

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep dasar Hipertensi Esensial pada Kehamilan

2.1.1. Definisi

Hipertensi adalah adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg dan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg. Nilai tersebut diukur sekurang-kurangnya dua kali dalam perbandingan waktu 6 jam atau lebih dalam keadaan istirahat (Manuaba,2008).

Hipertensi esensial dalam kehamilan adalah adanya penyakit hipertensi yang telah terjadi sebelum kehamilan ataupun ditemukan dalam usia kehamilan kurang dari 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 pascapersalinan (Sarwono, 2010).

Hipertensi Esensial atau biasa disebut hipertensi kronik adalah penyakit hipertensi yang disebabkan oleh faktor herediter, faktor emosi dan lingkungan. Wanita hamil dengan hipertensi esensial memiliki tekanan darah sekitar 140/90 mmHg sampai 160/100 mmhg. Gejala-gejala lain seperti kelainan jantung, perdarahan otak, dan penyakit ginjal akan timbul dalam waktu yang lama dan penyakit terus berlanjut. Hipertensi esensial dalam kehamilan akan berlangsung normal sampai usia kehamilan aterm. (Saifuddin, 2010)

2.1.2. Etiologi

Beberapa faktor penyebab hipertensi esensial ialah faktor keturunan, faktor lingkungan, kegemukan dan kelainan eurovaskuler. Faktor keturunan, pada 70-80% kasus hipertensi esensial didapatkan karena riwayat hipertensi di dalam keluarga. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar, monozygot (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Dugaan ini menyokong bahwa faktor genetik mempunyai peran memicu hipertensi. Faktor lingkungan seperti stress, kegemukan (obesitas) dan kurang olahraga juga berpengaruh memicu hipertensi esensial.

Hubungan antara stres dengan hipertensi diduga terjadi melalui aktivasi saraf simpatis (saraf yang bekerja saat kita beraktivitas). Peningkatan aktivitas saraf sympatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stress berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi.

Faktor kegemukan, merupakan ciri khas dari populasi hipertensi. Walaupun belum dapat di jelaskan hubungan antara obesitas dan hipertensi esensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita dengan berat badan normal.

Faktor kelainan neurovaskuler terjadi karena curah jantung yang normal, namun resistensi perifer yang tinggi. resistensi perifer yang tinggi terjadi karena ketidaktepatan penurunan diameter arteriol, akibatnya denyut jantung meningkat yang dapat menghasilkan tekanan darah yang

cukup untuk mengatasi resistansi ini dan menyuplai darah kaya gas dan nutrien yang adekuat untuk sel tubuh sehingga terjadi metabolisme. (Sarwono, 2011)

2.1.3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor, ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokontriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokontriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokontriksi yang

mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk pertimbangan gerontology. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Brunner & Suddarth, 2009).

2.1.4. Tanda Gejala Hipertensi Esensial

- 1) Nyeri kepala
- 2) Gangguan pengelihatatan
- 3) Hiperrefleksia
- 4) Proteinuria (Pudiastutik, 2012).

- 5) Tekanan darah diatas normal (systole ≥ 140 mmHg, diastole ≥ 90 mmHg).
- 6) Keluhan umum : sakit kepala rasa tidak nyaman ditengkuk (kenceng), sukar tidur, migrain, mudah marah. (Sarwono, 2011).

2.1.5. Diagnosis

Penegakkan diagnosa hipertensi esensial sebagaimana lazimnya penegakkan diagnosa penyakit lain, dimulai dari anamnesa dan pemeriksaan fisik.

1) Anamnesa

- a. 70-80% kasus hipertensi esensial didapatkan riwayat hipertensi dalam keluarga.
- b. Sebagian besar hipertensi esensial timbul pada usia 25-45 tahun, dan hanya 20% timbul dibawah 20 tahun atau diatas 50 tahun.
- c. Keluhan utama : sakit kepala rasa tidak nyaman ditengkuk (kenceng), sukar tidur, migrain, mudah marah.
- d. Gejala lain yang dikeluhkan mungkin akibat dari komplikasi yang timbul, seperti gangguan penglihatan, neurologi, gagal jantung dan fungsi ginjal.
- e. Hal lain yang perlu dipertanyakan kepada penderita guna kepentingan terapi, bila sebelumnya telah diketahui menderita hipertensi.

- f. Penyakit yang sedang atau yang pernah diderita, seperti diabetes melitus, penyakit ginjal, dan penyakit jantung serta penyakit kelenjar thyroid.
 - g. Kemungkinan penderita sedang mengkonsumsi obat karena penyakit lain, yang mungkin menimbulkan efek samping kenaikan tekanan darah seperti golongan steroid, golongan penghambat monoamin oksidase, dan golongan sympatonimetik.
 - h. Kebiasaan makan penderita (terutama asupan garam), minuman alkohol dan konsumsi rokok.
 - i. Faktor stress psikis
- Pada wanita perlu ditanyakan tentang riwayat kehamilan dan persalinan (pre-eklamsi dan eklamsi), serta pemakaian alat kontrasepsi TT.

2) Pemeriksaan Fisik

- a. Peninggian tekanan darah sering merupakan satu-satunya tanda klinik hipertensi esensial.
- b. Pengukuran ideal dengan cara : pengukuran dilakukan setelah penderita berbaring selama 5 menit pengukuran dilakukan sebanyak 3-4 kali dengan interval 5-10 menit.

2.1.6. Klasifikasi hipertensi esensial

Hipertensi esensial dapat terbagi jadi 2 yaitu :

1. Hipertensi esensial jinak : tekanan darah sekitar 140/90 mmHg sampai dengan 160/100 mmHg.

2. Hipertensi esensial ganas : tekanan darah sistolik mencapai 200 mmHg atau lebih.

2.1.7. Faktor Resiko Hipertensi Esensial

Terdapat banyak faktor resiko untuk terjadinya hipertensi esensial yaitu :

- 1) Primigravida
- 2) Hiperplasentosis, misalnya : molahidatosa, kehamilan multiple, diabetes melitus, dan bayi besar
- 3) Usia yang terlalu tua
- 4) Riwayat keluarga yang mempunyai hipertensi
- 5) Obesitas.

2.1.8. Komplikasi pada ibu dan janin

Pada wanita hamil mengalami hipertensi kronik terjadi peningkatan angka kejadian stroke. Selain itu komplikasi yang sangat mengkhawatirkan yaitu terjadi disfungsi hepar, gagal ginjal, serta tendensi timbulnya perdarahan yang meningkat dan perburukan kearah preeklamsi.

Pada janin sendiri dapat terjadi bermacam-macam gangguan sampai kematian janin dimana efek kerusakan yang terjadi pada pembuluh darah wanita hamil akan merusak sistem vaskularisasi darah, sehingga mengganggu pertukaran oksigen dan nutrisi melalui plasenta dari ibu ke janin hal ini bisa menyebabkan prematuritas plasenta dengan akibat pertumbuhan janin yang lambat dalam rahim, bahkan kematian janin (Sarwono, 2011).

2.1.9. Pencegahan Hipertensi Esensial

- 1) Jika pasien sebelum hamil sudah mendapat obat antihipertensi, dan terkontrol dengan baik lanjutkan pengobatan tersebut.
- 2) Jika tekanan diastolik > 110 mmHg dan tekanan sistolik > 160 mmHg berikan antihipertensi.
- 3) Jika terdapat proteinuria, pikirkan superimposed preeklamsia
- 4) Istirahat
- 5) Pantau pertumbuhan dan kondisi janin
- 6) Jika tidak ada komplikasi tunggu sampai aterm
- 7) Jika terdapat preeklamsia, pertumbuhan janin terhambat atau gawat janin lakukan 2-5 IV dengan prostaglandin, misoprostol.
- 8) Observasi komplikasi seperti solusio plasenta atau superimposed preeklamsia.

2.1.10. Penatalaksanaan hipertensi esensial

1) kehamilan

Wanita dengan hipertensi esensial harus mendapat pengawasan yang ketat dan harus dikonsultasikan pada dokter untuk proses persalinannya. Selama tekanan darah ibu tidak meningkat sampai 150/90 mmHg berarti pertanda baik. Ibu dapat hamil dan bersalin normal tetapi saat hamil dianjurkan untuk lebih banyak istirahat dan menghindari peningkatan berat badan terlalu banyak. Diet pada ibu hamil dengan hipertensi esensial yaitu makan kaya buah, sayur, susu rendah lemak dan lemak total, konsumsi garam dikurangi tidak lebih dari 100 mEq /L (2,4g

natrium atau 6 gram. Kesejahteraan janin dipantau ketat untuk mendeteksi adanya retardasi pertumbuhan. Kehamilan tidak dibolehkan melewati aterm karena kehamilan postterm meningkatkan resiko terjadinya insufisiensi plasenta janin. Jika perlu, dapat dilakukan induksi apabila tekanan darah meningkat atau terdapat tanda-tanda Intra Uterine Growth Retardation (IUGR).

Keadaan ibu mungkin berkembang menjadi Pre Eklamsia atau mengalami abrupsi plasenta (plasenta pecah), terkadang gagal ginjal merupakan komplikasi. Jika tekanan darah sangat tinggi 200/120 mmHg atau lebih, mungkin terjadi perdarahan otak atau gagal jantung. Janin juga beresiko, karena kurangnya sirkulasi plasenta yang dapat menyebabkan kejadian *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) dan hipoksia.

Penatalaksanaan hipertensi esensial di pelayanan kesehatan,

Jika hipertensi terjadi di :

- a. Puskesmas :
 1. Rawat jalan
 2. Istirahat cukup
 3. Bila TD > 160/110 beri antihipertensi
 4. Pikirkan superimposed pre-eklamsia
 5. Tidak ada perbaikan rujuk
- b. Rumah sakit
 1. Jika tak ada komplikasi : tunggu aterm
 2. Jika terjadi preeklamsia, pertumbuhan janin terhambat, atau gawat janin terminasi kehamilan (Pudiastutik, 2011).

2) Persalinan

Pada penderita hipertensi esensial jika tekanan darah tidak dapat dikendalikan atau terdapat tanda-tanda IUGR atau hipoksia, dokter dapat menghindari resiko yang serius dengan mempercepat persalinan. Hal ini dapat dilakukan dengan menginduksi persalinan, atau jika keadaan berbahaya atau lebih akut, atau meningkat pada awal persalinan dan persalinan dapat dilakukan dengan cara Sectio Caesar (SC).

3) Nifas

Mengobservasi keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, luka bekas operasi, kontraksi uterus, perdarahan, tinggi fundus uteri, intake cairan, makanan dan obat-obatan, serta output cairan.

2.1.11. Peran bidan dalam menangani hipertensi esensial.

Peran bidan dalam menangani hipertensi esensial telah terdapat pada standart pelayanan ante natal care. Standart 7 yaitu Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan, Persyaratan standar : Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya

Dianjurkan mentaati pemeriksaan antenatal yang teratur dan, jika perlu, dikonsultasikan kepada ahli. Dianjurkan cukup istirahat, menjauhi emosi, dan jangan bekerja jangan terlalu berat. Penambahan berat badan yang agresif dicegah. Dianjurkan untuk diet tinggi protein, rendah hidrat arang, rendah lemak, dan rendah garam. Pengawasan terhadap janin harus

lebih teliti, di samping pemeriksaan biasa, dapat dilakukan pemeriksaan monitor janin lainnya seperti elektrodografi fetal. Ukuran biparietal (USG), penentuan kadar estriol, amnioskopi, pH darah janin, dan sebagainya. (Rustam, 2010)

2.2. Teori manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses management merupakan proses pemecahan masalah yang di temukan oleh perawat – bidan pada awal 1970 – an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan, baik pada klien ataupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses management bukan hanya terdiri atas pemikiran dan tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian, proses management harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah, pisah, menjadi satu kesatuan yang berfokus pada management klien.

Proses management terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah di sempurnakan secara berkala. Proses di mulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat di uraikan lagi

menjadi langkah – langkah yang lebih detail dan bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

1. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar.

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

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar.

Pada tahapan ini bidan mengidentifikasi diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa sama – sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis.

3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan

diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosis / masalah potensial ini benar – benar terjadi.

4. Langkah IV : Mengidentifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Pada tahapan ini, bidan mengidentifikasi perlu / tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter, dan / atau kondisi yang perlu di konsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses management kebidanan. Dengan kata lain, management bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan.

5. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh.

Pada tahapan ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah – langkah sebelumnya. Tahapan ini merupakan kelanjutan management diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi / data yang tidak lengkap.

6. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan.

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke – 5 dilaksanakan 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. Dalam upaya kolaborasi dengandokter untuk menganani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama

tersebut. Management yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

7. Langkah VII : Evaluasi.

Pada langkah ini bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosa yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bila saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. Mengingat management asuhan kebidanan merupakan suatu kontineum. Bidan perlu mengulang kembali dari awal sampai asuhan yang tidak efektif melalui proses management tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah – langkah pada proses management umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakann serta berorientasi pada proses klinis. Proses management tersebut berlangsung di dalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik (Saminem,2010).

2.3. Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1. Kehamilan

1) Pengkajian

1. Data Subyektif.

a. Identitas.

Usia : umur ibu hipertensi esensial timbul pada usia 25-45 tahun, dan hanya 20% timbul dibawah 20 tahun atau diatas 50 tahun.

b. Keluhan Utama

sakit kepala rasa tidak nyaman ditengkuk (kenceng), sukar tidur, migrain, mudah marah. (Sarwono,2011)

c. Riwayat Psiko-Sosial-Spiritual.

Situasi kedaruratan sering kali sangat mencemaskan semua yang terlibat dan menimbulkan serangkaian emosi yang dapat berakibat signifikan (Fadlun, dkk, 2012).

2. Data Obyektif.

a. Pemeriksaan Umum.

(1) Tanda-tanda vital

TD : 140/90 mmHg (Sarwono, 2011)

Nadi : Takikardi (>100x/menit). (Manuaba,2007)

b. Pemeriksaan Fisik.

a) Wajah : Pada kasus ibu hamil dengan hipertensi keadaan wajah sedikit pucat dan tidak ada odema (Manuaba, 2007).

c. Antropometri

BB (berat badan) : Pada ibu hamil dengan hipertensi berat badan naik 1 kg per minggu (Winkjosastro, 2002).

d. Pemeriksaan laboratorium.

Diarahkan untuk mengkaji kadar proteinurine. (Nursalam, 2008)

1) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH, uk 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, letak kepala, dengan Hipertensi Esensial.

Masalah : sakit kepala, sukar tidur. (Sarwono,2011)

Kebutuhan : diet tinggi protein, rendah garam dan banyak istirahat (Saifuddin, 2002).

2) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ibu : stroke, disfungsi hepar, gagal ginjal, serta tendensi timbulnya perdarahan yang meningkat dan perburukan kearah PER.

Bayi : pertumbuhan janin terhambat (IUGR), kematian janin, persalinan premature, dan solusio plasenta (Saifuddin, 2008).

3) Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SpOG (Saifuddin, 2002).

4) Intervensi

- a. Pantau tekanan darah, proteinurine, refleks patella, dan monitor DJJ
- b. Beri informasi yang jelas tentang keadaan pasien dan keadaan kehamilannya.
- c. Anjurkan untuk banyak istirahat.
- d. Anjurkan diet makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak. (Saifuddin, 2002)
- e. Melakukan konsultasi dengan dokter SpOG.

Sarankan ibu hamil untuk melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit (Prawirohardjo, 2008).

2.3.2 Persalinan

1) Pengkajian

1. Data Subyektif.

a. Keluhan Utama (PQRST)

sakit kepala rasa tidak nyaman ditengkuk (kenceng), sukar tidur, migrain, mudah marah. (Sarwono,2011)

b. Riwayat Psiko-Sosial-Spiritual.

Situasi kedaruratan sering kali sangat mencemaskan semua yang terlibat dan menimbulkan serangkaian emosi yang dapat berakibat signifikan (Fadlun, dkk, 2012).

2. Data Obyektif.

(1) Tanda-tanda vital

TD : 140/90 mmHg (Sarwono, 2011)

Nadi : Takikardi (>100x/menit). (Manuaba,2007)

(2) Pemeriksaan Fisik.

- a) Wajah : Pada kasus ibu hamil dengan hipertensi keadaan wajah sedikit pucat dan tidak ada odema (Manuaba, 2007).

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH usia kehamilan 37-40 minggu , tunggal, hidup, intrauterine, letak kepala, dengan inpartu kala I fase laten/aktif dengan Hipertensi Esensial.

Masalah : sakit kepala, sukar tidur. (Sarwono,2011)

Kebutuhan : diet tinggi protein, rendah garam dan banyak istirahat
(Saifuddin, 2002), Berikan Asuhan sayang ibu.

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ibu : stroke, disfungsi hepar, gagal ginjal, serta tendensi timbulnya perdarahan yang meningkat dan perburukan kearah preeklamsi.

Bayi : IUFD, makrosomia, oligohidramnion, dismaturitas bayi, gawat janin (Fadlun, dkk, 2012).

4) Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

1. Kolaborasi dengan dokter SpOG.
2. Melakukan pertolongan induksi persalinan di antaranya bisa dilakukan dengan cara infus oksitosin atau secio cesaria yang dilakukan di rumah sakit (Mansjoer, 2001)

5) Intervensi

1. Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (fase laten 8 jam, fase aktif 6 jam) pada primigravida dan selama 7 jam (fase laten 4 jam, fase aktif 3 jam) pada multigravida diharapkan terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil : Pembukaan lengkap, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit), Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan Darah sistole 100-140 mmHg dan diastole 60-90 mmHg, Suhu 36,5-37,5°C, Nadi 80-100 x/menit, Pernafasan 16-24 x/menit.

Intervensi :

- a. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- b. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- c. Beri asuhan sayang ibu.
 - (1) Berikan dukungan emosional.
 - (2) Atur posisi ibu.
 - (3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - (4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
 - (5) Lakukan pencegahan infeksi.
- d. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

- e. Observasi DJJ setiap 30 menit.
- f. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf.
- g. Persiapan Rujukan.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan \pm 60 menit untuk multigravida dan \pm 120 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal.

Kriteria hasil : Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

Intervensi : APN 58 langkah dari langkah ke 1-27.

3. Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan plasenta lahir spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus keras.

Intervensi : APN 58 langkah dari langkah 28-40.

4. Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi.

Intervensi : APN 58 langkah dari langkah 41-58 (APN, 2008)

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

1. Data Subyektif.

a. Keluhan Utama (PQRST).

sakit kepala rasa tidak nyaman ditengkuk (kenceng), sukar tidur, migrain, mudah marah. (Sarwono,2011)

b. Riwayat Psiko-Sosial-Spiritual.

Situasi kedaruratan sering kali sangat mencemaskan semua yang terlibat dan menimbulkan serangkaian emosi yang dapat berakibat signifikan (Pudiastuti, 2012).

2. Data Obyektif.

1) Tanda-tanda vital

TD : 140/90 mmHg (Sarwono, 2011)

Nadi : Takikardi (>100x/menit). (Manuaba,2007)

2) Pemeriksaan Fisik.

(a) Wajah : Pada kasus ibu hamil dengan hipertensi keadaan wajah sedikit pucat dan tidak ada odema (Manuaba, 2007).

1. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH 2 jam post partum dengan Hipertensi Esensial.

Masalah : sakit kepala, sukar tidur. (Sarwono,2011)

Kebutuhan : diet tinggi protein, rendah garam dan banyak istirahat

(Saifuddin, 2008)

2. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Kejang karena hipertensi, perdarahan postpartum primer.

3. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SpOG.

4. Intervensi

1. Waspada tanda perdarahan pascapartum dan infeksi.
2. Waspada tanda depresi pascapartum.
3. Promosikan program menyusui secara realistis dengan memperhatikan kebutuhan istirahat ibu, misal memerah ASI sehingga bayi dapat diberi susu oleh anggota keluarga lain.
4. Berikan saran tentang kontrasepsi untuk memastikan jarak antar kehamilan yang adekuat.