

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Preeklampsia Ringan

2.1.1 Definisi

Pre eklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Khumaira, 2012)

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

2.1.2 Etiologi

Penyebab preeklamsi belum diketahui dengan pasti. Meskipun demikian, penyakit ini lebih sering ditemukan pada wanita hamil yang:

1. Primigravida
2. Hiperplasentosis- Pada kehamilan kembar, anak besar, mola hidatidosa, dan hidrops fetalis
3. Mempunyai dasar penyakit vascular- Hipertensi atau diabetes mellitus.
4. Mempunyai riwayat preeklamsi / eklamsi dalam keluarganya.

Berbagai teori yang dikemukakan mengenai faktor yang berperan dalam penyakit ini, antara lain:

1. *Faktor imunologis, endokrin, atau genetik*- Hal ini didasarkan atas pengamatan bahwa penyakit ini lebih sering ditemukan pada:
 - a. Primigravida
 - b. Hiperplasentosis
 - c. Kehamilan dengan inseminasi donor
 - d. Penurunan konsentrasi komplemen C₄.
 - e. Wanita dengan fenotip HLA DR₄.
 - f. Adanya aktivasi sistem komplemen netrofil dan makrofag, atau di antara kelompok atau keluarga tertentu.
2. *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 Unsaturat ed Fatty Acid (PUFA)*" dalam makanannya.
3. *Faktor endotel*- teori jejas endotel akhir-akhir ini banyak dikemukakan sehubungan dengan peranannya dalam mengatur keseimbangan antara kadar zat vasokonstriktor (tromboksan, endotelin, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (prostasiklin, nitritoksida, 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 / jejas endotel. (Sastrawinata, dkk, 2012)

Didasarkan pada teori yang dihubung-hubungkan dengan kejadian. Itulah sebab pre eklampsia disebut juga "*disease of theory*", gangguan kesehatan yang berasumsi pada teori. Adapun teori-teori tersebut antara lain:

1. Peran Prostaglandin dan Tromboksan

Pada Preeklampsia dan eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin (PGI_2) yang pada kehamilan normal meningkat, aktivasi penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengonsumsi antitrombin III, sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA_2) dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel.

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 yang menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian PE-E antara lain: (1) Preeklampsia hanya terjadi pada manusia; (2) terdapatnya kecenderungan meningkatnya frekuensi PE-E pada anak-anak dari ibu yang menderita PE-E; (3) kecenderungan meningkatnya frekuensi PE-E pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat PE-E dan bukan pada ipar mereka; (4) Peran Renin-Angiotensin-Aldosteron Sistem (RAAS).

Yang jelas preeklampsia merupakan salah satu penyebab kematian pada ibu hamil, disamping infeksi dan perdarahan. Oleh sebab itu, bila ibu hamil sudah ketahuan beresiko, terutama sejak awal kehamilan, dokter kebidanan dan kandungan akan memantau lebih ketat kondisi kehamilan tersebut.

Beberapa penelitian menyebutkan ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya preeklampsia dan eklampsia. Faktor-faktor tersebut antara lain, gizi buruk, kegemukan, dan gangguan aliran darah ke rahim. Faktor resiko terjadinya preeklampsia, Preeklampsia umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama kali, kehamilan di usia remaja dan kehamilan pada wanita di atas 40 tahun. Faktor resiko yang lain adalah: Riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami preeklampsia sebelumnya, riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan, kegemukan, mengandung lebih dari satu orang bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus, atau rematoid arthritis. (Rukiyah&Yulianti, 2010)

Kemungkinan terjadinya respons imun yang sangat besar terhadap protein asing janin dan plasenta juga dianggap sebagai pendorong terjadinya preeklampsia. Oleh karena itu, preeklampsia lebih umum dialami ibu primigravida, ibu yang berganti pasangan dan pada ibu yang menggunakan metode kontrasepsi, hidup bersama tanpa ikatan pernikahan (*cohabitation*) juga dapat menjadi faktor penyebab (Koelman et al., 2000). Paparan ibu terhadap semen pasangannya terbatas dan ibu kurang memiliki kesempatan untuk membuat antibodi yang diperlukan terhadap protein asing.

Faktor plasental dapat menyebabkan kelainan plasenta selama gelombang kedua invasi trofoblastik pada minggu ke 14 dan 15 kehamilan. Trofoblas biasanya merusak dinding otot elastic arteri spiral desidua yang pada preeklampsia, hal ini tidak terjadi.

Meskipun penyebab langsung pre eklampsia tidak diketahui, terdapat sejumlah faktor predisposisi yang berhubungan dengan kondisi tersebut (Milne et al., 2005) antara lain:

- a. Ibu primigravida terutama yang berusia <19 atau >40 tahun
- b. Primipaternitas (kehamilan pertama pada pasangan ini)
- c. ≥ 10 tahun dari kelahiran terakhir
- d. Riwayat pre eklampsia sebelumnya
- e. Riwayat pre eklampsia pada keluarga (ibu kandung atau saudara perempuan)
- f. Tercatat proteinuria
- g. Tercatat memiliki tekanan darah diastolik ≥ 80 mmHg
- h. Kondisi medis sebelum mengalami pre eklampsia, khususnya diabetes atau hipertensi esensial
- i. Kehamilan ganda (Wylie&Bryce, 2010).

2.1.3 Patofisiologi

Penyebab pre eklampsia ringan belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai “*maladaption syndrome*” akibat vasospasme general dengan segala akibatnya.(Khumaira, 2012)

Walaupun etiologinya belum jelas, hampir semua ahli sepakat bahwa vasospasme merupakan awal dari kejadian penyakit ini.

Vasospasme bisa merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas kedalam lapisan otot polos pembuluh darah, reaksi imunologi, maupun radikal bebas. Semua ini akan menyebabkan terjadinya kerusakan / jejas endotel, yang kemudian akan mengakibatkan gangguan keseimbangan antara kadar

vasokonstriktor (endotelin, tromboksan, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (nitritoksida, prostasiklin, dan lain-lain) serta gangguan pada sistem pembekuan darah.

Vasokonstriksi yang meluas akan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada banyak organ / sistem, antara lain:

Kardiovaskular

1. Hipertensi
2. Pengurangan curah jantung (cardiac output)
3. Trombositopeni
4. Gangguan pembekuan darah
5. Perdarahan
6. *Disseminated Intravascular Congulation (DIC)*
7. Pengurangan volume plasma
8. Permeabilitas pembuluh darah meningkat
9. Edema

Plasenta

1. Nekrosis
2. Pertumbuhan janin terhambat
3. Gawat janin.
4. Solusio plasenta

Ginjal

1. Endoteliosis kapiler ginjal.

2. Penurunan klirens asam urat.
3. Penurunan laju filtrasi glomerulus.
4. Oliguri
5. Proteinuri
6. Gagal ginjal

Otak

1. Edema
2. Hipoksia
3. Kejang
4. Gangguan pembuluh darah otak (*cerebro vascular accident*)

Hati

1. Gangguan fungsi hati .
2. Peninggian kadar enzim hati.
3. Ikterus.
4. Edema, perdarahan, dan regangan kapsula hati

Mata

1. Edema papil.
2. Iskemia.
3. Perdarahan
4. Ablasio retina

Paru

1. Edema, iskemia, dan nekrosis
2. Perdarahan.
3. Gangguan pernapasan hingga apnu.

(Sastrawinata, dkk, 2012)

Selama perkembangan plasenta pada kehamilan awal, trofoblas menembus ke dalam endometrium uterus (desidua) dan menggantikan dinding otot elastik arteri spiral. Akibatnya terbentuk sinus besar tak berstruktur yang dapat mengalirkan darah dalam jumlah yang sangat besar diperlukan, khususnya pada trimester ketiga (Redman&Sargent, 2001). Pembuluh darah yang berdilatasi tersebut tidak lagi dipengaruhi oleh hormon. Pada pre eklampsia, adaptasi arteri spiral oleh trofoblas tidak terjadi (Morley, 2004) sehingga suplai darah pada plasenta terbatas. Kebutuhan terhadap darah meningkat selama pertumbuhan fetal sehingga suplai darah tidak adekuat dan plasenta menjadi iskemik. Iskemik plasenta menyebabkan pelepasan substansi yang umumnya toksin bagi tubuh ibu, terutama bagi sistem sirkulasi. Sel endotelial pembuluh darah tubuh paling berisiko mengalami iskemik. Sel tersebut bertanggung jawab terhadap integritas dinding pembuluh darah. Sel endotelial menghasilkan substansi seperti prostasiklin dan asam nitrat yang berperan dalam vasodilatasi untuk merespons hormon yang bersirkulasi. Akan tetapi pembentukan substansi tersebut terganggu. Selain itu agens vasokonstriksi seperti tromboksan dan lemak perioksida dihasilkan dalam jumlah yang besar oleh sel endotelial yang rusak. Hasil akhir ketidakseimbangan kimiawi tersebut adalah peningkatan pembentukan tromboksan tujuh kali lipat

terhadap prostasiklin dan peningkatan kepekaan vascular terhadap angiotensin II. Oleh karena itu, pembuluh darah menyempit secara tidak tepat.

Perubahan biokimiawi memengaruhi seluruh tubuh. Terjadi vasospasme generalisata yang menyebabkan perfusi darah yang buruk ke jaringan dan organ tubuh. Tingkat fungsi organ pada kondisi tersebut menimbulkan bermacam-macam dampak pada tubuh ibu dan kondisi janin. Tekanan darah meningkat pada sebagian besar ibu dan peningkatan permeabilitas sel endotelial menyebabkan cairan dan protein dari sistem sirkulasi berpindah ke jaringan tubuh. Peningkatan rasio tromboksan terhadap prostasiklin juga menghasilkan gumpalan trombosit disertai kelainan koagulasi (Wylie & Bryce, 2010).

2.1.4 Gejala Klinis

Gejala klinis pre eklampsia ringan meliputi:

1. Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih; diastole 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg; diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg
2. Proteinuria: secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+2) (Khumairo, 2012) atau $\geq 1+$ (Prawirohardjo, 2010)
3. Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan (Khumaira, 2012).
4. Pertambahan Berat : Peningkatan berat badan secara mendadak mungkin mendahului timbulnya preeklamsia. Peningkatan berat sekitar 1 pon (0,5 kg) per minggu adalah normal, tetapi jika pertambahan berat badan melebihi 2

pon (1kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon (3 kg) dalam sebulan, harus dicurigai kemungkinan timbulnya preeklamsia. Karakteristik preeklamsia adalah peningkatan berat badan yang mendadak bukan peningkatan yang tersebar merata selama gestasi. Peningkatan berat badan yang berlebihan dan mendadak hamper selalu disebabkan oleh retensi cairan yang abnormal dan timbul, biasanya sebelum tanda-tanda edema terlihat, misalnya pembengkakan kelopak mata atau jari(Cunningham&Gant, 2011)

2.1.5 Pemeriksaan dan Diagnosis

1. Kehamilan lebih 20 minggu.
2. Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan pemeriksaan 2 kali selang 6 jam dalam keadaan istirahat (untuk pemeriksaan pertama dilakukan 2 kali setelah istirahat 10 menit).
3. Edema tekan pada tungkai (pretibia), dinding perut, lumbosakral, wajah atau tungkai.
4. Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24jam, kualitatif (++) (Khumaira, 2012) atau $\geq 1 +$ (prawirohardjo, 2010)

2.1.6 Penatalaksanaan

1. Kehamilan pada pasien preeklampsia ringan

Penatalaksanaan rawat jalan pasien pre eklampsia 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(Khumaira, 2012)
- e. Kunjungan ulang setiap 1 minggu dan kolaborasi dengan dr. SpOg (Pudiastutik, 2012)
- f. Pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, hematokrit, trombosit, urine lengkap, asam urat darah, fungsi hati, fungsi ginjal.(Khumaira, 2012)
- g. Rawat jalan (*ambulator*)

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 di atas 20 minggu, tirah baring dengan posisi miring menghilangkan tekanan rahim pada v. 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 pada aliran darah rahim, menambah oksigenasi plasenta dan memperbaiki kondisi janin dalam 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 sedative. Dilakukan pemeriksaan laboratorium Hb, hematokrit, fungsi hati, urin lengkap, dan fungsi ginjal. (Prawirohardjo, 2010)

Penatalaksanaan rawat tinggal pasien pre eklampsia ringan berdasarkan kriteria:

1. Setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala-gejala pre eklampsia.
2. Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut-turut (2 minggu)
3. Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda pre eklampsia berat.
 - Bila setelah 1 minggu perawatan di atas tidak ada perbaikan maka pre eklampsia ringan dianggap sebagai pre eklampsia berat.
 - Bila dalam perawatan di rumah sakit sudah ada perbaikan sebelum 1 minggu dan kehamilan masih preterm maka penderita tetap dirawat selama 2 hari lagi baru dipulangkan. Perawatan lalu disesuaikan dengan perawatan rawat jalan. (Khumairo, 2012)

Rawat inap (dirawat di rumah sakit)

Pada keadaan tertentu ibu hamil dengan preeklampsia ringan perlu dirawat di rumah sakit. Kriteria preeklampsia ringan dirawat di rumah sakit, ialah (a) bila tidak ada perbaikan : tekanan darah, kadar proteinuria selama 2 minggu; (b) adanya satu atau lebih gejala dan tanda-tanda preeklampsia berat. Selama di rumah sakit dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan laboratorik. Pemeriksaan kesejahteraan janin, berupa 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. (Prawirohardjo, 2010)

2 Persalinan pada pasien preeklampsi ringan

Perawatan obstetri pasien pre eklampsia ringan:

1. Kehamilan preterm (kurang 37 minggu)
 - a. Bila desakan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm.
 - b. Bila desakan darah turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan 37 minggu atau lebih (Khumairo, 2012)
2. Kehamilan aterm (37 minggu atau lebih)

Persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan (Prawirohardjo, 2010)

3. Cara persalinan

Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II. (Prawirohardjo, 2010)

Pengelolaan yang terbaik untuk pre eklamsi ialah mengakhiri kehamilan karena:

1. Kehamilan itu sendiri
2. Preeklamsi akan membaik setelah persalinan
3. Untuk mencegah timbulnya kematian janin dan ibunya.

Meskipun demikian, apabila kehamilannya belum matur, ibu dan janin masih baik maka dapat dirawat secara konservatif untuk mempertahankan kehamilan sampai berumur 37 minggu.

Apabila persyaratan perawatan konservatif belum terpenuhi, sebaiknya segera diakhiri dengan induksi atau augmentasi.

Persalinan pervaginam diselesaikan dengan partus buatan dan bila ada indikasi dapat dilakukan seksio sesarea. (Sastrawinata, dkk, 2012)

3 Nifas pada pasien preeklamsi ringan

Dengan PNC yang baik, seharusnya preeklamsi dapat dideteksi sedini mungkin sehingga dapat dicegah kemungkinan terjadinya komplikasi yang lebih berat berupa preeklamsi berat, eklamsi sampai kematian ibu dan anak.

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Hellen Varney

2.2.1 Manajemen Asuhan kebidanan Hellen Varney

Adapun tujuh langkah manajemen kebidanan menurut “Helen Varney’s” adalah:

1. Pengumpulan data/pengkajian

Bidan yang berada di desa memberikan pelayanan KIA dan KB di masyarakat melalui identifikasi, ini untuk mengatasi keadaan dan masalah kesehatan di desanya terutama yang ditujukan pada kesehatan ibu dan anak. Untuk itu bidan melakukan pengumpulan data dilaksanakan secara langsung ke masyarakat (data subyektif) dan data tidak langsung ke masyarakat (data obyektif).

2. Identifikasi Diagnosa, masalah dan kebutuhan

Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis untuk menentukan 3 hal yaitu diagnosa, masalah dan kebutuhan. Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan ibu dan anak di komunitas.

3. Identifikasi Diagnosa/masalah potensial

Identifikasi Diagnosa/masalah potensial adalah mengidentifikasi masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini terjadi

4. Identifikasi kebutuhan penanganan segera/Kolaborasi

Merupakan tindakan segera terhadap kondisi yang diperkirakan akan membahayakan klien. Oleh karena itu, bidan harus bertindak segera untuk menyelamatkan jiwa ibu dan anak. Tindakan ini dilaksanakan secara kolaborasi dan rujukan sesuai dengan kondisi klien.

5. Rencana asuhan yang menyeluruh (intervensi)

Rencana untuk pemecahan masalah dibagi menjadi tujuan, rencana pelaksanaan dan evaluasi. Rencana ini disusun berdasarkan kondisi klien (diagnosa, masalah dan diagnose potensial) berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.

Rencana yang dibuat harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta *evidence* terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Pelaksanaan (implementasi)

Kegiatan yang dilakukan bidan di komunitas adalah mencakup rencana pelaksanaan yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Pemberian asuhan dapat dilakukan oleh bidan, klien/keluarga, atau tim kesehatan lainnya namun tanggung jawab utama tetap pada bidan untuk mengarahkan pelaksanaannya. Asuhan yang dilakukan secara efisien yaitu hemat waktu, hemat biaya, dan mutu meningkat.

7. Evaluasi

Kegiatan evaluasi ini dilakukan untuk mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan. Hasil evaluasi dapat menjadi data dasar untuk menegakkan diagnosa dan rencana selanjutnya. Yang dievaluasi adalah apakah diagnosa

sesuai, rencana asuhan efektif, masalah teratasi, masalah telah berkurang, timbul masalah baru, dan kebutuhan telah terpenuhi.

(Heryani, 2011)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Preeklampsia Ringan

2.3.1 Kehamilan

1 Data Subyektif

1. Identitas

Primigravida, sering terjadi pada usia < 19 atau > 40 tahun

(Wyle&brice, 2010)

2. Keluhan: bengkak pada tangan, kaki, (Khumaira, 2012)

3. Riwayat Obstetri

Primigravida, Pada kehamilan kembar, anak besar, mola hidatidosa

(Sastrawinata, dkk, 2012)

4. Riwayat Kesehatan Diri dan Keluarga

Hipertensi atau diabetes mellitus, mempunyai riwayat preeklampsi / eklampsi dalam keluarganya (Sastrawinata, dkk, 2012) Riwayat pre eklampsia sebelumnya (Wylie&Bryce, 2010).

5. Pola Kesehatan fungsional

Pola nutrisi

makanan yang banyak mengandung protein, karbohidrat, lemak dan garam (Khumaira, 2012)

2 Data Obyektif

1. Status gizi

Kenaikan BB selama hamil :pertambahan berat badan melebihi 2 pon (1kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon (3 kg) dalam sebulan (Cunningham&Gant, 2011)

2. Tanda vital

Tekanan darah : Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih. sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg; diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg(Khumaira, 2012)

3. Pemeriksaan Fisik

- a) Muka : terdapat oedema
- b) Abdomen : dinding abdomen, lumbosakral edema
- c) Ekstremitas atas : terdapat edema pada tangan
- d) Ekstremitas bawah : terdapat edema pada pretibia

(Khumaira, 2012).

4. Pemeriksaan penunjang

Urine : Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24jam, kualitatif (++) (Khumaira, 2012) atau $\geq 1+$ (prawirohardjo, 2010).

3 Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : G PAPIAH usiasetelah umur kehamilan 20 minggu, tunggal, Hidup, letak janin ,intrauterine/ ekstra uterine, kesan jalan lahir dan keadaan umum ibu dan janin dengan PER .
2. Masalah : Edema pada pretibia, wajah atau tangan (Khumaira, 2012),
3. Kebutuhan: HE tentang kebutuhan nutrisi dan istirahat pada pasien dengan PER

4 Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial

Bagi Ibu : Pre eklampsia berat

Bagi Janin : IUGR, gawat janin

5 Mengidentifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Kolaborasi dengan dr.SpOG

6 Merencanakan asuhan menyeluruh

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisinya saat ini.

Rasional : informasi yang diberikan dari bidan kepada pasien dan keluarga mampu menjawab rasa ingin tahu akan kondisinya dan dapat meningkatkan hubungan kerja sama dalam tindakan medis selanjutnya.
2. Lakukan *informed Consent* pada ibu dan keluarga.

Rasional : Informed Consent merupakan bukti administratif persetujuan segala tindakan bidan kepada pasien sebagai pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan profesi.

3. Lakukan persiapan rujukan terencana untuk pemeriksaan laboratorium dan perencanaan persalinan pada pelayanan kesehatan komprehensif disertai dengan tenaga ahli lainnya.

Rasional : Upaya rujukan dilakukan agar mengurangi semaksimal mungkin komplikasi lanjut dari penyakit pasien dan keadaan pasien memerlukan unit pelayanan kesehatan yang menyeluruh.

4. Berikan Health Education kepada pasien tentang kebutuhan pola nutrisi yang harus dipenuhi dengan preeclampsia ringan.

Rasional : Dengan memberikan pengetahuan kesehatan tentang pola nutrisi terkait dengan kebutuhan pasien dapat meningkatkan pengetahuan dan rasa waspada terhadap diri sendiri untuk tidak mengkonsumsi segala makanan yang dapat membahayakan diri dan janinnya

5. Berikan Health Education kepada pasien tentang kebutuhan pola istirahat yang harus dipenuhi dengan preeklampsia ringan

Rasional : Dengan memberikan pengetahuan kesehatan tentang pola istirahat terkait dengan kebutuhan pasien dapat meningkatkan pengetahuan yang dapat membahayakan diri dan janinnya.

6. Berikan Health education tentang tanda-tanda persalinan.

Rasional : Kondisi pasien pada TM III sangat penting diperlukan adanya pengetahuan tanda-tanda peralihan agar pasien tidak merasa panik dan cemas saat mendapatkan dirinya dalam keadaan tersebut.

7. Berikan Healt education tentang persiapan persalinan.

Rasional : Dengan diberikan edukasi tentang persiapan , pasien dapat meningkatkan kesiapan diri dan keluarga dalam menghadapi persalian

8. Lakukan Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk pemberian terapi sesuai masalah dan kebutuhan pasien.

Rasional : Kolaborasi merupakan salah satu tugas bidan dalam menjalankan kewajibannya terkait dengan keadaan pasien yang bukan wewenang bidan terutama dalam pemberian terapi

9. Lakukan kesepakatan dengan pasien untuk melakukan Kunjungan ulang 1 minggu lagi

Rasional : Kunjungan dilakukan sesuai dengan standar asuhan ante natal care.

7 Melaksanakan Perencanaan Asuhan

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat

8 Evaluasi Hasil Tindakan

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode SOAP note

2.3.2 Persalinan

1 Pengumpulan Data Dasar

1. Identitas

Sering terjadi pada primigravida, usia < 19 atau > 40 tahun (Wyle&brice, 2010).

2. Keluhan

Bengkak pada tangan dan kaki (Khumaira, 2012).

2 Data Obyektif

1. Status gizi

Kenaikan BB selama hamil :pertambahan berat badan melebihi 2 pon (1kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon (3 kg) dalam sebulan(Cunningham&Gant, 2011)

2. Tanda vital

Tekanan darah : Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih. sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg; diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg(Khumaira, 2012)

3. Pemeriksaan Fisik

- a) Muka : terdapat oedema
 - b) Abdomen : dinding abdomen, lumbosakral edema
 - c) Ekstremitas atas : terdapat edema pada tangan
 - d) Ekstremitas bawah : terdapat edema pada pretibia
- (Khumaira, 2012).

4. Pemeriksaan penunjang

Urine : Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24jam, kualitatif (++).(Khumaira, 2012)atau $\geq 1 +$ (prawirohardjo, 2010)

5. Pemeriksaan Dalam : $\oslash < 4$ cm fase laten atau $\oslash 4-10$ cm fase aktif (APN, 2008)

3 Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa :G PAPIAH, tuanya kehamilan, hidup/mati, tunggal/gemeli, letak janin, intra uteri/ ekstra uteri, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin dengan kala I fase laten atau fase aktif dengan Preeklampsia Ringan
- b. Masalah :Bengkak pada ekstremitas, khawatir menghadapi persalinan
- c. Kebutuhan :Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi, diet rendah garam, dukungan menghadapi persalinan pada pasien dengan PER

4 Identifikasi diagnose atau masalah potensial

Bagi Ibu : Pre eklampsia Berat, hipoksia,

Bagi Janin : gawat janin, IUGR (Abadi, 2008)

5 Identifikasi kebutuhan segera

1. Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi
2. Rujukan tepat waktu

6 Merencanakan asuhan menyeluruh

Kala 1

1. Tirah baring ke sisi kiri
2. Pemantauan Cortonen, His, Penurunan, Bandle
3. Kolaborasi dengan dr SpOG untuk penanganan persalinan

Kala 2

1. Berikan dukungan dan asuhan sayang ibu
2. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat di antara kontraksi atau meneran) (APN, 2008)
3. Baringkan miring ke kiri dan cukup istirahat (APN, 2008)
4. Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila perlu memperpendek kala II. (Prawirohardjo, 2010)

Kala 3, Kala 4

1. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (pada saat istirahat di antara kontraksi dan meneran)
2. Jika tekanan darah 110 mmHg atau lebih, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam
3. Baringkan miring kiri
4. Lihat penatalaksanaan preeklampsia berat
(APN, 2008)

7 Melaksanakan Perencanaan Asuhan

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat

8 Evaluasi Hasil Tindakan

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode SOAP note

2.3.2 Nifas

1 Subyektif

1. Keluhan : Nyeri perineum, after pain/kram perut, masalah kecemasan, pembengkakan payudara, konstipasi, post partum blues, kesedihan atau duka cita (Sunarsih,2011).
2. Pola fungsional
 - a. Nutrisi :Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan cukup protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan, minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.
 - b. Eliminasi : biasanya ibu sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama dan belum buang air besar (Saleha,2009).
 - c. Istirahat : ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya setelah proses persalinan dan anjurkan istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan (Saleha,2009).
 - d. Riwayat emosional : Gangguan psikologis yang dapat timbul adalah timbul kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan baik itu jenis kelamin, warna kulit, dan sebagainya atau bisa terjadi akibat perubahan fisik, rasa bersalah akibat belum bisa menyusui (Sunarsih, 2011).

2 Obyektif

- a. Keadaan Umum : Baik, compos mentis, kooperatif, TTV

- b. TD : tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena akibat adanya perdarahan atau pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam $\frac{1}{2}$ bulan tanpa pengobatan (Saleha,2009).
- c. Nadi, Suhu, RR :Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordiks pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009).
- d. Pemeriksaan Fisik
 - a) Wajah : tidak pucat, menandakan anemi, syok
 - b) Mata :sklera tidak ikterus, konjungtiva merah muda.
 - c) Mamae: Simetris kiri dan kanan, puting susu terbentuk, umumnya ASI sudah keluar selama 2-3 hari pertama (Saleha,2009).
 - d) Abdomen : TFU : 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus : bulat, keras, setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi, satu minggu setelah melahirkan 500 gram, pada akhir minggu kedua menjadi 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang (Saleha,2009).

3 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH post partum 6 jam fisiologis

Masalah : Nyeri perineum, after pain, cemas, masalah payudara, masalah pelaksanaan menyusui, perdarahan post partum, post partum blues, kesedihan, kecemasan dan duka cita (Sunarsih,2011).

Kebutuhan : Early ambulation, perawatan payudara, tehnik relaksasi, dukungan emosional, kebutuhan pasien berdasarkan kebutuhan dan masalahnya (Saleha,2009).

3 Antisipasi Terhadap Diagnosa atau masalah Potensial

Perdarahan Postpartum, Infeksi post partum, Mastitis (Abses payudara), Febris post partum, (Saleha,2009). depresipost partum (Sunarsih,2011).

4 Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera/ Kolaborasi/ Rujukan.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsulkan untuk ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasient. Contoh : ibu mengalami perdarahan post partum dan mengalami kejang setelah persalinan (Sunarsih,2011)

5 Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 6-8 jam diharapkan keadaan umum ibu dan bayi baik

Kriteria hasil : TTV normal, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.

1. Pantau TTV, tinggi fundus, perineum, dan perdarahan.

Rasional : Mengidentifikasi apakah klien mengalami perdarahan

2. Mulai masase fundus dan cegah perdarahan

Rasional :Mengeraskan otot uterus dan menghentikan hemoragi.

3. Anjurkan makan makanan bergizi seimbang serta minuman dengan sering

Rasional : Memenuhi kebutuhan kalori tubuh.

4. Berikan ASI awal

Rasional : Di mulai sedini mungkin dan secara eksklusif mendapatkan ASI.

5. Lakukan hubungan batin antara ibu dan bayi baru lahir.

Rasional : Dukung integrasi bayi baru lahir dalam keluarga dengan perawatan dan interaksi orang tua yang sering untuk meningkatkan koping keluarga.

6. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

Rasional : Tindakan melindungi pasien dari kehilangan panas

7. Ajarkan dan ulangi penjelasan tanda-tanda bahaya yang harus dilaporkan.

Rasional : Mencegah komplikasi selanjutnya dan memastikan terapi medis yang tepat.

Pemantauan Post partum

1. 6-8 jam setelah persalinan

- a. Mencegah perdarahan massa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

Cacatan : jika petugas kesehatan menolong persalinan aia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

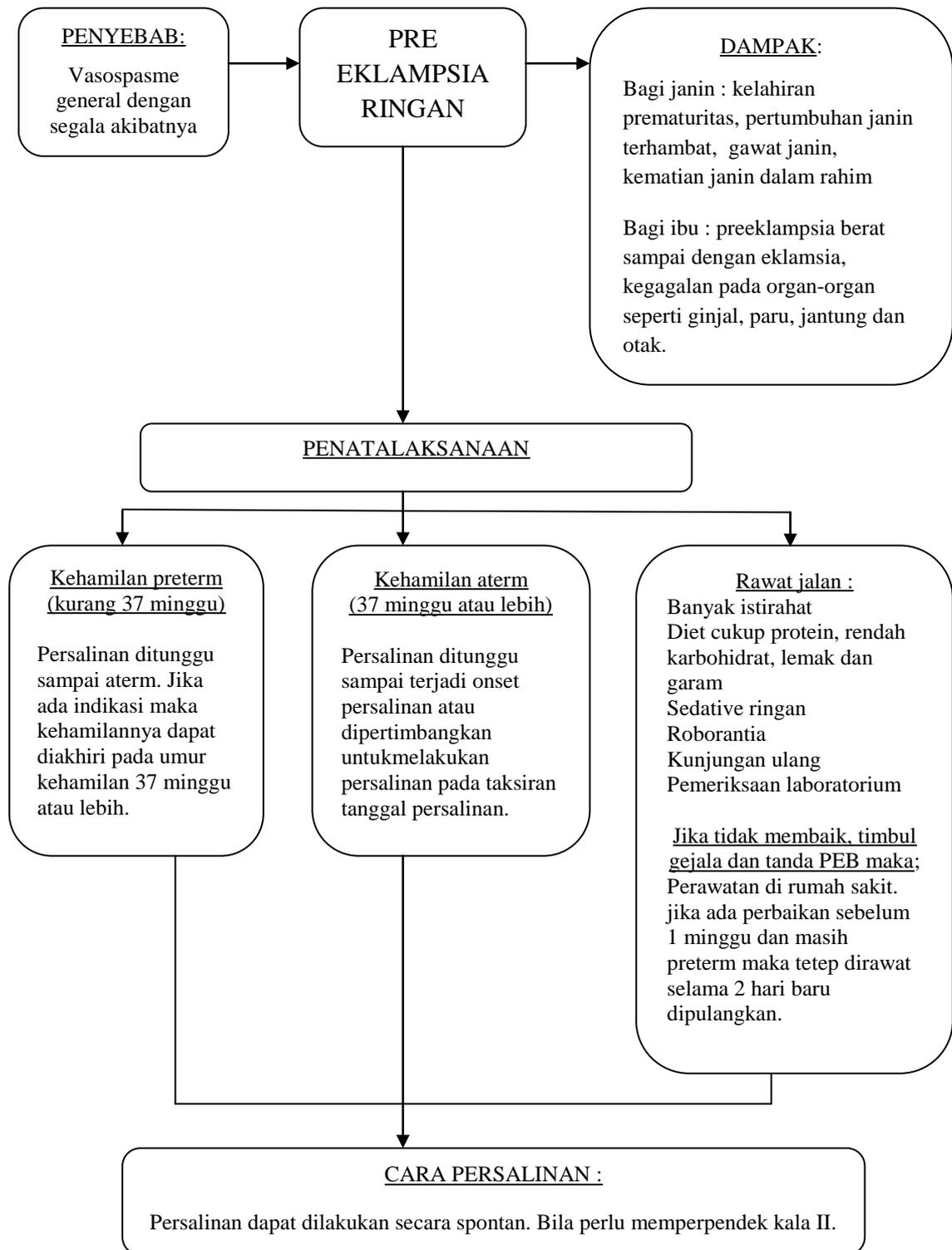
2. 6 hari setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3. 6 minggu setelah persalinan

- a. Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
- b. Konseling KB (Sunarsih,2011).

2.4 KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Asuhan Kebidanan pada Preeklamsia Ringan