

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP TEORI PREEKLAMSI**

##### **1. Pengertian**

Preeklamsia adalah keadaan dimana 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 endotelial, peningkatan tekanan darah karena vasokonstriksi, proteinuria akibat kegagalan glomerulus dan edema akibat peningkatan permeabilitas vaskuler (Sabattani & Supriyono, 2016).

Preeklamsia adalah penyakit komplikasi kehamilan yang memiliki trias gejala, yaitu : hipertensi, proteinuria dan edema. Gejala tersebut timbul pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 Minggu, bersalin dan dalam masa nifas, trias preeklamsia dapat juga disertai konvulsi sampai koma (Situmorang et al, 2016).

Klasifikasi Preeklamsia di bagi menjadi 2 yaitu :

##### **a. Preeklamsia Ringan**

Tanda-tanda yang muncul pada ibu yang mengalami preeklamsia ringan yaitu Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring telentang, kenaikan distolik 15 mmHg atau lebih, kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih, Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam, edema umum, kaki, jari tangan dan muka, atau kenaikan berat badan 1kg atau lebih per minggu, Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter

##### **b. Preeklamsia Berat**

Preeklamsia berat dapat terjadi pada seorang ibu jika : Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, Protein urine 5 gr Atau lebih per liter, Oliguria, jumlah urine kurang dari 500cc per 24 jam, Adanya gangguan Selebral,

gangguan visus, dan rasa nyeri pada epigastrium, Terdapat edema paru sianosis, adanya gangguan serebral atau kesadaran, gangguan penglihatan, nyeri kepala dan nyeri pada epigastrium.

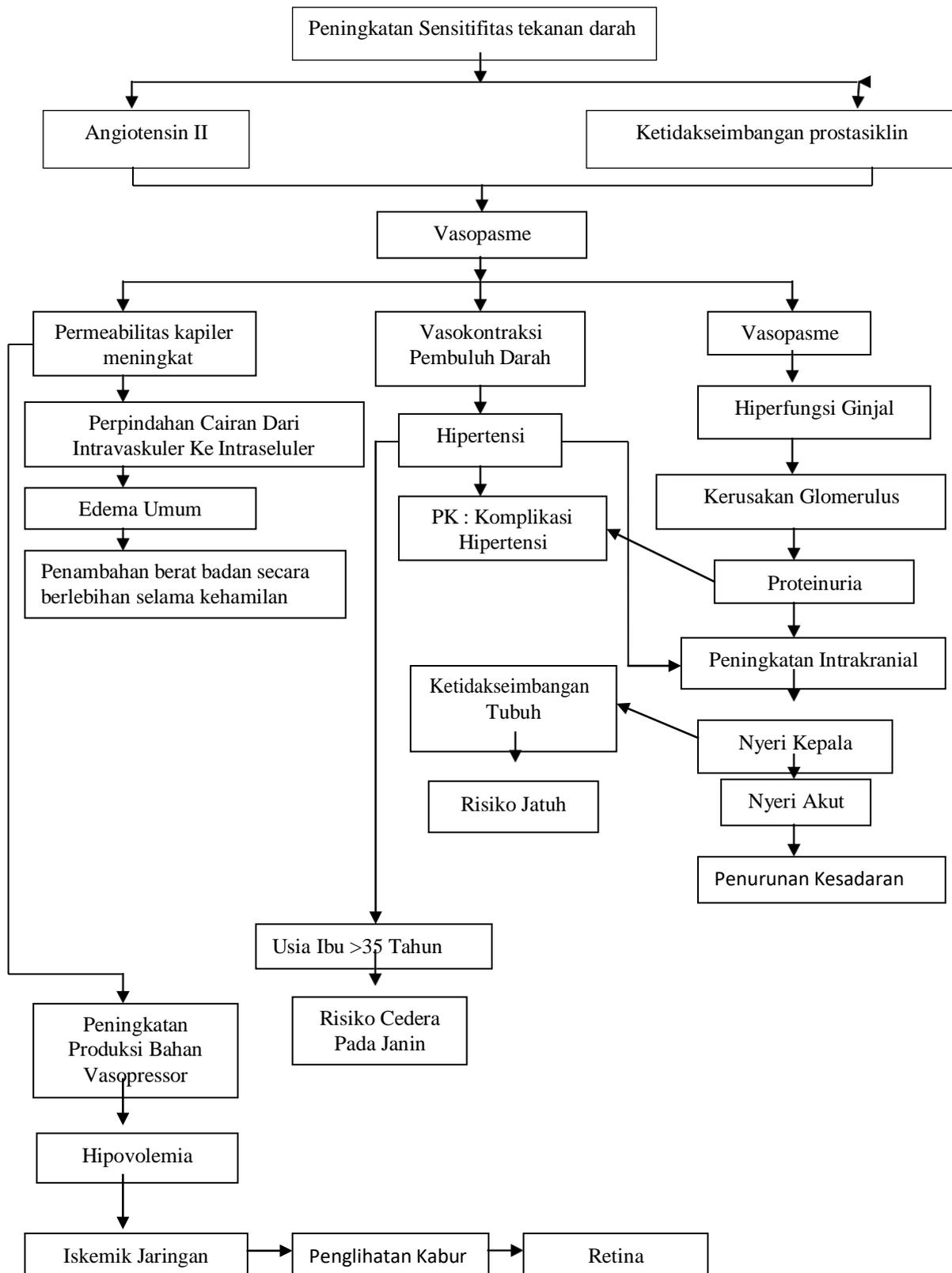
## 2. Etiologi

Penyebab preeklamsi sampai sekarang belum diketahui namun ada beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklamsi yaitu Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, kehamilan molahidatosa, penambahan berat badan selama hamil, usia kehamilan, usia ibu dengan (usia <18 tahun atau >35 tahun), pendidikan ibu, penyakit keturunan, stress, aktifitas fisik, adanya proses penyakit kronis : Diabetes melitus, hipertensi, penyakit ginjal, preeklamsia pada kehamilan sebelumnya (Khayati & Vefisia, 2018).

## 3. Patofisiologi

Pada wanita hamil dengan Preeklamsia terdapat peningkatan terhadap tekanan darah, perubahan itu mengakibatkan Angiotension II dan ketidakseimbangan pada prosasiklin menimbulkan penglihatan kabur akibat dari retina yang mengalami iskemik akibat dari peningkatan produksi bahan vasopresor, Nyeri kepala mengakibatkan ketidakseimbangan tubuh Mengakibatkan risiko jatuh, Ibu dengan hipertensi dan usia Ibu >35 tahun mengakibatkan risiko cedera pada janin, terganggu pada kapsula hepar serta edema umum yang dialami pasien dengan preeklamsia menyebabkan vasopasme ginjal mengakibatkan kerusakan pada glumerulus sehingga terdapat proteinurine didalam ginjal dan menimbulkan potensial komplikasi akibat hipertensi (Ratnawati, 2017).

Bagan 2.1  
Pathway Preeklamsia dan masalah keperawatan



(Ratnawati,2017)

#### 4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala preeklamsia yaitu Pertambahan berat badan yang berlebihan, Edema, Hipertensi, Proteinuria, pada preeklamsia berat didapatkan sakit kepala didaerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri didaerah epigastrium, serta mual atau muntah (Aspirani, 2017). Gejala penting saat kehamilan yang dapat mengindikasikan adanya preeklamsia adalah adanya nyeri kepala, nyeri perut, nafas pendek, mual dan muntah, bingung, peningkatan kecemasan dan atau penglihatan kabur (Normitz, 2016).

#### 5. Komplikasi Preeklamsia

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu preeklamsia yaitu : Eklamsia, Solusio plasenta, Perdarahan subkapsula hepar, Kelainan pembekuan darah (DIC), Sindrom HELPP ( Hemolisis, elevated, liver, enzymes dan low platelet count) yaitu Gangguan organ hati dan darah yang terjadi pada kehamilan, Ablasio retina, Gagal jantung hingga syok dan kematian. Sedangkan Komplikasi yang dapat terjadi pada janin yaitu terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, Prematur, Asfiksia neonatum, Kematian dalam uterus, Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

#### 6. Pencegahan preeklamsia

Pencegahan preeklamsia dapat dengan cara melakukan pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu secara teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (Preeklamsi ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklamsia kalau ada faktor-faktor predisposisi, Berikan penerangan tentang mamfaat istirahat dan tidur, ketenangan serta pentingnya mengatur diit rendah garam, lemak serta karbohidrat dan tinggi protein juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan.

## **B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Kebutuhan dasar manusia (KDM) Merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk memperahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan individu yang menstimulasi respon untuk mempertahankan integritas (keutuhan) hidup. Berdasarkan kasus yang saya temukan yaitu tentang kebutuhan keamanan pada kasus preeklamsia berat kita harus mengetahui dulu apa itu konsep keamanan. Berikut poin-poin penting tentang keamanan yang dialami pasien preeklamsia 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 dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat di kategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman tersebut bisa nyata ataupun imajinasi (misalnya: Penyakit, nyeri, cemas dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal tergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya.

### **2. Cara meningkatkan keamanan :**

- a. Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk melindungi diri.
- b. Menjaga keselamatan klien yang gelisah.
- c. Mengunci roda kereta dorongan saat berhenti.
- d. Penghalang sisi tempat tidur.
- e. Bel yang mudah dijangkau.

- f. Meja yang mudah dijangkau.
- g. Kereta dorong ada penghalangnya.
- h. Kebersihan lantai.
- i. Prosedur tindakan.

(Kisnanti & Rosmalawati, 2017)

### 3. Keamanan Dan Proteksi

#### 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 tergantung pada profesional dalam sistem pelayanan kesehatan untuk perlindungan. Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas terlebih 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, disini perawat memasang perlindungan 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. Seorang 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 emosi. Sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya. Keselamatan psikologis justru lebih penting di lakukan oleh seorang perawat karena tidak tampak nyata namun memberi dampak yang kurang baik bila tidak di perhatikan.

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 fisiologi, yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

### C. KONSEP PROSES KEPERAWATAN

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

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani,2017). Pada kebutuhan keamanan, pengkajian menunjukkan pengelompokan data yang mengidentifikasi klien memiliki resiko keamanan yang aktual dan potensial.

Pengkajian merupakan pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara melalui wawancara dan ketelitian agar pengumpulan data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan klien dalam perawatan. Adapun pengkajian yang dapat dilakukan pada klien dengan preeklamsia yaitu sebagai berikut :

- a. Riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan terdahulu antara lain :  
kemungkinan klien mengalami penyakit hipertensi sebelum hamil, kemungkinan ibu memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, ibu diduga pernah mengalami penyakit ginjal kronis.

- b. Riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan terdahulu antara lain : kemungkinan klien mengalami penyakit hipertensi sebelum hamil, kemungkinan ibu memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, ibu diduga pernah mengalami penyakit ginjal kronis.
- c. Riwayat penyakit sekarang, data riwayat kesehatan sekarang antara lain : klien merasa sakit kepala didaerah frontal, terasa nyeri dibagian epigastrium, mual dan muntah, gangguan visus : Penglihatan kabur, skotoma dan diplopia. Gangguan selebral lainnya : Terhuyung-huyung, refleksi tinggi dan tidak tenang. Edema pada ekstremitas, tengkuk terasa berat, mengalami kenaikan berat badan
- d. Riwayat kesehatan keluarga : kemungkinan mempunyai riwayat penyakit preeklamsia atau eklamsi dalam keluarga.
- e. Riwayat perkawinan : Biasanya terjadi pada wanita yang menikah usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun.
- f. Pemeriksaan fisik, Beberapa pemeriksaan fisik meliputi :  
Keadaan umum : Lemah, edema pada bagian kaki tangan maupun wajah, konjungtiva sedikit anemis, edema pada retina, nyeri pada bagian epigastrium, perut, mual dan muntah (Ana Ratnawati, 2017).

## 2. Diagnosa keperawatan

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

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, sehingga diagnosa yang mungkin ditemukan pada ibu dengan Keamanan dan proteksi pada kasus preeklamsia adalah sebagai berikut :

- a. Potensial Komplikasi hipertensi berhubungan dengan kehamilan ditandai dengan tekanan darah 170/100 mmhg, odema pada bagian kaki dan tangan dan protein urine (+++).

- b. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencederan fisiologis Ditandai Dengan klien mengeluh nyeri, Klien mengatakan sulit tidur dan TD 170/100 mmHg
- c. Hipervolemia Berhubungan dengan Edema bagian kaki dan tangan Berat badan bertambah
- d. Risiko Jatuh Berhubungan dengan gangguan keseimbangan
- e. Risiko cedera pada janin berhubungan dengan usia ibu >35 Tahun.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan tahap ke tiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian Asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Bararah, 2016). Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Luaran keperawatan Indonesia (SLKI) Dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan dengan Kasus Preeklamsia Terhadap Ny.M Diruang Kebidanan RSUD Mayjend HM**  
**Ryacudu Kotabumi Lampung Utara**

Diagnosa keperawatan	SLKI ( Tujuan)	SIKI (Intervensi )
1	2	3
Potensi komplikasi Hipertensi Berhubungan Dengan Kehamilan ditandai dengan Tekanan Darah 170/100 mmhg, odema pada kaki tangan dan protein urine (+++). (D.PC-1)	Setelah dilakukan Intervensi Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keparahan hipertensi menurun dengan kriteria hasil :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD membaik</li> <li>2. Edema menuru</li> <li>3. Protein urin Normal</li> <li>4. Sakit kepala menurun</li> </ol>	Perawatan Preeklamsi(D.PC-1)  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau TD</li> <li>2. Pantau Edema</li> <li>3. Pantau hasil laboratorium tentang Protein urin</li> <li>4. Kaji sakit kepala</li> <li>5. Membatasi kegiatan dan istirahat ditempat tidur.</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat.</li> </ol>
Risiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan) (D.0143)	Setelah dilakukan Intervensi Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Jatuh menurun dengan kriteria hasil :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak jatuh dari tempat tidur</li> <li>2. Tidak jatuh saat berdiri</li> <li>3. Tidak jatuh saat berjalan</li> </ol>	Pencegahan Jatuh (I.14540)  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci</li> <li>3. Pasang handraill tempat tidur</li> <li>4. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan.</li> </ol>

<p>Risiko Cedera pada janin (0138)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tekanan darah membaik</li><li>2. Frekuensi nadi membaik</li></ol>	<p>Pemantauan Denyut jantung janin (I.02056)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor denyut jantung janin</li><li>2. Monitor tanda-tanda vital ibu</li><li>3. Informasikan hasil monitor</li></ol>
--	--	---

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis atau kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan di dasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas lainnya. Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa hilang atau berkurangnya masalah. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga tenaga keperawatan dapat menjalankan dengan waktu yang telah ditentukan (Ana Ratnawati,2017).

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan kearah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi Formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP (Ana Ratnawati (2010:139).

S data Subjektif Yaitu pernyataan atau keluhan langsung dari klien

O data Objectif Yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.

A Analysis yaitu kesimpulan dari Subjektif dan Objektif

P Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan analisis.