

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dijelaskan hasil yang didapat dari pengkajian serta pembahasan tentang “Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Preeklampsia Ringan di BPS Maulina Hasnida, M.MKes”. Pembahasan merupakan bagian dari karya tulis yang membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata di lapangan selama penulis melakukan asuhan kebidanan.

Dalam mempermudah penyusunan bab pembahasan ini, penulis mengelompokkan sesuai tahapan manajemen Hellen Varney, yaitu pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, identifikasi diagnosa dan masalah potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, menyusun rencana asuhan secara menyeluruh, pelaksanaan asuhan, evaluasi.

#### **5.1 Kehamilan**

Pada pengkajian data subyektif pasien mengeluhkan kakinya bengkak dan tidak hilang dengan istirahat sampai sekarang. Pada data obyektif ditemukan pemeriksaan fisik edema pada pretibia, kaki dan jari, pemeriksaan urine +1, namun tekanan darah yaitu 130/90 mmHg. Menurut Fadlun (2012) preeklampsia ringan adalah tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, tetapi  $\leq 160/110$  mmHg dan proteinuria +1. Serta menurut Rukiyah (2010) preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Tanda dan gejala preeklampsia ringan

minimal mengandung 2 gejala sehingga hal ini dapat menegakkan diagnosa, sehingga trias preeklamsi yang berisi edema, hipertensi dan proteinuria kurang dapat digunakan kembali sebagai acuan.

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan dilahan hanya terdiri dari proteinuria dan Hb. Sedangkan menurut Pudiastuti (2012) pemeriksaan labolatorium pada preeklamsi ringan meliputi urine lengkap, hemoglobin, hematokit, trombosit, asam urat darah, fungsi hati dan ginjal. Alasan tidak dilakukan seluruh pemeriksaan penunjang tersebut karena dengan pemeriksaan yang sudah dilakukan, dapat menegakkan diagnosa serta pemeriksaan lebih efektif dan efisien.

Diagnosa pada kasus ini adalah G<sub>II</sub>P<sub>10001</sub> usia kehamilan 39 minggu tunggal, hidup, letak kepala  $\cup$ , intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik dengan preeklamsia ringan. Sedangkan menurut Suryani (2008) diagnosa GPAPIAH usia kehamilan.....minggu,tunggal, hidup, letak..., intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baik dengan ....

Diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada ibu dengan preeklamsia ringan sesuai kasus di lahan adalah potensial terjadi preeklamsia berat pada ibu dan pada bayi yaitu asfiksia neonatorum. Sedangkan, menurut Prawirohardjo (2010) masalah potensial preeklamsia ringan adalah perdarahan intracranial, gagal ginjal akut, trombositopenia, depresi pernapasan, dan pada bayi potensial terjadi IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*), solusio plasenta, prematuritas *celebral palsy*. Identifikasi masalah potersial secara tepat dapat membantu mengantisipasi komplikasi yang akan terjadi dan dapat diberikan asuhan yang aman.

Tindakan segera yang tidak dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter SpOG untuk tindakan selanjutnya. Sedangkan menurut Pudiastuti (2010) kebutuhan tindakan segera adalah melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG. Identifikasi kebutuhan tindakan segera yang dilakukan oleh bidan telah sesuai dan memprioritaskan kebutuhan klien.

Rencana tindakan segera pada kasus ini di lahan yaitu berupa perawatan secara rawat jalan. Dianjurkan ibu hamil banyak istirahat (berbaring/tidur miring), tetapi tidak harus mutlak selalu titah baring dan melakukan kunjungan ulang tiap 2 minggu sekali. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010) 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. Harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklamsi kalau ada faktor-faktor predisposisi. 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. Mencari pada tiap pemeriksaan tanda-tanda preeklamsi dan mengobatinya segera apabila ditemukan. Mengakhiri kehamilan sedapat-dapatnya pada kehamilan 37 minggu ke atas apabila setelah dirawat tanda-tanda preeklamsi tidak juga dapat dihilangkan, persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan persalinan pada taksiran tanggal persalinan. persalinan dapat dilakukan secara spontan bila perlu memperpendek kala 2.

Rencana asuhan yang menyeluruh yang telah diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Pada kasus dilahan dilakukan perawatan rawat jalan. Sedangkan menurut prawirohardji (2010) ibu hamil dengan preeklamsi ringan dapat dirawat secara rawat jalan dengan melakukan 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.

Pada langkah ini kasus dilahan telah dilakukan rawat jalan dan diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam. Dari uraian tersebut dapat ditarik kesimpulan adanya rumusan masalah yang menjurus ke diagnosis potensial yang mana bisa dijadikan sebagai antisipasi dini terhadap komplikasi yang mungkin akan terjadi. Dari evaluasi ini, pelaksanaan efektif dalam memberikan asuhan kebidanan.

## **5.2 Persalinan**

Pada pengkajian data subjektif, pasien hanya mengeluh kencing-kencing dan keluar lendir bercampur dara. Pada keluhan hamil trimester tiga sampai usia kehamilan 39 minggu ditemukan keluhan bengkak dan tidak hilang dengan istirahat sampai sekarang. Pada data objektif ditemukan pemeriksaan fisik edema pada pretibia, kaki dan jari., pemeriksaan urine +1, namun tekanan darah yaitu 130/90 mmHg. Menurut fadlun (2012) preeklamsi ringan adalah tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, tetapi  $\leq 160/110$  mmHg dan proteinuria +1. Serta menurut Rukiyah (2010) preeklamsi ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah

kehamilan. Tanda dan gejala preeklampsia ringan minimal mengandung 2 gejala sehingga hal ini dapat menegakkan diagnosa, sehingga trias preeklampsia yang berisi edema, hipertensi dan proteinuria kurang dapat digunakan kembali sebagai acuan. Pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan dilahan hanya terdiri dari proteinuria dan Hb. Sedangkan menurut Pudiastuti (2012) pemeriksaan laboratorium pada preeklampsia ringan meliputi urine lengkap, hemoglobin, hematokrit, trombosit, asam urat darah, fungsi hati dan ginjal. Alasan tidak dilakukan seluruh pemeriksaan penunjang tersebut karena dengan pemeriksaan yang sudah dilakukan, dapat menegakkan diagnosa serta pemeriksaan lebih efektif dan efisien.

Diagnosa pada kasus ini adalah G<sub>II</sub>P<sub>10001</sub> usia kehamilan 39 minggu tunggal, hidup, letak kepala U, intrauterine, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik dengan preeklampsia ringan. Masalah yang dihadapi ibu dengan preeklampsia ringan selalu merasa cemas, takut, dan gelisah dengan keadaannya. Kebutuhan yang diperlukan adalah dukungan emosional sehingga ibu dapat merasa tenang dalam menghadapi permasalahannya. Sedangkan menurut Suryani (2008) diagnosa GPAPIAH usia kehamilan.....minggu,tunggal, hidup, letak..., intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baik dengan .... Masalah yang muncul menurut Mitayani (2011) khawatir akan keadaannya dan janinnya dan kebutuhan yang diperlukan menurut Asrinah (2010) adalah dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan dan pemberian rasa aman. Penentuan diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan telah memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

Diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada ibu dengan preeklamsia ringan sesuai kasus di lahan adalah potensial terjadi preeklamsia berat pada ibu dan pada bayi yaitu asfiksia neonatorum. Sedangkan, menurut Prawirohardjo (2010) masalah potensial preeklamsia ringan adalah perdarahan intracranial, gagal ginjal akut, trombositopenia, depresi pernapasan, dan pada bayi potensial terjadi IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*), solusio plasenta, prematuritas *celebral palsy*. Identifikasi masalah potensial secara tepat dapat membantu mengantisipasi komplikasi yang akan terjadi dan dapat memberikan asuhan yang aman.

Tindakan segera yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter Sp. OG untuk tindakan selanjutnya. Sedangkan menurut Pudiastuti (2012) kebutuhan tindakan segera adalah melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Identifikasi kebutuhan tindakan segera yang dilakukan oleh bidan telah sesuai dan memprioritaskan kebutuhan klien.

Rencana tindakan pada kasus di lahan berupa tindakan sectio caesarea. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010) rencana tindakan pada preeklamsia ringan bila persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan sehubungan dengan waktu mendesak dan ada indikasi lain maka dilakukan sectio caesarea. Rencana tindakan yang dibuat sudah rasional sesuai dengan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan pada klien.

Rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Pada kasus dilahan dilakukan tindakan persalinan dengan sectio caesarea sesuai rencana yang telah dibuat. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010) persalinan dapat dilakukan secara pervaginam. Pelaksanaan

telah dilakukan secara efisien yang menyangkut waktu sehingga dapat meningkatkan mutu dalam memberikan asuhan kepada klien.

Pada langkah ini lahan telah dilakukan persiapan persalinan normal. Pada tahapan langkah ini dianalogikan dengan membuat proses membuat diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain (diagnosis banding). Dari uraian tersebut dapat ditarik kesimpulan adanya rumusan masalah yang menjurus ke diagnosa potensial yang mana bisa dijadikan sebagai antisipasi dini terhadap komplikasi yang mungkin akan terjadi pada persalinan ini, walaupun pada intinya persalinan adalah proses yang fisiologis. Dari evaluasi ini, pelaksanaan asuhan sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sehingga dapat dikatakan efektif dalam memberikan asuhan kebidanan.

### **5.3 Nifas**

Pada pengumpulan data dasar kasus di lahan ditemukan keluhan ibu nyeri pada bekas jahitan perineum dan pada pemeriksaan hasil tekanan darah 140/100 mmHg, edema pada ekstremitas atas dan bawah serta pretibia dan pemeriksaan protein urin + lemah. Sedangkan menurut Rukiyah (2012) tanda gejala preeklampsia pospartum adalah hipertensi 140/90mmHg atau lebih besar, proteinuria, edema pada ekstremitas, wajah dan pretibia. Pengumpulan data dasar yang lengkap dapat membantu menegakkan diagnosa kebidanan.

Diagnosa pada kasus ini yaitu P10001 post partum hari ke 1 dengan preeklampsia ringan. Masalah yang dihadapi adalah nyeri pada bekas jahitan perineum. Untuk itu diperlukan kebutuhan berupa penjelasan tentang penyebab nyeri pada bekas perineum. Sedangkan menurut Wildan dan Hidayat (2008)

interpretasi data dasar pada saat pengkajian postpartum, seperti diagnosis adalah postpartum hari pertama. Penentuan diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan telah memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

Identifikasi masalah potensial yang muncul pada ibu adalah potensial terjadi preeklampsia berat atau kenaikan tekanan darah. Menurut Prawirohardjo (2007) kemungkinan masalah setelah persalinan berakhir, tekanan darah naik dan eklampsia timbul. Penentuan identifikasi masalah potensial yang tepat dapat mengantisipasi kemungkinan komplikasi yang terjadi, sehingga asuhan yang diberikan bersifat aman.

Pada identifikasi kebutuhan akan tindakan segera bidan tidak melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG. Sedangkan menurut Pudiastuti (2012) dilakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan. Identifikasi kebutuhan tindakan segera yang dilakukan oleh bidan telah sesuai dan memprioritaskan kebutuhan klien.

Rencana tindakan pada kasus ini masih terdapat kesenjangan. Pada kasus tidak direncanakan pemantauan tekanan darah tiap 4 jam. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010) perlu dimonitor tekanan darah tiap 4 jam karena tekanan diastole  $> 110$  mmHg dan sistole 160 atau lebih merupakan indikasi dari preeklampsia berat. Menurut penulis asuhan yang diberikan masih memiliki kekurangan karena tidak sesuai dengan teori

Pada hasil implementasi asuhan postpartum dengan preeklampsia ringan. Menurut Prawirohardjo (2007) penatalaksanaan preeklampsia saat postpartum adalah pemberian obat penenang diteruskan sampai 48 jam postpartum



selanjutnya, obat tersebut dikurangi secara bertahap dalam 3 sampai 4 hari pasca persalinan. Namun faktanya, klien tidak mendapatkan terapi untuk mengatasi preeklampsia ringan sehingga keadaan klien pada postpartum hari pertama kurang baik, tekanan darah 140/100 mmHg. Alasan bidan tidak diberikannya terapi farmakologis ada segi positifnya, karena pasien dalam keadaan postpartum fisiologis. Menurut opini penulis alasan tempat pelayanan kesehatan belum memberikan terapi farmakologis ada segi positifnya, karena cara kerja obat anti hipertensif seperti nifedipin menurunkan tekanan darah dengan menimbulkan relaksasi otot polos arteriole dengan demikian terjadi vasodilatasi di seluruh tubuh. Keadaan ini membuat pasien mengalami kehilangan darah saat operasi atau postpartum. Nifedipin juga menimbulkan relaksasi otot polos usus sehingga timbul mual. Itulah alasannya sebagian orang menghentikan pemakaian obat ini.

Setelah dilakukan Asuhan kebidanan pada ibu nifas secara menyeluruh maka dalam evaluasi pada hari pertama keadaan klien memang kurang baik, tetapi pada hari kedua sampai hari ke 7 keadaan klien terus mengalami peningkatan. Pada hari ke 16 pasca persalinan keadaan klien kembali kurang baik, setelah diberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada hari ke 20 dan 28 keadaan klien berangsur-angsur mengalami perbaikan. Sedangkan menurut Sastrawinata (2010) dengan PNC yang baik setelah persalinan keadaan pasien akan berangsur membaik sehingga seharusnya preeklampsia dapat di deteksi sedini mungkin sehingga dapat dicegah kemungkinan komplikasi yang lebih berat berupa preeklampsia berat, eklampsia sampai kematian ibu dan anak. Pelaksanaan asuhan kebidanan secara menyeluruh akan menghasilkan asuhan yang efektif sehingga dapat memenuhi kebutuhan klien.