

BAB II

TUJUAN PUSTAKA

A. KONSEP PENYAKIT PREEKLAMSI

1. Pengertian

Preeklamsi adalah keadaan di mana hipertensi disertai dengan proteinuria, edema, atau kedua-duanya yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke 20 atau segera setelah persalinan dan gangguan multisistem pada kehamilan yang di karakteristikkan disfungsi endothelial, peningkatan tekanan darah karena vasokonstriksi, proteinuria akibat kegagalan glomerulus, dan edema akibat peningkatan permeabilitas vaskuler (Sabattani & Supriyono, 2016).

Preeklamsi/eklamsi merupakan komplikasi kehamilan dan persalinan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, proteinuria dan edema, yang kadang-kadang disertai komplikasi sampai koma. Gejala preeklampsia seperti hipertensi, edema, dan proteinuria sering tidak diperhatikan, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat dapat timbul preeklamsi berat, bahkan eklamsi (Prawirohardjo S, 2014).

Preeklamsi berat adalah tekanan darah yang tinggi (hipertensi) 160/110 mmHg atau lebih dan disertai proteinuria +3, edema di kehamilan 20 minggu atau lebih (Maryuni, 2016).

Klasifikasi preeklamsi di bagi menjadi 2 yaitu :

a. Preeklamsi ringan

Tanda-tanda yang muncul pada ibu yang mengalami preeklamsi ringan yaitu : Tekanan darah 140/90mmHg atau lebih yang di ukur pada posisi berbaring atau terlentang, kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih. Dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih, Cara pengukuran sekurang-kurangnya 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 4-6 jam, edema umum, kaki, jari tangan, dan muka. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu, Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter.

b. Preeklamsi berat

Preeklamsi berat dapat terjadi pada seorang ibu jika : Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, Proteinuria 3gr atau lebih per liter, Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 400cc/24 jam, Terdapat edema paru dan sianosis, adanya gangguan serebral atau kesadaran, gangguan penglihatan, nyeri kepala dan rasa nyeri pada epigastrium.

2. Etiologi

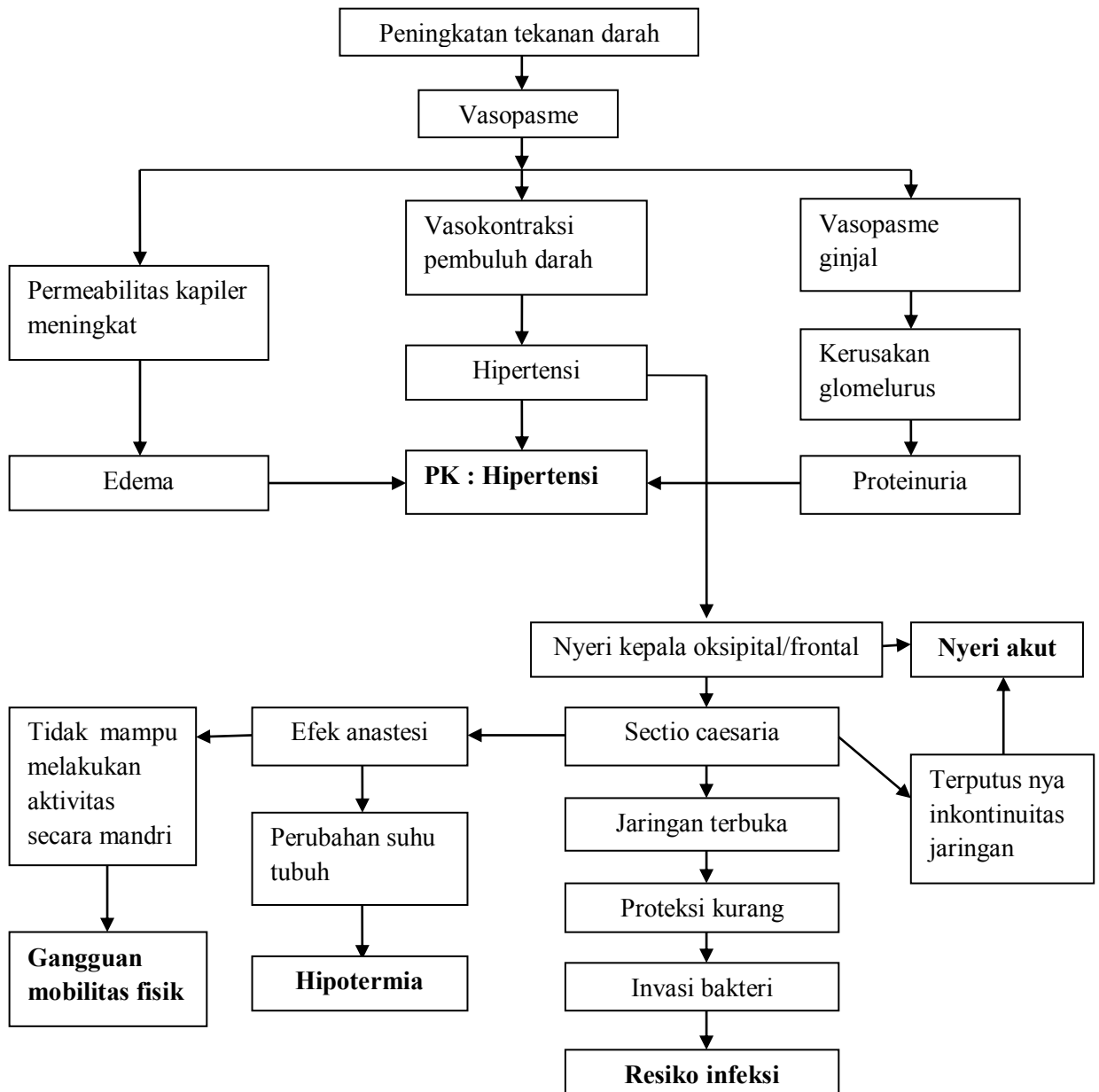
Penyebab preeklamsi sampai sekarang belum diketahui secara pasti. Namun ada beberapa tanda seperti terjadi peningkatan tekanan darah (hipertensi), sakit kepala, oliguri, dan proteinuria yang bisa menyebabkan preeklamsia. Preeklamsi dan eklamsi merupakan penyakit pada kehamilan. Biasanya terdapat pada wanita subur remaja di usia belasan tahun atau pada wanita yang usianya lebih dari 35 tahun (Sabattani & Supriyono, 2016).

3. Patofisiologi

Pada preeklamsi secara umum penyebabnya adalah terjadi peningkatan tekanan darah yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah, meningkatnya permeabilitas pada kapiler yang menyebabkan edema, proteinuria kualitatif +3 dalam 24 jam terjadi karena vasopasme ginjal yang mengakibatkan kerusakan pada

glomelurus, sakit kepala karna tekanan darah yang tinggi mengakibatkan persalian berakhir dengan section caesaria. Pembedahan dinding abdomen akan menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan yang meliputi pembuluh darah dan syaraf. Sehingga akan merangsang pengeluaran zat histamine, prostaglandin, dan menimbulkan rasa nyeri. Kemudian dari luka oprasi, kuman bisa saja masuk di celah perlukaan sehingga dapat mengakibatkan resiko infeksi, dan juga gangguan integtitas kulit. Dalam oprasi di lakukan tindakan anastesi, sehingga dapat menimbulkan perubahan suhu tubuh dan kelemahan fisik, pasien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik dan merasa suhu tubuh nya berubah hipotermia. kemudian di post partum nifas terjadi penurunan progesterone yang menjadi kontraksi uterus sehingga menyebabkan resiko perdarahan (Solehati & Kosasih, 2015).

Gambar 2. 1
Pathway Preeklamsia dan Masalah Keperawatan



(Solehati & Kosasih, 2015)

4. Manifestasi klinis

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) tanda dan gejala preeklamsia adalah nyeri kepala pada bagian depan dan belakang kepala dengan di ikuti tekanan darah tinggi dan juga sakit kepala terus menerus, pandangan kabur, ibu gelisah bila mendengar suara berisik, nyeri perut pada ulu hati yang di sertai dengan mual muntah , serta jika tanda

preeklamsi tidak segera di tangani maka akan berdampak pada tanda-tanda eklamsi yaitu gangguan pernafasan dan terjadi sianosis, kejang, penurunan fungsi ginjal dan penurunan kesadaran.

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. (Hidayat, dkk, 2014)

Gambar 2. 2 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



Dalam buku Uliyah dan Hidayah (2011), menurut Abraham Maslow terdapat 5 tingkatan kebutuhan manusia, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologi
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Berdasarkan kasus yang saya temukan yaitu tentang kebutuhan keamanan pada kasus preeklamsi berat kita harus mengetahui dulu apa itu konsep keamanan berikut poin-poin penting tentang keamanan yang dialami pasien preeklamsi berat :

1. Konsep dasar keamanan

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram. Perubahan kenyamanan adalah keadaan di mana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya. Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keaman terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya: penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman. (Kisnanti & Rosmalawati, 2016)

2. Klasifikasi kebutuhan keselamatan atau keamanan

a. Keselamatan Fisik

Mempertahankan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, bahaya, atau pemajanan pada lingkungan. Pada saat sakit, seorang klien mungkin rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, oleh karena itu bergantung pada profesional dalam

sistem pelayanan kesehatan untuk perlindungan. Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologis. Misalnya, seorang perawat perlu melindungi klien dari kemungkinan jatuh dari tempat tidur sebelum memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, di sini perawat memasang pelindung klien.

b. Keselamatan Psikologis

Untuk selamat dan aman secara psikologi, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal. Orang dewasa yang sehat secara umum mampu memenuhi kebutuhan keselamatan fisik dan psikologis mereka tanpa bantuan dari profesional pemberi perawatan kesehatan. Bagaimanapun, orang yang sakit atau cacat lebih rentan untuk terancam kesejahteraan fisik dan emosinya, sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya. Keselamatan psikologis justru lebih penting dilakukan oleh seorang perawat karena tidak tampak nyata namun memberi dampak yang kurang baik bila tidak diperhatikan.

c. Lingkup Kebutuhan Keamanan atau Keselamatan

Lingkungan Klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Kebutuhan keamanan juga menyangkut kebutuhan fisiologis, yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

d. Cara Meningkatkan Keamanan:

- 1). mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk melindungi diri.
- 2). menjaga keselamatan pasien yang gelisah.
- 3). mengunci roda kereta dorong saat berhenti.
- 4). penghalang sisi tempat tidur.
- 5). bel yang mudah dijangkau.
- 6). meja yang mudah dijangkau.
- 7). kereta dorong ada penghalang nya.
- 8). kebersihan lantai.
- 9). prosedur tindakan.

(Kisnanti & Rosmalawati, 2016)

C. PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui enam langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linier. Kemudian dapat di rumuskan diagnose keperawatan dan cara pemecahan masalah.

Proses keperawatan merupakan lima tahapan penyelesaian masalah yang di laksanakan berurutan dan berkesinambungan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi statu kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Pada kebutuhan keamanan, pengkajian menunjukkan pengelompokan data yang mengidentifikasi klien mempunyai risiko keamanan yang aktual atau potensial. Sedangkan pengkajian pada masalah nyeri

seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengakajian dapat dilakukan dengan cara PQRST yaitu: Pemacu, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri Quality, dari nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat Region, yaitu daerah perjalanan nyeri Severity, adalah keparahan atau intensitas nyeri Time, lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri (Kisnanti & Rosmalawati, 2016).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alami nya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Berdasarkan gejala yang muncul pada pasien dengan preeklamsia berat, maka sesuai dengan diagnosa keperawatan pada SDKI , terdapat data-data yang dapat menjadi dasar dalam penegakkan diagnosa keperawatan seperti pada tabel 2.1

Tabel 2. 1
Diagnosa Keperawatan Yang Terkait Kebutuhan Keamanan Pada Kasus Preeklamsi Berat Post Sectio Caesaria :

Data	Dignosa (SDKI)
tekanan darah tinggi, tampak edema, proteinuria meningkat >3gr/litef	Potensial Komplikasi Hipertensi berkenaan dengan kehamilan
Efek prosedur infasif	Resiko infeksi
Klien mengeluh kedinginan, kulit teraba dingin, klien tampak menggigil, suhu tubuh dibawah nilai normal, penisian kapiler >3 detik	Hipotermi
Klien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah, sulit tidur	Nyeri akut
Klien mengatakan nyeri saat bergerak, rentang gerak menurun, gerakan terbatas, fisiklelah	Gangguan mobilitas fisik

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah semua penanganan yang di dasarkan pada penilain dan keilmuan pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan tindakan untuk meningkatkan hasil/outcome klien, seperti pada table di bawah ini 2.2: (Bulechek, 2013).

Tabel 2. 2

Rencana keperawatan yang dapat di susun sesuai diagnose keperawatan yang telah terindikasi adalah sebagai berikut :

Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Potensial Komplikasi Hipertensi berkenaan dengan kehamilan	Keparahan hipertensi (preeklamsi) <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah kembali normal b. Tidak terdapat odem c. Tidak merasa mual d. Sakit kepala menurun e. Sakit epigastrium menurun 	Perawatan preeklamsi <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji edema, gangguan penglihatan, sakit kepala, nyeri epigastrium, dan mual/muntah b. Pantau tekanan darah c. Pantau nyeri kepala dan nyeri epigastrium d. Hasil laboratorium pada proteinuria
Resiko infeksi	Tingkat infeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Kemerahan pada luka berkurang b. Nyeri menurun 	Pencegahan infeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan perawatan kulit pada area luka b. Monitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi e. Anjurkan untuk meningkatkan asupan

		nutrisi
Hipotermia	Termoregulasi <ol style="list-style-type: none"> Kulit tidak kemerahan Tidak puat Nadi normal Suhu tubuh normal Suhu kulit normal Pngisian kaliper normal Tekanan darah normal 	Manajemen hipotermia <ol style="list-style-type: none"> Monitor suhu tuuh Identifikasi penyebab hipotermia Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mengigil, hipertensi, takikardi) Sediakan lingkungan yang hangat Lakukan penghangatan pasif Anjurkan makan dan minum hangat
Nyeri akut	Tingkat nyeri <ol style="list-style-type: none"> Tidak mengeluh nyeri Tidak meringis Tidak gelsah Tidak sulit tidur Tekanan darah normal 	Manajemen nyeri <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri Identifikasi skala nyeri Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin pada area luka Fasilitasi istirahat dan tidur Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafad dalam) Kolaborasi pemberian analgetik
Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik <ol style="list-style-type: none"> Dapat menggerakkan ekstermitas Nyeri berkurang Tidak cemas Tidak mengalami kaku sendi 	Dukungan mobilisasi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain nya Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)

		<ul style="list-style-type: none">c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakand. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasie. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, dan pindan dari tempat tidur ke kursi roda)
--	--	---

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Disisi lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas kesehatan lainnya (Ratnawati, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).