

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengetian

Preeklampsia adalah kelainan multi sistemik yang terjadi pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan edema, serta dapat disertai proteinuria, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20 minggu ke atas dan biasanya sering terjadi pada kehamilan 37 minggu ataupun dapat terjadi segera sesudah persalinan. Preeklampsia merupakan sindrom spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivitas endotel, yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang, sampai dengan berat, yang dapat berlanjut menjadi eklampsia (Nur, 2019).

Preeklampsia adalah mulainya kenaikan berat badan diikuti edema pada kaki atau tangan, peningkatan tekanan darah, dan akhirnya terjadi proteinuria. Pada Preeklampsia ringan, gejala subjektif belum di jumpai, tetapi pada preeklampsia berat diikuti dengan keluhan subjektif berupa sakit kepala terutama daerah frontalis, nyeri di daerah epigastrium, gangguan mata, penglihatan menjadi kabur, mual muntah, gangguan pernafasan sampai sianosis, dan terjadi gangguan kesadaran (Faiza et al., 2019).

2. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui, namun ada beberapa teori Apa yang menjadi penyebab preeklampsia dan eklampsia

sampai sekarang belum diketahui. Tetapi preeklampsia dan eklampsia hampir secara eksklusif merupakan penyakit pada kehamilan. Biasanya terdapat pada wanita masa subur dengan umur ekstrim yaitu pada remaja belasan tahun atau pada wanita yang berumur lebih dari 35 tahun.

Preeklampsia dibagi menjadi 2 golongan, yaitu sebagai berikut :

a. Preeklampsia ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam. Edema umu, kaki, jari tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1kg atau lebih perminggu. Proteinuria kuantitatif 0.3 gr atau lebih perliter, kuantitatif 1 atau 2 + pada urine kateter.

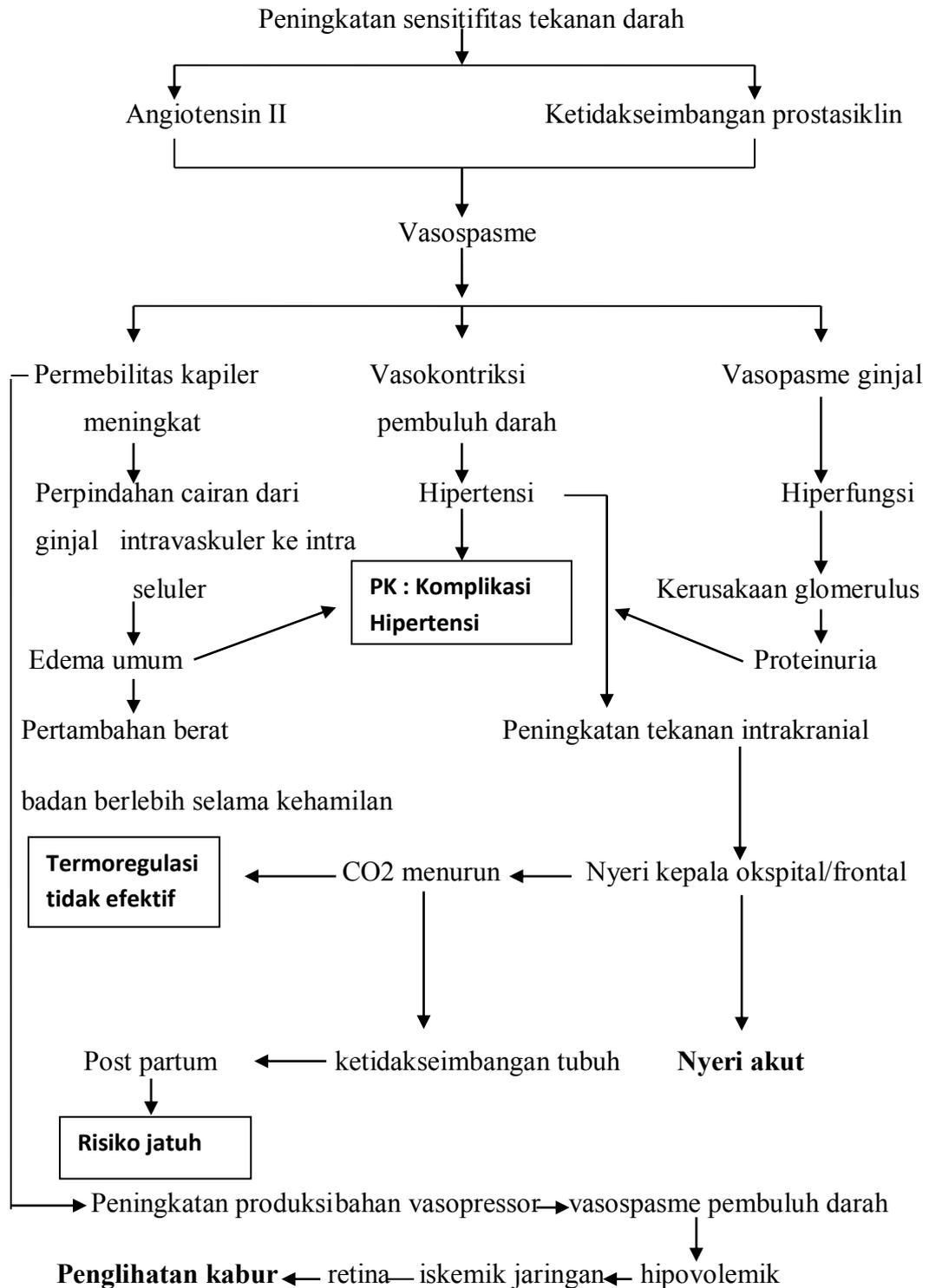
b. Preeklampsia berat

Bila salah satu antara gejala atau tanda yang ditemukan pada ibu hamil, sudah dapat digolongkan pre-eklampsia berat. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Oliguria, yaitu jumlah urin <400 cc/24jam. Adanya gangguan selebral, gangguan penglihatan nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium. Terdapat edema paru dan sianosis. Enzim hati meningkat disertai ikterus. Pendarahan pada retina.

3. Patofisiologi

Pada beberapa ibu hamil yang mengalami preeklampsia peningkatan terhadap tekanan darah perubahan ini mengakibatkan Angiotension II dan ketidakseimbangan pada prostasiklin menimbulkan penglihatan kabur akibat dari retina yang mengalami iskemik akibat dari peningkatan produksi bahan asopresor, risiko jatuh pasca lahiran normal diakibatkan oleh ketidakseimbangan tubuh, rengangan pada kapsula hepar serta edema umum dan suhu terkadang meningkat yang dialami klien dengan preeklampsia menyebabkan termoregulasi tidak efektif pada pasien post partum mengakibatkan kerusakan pada glomerulus sehingga urine terdapat proteinuria dan menimbulkan potensial komplikasi akibat dari hipertensi.

Bagan 2.1
Pathway preeklamsi dan masalah keperawatan



(Ratnawati, 2017)

4. Manifestasi klinis

Preeklampsia merupakan kumpulan dan gejala-gejala kehamilan yang ditandai dengan hipertensi dan edema (Kusnarman, 2014).

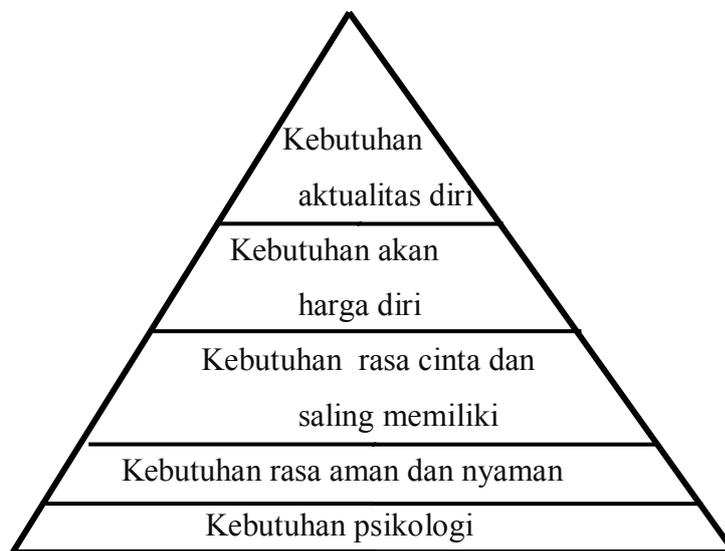
Gambaran klinik preeklampsia mulai dengan kenaikan berat badan diikuti edema kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah, dan terakhir terjadinya proteinuria (Saraswati, 2016).

Tanda gejala yang biasa ditemukan pada preeklampsia biasanya yaitu sakit kepala hebat. Sakit ulu hati karena regangan selaput hati oleh pendarahan atau edema atau sakit karena perubahan pada lambung dan gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur bahkan kadang-kadang pasien buta. Gangguan ini disebabkan penyempitan pembuluh darah dan edema (Wibowo, dkk 2015).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Mubarak, W. I., & Chayatin, N, 2008), kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang harus dipenuhi untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Setiap makhluk hidup mempunyai kebutuhan, tidak terkecuali manusia. Manusia mempunyai kebutuhan yang beragam. Namun, pada hakekatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan dasar tersebut bersifat manusiawi dan menjadi syarat untuk keberlangsungan hidup manusia. Siapapun orangnya pasti memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar.



Gambar 2.2

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

Konsep Dasar Keamanan dan Keselamatan

Sebelum membahas materi asuhan keperawatan, mari kita awali dengan konsep keamanan dan kenyamanan mulai dari pengertian, klasifikasi keamanan atau keselamatan, dan seterusnya. Penulis mengangkat masalah keamanan karna pasien mengalami gangguan keamanan dalam kasus preeklampsi berat berdasarkan tanda dan gejala yang di alami oleh pasien-pasien yang mengalami masalah tersebut.

a. **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

b. **Klasifikasi kebutuhan keselamatan atau keamanan**

1. **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.

2. 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.

3. Lingkup Kebutuhan Keamanan atau Keselamatan

Lingkungan Klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Di sini menyangkut kebutuhan fisiologis juga. Teman-teman pasti masih ingat kebutuhan fisiologis kita, yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

4. Macam-macam bahaya/kecelakaan

- a. di rumah
- b. di RS : mikroorganisme

- c. cahaya
- d. kebisingan
- e. cedera
- f. kesalahan prosedur
- g. peralatan medik, dan lain-lain.

5. Cara Meningkatkan Keamanan

- a. mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk melindungi diri
- b. menjaga keselamatan pasien yang gelisah
- c. mengunci roda kereta dorong 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.

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 dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah.

Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai

sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

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

Identitas umum

- a. Riwayat kesehatan dahulu, data riwayat kesehatan dahulu antara lain : kemungkinan klien menderita penyakit hipertensi sebelum hamil, kemungkinan ibu memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan terdahulu, biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas, ibu di duga pernah menderita penyakit ginjal kronis.
- b. Riwayat kesehatan sekarang, data riwayat kesehatan sekarang antara lain : klien merasa sakit kepala daerah frontal, terasa nyeri perut dan vagina, suhu dan nadi meningkat. Gangguan visual : penglihatan kabur, skotoma, dan diplopia. Mual dan muntah, tidak nafsu makan. Gangguan selebral lainnya : terhuyung-huyung, refleks tinggi, dan tidak tenang. Edema dan ekstremitas, tengkuk terasa berat, kenaikan berat badan mencapai 1kg perminggu.
- c. Riwayat kesehatan keluarga : kemungkinan mempunyai riwayat preeklampsia dan eklamsia dalam keluarga.
- d. Riwayat perkawinan : biasanya terjadi pada wanita yang menikah dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun.
- e. Pemeriksaan fisik, beberapa pemeriksaan fisik meliputi :
keadaan umum : lemah, wajah edema, suhu tubuh
Mata : konjungtiva sedikit anemis, edema pada retina, pencernaan abdomen : nyeri di daerah epigastrium, perut , mual dan muntah, ekstremitas : edema pada kaki, tangan dan jari-jari (Ana Ratnawati, 2017).

2. Diagnosa keperawatan

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

Data yang diperoleh dari pengkajian ditegakkanlah diagnosa keperawatan unuk pasien preeklampsi, kemungkinan diagnosa yang muncul terkait dengan kebutuhan keamanan adalah :

1. Potensial Komplikasi : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan berhubungan dengan hipertensi berkenaan dengan kehamilan ditandai dengan hasil pemeriksaan 150/110 mmHg.
2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit (preeklampsi) ditandai dengan suhu tubuh fluktuatif, akral teraba dingin, pengisian kapiler >3 detik, dan tampak pucat.
3. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan tubuh (setelah melahirkan post partum)

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tugas lanjut dari perawat setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pada ibu sesuai dengan pengkajian yang kita lakukan, seperti tabel dibawah ini 2.1 (Amelia, 2019). Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Tujuan / SLKI	SIKI
<p>Potensial Komplikasi : Hipertensi Berkenaan dengan Kehamilan adalah terjadinya kenaikan tekanan darah pada ibu hamil</p> <p>Faktor penyebab : usia, makanan dan kurangnya berolahraga</p> <p>ditandai dengan hasil pemeriksaan 150/110 mmHg, edema pada kaki/tangan, dan</p>	<p>Keparahan hipertensi (preeklampsi)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>Tekanan darah normal</p> <p>Tidak sakit kepala</p> <p>Tidak mual</p> <p>Pandangan tidak kabur</p> <p>Protein urin normal</p> <p>Tidak odema</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Pantau nadi dan tekanan darah b. Pantau edema khususnya pada kaki c. Pantau hasil laboratorium mengenai proteinuria d. Lakukan tirah baring dengan posisi miring e. Kolaborasi dalam pemantauan parameter hemodynamic infusiv f. Kolaborasi pemberian anti hipertensi g. Pantau tekanan darah dan obat hipertensi

<p>proterinuria +3.</p> <p>Definisi potensial komplikasi: hipertensi : kenaikan tekanan darah (hipertensi) yang terjadi pada ibu hamil</p>		
<p>Risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh</p> <p>Faktor risiko : gangguan keseimbangan</p> <p>Kondisi klinis terkait : preeklamsi</p> <p>ditandai dengan gangguan keseimbangan tubuh seperti merasa ingin jatuh, sakit kepala, pandangan kabur dan pusing.</p>	<p>Tingkat jatuh</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>Tidak jatuh dari posisi tidur ke duduk</p> <p>Tidak jatuh saat berdiri</p> <p>Tidak jatuh saat berpindah dari tempat tidur ke kursi roda</p> <p>Tidak jatuh saat di kamar mandi</p> <p>Tidak jatuh saat berjalan</p> <p>Tidak jatuh saat membungkuk</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko jatuh b. Monitor posisi klien dari posisi tidur ke duduk c. Monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. d. Pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkunci e. Atur tempat tidur kondisi rendah f. Pasangkann handrall pada tempat tidur g. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin h. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan.
<p>Termoregulasi tidak efektif</p>	<p>Termoregulasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Monitor suhu tubuh

<p>adalah kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal.</p> <p>faktor penyebab : proses penyakit</p> <p>ditandai dengan pucat, pengisian kapiler >3 detik, kulit dingin, suhu tubuh meningkat.</p>	<p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>Suhu tubuh normal</p> <p>Warna kulit normal</p> <p>Pengisian kapiler normal</p> <p>Tidak pucat</p> <p>Tekanan darah dan nadi normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> b. Monitor nadi dan tekanan darah c. Monitor warna kulit d. Sesuaikan suhu lingkungan dengan pasien e. Kolaborasi antipiretik, jika perlu
---	---	--

4. Implementasi

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya di terapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang di harapkan berupa berkurangnya atau hilangnya 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 keperawatan dapat menjalankannya dalam waktu yang telah ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau berkerja sama dengan tenaga pelaksana lainnya (Ana Ratnawati, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari klien dan menilai sejauh mana masalah klien teratasi. Disamping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian, seandainya tujuan yang di tetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasikan. Evaluasi terus menerus dilakukan pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, digunakan komponen SOAP : Ana Ratnawati (2010:139)

S Data subjektif, data yang didapatkan dari keluhan klien langsung

O Data objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung

A Analisis, merupakan interpretasi dari subjektif dan objektif. Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien

P Planning, perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah di tentukan sebelumnya.