

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Preeklampsia Ringan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Preeklampsia ringan adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel (Prawirohardjo, 2010).

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan (Rukiyah, 2010).

Preeklampsia ringan adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum 20 minggu pada penyakit trofoblas (Pudiastuti, 2012).

Preeklampsia ringan adalah jika tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, tetapi  $\leq 160/100$  mmHg dan proteinuria +1 (Fadlun, 2012).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab preeklampsia saat ini tidak bisa diketahui secara pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju. Semuanya baru didasarkan pada teori yang dihubung-hubungkan dengan kejadian. Itulah sebabnya preeklampsia disebut juga "*disease of theory*", gangguan kesehatan yang berasumsi pada teori (Rukiyah, 2010).

Adapun teori-teori sebagai berikut:

1. Peran Prostaglandin dan Tromboksan

Pada preeklampsia dan eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin yang pada kehamilan normal meningkat, aktivitas penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin.

2. Peran Faktor Immunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan blocking antibodies terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya.

3. Faktor Genetik

Beberapa bukti menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian preeklampsia antara lain : Preeklampsia hanya terjadi pada manusia, terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklampsia, kecenderungan meningkatnya frekwensi pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklampsidan bukan pada ipar mereka, peran *Renin-Angiotensin-Aldosteron Sistem* (RAAS).

(Rukiyah, 2010)

4. Faktor Nutrisi

Ada yang mengemukakan bahwa penyakit ini berhubungan dengan beberapa keadaan kekurangan kalsium, protein, kelebihan garam natrium, atau kekurangan asam lemak tak jenuh "*Poly Unsaturated Fatty Acid* (PUFA)" dalam makanannya (Sastrawinata, 2010).

## 5. Faktor Endotel

Teori jejas endotel akhir-akhir ini banyak dikemukakan sehubungan dengan peranannya dalam mengatur keseimbangan antar kadar zat vasokonstriktor (tromboksan, endotelin, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (prostasiklin, nitrioksida, dan lain-lain) serta pengaruhnya pada sistem pembekuan darah. Reaksi imunologi, peradangan ataupun terganggunya keseimbangan radikal bebas dan antioksidan banyak diamati sebagai penyebab terjadinya vasospasme dan kerusakan atau jejas endotel (Sastrawinata, 2010).

### 2.1.3 Patofisiologi

Penyebab preeklampsia ringan belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai “*maladaptation syndrome*” akibat vasospasme general dengan segala akibatnya.

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia. Vasokonstriksi menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriole disertai perdarahan mikro pada tempat endotel. Vasokonstriksi arteri spiralis akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi uteroplasenter yang selanjutnya akan menimbulkan maladaptasi plasenta. Hipoksia atau anoksia jaringan merupakan sumber reaksi hiperoksidasi lemak, sedangkan proses hiperoksidasi itu sendiri memerlukan peningkatan konsumsi oksigen, sehingga dengan demikian akan mengganggu metabolisme di dalam sel peroksidase lemak adalah hasil proses oksidasi lemak tak jenuh yang menghasilkan hiperoksidase lemak tak jenuh. Peroksidase lemak

merupakan radikal bebas. Apabila keseimbangan antara peroksidase terganggu, dimana peroksidase dan oksidan lebih dominan, maka akan timbul keadaan yang disertai stress oksidatif (Rukiyah, 2010).

Pada preeklampsia serum anti oksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung tranferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati termasuk sel-sel endotel yang akan mengakibatkan rusaknya sel-sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain : adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serofonin sebagai akibat rusaknya trombosit, reproduksi prostasiklin terhenti, terganggunya keseimbangan prostasiklin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen oleh peroksidase lemak (Rukiyah, 2010).

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui satu sel darah merah. Jadi, jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi (Wylie, 2010).

Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, ada yang mengatakan disebabkan oleh retensi air dan garam, proteinuria mungkin disebabkan oleh spasme arteriola, sehingga terjadi perubahan terjadi pada glumerulus (Prawirohardjo, 2010).

#### **2.1.4 Gejala Klinis**

Gejala klinis preeklampsia ringan ditegakkan berdasar atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah kehamilan 20 minggu.

1. Hipertensi : sistolik lebih dari 140/90 mmHg. Kenaikan sistolik lebih dari 30 mmHg dan kenaikan diastolik lebih dari 15 mmHg tidak dipakai lagi sebagai kriteria preeklampsi.
2. Proteinuria : lebih dari 300 mg/24 jam atau lebih dari 1 + dipstik.
3. Edema : edema lokal tidak dimasukkan dalam kriteria preeklampsi, kecuali edema pada lengan, muka dan perut, edema generalisata.
4. Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut minggu.
5. Timbulnya salah satu atau lebih gejala preeklampsi berat .

#### **2.1.5 Perubahan Sistem dan Organ pada Preeklampsi Ringan**

1. Placenta dan Rahim

Aliran darah menurun ke placenta dan menyebabkan gangguan placenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen dapat terjadi gawat janin. Pada preeklampsi dan eklampsi sering terjadi

peningkatan tonus rahim dan kepekaannya terhadap rangsang sehingga dapat terjadi partus prematurus.

## 2. Ginjal

Filtrasi glomerulus berkurang oleh karena aliran darah ke ginjal menurun. Hal ini menyebabkan filtrasi natrium melalui glomerulus menurun sehingga terjadi retensi garam dan air. Filtrasi glomerulus dapat menurun sampai 50% dari normal sehingga pada keadaan lanjut dapat terjadi oliguria dan anuria.

## 3. Mata

Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi ablasio retina yang disebabkan oleh edema intra-okuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala lain yang menunjukkan adanya tanda preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia adalah adanya skotoma, diplopia, dan ambliopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat pengelihatian dikorteks serebri atau didalam retina.

## 4. Paru-paru

Kematian ibu pada preeklampsia dan eklampsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekomposisi kordis. Bisa juga karena terjadinya aspirasi pneumonia atau abses paru.

## 5. Keseimbangan air dan elektrolit

Pada preeklampsia ringan biasanya tidak dijumpai perubahan yang nyata pada metabolisme air, elektrolit, gula darah, kadar natrium bikarbonat, dan pH darah dalam batas normal (Mochtar, 2010).

### **2.1.6 Faktor Penunjang**

Faktor-faktor yang menunjang terjadinya preeklampsia adalah gizi buruk, kegemukan, gangguan aliran darah ke rahim (Rukiyah, 2010). Nuliparitas, Riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan ganda, diabetes melitus, hipertensi kronis, mola hidatidosa, dan hidrops fetalis juga merupakan faktor penunjang dari preeklampsia.

### **2.1.7 Faktor Resiko Preeklampsia Ringan**

Ada beberapa faktor resiko terjadinya preeklampsia, preeklampsia umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama kali, kehamilan ini di usia remaja dan kehamilan pada wanita diatas 40 tahun. Faktor resiko yang lain adalah riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan, kegemukan, mengandung lebih dari 1 bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus atau rematoid arthritis (Rukiyah, 2010)

### **2.1.8 Komplikasi Preeklampsia**

Menurut prawirohardjo (2009), komplikasi yang biasanya terjadi pada preeklampsia yaitu:

1. Ibu : Perdarahan intracranial, gagal ginjal akut, trombositopenia, depresi pernapasan
2. Janin : IUFD (*Intra Uteri Fetal Death*), solusio plasenta, prematuritas, cerebral palsy

### **2.1.9 Pemeriksaan Laboratorium**

1. Urine : urine lengkap
2. Darah : hemoglobin, hematokrit, trombosit, asam urat darah
3. Fungsi hati dan ginjal.

(Pudiastuti, 2012)

### **2.1.10 Pencegahan Preeklampsia Ringan**

1. Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (preeklampsia ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak bertambah menjadi berat. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia kalau ada faktor-faktor predisposisi.
2. Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring ditempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi, dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein, rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan.
3. Mencari pada tiap pemeriksaan tanda-tanda preeklampsia dan mengobatinya segera apabila ditemukan.
4. Mengakhiri kehamilan sedapat-dapatnya pada kehamilan 37 minggu ke atas apabila setelah dirawat tanda-tanda preeklampsia tidak juga dapat dihilangkan (Prawiroharjo, 2009)

### 2.1.11 Penatalaksanaan Preeklampsia Ringan

1. Penatalaksanaan rawat jalan pasien preeklampsia ringan :
  - a. Banyak istirahat (berbaring, tidur/miring).
  - b. Diet : cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
  - c. Sedativa ringan : tablet phenobarbital 3 x 30 mg atau diazepam 3 x 2 mg per oral selama 7 hari.
  - d. Roborantia.
  - e. Kunjungan ulang tiap 1 minggu dan dilakukan kolaborasi dengan dokter SpOg.
  - f. Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, trombosit, urine lengkap, asam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.
2. Penatalaksanaan rawat tinggal pasien preeklampsia ringan berdasarkan kriteria: setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala preeklampsia seperti :
  - a. Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu berturut-turut (2 minggu)
  - b. Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklampsia berat bila setelah 1 minggu perawatan tidak ada perbaikan maka preeklampsia ringan di anggap sebagai preeklampsia berat. Bila dalam perawatan dirumah sakit sudah ada perbaikan sebelum 1 minggu dan kehamilan masih preterm penderita tetap dirawat selama 2 hari lagi baru dipulangkan. Perawatan lalu disesuaikan dengan perawatan rawat jalan (Pudiasuti,2012).

### 2.1.12 Perawatan preeklampsia ringan

Mencegah kejang, perdarahan intrakranial, mencegah gangguan fungsi organ vital, dan melahirkan bayi sehat.

#### 1. Rawat jalan (ambulatori)

Ibu hamil dengan preeklampsia ringan dapat dirawat secara rawat jalan. Dianjurkan ibu hamil banyak istirahat (berbaring/tidur miring), tetapi tidak harus mutlak selalu tirah baring.

Pada umur kehamilan 20 minggu, tirah baring dengan posisi miring menghilangkan tekanan rahim pada vena kava inferior, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung. Hal ini berarti pula meningkatkan aliran darah ke organ-organ vital. Penambahan aliran darah ke ginjal akan meningkatkan filtrasi glomeruli dan meningkatkan diuresis. Diuresis dengan sendirinya meningkatkan ekskresi natrium, menurunkan reaktivitas kardiovaskular, sehingga mengurangi vasospasme. Peningkatan curah jantung akan meningkatkan pula aliran darah ke rahim.

Pada preeklampsia tidak perlu dilakukan restriksi garam sepanjang fungsi ginjal masih normal. Pada preeklampsia, ibu hamil umumnya masih muda, berarti fungsi ginjal masih bagus, sehingga tidak perlu restriksi garam.

Diet yang mengandung 2 g natrium atau 4 – 6 g NaCl (garam dapur) adalah cukup. Kehamilan sendiri lebih banyak membuang garam lewat ginjal, tetapi pertumbuhan janin justru membutuhkan lebih banyak konsumsi garam. Bila konsumsi garam hendak dibatasi, hendaknya diimbangi dengan konsumsi cairan yang banyak, berupa susu atau air buah.

Diet diberikan cukup protein, rendah karbohidrat, lemak, garam secukupnya, dan roboransia pranatal.

Tidak diberikan obat-obat diuretik, antihipertensi dan sedatif. Dilakukan pemeriksaan labolatorium Hb, hematokit, fungsi hati, urin lengkap, dan fungsi ginjal.

## 2. Rawat inap (di rawat di rumah sakit)

Pada keadaan tertentu ibu hamil dengan preeklampsia ringan perlu dirawat dirumah sakit. Kriteria preeklampsia ringan dirawat dirumah sakit ialah :

- a. Bila tidak ada perbaikan (tekanan darah, proteinuria selama 2 minggu)
- b. Adanya satu atau leih gejala dan tanda-tanda preeklamsi berat

Selama di rumah sakit dilakukan pemeriksaan USG dan Doppler khususnya untuk evaluasi pertumbuhan janin dan jumlah cairan amnion. Pemeriksaan nonstress test dilakukan 2 kali seminggu dan konsultasi dengan bagian mata, jantung, dan lain-lain.

## 3. Perawatan obstetri pasien preeklamsi ringan :

- a. Kehamilan preterm (kurang 37 minggu): bila desakan darah sampai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm, bila desakan turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih.

- b. Kehamilan aterm (37 minggu atau lebih) : persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan.
- c. Cara persalinan : persalinan dapat dilakukan secara spontan bila perlu memperpendek kala 2. (Prawirohardjo, 2010)
- d. Dengan PNC yang baik setelah persalinan keadaan pasien akan berangsur membaik sehingga seharusnya preeklamsi dapat di deteksi sedini mungkin sehingga dapat dicegah kemungkinan komplikasi yang lebih berat berupa preeklamsi berat, eklamsi sampai kematian ibu dan anak. (Sastrawinata, 2010)

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney**

Varney dalam bukunya, menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah merupakan salah satu teori yang dapat dipergunakan dalam manajemen kebidanan. Varney mengatakan bahwa seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan analisis, bidan akan menemukan diagnosis atau masalah potensial ini. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga melakukan kolaborasi konsultasi, bahkan mungkin harus segera merujuk klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu

karangan lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

### **2.2.1 Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Arsinah, 2010).

#### **1. Data Subyektif**

Data subyektif adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien ataupun keluarganya.

#### **2. Data Obyektif**

Data obyektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan maupun pengukuran yang dilakukan oleh bidan dan memiliki standart normal.

### **2.2.2 Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan intrepretasi yang benar atas data-data

yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan, yaitu:

1. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh *Clinical Judgement* dalam praktek kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan (Arsinah, 2010).

### **2.2.3 Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

### **2.2.4 Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini,

bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Arsinah,2010).

#### **2.2.5 Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap bisa dilengkapi. (Arsinah, 2010)

#### **2.2.6 Melaksanakan Perencanaan**

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Arsinah, 2010).

#### **2.2.7 Evaluasi**

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Arsinah,2010).

## 2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

### 2.3.1 Kehamilan

#### 1. Pengumpulan data dasar

##### a. Subyektif

###### a) Identitas

Wanita di usia remaja dan wanita usia di atas 40 tahun(Rukiyah, 2010).

###### b) Keluhan Utama

Sakit kepala, gangguan pengelihatan, nyeri epigastrium(Rukiyah, 2010)

###### c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat preeklampsi pada ibu dan saudara perempuan, riwayat kencing manis, mengandung lebih dari 1 bayi, lupus, atau rematoid arthritis.  
(Rukiyah, 2010)

###### d) Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan, kegemukan, mengandung lebih dari 1 bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus atau rematoid arthritis (Rukiyah, 2010)

###### e) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola Nutrisi : diet tinggi protein, rendah lemak, karbohidrat, dan garam

Pola aktivitas : banyak istirahat (berbaring atau miring)

(Pudiastuti, 2012)

##### b. Obyektif

###### a) Pemeriksaan umum

(a) Tanda-tanda vital

Tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih diatas tekanan biasa dan tekanan diastolik naik 15 mmHg atau lebih (Manuaba, 2010)

(b) Antropometri

Berat Badan : kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut minggu.

b) Pemeriksaan Fisik

Ekstremitas bawah terdapat oedema (Pudiastuti, 2012)

c) Pemeriksaan laboratorium

Urine : protein +1

Darah : hemoglobin, hematokit, trombosit, asam urat darah

Fungsi hati dan ginjal.(Mitayani, 2012)

## 2. Interpretasi data

a. Diagnosa

GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal/ganda, hidup/mati, letak kepala/letak bokong, intra uterin/ekstra uterin, kesan jalan lahir, kondisi ibu dan janin dengan preeklampsi ringan

b. Masalah

Oedema pada kaki

c. Kebutuhan

a) Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai keadaan saat ini dan tindakan yang akan dilakukan

- b) Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam
- c) Menganjurkan ibu jika tidur, kaki ibu harus lebih tinggi dari kepala

### **3. Identifikasi atau diagnosa atau masalah potensial**

Diagnosa potensialnya : preeklampsia berat

### **4. Penetapan kebutuhan akan tindakan segera**

Kolaborasi dengan dokter SpOG

### **5. Rencana asuhan yang menyeluruh**

- a. Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat

Rasional : tirah baring dengan posisi miring menghilangkan tekanan rahim pada vena kava inferior, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung. Hal ini dapat berarti pula meningkatkan aliran darah ke ginjal akan meningkatkan filtrasi glomeruli dan meningkatkan deuresis. Deuresis dengan sendirinya meningkatkan ekskresi natrium, menurunkan reaktivitas kardiovaskular, sehingga mengurangi vasospasme. Peningkatan curah jantung akan meningkatkan pula aliran darah ke rahim.

- b. Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam, rendah lemak, rendah karbohidrat dan cukup protein

Rasional : Diet yang mengandung 2gram natrium atau 4-6 gram NaCl (garam dapur) adalah cukup, bila konsumsi garam hendak dibatasi, hendaknya diimbangi dengan konsumsi cairan yang banyak, berupa susu

atau air buah. Diet diberikan cukup protein, rendah karbohidrat, lemak, garam secukupnya dan roboransia pranatal.

c. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang tiap 1 minggu

Rasional : pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin (preeklamsi ringan), lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak bertambah menjadi berat

### **2.3.2 Persalinan**

#### **1. Pengumpulan Data Dasar**

##### **a. Subyektif**

###### a) Keluhan Utama

Ibu mengatakan kenceng-kenceng pada perut terus menerus dan pusing

###### b) Pola Kesehatan Fungsional

(a) Pola Nutrisi : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah terjadinya dehidrasi.

(b) Pola Eliminasi : Terjadi peningkatan pada frekuensi kemih, menganjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemihnya sedikitnya tiap 2 jam.

(c) Pola Aktivitas : Boleh berjalan, jongkok, berbaring miring ke kiri atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau

jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan.

(d) Pola istirahat : Klien dapat mengatur teknik relaksasi atau istirahat sewaktu tidak ada kontraksi (Depkes RI, 2008).

## **b. Obyektif**

### a) Pemeriksaan Umum

Tekanan Darah : 140/90 mmHg. Kenaikan sistolik lebih dari 30mmHg dan kenaikan diastolik lebih dari 15 mmHg

### b) Pemeriksaan Penunjang

Protein urine +1

(Fadlun, 2012)

## **2. Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : GPAPIAH,UK, tunggal, hidup, intra uterine, letkep, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan preeklamsi ringan.

Masalah : Gelisah , nyeri (Manuaba, 2010).

Kebutuhan : Berikan Asuhan sayang ibu

KIE teknik relaksasi

### **3. Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial**

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antar lain: distosia kelainan tenaga atau his, presentasi dahi, presentasi muka, retensio plasenta (Marmi, 2011).

### **4. Identifikasi akan kebutuhan segera**

Bidan perlu adanya kolaborasi dengan Dr. SpOG jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi.

### **5. Rencana Asuhan yang Menyeluruh**

- a. Melakukan informed consent mengenai tindakan yang akan dilakukan
- b. Melakukan pertolongan persalinan secara spontan bila perlu memperpendek kala 2
- c. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG

(Prawirohardjo,2010)

#### **2.3.3 Nifas**

##### **1. Pengumpulan Data Dasar**

###### **a. Subyektif**

- a) Keluhan Utama :

Nyeri perut (after pains), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, konstipasi ( Varney, 2007).

b) Pola kesehatan fungsional

(a) Pola Nutrisi :

Makan : 3-4x/hari (penambahan kalori 500 kkal, tambahan protein 20 gram, omega 3 (ikan tongkol, kakap, lemuru), vitamin (buah-buan).

Minum : 8-10 gelas/hari (3 liter)

(b) Pola Eliminasi :

BAK : Dalam 6 jam postpartum pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan.

BAB : buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar (Sulistyawati, 2009)

(c) Pola Istirahat :

Istirahat siang kira-kira 2 jam.

Istirahat malam 7-8 jam (Suherni, 2009)

(d) Pola Personal Hygiene :

Mandi : 2x/hari

Mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut.

Mengganti pakaian 1x/hari (Suherni, 2009)

c) Riwayat Psikososiospiritual

Post partum blues sering terjadi pada awal setelah melahirkan, dimana ditandai dengan menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, serta reaksi negatif terhadap bayi dan keluarga.

**b) Obyektif**

Pemeriksaan Umum

Tekanan darah: 140/90 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih diatas tekanan biasa dan tekanan diastolik naik 15 mmHg atau lebih

**2. Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : PAPIAH , post partum 2 jam.

Masalah : Nyeri perut (after pains), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, post partum blues (Varney, 2007).

Kebutuhan : HE mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene, dukungan emosional.

**3. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial**

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antara lain: tanda bahaya nifas (Marmi, 2011).

#### **4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan**

Bidan perlu adanya kolaborasi kepada tim kesehatan yang lain jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi.

#### **5. Rencana Asuhan yang Menyeluruh**

##### **Post partum 6-8 jam**

- a. Cegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
- b. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal
- e. Lakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

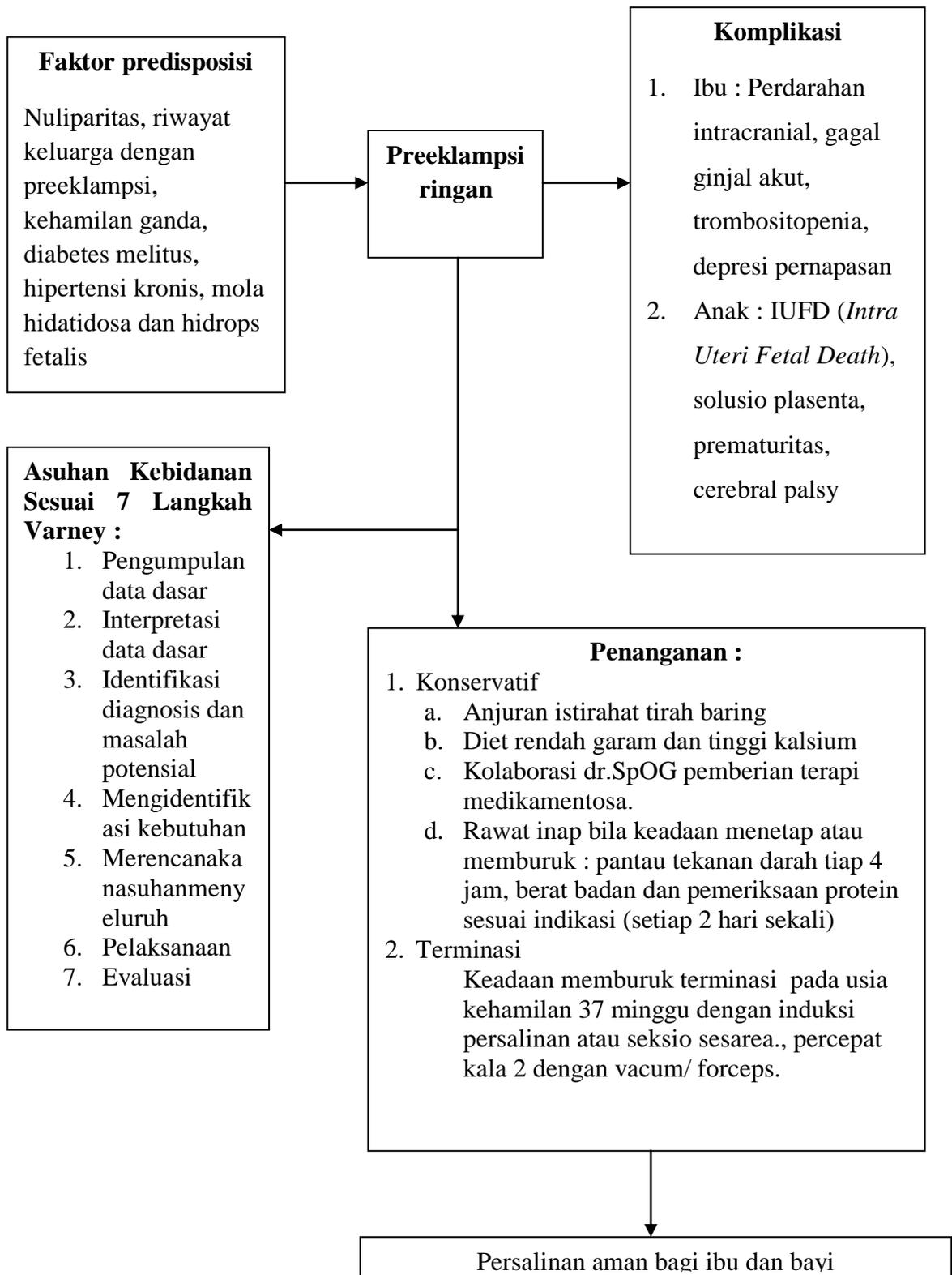
##### **6 hari Post Partum dan 2 minggu post partum**

- a. Pastikan involusi berjalan normal
- b. Nilai adanya tanda-tanda bahaya nifas
- c. Pastikan utrisi ibu terpenuhi
- d. Pastikan ibu menyusui
- e. KIE perawatan bayi

##### **6 minggu post partum**

1. Konseling KB (Suherni, 2009)

## 2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Preeklamsi Ringan