting menonjol

Pengeluaran ASI : ASI belum keluar

Masalah khusus : -

Abdomen

Uterus

Involusi uterus : membesar

Fundus uterus : 29 cm

Kandung kemih : lembek

Diastetis rektus abdominus : -

Fungsi pencernaan : Normal

Masalah kusus : -

Pigmentasi

Lineanigra : Terdapat lineanigra dari bawah pusar sampai tulang kemaluan

Striac : Terdapat striac dibagian perut

Fungsi pencernaan : Tidak ada masalah

Masalah khusus : -

Perinium dan Genetalia

Vagina : tidak ada rembesan ketuban

Perinium : Tidak ada luka

Masalah khusus : -

Ekstremitas :

Ekstremitas atas : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Ektremitas bawah : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Reflek patella : +, jika ada :+1

Masalah khusus : -

Q. PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hb	11		
Golongan Darah	A		
HbsAg	Non Reaktif		
HIV	Negatif		
Protein Urine	+1		

R. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO : 18) CRT > 3 dtk 19) Turgor kulit menurun 20) Konjungtiva anemis 21) TD:219/120 mmHg 22) N: 106x/menit, 23) S: 36,8°C 24) RR: 23x/menit 25) Edema pada ekstermitas bawah 26) Hb :11 g/dl</p>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI, 2017 (D.0009)</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO : 9) Terdapat edema pada ekstermitas 10) Hb : 10,8 g/dl, 11) Protein urine : +1 12) Tekanan darah : 219/120 mmHg</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)</p>

	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan ini pertama kali mengalami tekanan darah tinggi saat hamil</p> <p>DO : 11) Tampak gelisah 12) Sulit tidur pada malam hari 13) Respirasi 23 x/menit 14) Nadi 106 x/menit 15) TD : 219/120 mmHg</p>	Krisis Situasional	<p>Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)</p>
4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 7) TD : 219/120 mmHg 8) Akral hangat 9) Hb : 11 g/dl</p>	Kelemahan	<p>Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)</p>
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>7) Kecemasan pada ibu karena pertama kali hamil dengan hipertensi 8) TD : 219/120 mmHg 9) Diagnosa preeklamsi</p>		<p>Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)</p>

W. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	28-11-2024		<i>Endah</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	28-11-2024		<i>Endah</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	28-11-2024		<i>Endah</i>

4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	28-11-2024		<i>Endah</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	28-11-2024		<i>Endah</i>



3.7 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ul style="list-style-type: none"> 11) Kekuatan nadi perifer meningkat 12) Sensasi meningkat 13) Warna kulit pucat menurun 14) Parestesia menurun 15) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ul style="list-style-type: none"> 17) Kekuatan nadi meningkat 18) Output urine meningkat 19) Saturasi oksigen meningkat 20) Pucat dan akral dingin menurun 21) Pitting edema menurun 22) Edema perifer menurun 23) Tekanan darah membaik 24) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> 17. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 18. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 19. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 20. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ul style="list-style-type: none"> 21. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 22. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 23. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 24. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<p>15. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP)</p> <p>16. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p> <p>17. Monitor hasil pemeriksaan serum</p> <p>18. Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>19. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif)</p> <p>20. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p>
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <p>3) Kejadian cedera menurun</p> <p>Status Pertmbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <p>7) Pertambahan berat badan meningkat</p> <p>8) DJJ membaik</p> <p>9) Distres janin menurun</p>	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <p>13. Identifikasi status obtetrik, riwayat obstetrik</p> <p>14. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok</p> <p>15. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit</p> <p>16. Monitor denyut jantung janin</p> <p>17. Monitor tanda vital ibu</p> <p>18. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin</p> <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <p>7. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin</p> <p>8. Monitor gerakan janin</p> <p>9. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)</p>

				<p>10. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin</p> <p>11. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam</p> <p>12. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin</p>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <p>17) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>18) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>19) Keluhan lelah menurun</p> <p>20) Sianosis menurun</p> <p>21) Frekuensi nadi membaik</p> <p>22) Warna kulit membaik</p> <p>23) Frekuensi nafas membaik</p> <p>24) Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <p>15. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>16. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>17. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>18. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p> <p>19. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif</p> <p>20. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>21. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <p>11. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain</p> <p>12. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>13. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu</p> <p>14. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah</p> <p>15. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi</p>

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) 17) Asupan cairan meningkat 18) Output urine meningkat 19) Membran mukosa lembab meningkat 20) Dehidrasi menurun 21) Konfusi menurun 22) Tekanan darah membaik 23) Frekuensi nadi membaik 24) Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) 17. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 18. Identifikasi penyebab hipervolemia 19. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 20. Monitor intake dan output cairan 21. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 22. Batasi asupan cairan dan garam 23. Kolaborasi pemberian diuretik 24. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) 9. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 10. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat) 11. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 12. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				cairan 13. Monitor hasil pemeriksaan serum 14. Monitor kadar albumin dan protein total 15. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 16. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093) 15) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 16) Perilaku gelisah menurun 17) Pucat menurun 18) Pola tidur membaik 19) Frekuensi pernafasan membaik 20) Nadi membaik 21) Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314) 19. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 20. Monitor tanda-tanda ansietas 21. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 22. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 23. Dengarkan dengan penuh perhatian 24. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 25. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 26. Latih teknik relaksasi 27. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.8 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
28 - 11- 2024	1,2,3 ,4,5 2	<p>Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif)</p> <p>Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 219/120 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, , edema pada ekstermitas bawah)</p> <p>Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP</p>	<i>Endah</i>	28 -11- 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien tampak lemah TTV : TD : 216/119mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 9) Monitor TTV 10) Monitor status hidrasi 11) Monitor status hemodinamik 12) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p>	<i>Endah</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)			2	S :- O: TTV : TD : 216/119mmHg (setelah dilakukan terpi rendam kaki dengan air hangat) N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C DJJ : 135 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 13) Monitor denyut jantung janin 14) Monitor tanda vital ibu 15) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 16) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 17) Lakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit 18) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukakn gawat janin	<i>Endah</i>
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)					
1						

<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h</p> <p>hasil TD: 219/120mmHg</p> <p>Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p>			<p>3</p> <p>S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>O : TTV : TD : 216/119mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Monitor kelelahan fisik dan emosional 12) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 13) Anjurkan aktivitas secara bertahap 14) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 15) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	<p><i>Endah</i></p>
<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>hasil :216/119mmHg</p>		<p>4</p>	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 13) Monitor status hemodinamik 14) Monitor status hidrasi 15) Monitor TTV 	<p><i>Endah</i></p>

					5	<p>16) Catat intake dan output dan hitung balance cairan</p> <p>17) Monitor penambagan berat badan</p> <p>18) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD 216/119mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>7) Identifikasi tanda ansietas</p> <p>8) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>9) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit</p>	<i>Endah</i>
29-11-2024	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Endah</i>	29-11-2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas,bengkak di kaki berkurang</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Endah</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)				TTV : TD : :212/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				CRT <2 detik Akral dingin kering pucat	
	1,2,5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	1,2,3,4,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD 214/118 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				11) Monitor TTV 12) Monitor status hidrasi 13) Monitor status hemodinamik 14) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 15) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
	4	Memberikan pendidikan kesehatan terkait hipertensi dalam kehamilan (pasien kooperatif)					
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)			2	S : - O: TTV : TD : :212/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	<i>Endah</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)				DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif	
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)				A: Maslalah tertasi sebagian P :	
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ					

	1,2,3 4,5	(214/118 mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)			Intervensi dilanjutkan 11) Monitor denyut jantung janin 12) Monitor tanda vital ibu 13) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 14) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 15) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diit nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)				
		Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)				
	1	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap		3	S : Pasien mengatakan badannya terasa sedikit lemas O : Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD :212/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 7) Monitor kelelahan fisik dan emosional 8) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 9) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Endah</i>
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD214/118 mmHg				
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit				
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat hasil :212/118mmHg				

					<p>8) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi</p> <p>9) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi</p>	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>11) Monitor status hemodinamik</p> <p>12) Monitor status hidrasi</p> <p>13) Monitor TTV</p> <p>14) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p> <p>15) Batasi asupan cairan dan garam</p>	<i>Endah</i>
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV :</p> <p>TD : :212/118mmHg</p> <p>N : 99 /menit</p>	<i>Endah</i>

						<p>Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
30-11-2024	5 5 1,2,5 1,2,3,5 1,5 1,5 1	<p>Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc)</p> <p>Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)</p> <p>Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam)</p> <p>Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)</p> <p>Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)</p>	<i>Endah</i>	30-11-2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, bengkak pada kaki berkurang banyak pasien mengatakan nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p> <p>TTV : TD : 208/115mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>CRT <2 detik Akral hangat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Monitor TTV 12) Monitor status hidrasi 13) Monitor status hemodinamik 14) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 15) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi 	<i>Endah</i>

	1,2,3 5	Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 211/116mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)			2	<p>S :- O: TTV : TD : 208/115mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 139 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>11) Monitor denyut jantung janin 12) Monitor tanda vital ibu 13) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 14) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 15) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukn gawat janin</p>	Endah
	2	Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 211/116mmHg Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat					
	1	hasil :208/115mmHg			3	<p>S : Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 208/115mmHg N : 95 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Endah

PASIEN 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 1 -12-2024

Waktu pengkajian : Jam 15.00 WIB

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. W
Umur : 34 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Watumalang
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medik : G₃P₂A₀ Preeklamsi

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. H
Umur : 40 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Watumalang
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Supir

C. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan pusing

D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Pasien dengan riwayat gestasi G₃P₂A₀ usia 34 tahun dan usia kehamilan 32 minggu 3 hari minggu. Klien mengeluh pusing, sulit tidur, nyeri, mudah lelah, dan badan terasa pegal-pegal.

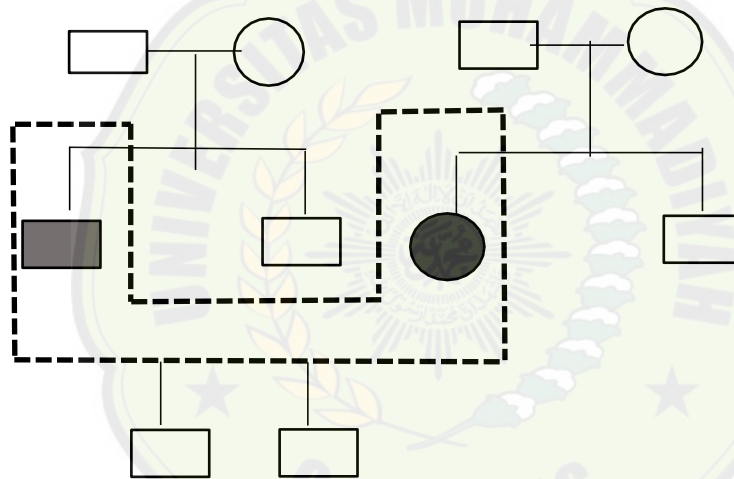
E. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Klien mengatakan pada kehamilan pertama dan kedua tidak mengalami pre eklamsi, klien mengatakan tensi tinggi mulai pada usia kehamilan memasuki usia 27 minggu. Persalinan sebelumnya yaitu normal, dan tidak ada masalah pada masa kehamilan. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat menular maupun menurun.

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi, akan tetapi dalam keluarganya ada yang memiliki riwayat DM.

G. GENOGRAM



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

| : Garis Keturunan

H. RIWAYAT GINEKOLOGI

Pasien mengatakan mengalami menarche pada usia 12 tahun dengan lama menstruasi kurang lebih 5-7 hari dan teratur dengan siklus 30 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar, ada sedikit gumpalan darah dan bau khas. Klien mengatakan mengalami keputihan pada saat menjelang menstruasi. Riwayat usia pernikahan 15 tahun.

I. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG LALU

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	JK	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1.	2007	Normal	Bidan	LK	BB: 3500 gram PB: 49 cm	-
2	2014	Normal	Bidan	LK	BB: 3300 gram PB: 47 cm	-

J. RIWAYAT KB

Pasien mengatakan menggunakan KB IUD

K. RIWAYAT KEHAMILAN SAAT INI

HPHT : 9-3-2024

Taksiran partus : 19-2-2024

BB sebelum hamil : 60 kg

TD sebelum hamil : 120/80 mmhg

L. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Keadaan mental
Klien mengatakan cemas karena ini pertama kali mengalami hipertensi
- Adaptasi psikologis
Klien mengatakan pada kehamilan sekarang lebih menjaga kondisi tubuh supaya tidak kondisi bayinya selalu dalam keadaan baik
- Penerimaan terhadap kelahiran
Klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak kedua, untuk perlengkapan kelahiran anaknya sudah disiapkan.
- Masalah khusus :

M. POLA HIDUP YANG MENINGKATKAN RESIKO KEHAMILAN

Klien mengatakan sering minum minuman dingin, makanan berlemak dan tidur larut malam. Klien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan dan kesehatannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kemajuan kehamilan dan sudah melakukan USG.

N. PERSIAPAN PERSALINAN

1. Senam hamil

Klien mengatakan sudah pernah mengikuti kegiatan senam hamil yang diadakan di desa

2. Rencana tempat melahirkan

Klien mengatakan merencanakan kelahiran anaknya di RS.

3. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu

Klien mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan persalinan dari kebutuhan bayi dan kebutuhan ibu

4. Kesiapan mental ibu dan keluarga

Klien mengatakan sudah menyiapkan mental mulai dari sekarang dan tetap tenang supaya tidak menjadi beban pikiran.

5. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara melahirkan, dan cara menangani nyeri, proses persalinan

Klien sudah memiliki pengalaman persalinan sebelumnya secara SC, klien mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi nyeri saat ataupun setelah proses persalinan.

6. Perawatan payudara

Klien mengatakan sedikit tahu cara perawatan payudara

O. OBAT-OBATAN YANG DIKONSUMSI SAAT INI

Klien mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya. Pasien mengkonsumsi asam folat

P. POLA FUNSIONAL MENURUT GORDON

1. Pola Persepsi Managemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa Kesehatan itu sangat penting untuk pasien sehingga selalu memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kesehatannya, serta pasien memiliki epilepsi sehingga harus rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya

2. Pola Nutrisi-Mekanik

Klien mengatakan sehari makan 3x, dengan memperbanyak sayur, buah dan vitamin. Klien mengatakan mengurangi makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pencernaan, bab 1x sehari

4. Pola Latihan-Aktivitas

Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tidak ada masalah, hanya terkadang merasa sering lelah dan pusing saat kelelahan.

5. Pola Kognitif Perseptual

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan daya ingat dan tidak ada masalah dengan penglihatan.

6. Pola Istirahat-Tidur

Klien mengatakan terkadang sulit untuk istirahat karena merasa pusing dan badan terasa nyeri

7. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan merupakan seorang istri dan ibu, klien mengatakan sekarang sedang hamil anak ke 2. Klien mengatakan apabila ada masalah segera mencari solusi dan berdoa kepada Allah SWT

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga harmonis

9. Pola Reproduksi/ Seksual

Klien mengatakan selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Setelah melahirkan bayi yang pertama, pasien menggunakan KB iud untuk menunda kehamilan.

10. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres)

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan disertai dengan tekanan darah tinggi. Sebelumnya klien belum pernah mengalami tensi tinggi. Klien menjaga kehamilannya dengan mematuhi anuran dari dokter dan bidan.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Pasien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kelacaran dalam persalinan dan diberikan kesehatan baik ibu maupun bayinya

Q. PEMERIKSAAN FISIK

Status obstetric : G₃P₂A₀

Kedadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB/TB : 68 Kg/ 155 CM

Tanda vital :

TD :214/118 mmHg Nadi : 98 x/mnt

Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 23 x/mnt

Kepala leher

Kepala : Bentuk mesocephal, rambut hitam, bersih, benjolan (-), dan nyeri tekan (-)

Mata : Kedua mata simetris, fungsi penglihatan (+), konjungtiva anememis, dan sklera anikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pendengaran baik

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar limfe (-), dan nyeri tekan (-)

Masalah khusus : -

Dada

Jantung I : Tidak terlihat ictus cordis

Pa : ictus cordis teraba

Pe : Pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru I : Pengembangan dada terlihat simetris

Pa : Pengembangan dada teraba simetris

Pe : Sonor

A : Vasikuler, tidak ada suara tambahan

Payudara : Tidak ada benjolan atau tumor, tidak ada pembengkakan pada mammae, simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting susu terlihat bersih dan menonjol.

Puting susu : Puting menonjol

Pengeluaran ASI : ASI belum keluar

Masalah khusus : -

Abdomen

Uterus

Involusi uterus : membesar
Fundus uterus : 29 cm
Kandung kemih : lembek
Diastetis rektus abdominus : -
Fungsi pencernaan : Normal
Masalah kusus : -
Pigmentasi
Lineanigra : Terdapat lineanigra dari bawah pusar sampai tulang kemaluan
Striac : Terdapat striac dibagian perut
Fungsi pencernaan : Tidak ada masalah
Masalah khusus : -
Perinium dan Genetalia
Vagina : tidak ada pembesaran ketuban
Perinium : Tidak ada luka
Masalah khusus : -
Ekstremitas :
Ekstremitas atas : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.
Edema : Tidak terdapat edema
Varises : tidak ada
Ekstremitas bawah : Turgor baik, tidak ada kelainan, akral teraba hangat.
Edema : Tidak terdapat edema
Varises : tidak ada
Reflek patella : +, jika ada :+1
Masalah khusus : -

R. PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hb	11		
Golongan Darah	B		
HbsAg	Non Reaktif		
HIV	Negatif		
Protein Urine	-		

S. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO : 27) CRT > 3 dtk 28) Turgor kulit menurun 29) Konjungtiva anemis 30) TD:219/120 mmHg 31) N: 106x/menit, 32) S: 36,8°C 33) RR: 23x/menit 34) Edema pada ekstermitas bawah 35) Hb :11 g/dl</p>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efekif SDKI, 2017 (D.0009)</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO : 13) Terdapat edema pada ekstermitas 14) Hb : 10,8 g/dl, 15) Protein urine : +1 16) Tekanan darah : 219/120 mmHg</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)</p>

	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan ini pertama kali mengalami tekanan darah tinggi saat hamil</p> <p>DO : 16) Tampak gelisah 17) Sulit tidur pada malam hari 18) Respirasi 23 x/menit 19) Nadi 106 x/menit 20) TD : 219/120 mmHg</p>	Krisis Situasional	<p>Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)</p>
4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 10) TD : 219/120 mmHg 11) Akral hangat 12) Hb : 11 g/dl</p>	Kelemahan	<p>Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)</p>
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>10) Kecemasan pada ibu karena pertama kali hamil dengan hipertensi 11) TD : 219/120 mmHg) 12) Diagnosa preeklamsi</p>		<p>Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)</p>

X. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	1-12 - 2024		<i>Endah</i>

3.9 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ul style="list-style-type: none"> 16) Kekuatan nadi perifer meningkat 17) Sensasi meningkat 18) Warna kulit pucat menurun 19) Parestesia menurun 20) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ul style="list-style-type: none"> 25) Kekuatan nadi meningkat 26) Output urine meningkat 27) Saturasi oksigen meningkat 28) Pucat dan akral dingin menurun 29) Pitting edema menurun 30) Edema perifer menurun 31) Tekanan darah membaik 32) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> 25. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 26. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 27. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 28. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ul style="list-style-type: none"> 29. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 30. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 31. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 32. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<ul style="list-style-type: none"> 21. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 22. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 23. Monitor hasil pemeriksaan serum 24. Monitor kadar albumin dan protein total 25. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 26. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <p>4) Kejadian cedera menurun</p> <p>Status Pertmbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <p>10) Pertambahan berat badan meningkat</p> <p>11) DJJ membaik</p> <p>12) Distres janin menurun</p>	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <ul style="list-style-type: none"> 19. Identifikasi status obtetrik, riwayat obstetrik 20. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 21. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 22. Monitor denyut jantung janin 23. Monitor tanda vital ibu 24. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <ul style="list-style-type: none"> 10. Identifikasi pengetahuan dan kemampan ibu menghitung gerakan janin 11. Monitor gerakan janin 12. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)

				<p>13. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin</p> <p>14. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam</p> <p>15. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin</p>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <p>25) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>26) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>27) Keluhan lelah menurun</p> <p>28) Sianosis menurun</p> <p>29) Frekuensi nadi membaik</p> <p>30) Warna kulit membaik</p> <p>31) Frekuensi nafas membaik</p> <p>32) Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <p>22. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>23. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>24. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>25. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p> <p>26. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif</p> <p>27. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>28. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <p>16. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain</p> <p>17. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>18. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu</p> <p>19. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah</p> <p>20. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi</p>

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) 25) Asupan cairan meningkat 26) Output urine meningkat 27) Membran mukosa lembab meningkat 28) Dehidrasi menurun 29) Konfusi menurun 30) Tekanan darah membaik 31) Frekuensi nadi membaik 32) Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) 25. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 26. Identifikasi penyebab hipervolemia 27. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 28. Monitor intake dan output cairan 29. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 30. Batasi asupan cairan dan garam 31. Kolaborasi pemberian diuretik 32. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) 13. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 14. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat) 15. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 16. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				cairan 17. Monitor hasil pemeriksaan serum 18. Monitor kadar albumin dan protein total 19. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 20. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093) 22) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 23) Perilaku gelisah menurun 24) Pucat menurun 25) Pola tidur membaik 26) Frekuensi pernafasan membaik 27) Nadi membaik 28) Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314) 28. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 29. Monitor tanda-tanda ansietas 30. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 31. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 32. Dengarkan dengan penuh perhatian 33. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 34. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 35. Latih teknik relaksasi 36. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.10 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
1-12 - 2024	1,2,3 ,4,5 2	<p>Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif)</p> <p>Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 214/118 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, , edema pada ekstermitas bawah)</p> <p>Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP</p>	<i>Endah</i>	1-12 - 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien tampak lemah TTV : TD : 211/112mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 13) Monitor TTV 14) Monitor status hidrasi 15) Monitor status hemodinamik 16) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p>	<i>Endah</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)			2	<p>S :-</p> <p>O:</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 211/112mmHg (setelah dilakukan terpi rendam kaki dengan air hangat)</p> <p>N : 106 /menit</p> <p>Rr : 20 x/menit</p> <p>S : 36.8°C</p> <p>DJJ : 135 x/menit</p> <p>Pergerakan janin aktif</p> <p>A:</p> <p>Masalah tertasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>19) Monitor denyut jantung janin</p> <p>20) Monitor tanda vital ibu</p> <p>21) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam)</p> <p>22) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam</p> <p>23) Lakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p> <p>24) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukakn gawat janin</p>	<i>Endah</i>
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)					
1						

<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h</p> <p>hasil TD: 214/118 mmHg</p> <p>Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p>			<p>3</p> <p>S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>O : TTV : TD : 211/112mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> 16) Monitor kelelahan fisik dan emosional 17) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 18) Anjurkan aktivitas secara bertahap 19) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 20) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi 	<p><i>Endah</i></p>
<p>1</p>	<p>melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>hasil :211/112mmHg</p>		<p>4</p>	<p>S : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> 19) Monitor status hemodinamik 20) Monitor status hidrasi 21) Monitor TTV 	<p><i>Endah</i></p>

					5	<p>22) Catat intake dan output dan hitung balance cairan</p> <p>23) Monitor penambagan berat badan</p> <p>24) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD 211/112mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>10) Identifikasi tanda ansietas</p> <p>11) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>12) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit</p>	<i>Endah</i>
2-12-2024	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Endah</i>	2-12-2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas,bengkak di kaki berkurang</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Endah</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)				TTV : TD : : 207/110mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				CRT <2 detik Akral dingin kering pucat	
	1,2,5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				A: Masalah teratasi sebagian	
	1,2,3,4,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD 210/112 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				P : Intervensi dilanjutkan 16) Monitor TTV 17) Monitor status hidrasi 18) Monitor status hemodinamik 19) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 20) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)			2	S :- O: TTV : TD : : 207/110mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif	<i>Endah</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkok, lokasi baik)				A: Maslalah tertasi sebagian	
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)				P :	
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ					

	1,2,3 4,5	(214/118 mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)			Intervensi dilanjutkan 16) Monitor denyut jantung janin 17) Monitor tanda vital ibu 18) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 19) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 20) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diit nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)				
		Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)				
	1	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap		3	S : Pasien megatakan badannya terasa sedikit lemas O : Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD : 207/110mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 10) Monitor kelelahan fisik dan emosional 11) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 12) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Endah</i>
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD210/112 mmHg				
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit				
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat hasil :207/110mmHg				

					<p>10) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi</p> <p>11) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi</p>	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>16) Monitor status hemodinamik 17) Monitor status hidrasi 18) Monitor TTV 19) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 20) Batasi asupan cairan dan garam</p>	<i>Endah</i>
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD : : 207/110mmHg N : 99 /menit</p>	<i>Endah</i>

						<p>Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
3- 12- 2024	5 5 1,2,5 1,2,3,5 1,5 1,5 1	<p>Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc)</p> <p>Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)</p> <p>Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam)</p> <p>Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)</p> <p>Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)</p>	<i>Endah</i>	3- 12- 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, bengkak pada kaki berkurang banyak pasien mengatakan nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p> <p>TTV : TD : 201/109mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>CRT <2 detik Akral hangat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>16) Monitor TTV 17) Monitor status hidrasi 18) Monitor status hemodinamik 19) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 20) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi</p>	<i>Endah</i>

	1,2,3 5	Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 205/110 mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)			2	<p>S :- O: TTV : TD : 201/109mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 139 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>16) Monitor denyut jantung janin 17) Monitor tanda vital ibu 18) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 19) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 20) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukann gawat janin</p>	Endah
	2	Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 205/110 mmHg Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat					
	1	hasil :201/109mmHg			3	<p>S : Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 201/109mmHg N : 95 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Endah

PASIEN 5

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 4 – 12- 2024

Waktu pengkajian : Jam 15.00 WIB

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. D
Umur : 38 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Sukoharjo
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medik : G₂P₁A₀ Preeklamsia

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. Y
Umur : 40 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Sukoharjo
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Karyawan swasta

C. KELUHAN UTAMA

Pasien mengeluh pusing

D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Klien dengan riwayat gestasi G₂P₁A₀ usia 30 tahun dan usia kehamilan 30 mg. Klien mengeluh badannya sering pegal dan terkadang pusing.

Keluhan terasa meningkat setelah beraktivitas. Klien mengatakan pada kehamilan sebelumnya tidak mengalami hipertensi. Pasien mengatakan tensi tinggi seak usia kehamilan memasuki 30 minggu. Klien mengatakan cemas dengan kehamilannya dengan tensi tinggi. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 210/123 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit.

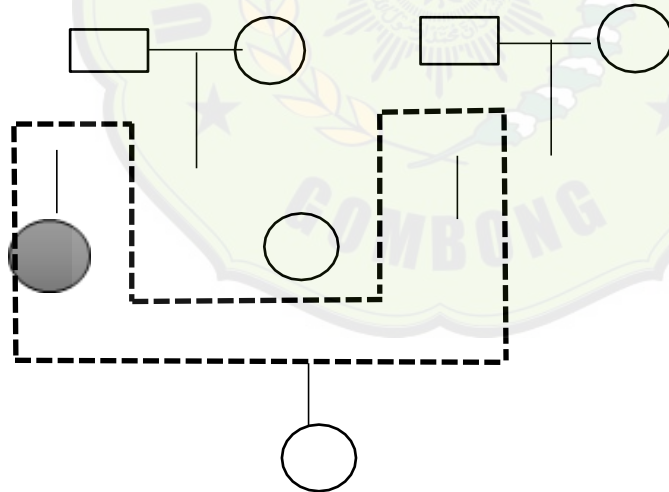
E. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami hipertensi. Klien mengatakan memiliki riwayat SC anak yang pertama pada tahun 2018 dikarenakan DKP.

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat epilepsi, DM, asma, jantung dan penyakit menular seperti TBC, dalam keluarganya tidak ada yang memiliki hipertensi.

G. GENOGRAM



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

| : Garis Keturunan

H. RIWAYAT GINEKOLOGI

Pasien mengatakan mengalami menarche pada usia 12 tahun dengan lama menstruasi kurang lebih 5-7 hari dan teratur dengan siklus 28 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar, ada sedikit gumpalan darah dan bau khas. Klien mengatakan mengalami keputihan pada saat menjelang menstruasi. Riwayat usia pernikahan 7 tahun.

I. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG LALU

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	JK	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1	2017	SC	Dokter	P	BB: 4200 gram PB: 49 cm	DKP

J. RIWAYAT KB

Pasien mengatakan menggunakan KB IUD

K. RIWAYAT KEHAMILAN SAAT INI

HPHT : 1-4-2024
Taksiran partus : 10-1-2025
BB sebelum hamil : 53 Kg
TD sebelum hamil : 110/80 mmHg

L. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- Keadaan mental
Klien mengatakan cemas karena ini pertama kali mengalami hipertensi
- Adaptasi psikologis
Klien mengatakan pada kehamilan sekarang lebih menjaga kondisi tubuh supaya tidak kondisi bayinya selalu dalam keadaan baik
- Penerimaan terhadap kelahiran
Klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak kedua, untuk perlengkapan kelahiran anaknya sudah disiapkan.
- Masalah khusus :

M. POLA HIDUP YANG MENINGKATKAN RESIKO KEHAMILAN

Klien mengatakan sering minum minuman dingin, makanan berlemak dan tidur larut malam. Klien mengatakan selalu memeriksakan kehamilan dan kesehatannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kemajuan kehamilan dan sudah melakukan USG.

N. PERSIAPAN PERSALINAN

1. Senam hamil

Klien mengatakan sudah pernah mengikuti kegiatan senam hamil yang diadakan di desa

2. Rencana tempat melahirkan

Klien mengatakan merencanakan kelahiran anaknya di RS.

3. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu

Klien mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan persalinan dari kebutuhan bayi dan kebutuhan ibu

4. Kesiapan mental ibu dan keluarga

Klien mengatakan sudah menyiapkan mental mulai dari sekarang dan tetap tenang supaya tidak menjadi beban pikiran.

5. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara melahirkan, dan cara menangani nyeri, proses persalinan

Klien sudah memiliki pengalaman persalinan sebelumnya secara SC, klien mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi nyeri saat ataupun setelah proses persalinan.

6. Perawatan payudara

Klien mengatakan sedikit tahu cara perawatan payudara

O. OBAT-OBATAN YANG DIKONSUMSI SAAT INI

Klien mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya. Pasien mengkonsumsi asam folat

P. POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

1. Pola Persepsi Managemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa Kesehatan itu sangat penting untuk pasien sehingga selalu memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan untuk mengetahui kesehatannya, serta pasien memiliki epilepsi sehingga harus rutin memeriksakan kesehatannya dan kandungannya

2. Pola Nutrisi-Mekanik

Klien mengatakan sehari makan 3x, dengan memperbanyak sayur, buah dan vitamin. Klien mengatakan mengurangi makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pencernaan, bab 1x sehari

4. Pola Latihan-Aktivitas

Klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tidak ada masalah, hanya terkadang merasa sering lelah dan pusing saat kelelahan.

5. Pola Kognitif Perseptual

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan daya ingat dan tidak ada masalah dengan penglihatan.

6. Pola Istirahat-Tidur

Klien mengatakan terkadang sulit untuk istirahat karena merasa pusing dan badan terasa nyeri

7. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan merupakan seorang istri dan ibu, klien mengatakan sekarang sedang hamil anak ke 2. Klien mengatakan apabila ada masalah segera mencari solusi dan berdoa kepada Allah SWT

8. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga harmonis

9. Pola Reproduksi/ Seksual

Klien mengatakan selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Setelah melahirkan bayi yang pertama, pasien menggunakan KB iud untuk menunda kehamilan.

10. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres)

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan disertai dengan tekanan darah tinggi. Sebelumnya klien belum pernah mengalami tensi tinggi. Klien menjaga kehamilannya dengan mematuhi anuran dari dokter dan bidan.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Pasien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kelacaran dalam persalinan dan diberikan kesehatan baik ibu maupun bayinya

Q. PEMERIKSAAN FISIK

Status obstetric : G₂P₁A₀

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB/TB : 68 Kg/ 155 CM

Tanda vital :

TD :210/123 mmHg Nadi : 98 x/mnt

Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 23 x/mnt

1. Kepala leher

Kepala : Bentuk mesocephal, rambut hitam, bersih, benjolan (-), dan nyeri tekan (-)

Mata : Kedua mata simetris, fungsi penglihatan (+), konjungtiva anememis, dan sklera anikterik

Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan

Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, pendengaran baik

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran kelenjar limfe (-), dan nyeri tekan (-)

Masalah khusus : -

2. Dada

Jantung I : Tidak terlihat ictus cordis

Pa : ictus cordis teraba

Pe : Pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru I : Pengembangan dada terlihat simetris

Pa : Pengembangan dada teraba simetris

Pe : Sonor

A : Vasikuler, tidak ada suara tambahan

3. Payudara

Tidak ada benjolan atau tumor, tidak ada pembengkakan pada mammae, simetris kanan dan kiri, aerola hiperpigmentasi, puting susu terlihat bersih dan menonjol.

Puting susu : Puting menonjol

Pengeluaran ASI : ASI belum keluar

Masalah khusus : -

4. Abdomen

Uterus

Involusi uterus : membesar

Fundus uterus : 29 cm

Kandung kemih : lembek

Diastetis rektus abdominus : -

Fungsi pencernaan : Normal

Masalah kusus : -

5. Pigmentasi

Lineanigra : Terdapat lineanigra dari bawah pusar sampai tulang kemaluan

Striac : Terdapat striac dibagian perut

Fungsi pencernaan : Tidak ada masalah

Masalah khusus : -

6. Perinium dan Genetalia

Vagina : tidak ada rembesan ketuban

Perinium : Tidak ada luka

Masalah khusus : -

7. Ekstremitas :

Ekstremitas atas : Turgor baik, tidak ada kelainan, akril teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Ekstremitas bawah : Turgor baik, tidak ada kelainan, akril teraba hangat.

Edema : Tidak terdapat edema

Varises : tidak ada

Reflek patella : +, jika ada :+1

Masalah khusus : -

R. PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hb	12		
Golongan Darah	B		
HbsAg	Non Reaktif		
HIV	Negatif		
Protein Urine	+1		

T. ANALISA DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki hipertensi semenjak kehamilan saat ini memasuki trimester 2, sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat hipertensi sebelumnya</p> <p>DO : 36) CRT > 3 dtk 37) Turgor kulit menurun 38) Konjungtiva anemis 39) TD:219/120 mmHg 40) N: 106x/menit, 41) S: 36,8°C 42) RR: 23x/menit 43) Edema pada ekstermitas bawah 44) Hb :11 g/dl</p>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI, 2017 (D.0009)</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>DO : 17) Terdapat edema pada ekstermitas 18) Hb : 10,8 g/dl, 19) Protein urine : +1 20) Tekanan darah : 219/120 mmHg</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia SDKI, 2017 (D.0022)</p>

	<p>DS : Pasien mengatakan cemas terkait keluhan yang dirasakan, dikarenakan ini pertama kali mengalami tekanan darah tinggi saat hamil</p> <p>DO : 21) Tampak gelisah 22) Sulit tidur pada malam hari 23) Respirasi 23 x/menit 24) Nadi 106 x/menit 25) TD : 219/120 mmHg</p>	Krisis Situasional	<p>Ansietas SDKI, 2017 (D.0080)</p>
4.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktifitas sehingga menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari.</p> <p>DO : 13) TD : 219/120 mmHg 14) Akral hangat 15) Hb : 11 g/dl</p>	Kelemahan	<p>Intoleransi Aktivitas SDKI, 2017 (D.0056)</p>
5.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>13) Kecemasan pada ibu karena pertama kali hamil dengan hipertensi 14) TD : 219/120 mmHg) 15) Diagnosa preeklamsi</p>		<p>Risiko Cedera pada Janin SDKI, 2017 (D.0138)</p>

Y. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
2.	Risiko Cedera pada Janin	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	1-12 - 2024		<i>Endah</i>
5.	Ansietas b/d krisis situasional	1-12 - 2024		<i>Endah</i>

3.11 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.5 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	<p>Perfusi perifer (SLKI, 2018 L.02013)</p> <ul style="list-style-type: none"> 21) Kekuatan nadi perifer meningkat 22) Sensasi meningkat 23) Warna kulit pucat menurun 24) Parestesia menurun 25) Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi (SLKI, 2018 L.02016)</p> <ul style="list-style-type: none"> 33) Kekuatan nadi meningkat 34) Output urine meningkat 35) Saturasi oksigen meningkat 36) Pucat dan akral dingin menurun 37) Pitting edema menurun 38) Edema perifer menurun 39) Tekanan darah membaik 40) Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI, 2018 I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> 33. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 34. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, CKD, perokok, hipertensi) 35. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas 36. Identifikasi pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit <p>Manajemen Sensasi Perifer (SIKI, 2018 I.06195)</p> <ul style="list-style-type: none"> 37. Identifikasi terjadinya perubahan sensasi 38. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 39. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena 40. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu <p>Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121)</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 10. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat)

				<p>27. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP)</p> <p>28. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p> <p>29. Monitor hasil pemeriksaan serum</p> <p>30. Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>31. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif)</p> <p>32. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p>
2.	Risiko Cedera pada Janin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi	<p>Tingkat Cedera (SLKI, 2018 L.09094)</p> <p>5) Kejadian cedera menurun</p> <p>Status Pertmbuhan (SKLI, 2018 L.10102)</p> <p>13) Pertambahan berat badan meningkat</p> <p>14) DJJ membaik</p> <p>15) Distres janin menurun</p>	<p>Pemantauan Denyut Jantung Janin (SIKI, 2018 I.14537)</p> <p>25. Identifikasi status obtetrik, riwayat obstetrik</p> <p>26. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok</p> <p>27. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit</p> <p>28. Monitor denyut jantung janin</p> <p>29. Monitor tanda vital ibu</p> <p>30. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin</p> <p>Pengukuran Gerakan Janin (SIKI, 2018 I.14554)</p> <p>13. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin</p> <p>14. Monitor gerakan janin</p> <p>15. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)</p>

				<p>16. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin</p> <p>17. Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam</p> <p>18. Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin</p>
3.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<p>Toleransi Aktivitas (SLKI, 2018 L.05042)</p> <p>33) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>34) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>35) Keluhan lelah menurun</p> <p>36) Sianosis menurun</p> <p>37) Frekuensi nadi membaik</p> <p>38) Warna kulit membaik</p> <p>39) Frekuensi nafas membaik</p> <p>40) Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen Energi (SIKI, 2018 I.05178)</p> <p>29. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>30. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>31. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>32. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p> <p>33. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif</p> <p>34. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>35. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Dukungan Ambulasi (SIKI, 2018 I.06171)</p> <p>21. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain</p> <p>22. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>23. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi dengan alat bantu</p> <p>24. Fasilitasi melakukan pergerakan dan berpindah</p> <p>25. Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi</p>

				6. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan disekitar tempat tidur, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
4.	Hipervolemi b/d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (SLKI, 2018 L.03020) 33) Asupan cairan meningkat 34) Output urine meningkat 35) Membran mukosa lembab meningkat 36) Dehidrasi menurun 37) Konfusi menurun 38) Tekanan darah membaik 39) Frekuensi nadi membaik 40) Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (SIKI, 2018 I.03114) 33. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat) 34. Identifikasi penyebab hipervolemia 35. Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP) 36. Monitor intake dan output cairan 37. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit) 38. Batasi asupan cairan dan garam 39. Kolaborasi pemberian diuretik 40. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik Pemantauan Cairan (SIKI, 2018 I.03121) 17. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, alral, CRT, mukosa, turgor kulit) 18. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hct, Na, Kl, BUN, Kreat) 19. Monitor status hemodinamik (MAP, CVPP, PAP) 20. Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i>

				cairan 21. Monitor hasil pemeriksaan serum 22. Monitor kadar albumin dan protein total 23. Identifikasi tanda hipervolemia (dispnea, edema perifer, edema ansarka, JVP meningkat, refleks hepatojugularis positif) 24. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan
5.	Ansietas b/d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan ansietas menurun	Tingkat Ansietas (SLKI, 2018 L.09093) 29) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 30) Perilaku gelisah menurun 31) Pucat menurun 32) Pola tidur membaik 33) Frekuensi pernafasan membaik 34) Nadi membaik 35) Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314) 37. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 38. Monitor tanda-tanda ansietas 39. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 40. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas 41. Dengarkan dengan penuh perhatian 42. Informasikan secara fatual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit 43. Latih kegiatan pegalihan untuk mengurangi ketegangan 44. Latih teknik relaksasi 45. Anjuran keluarga untuk bersama pasien selama perawatan

3.12 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl Waktu	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Waktu	No Dx	Evaluasi Formatif SOAPIE / Catatan Perkembangan	Paraf
4-12 - 2024	1,2,3 ,4,5 1,2,3 ,4,5 2	<p>Melakukan bina hubungan saling percaya (pasien kooperatif)</p> <p>Melakukan pengkajian dan observasi TTV (TD : 210/123 mmHg, Nadi : 106 x/menit, Suhu : 36.8°C, CRT 3 detik, , edema pada ekstermitas bawah)</p> <p>Melakukan pemeriksaan Leopold : Leopold I : bagian tertinggi teraba keras, seperti papan (punggung), TFU setinggi pusat Leopold II : bagian kanan teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba bulat keras dan melentting (kepala) Leopold III : tidak teraba bulat keras melenting, teraba kosong, tidak bisa digoyangkan Leopold IV : kepala belum masuk PAP</p>	<i>Endah</i>	4-12 - 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak kehamilan memasuki trimester 2. pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien tampak lemah TTV : TD : :206/120 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C CRT 3 detik Akral dingin basah pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 17) Monitor TTV 18) Monitor status hidrasi 19) Monitor status hemodinamik 20) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p>	<i>Endah</i>

					5) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
2	Melakukan pengukuran DJJ (DJJ : 135 x/menit)				<p>2</p> <p>S :- O: TTV : TD : :206/120 mmHg (setelah dilakukan terpi rendam kaki dengan air hangat) N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>DJJ : 135 x/menit</p> <p>Pergerakan janin aktif</p> <p>A: Maslalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>25) Monitor denyut jantung janin</p> <p>26) Monitor tanda vital ibu</p> <p>27) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam)</p> <p>28) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam</p> <p>29) Lakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p> <p>30) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukakn gawat janin</p>	<i>Endah</i>
5	Menghitung balance cairan (input 1890 – output 1670 = +220)					
3	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (pasien mengatakan karena kakinya bengkak, sehingga mudah lelah dan capek)					
3	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap					
3	Menganjurkan suami membantu pasien dalam pemenuhan ADL					
4	Mengkaji tanda ansietas (pasien tampak gelisah, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya dikarenakan ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya)					
4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam jika pasien merasa panik atau takut (pasien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam)					
1	melakukan pengukuran tekanan darah					

	<p>sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h</p> <p>hasil TD210/123 mmHg</p> <p>1 Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit</p> <p>melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>hasil :206/120 mmHg</p>		<p>3</p> <p>S : Pasien megatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>O: TTV : TD : :206/120 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 21) Monitor kelelahan fisik dan emosional 22) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 23) Anjurkan aktivitas secara bertahap 24) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi 25) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi <p>4</p> <p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki sudah 2 minggu sebelum MRS</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan +220 CRT 3 detik</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 25) Monitor status hemodinamik 26) Monitor status hidrasi 27) Monitor TTV 	<p><i>Endah</i></p> <p><i>Endah</i></p>
--	---	--	---	---

					5	<p>28) Catat intake dan output dan hitung balance cairan</p> <p>29) Monitor penambagan berat badan</p> <p>30) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah dijelaskan terkait kondisinya dan diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV : TD :206/120 mmHg N : 106 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.8°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>13) Identifikasi tanda ansietas</p> <p>14) Evaluasi kemampuan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>15) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakit</p>	<i>Endah</i>
5-12-2024	1,2,3,4,5	Melakukan anamnesa terkait keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya badannya masih lemas sedikit)	<i>Endah</i>	5-12-2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, hanya sedikit lemas,bengkak di kaki berkurang</p> <p>O : Pasien masih bedrest</p>	<i>Endah</i>

	5	Melakukan pengukuran output cairan pasien (urine 750cc, IWL 1170 cc)				TTV : TD : : 202/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C	
	5	Menghitung balans cairan (1890-1920 = -30cc)				CRT <2 detik Akral dingin kering pucat	
	1,2,5	Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)				A: Masalah teratasi sebagian	
	1,2,3,4,5	Melakukan pemeriksaan TTV, DJJ (TD 204/119 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 °C, DJJ 140 x/menit)				P : Intervensi dilanjutkan 21) Monitor TTV 22) Monitor status hidrasi 23) Monitor status hemodinamik 24) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 25) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi	
	4	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas (pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam)			2	S :- O: TTV : TD : : 202/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C DJJ : 142 x/menit Pergerakan janin aktif	<i>Endah</i>
	4	Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkok, lokasi baik)				A: Masalah tertasi sebagian	
	1,5	Melakukan penimbangan BB pasien (BB : 78 kg)				P :	
	5	Melakukan pemeriksaan TTV dan DJJ					

	1,2,3 4,5	(204/119 mmHg, N : 99 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 142 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering pucat)			Intervensi dilanjutkan 21) Monitor denyut jantung janin 22) Monitor tanda vital ibu 23) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 24) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 25) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukan gawat janin	
	1,5	Memberikan diit nutrisi rendah garam (makan habis 1 porsi)				
		Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)				
	1	Menganjurkan pasien untuk ambulasi secara bertahap		3	S : Pasien megatakan badannya terasa sedikit lemas O : Pasien mampu ambulasi ke kamar mandi sendiri, pasien berjalan – jalan disekitar tempat tidur TTV : TD : 202/118mmHg N : 99 /menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 13) Monitor kelelahan fisik dan emosional 14) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 15) Anjurkan aktivitas secara bertahap	<i>Endah</i>
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD 204/119 mmHg				
	1	Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit				
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat hasil :202/118mmHg				

					<p>12) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang asupan nutrisi</p> <p>13) Libatkan keluarga dalam peningkatan ambulasi</p>	
				4	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki berkurang</p> <p>O : Edema pada ekstermitas bawah Balans cairan -30 CRT <2 detik</p> <p>A: Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>21) Monitor status hemodinamik</p> <p>22) Monitor status hidrasi</p> <p>23) Monitor TTV</p> <p>24) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan</p> <p>25) Batasi asupan cairan dan garam</p>	<i>Endah</i>
				5	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TTV :</p> <p>TD : : 202/118mmHg</p> <p>N : 99 /menit</p>	<i>Endah</i>

						<p>Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
6- 12- 2024	5 5 1,2,5 1,2,3,5 1,5 1,5 1	<p>Melakukan pengukuran output cairan (urine 700cc)</p> <p>Menghitung balans cairan (1890-1870 = +20cc)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg, Fe 1 tab, Kalk 1 tab, Adalat oros 30mg, concor 1.25mg (tidak ada tanda reaksi alergi)</p> <p>Mengkaji keluhan pasien (pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien bisa tidur nyenyak tadi malam)</p> <p>Mengganti cairan infus pasien (inf RL 7tpm, tidak ada bengkak, lokasi baik)</p> <p>Memberikan diit rendah garam (habis 1 porsi)</p> <p>Memberikan terapi obat metildopa 500mg (tidak ada reaksi alergi)</p>	<i>Endah</i>	6- 12- 2024	1	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan, lemas sudah tidak dirasakan, bengkak pada kaki berkurang banyak pasien mengatakan nyaman setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <p>O : Pasien masih bedrest TTV : TD : 198/115mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>CRT <2 detik Akral hangat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 21) Monitor TTV 22) Monitor status hidrasi 23) Monitor status hemodinamik 24) Catat <i>intake</i> dan <i>output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 25) Kolaborasi dalam pemberian terapi obat antihipertensi</p>	<i>Endah</i>

	1,2,3,5	Mengobservasi TTV dan DJJ (TD : 201/118 mmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.1°C, DJJ 139 x/menit, CRT < 2 detik, akral dingin kering merah)			2	<p>S :- O: TTV : TD 198/115mmHg N : 95 x/menit Rr : 20 x/menit S : 36.1°C</p> <p>DJJ : 139 x/menit Pergerakan janin aktif A: Masalah tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 21) Monitor denyut jantung janin 22) Monitor tanda vital ibu 23) Monitor gerakan janin (min 10 kali dalam 12 jam) 24) Anjurkan ibu segera melapor jika gerakan janin < 10 kali dalam 12 jam 25) Kolaborasi dengan tim medis jika menemukn gawat janin</p>	Endah
	2	Menganjurkan pasien untuk menghitung pergerakan janin (minimal 10 kali dalam 12 jam)					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat .h hasil TD: 201/118 mmHg Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 10 menit					
	1	melakukan pengukuran tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat					
	1	hasil :198/115mmHg			3	<p>S : Pasien mengatakan lemas sudah tidak dirasakan O: Pasien tampak lebih tenang TTV : TD : 198/115mmHg N : 95 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Endah



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
PERPUSTAKAAN**

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412

Website : <https://library.unimugo.ac.id/>

E-mail : lib.unimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc

NIK : 96009

Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PASIEN DENGAN
PREEKLAMSI DENGAN PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF DI RUANG EDELWEIS
RSUD KRT SETJONEGORO WONOSOBO

Nama : Endah Catur Rahmawardani

NIM : 202303196

Program Studi : Profesi Ners

Hasil Cek : 27%

Gombong,

Mengetahui,

Pustakawan

Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT


(...Dwi Sunclanizati.....)


(Sawiji, M.Sc)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PRODI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Endah Catur Rahmawardani

NIM : 202303196

Pembimbing : Dr. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat

Tanggal Bimbingan	Topik /Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
30 Maret 2024	Konsultasi Judul KIA Ners	
3 Mei 2024	Konsultasi BAB 1 (Saran: dilatar belakang perlu dicantumkan SIKI yang akan dibahas sesuai penelitian sebelumnya) lanjut BAB 2 dan 3	
30 Mei 2024	Konsul BAB 1, 2 dan 3 (Saran: diagnose perfusi perifer tidak efektif etiologi belum nyambung, pada BAB 3 ditambahkan untuk evaluasi sumatif dari SLKI, Intervensi disesuaikan dengan SIKI)	
22 Juli 2024	Penulisan disesuaikan dengan buku panduan	
14 Agustus 2024	Penulisan dirapikan, sumber di update 10 tahun terakhir, rumusan masalah ditambahkan prolog, kerangka konsep diberi sumber penelitian, penulisan harus konsisten, definisi operasional diperbaiki	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan

Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M.Kep)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PRODI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433, Gombong 54412

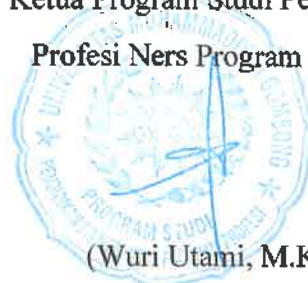
Nama Mahasiswa : Endah Catur Rahmawardani
NIM : 202303196

Pembimbing : Dr. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat

Tanggal Bimbingan	Topik /Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
	<p>Bagian Bab IV untuk pembahasan lebih diperjelas lagi.</p> <p>Diperbaiki untuk cara penulisan dan spasi, Rata kanan dan kiri</p> <p>Bab V lebih dipersingkat lagi untuk kesimpulan.</p> <p>Bab IV diberi tabel luaran.</p>	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M.Kep)