

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pre-Eklampsia Berat

2.1.1 Pengertian

Pre-eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke 3 pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misal pada mola hidatidosa. (Prawirohardjo, 2008)

Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan / atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. (Yeyeh, 2010)

2.1.2 Etiologi

Penyebab Pre-Eklampsia saat ini tidak diketahui dengan pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju. Semuanya baru didasarkan pada teori yang dihubungkan dengan kejadian. Adapun teori-teori tersebut antara lain:

- a) Sering terjadi pada primi graviditas, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa.
- b) Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuannya kehamilan.
- c) Sebab dapat terjadinya perbaikan keadaan ibu dengan kematian janin dalam uterus.
- d) Sebab jarang terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya.

e) Sebab timbul hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

Teori yang dewasa ini banyak dikemukakan sebagai sebab pre-eklampsia ialah iskemia plasenta. Faktor resiko pre-eklampsia antara lain sebagai berikut:

- a) Primigravida, terutama primigravida tua dan primigravida muda.
- b) Kelompok social ekonomi rendah.
- c) Hipertensi esensial.
- d) Penyakit ginjal kronis (menahun/terus menerus).
- e) DM (diabetes militus).
- f) Multipara.
- g) Polihidramnion.
- h) Obesitas.
- i) Riwayat pre-eklampsia pada kehamilan yang lalu dalam keluarga.

(Mitayani, 2009)

2.1.3 Patofisiologi

Pada preeklampsia yang berat dan eklampsia dapat terjadi perburukan patologis pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh vasospasme dan iskemia (Cunningham, 2003)

Pre-Eklampsia Berat adalah suatu keadaan dimana ditemukan hipertensi dan proteinuria akibat hiperfungsi ginjal. Pada Pre-Eklapsia Berat, volume plasma yang beredar menurun, sehingga terjadi hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Penyebab perfusi organ maternal menurun., termasuk perfusi keunit janin-uteroplasenta. Jika

semua arteriol dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah dengan sendirinya akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat tercukupi. Kenaikan berat badan dan oedema yang belum diketahui penyebabnya, ada yang mengatakan disebabkan oleh retensi air dan garam akibatnya penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan intersial. Proteinuria disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. (Mitayani, Asuhan Keperawatan Maternitas, 2009)

2.1.4 Perubahan Pada Organ-Organ

1) Placenta dan rahim

Aliran darah menurun keplasenta dan menyebabkan gangguan plasenta, sehingga terjadi pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen dapat terjadi gawat janin. Pada pre-eklampsia dan eklampsia sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaannya terhadap rangsang sehingga dapat terjadi partus prematurus.

2) Ginjal

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

3) Mata

Dapat dijumpai 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 menandakan tanda pre-eklampsia berat yang mengarah pada eklampsia adalah adanya skotoma, diplopia, dan ambliopia

4) Paru-paru

Bronkopneumonia sampai abses, menyebabkan sesak nafas sampai sianosis.

5) Keseimbangan air dan elektrolit

Penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi air dan garam.

(Rustam, 1998)

2.1.5 Gejala Klinis

1. Hipertensi

Gejala yang lebih dahulu timbul ialah hipertensi yang terjadi secara tiba-tiba, sebagai batas diambil tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg diatas tekanan yang biasa merupakan petanda. Tekanan darah sistolik dapat mencapai 180 mmHg dan diastolik 110 mmHg, tetapi jarang mencapai 200 mmHg. Jika tekanan darah melebihi 200 mmHg, maka sebabnya hipertensi esensial.

2. Oedema

Timbulnya oedem didahului oleh penambahan berat badan yang berlebih. Pertambahan berat 0,5 kg pada seseorang yang hamil dianggap normal, tetapi jika mencapai 1kg per minggu atau 3 kg dalam satu bulan, pre-eklampsia harus dicurigai. Oedema tidak hilang dengan istirahat.

3. Proteinuria

Proteinuria didefinisikan sebagai konsentrasi protein sebesar 0.19/L (>positif 2 dengan cara dipstik) atau lebih dalam sekurang-kurangnya dua kali spesimen urin yang dikumpulkan sekurang-kurangnya dengan jarak 6 jam. Pada spesimen urin 24 jam. Proteinuria didefinisikan sebagai suatu konsentrasi protein 0,3 per 24 jam.

4. Gejala-gejala Subyektif

- a. Sakit kepala yang keras karena vasospasmus atau oedema otak.
- b. Nyeri ulu hati karena regangan selaput hati oleh haemorrhagia atau oedema atau sakit karena perubahan pada lambung.
- c. Gangguan penglihatan menjadi kabur. Gangguan ini disebabkan karena vasospasme, oedema atau .

(Prawirohardjo, Ilmu Kebidanan, 2010)

2.1.6 Diagnosis Pre-Eklampsia Berat

Diagnosis Pre-Eklampsia Berat dapat ditegakkan dari gambaran klinik dan pemeriksaan laboratorium. Dari hasil diagnosis, maka Pre-Eklampsia dapat diklasifikasikan menjadi 2 golongan, yaitu:

- 1) Pre-Eklampsia Ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:
 - a) Tekanan darah >140/90 mmHg setelah 20 minggu kehamilan dengan riwayat tekanan darah normal.
 - b) Protein urine ++
- 2) Pre-Eklampsia Berat
 - a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
 - b) Protein urine +++

- c) Oligouri, yaitu volume urin <500 cc per 24 jam
- d) Adanya gangguan serebal, gangguan penglihatan, dan rasa nyeri di epigastrium
- e) Terdapat oedema paru dan sianosis
- f) Trombositopening (gangguan fungsi hati)
- g) Pertumbuhan janin terhambat

(Sumampo, 1994)

2.1.7 Komplikasi Yang Terjadi Akibat Pre-Eklampsia Berat

Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi dibawah ini biasanya terjadi pada Pre-Eklampsia berat dan Eklampsia.

1. Solusio plasenta, komplikasi ini terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada Pre-eklampsia.
2. Hipofibrinogenemia, pada pre-eklampsia berat.
3. Hemolisis, penderita dengan pre-eklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel-sel hati atau destruksi sel darah merah. Nekrosis periportal hati sering ditemukan pada autopsi penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.
4. Perdarahan otak, komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.
5. Kelainan mata, kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung selama seminggu.

6. Edema paru-paru.
7. Nekrosis hati, nekrosis periportal hati pada pre-eklampsia dan eklampsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum.
8. Sindrom HELLP yaitu haemolysis, elevated liver enzymes, dan low platelet.
9. Kelainan ginjal.
10. Komplikasi lain seperti lidah tergigit, trauma dan fraktura karena jatuh akibat kejang-kejang.
11. Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin intrauterin.

(Prawirohardjo S. , 2008)

2.1.8 Diet Pre-Eklampsia

Ciri khas dari diet Pre-Eklampsia memperhatikan asupan garam dan protein. Tujuan dari pemberian diet Pre-Eklampsia yaitu: mencapai dan mempertahankan status gizi optimal, mencapai dan mempertahankan tekanan darah agar tetap normal, mencegah dan mengurangi retensi garam dan air/cairan, mencapai keseimbangan notrogen, menjaga agar mencegah timbulnya faktor resiko lain atau penyulit baru pada saat kehamilan atau setelah persalinan.

Syarat diet Pre-Eklampsia harus diperhatikan energy dan zat gizi yang diberikan secara bertahap sesuai dengan kemampuan pasien dalam menerima makanan. Penambahan berat badan diusahakan dibawah 3kg/bulan atau dibawah 1kg/minggu, protein tinggi, pemberian lemak sedang, sebagian lemak berupa lemak tak jenuh, rendah garam sesuai dengan berat ringan retensi garam atau air, bentuk makanan disesuaikan

dengan kemampuan makan pasien. Oliguria cairan dibatasi dan disesuaikan dengan cairan yang keluar melalui urine, muntah, keringat dan pernafasan.

(Wiknjosastro, 2006)

2.1.9 Penatalaksanaan Pre-Eklampsia Berat

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala pre-eklampsia berat, maka penatalaksanaan pre-eklampsia berat dibagi menjadi perawatan konservatif dan perawatan aktif.

1) Perawatan Konservatif

1. Indikasi

Pada umur kehamilan < 34 minggu (estimasi berat janin < 2000 gram ada tanda-tanda impending eklampsia.

2. Pengobatan

a) Dikamar bersalin (selama 24 jam)

1) Berbaring

2) Infus RL yang mengandung 5% dextrose 60-125cc/jam

3) 10gr MgSO₄ 40% IM setiap 6 jam, s/d 24 jam pasca persalinan (jika tidak ada kontra indikasi pemberian MgSO₄)

4) Diberikan anti hipertensi:

Yang digunakan :

Nifedipin 5-10 gram setiap 8 jam, dapat diberikan bersama sama methyldopa 250-500 mg setiap 8 jam. nifedipin dapat diberikan ulang sublingual 5-10 mg dalam waktu 30 menit pada keadaan tekanan sistolik >180 mmHg atau diastolik >110 mmHg.

- 5) Dilakukan pemeriksaan laboratorium tertentu (fungsi hepar dan ginjal) dan produksi urine 24 jam.
 - 6) Konsultasi dengan bagian lain ;
 1. Bagian mata
 2. Bagian jantung
 3. Bagian lain sesuai dengan indikasi
- b) Pengobatan dan evaluasi selama rawat tinggal di ruang bersalin (setelah 24 jam masuk ruangan bersalin).
- 1) Tirah baring
 - 2) Obat-obat
 - a. Roboransia : multivitamin
 - b. Antihipertensi (nifedipin 5-10 mg setiap 8jam menthyldopa atau 250 mg tiap 8jam)
 - c. Penggunaan atenolol dan β *blocker* (dosis regimen) dapat dipertimbangkan pada pemberian kombinasi
 - 3) Pemeriksaan laboratorium
 - a. Hb, PCV dan hapusan darah tepi
 - b. Asam urat darah, trombosit
 - c. Fungsi ginjal / hepar
 - 4) Diet tinggi protein, rendah karbohidrat
 - 5) Dilakukan penilaian kesejahteraan janin termasuk biometri, jumlah cairan ketuban, gerakan, respirasi dan ekstensi janin, velosimetri (resistensi), umbilikalis dan rasio panjang femur terhadap lingkaran abdomen.

3. Perawatan konservatif gagal apabila
 - a. Ada tanda-tanda impending eklampsia
 - b. Kenaikan progresif tekanan darah
 - c. Ada sindrom hellp
 - d. Ada kelainan fungsi ginjal
 - e. Penilaian kesejahteraan janin jelek

2) Perawatan Aktif

1. Indikasi
 - a. Hasil penilaian kesejahteraan janin jelek
 - b. Ada tanda-tanda gejala impending eklampsia
 - c. Ada sindrom hellp
 - d. Kehamilan late preterm (> 34 minggu estimasi berat janin > 2000 gr)
2. Pengobatan medisinal
 - a. Segera rawat inap
 - b. Berbaring miring pada satu sisi
 - c. Infus RL yang mengandung 5 % dextrose dengan 60-125cc/jam
 - d. Pemberian anti kejang MgSO₄
 - 1) Dosis awal :

MgSO₄ 20% 4 gr i.v

MgSO₄ 40% 10 gr i.m

Pada bokong kanan/kiri masing-masing 5 gr
 - 2) Dosis ulang :

MgSO₄ 40% 5 gr i.m diulang tiap 6 jam setelah dosis awal s/d 6 jam pasca persalinan, tidak lebih dari 2-3 hari.

- 3) Syarat pemberian
 - a) Reflek patella (+)
 - b) Respirasi > 16 kali/ menit
 - c) Urine sekurang-kurangnya 150 cc / 6 jm
 - d) Harus selalu tersedia calcium gluconas 1 gr 10% (diberikan i.v pada intoksikasi MgSO₄)
 - e. Antihipertensi dapat dipertimbangkan diberikan bila : sistolik > 180 mmHg dan diastolik > 120 mmHg.
Nifedipin 5-10 mg tiap 8 jam ataiu methyldopa 250 mg tiap 8 jam.
3. Pengobatan Obstetrik
 - a. Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada tiap penderita dilakukan pemeriksaan "*Non Stress Test*"
 - b. Tindakan sectio caesarea dilakukan bila :
 - 1) "*Non Stress Test*" jelek
 - 2) Penderita belum inpartu dengan skor pelvik jelek
(Skor Bishop <5)
 - 3) Kegagalan drip oksitosin
 - c. Indikasi dengan drip oxytocin / persalinan spontan dilakukan bila :
 - 1) NST baik
 - 2) Penderita belum inpartu dengan skor pelvik baik
(Skor Bishop >5)

(Soetomo, 2008)

2.2 Tinjauan Teori Manajemen Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang dilakkan bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan secara bertahap dan sistematis. Penulis menggunakan 7 langkah manajemen Hellen Varney yang meliputi :

2.2.1 Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengkajian ini merupakan langkah awal dalam melaksanakan asuhan kebidanan. Bidan mengumpulkan semua data dasar awal lengkap sekalipun pasien mempunyai kesulitan yang perlu untuk berkonsultasi dengan dokter untuk manajemen kolaboratif. (Sudarti.M.Kes, 2010)

2.2.2 Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada tahap ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien secara tetap berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. (Hajah Saminem, 2010)

2.2.3 Langkah III : Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakkan pencegahan. Bidan diharapkan dapat

waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman bagi klien.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya mampu merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. (Hajah Saminem, Dokumentasi Asuhan Kebidanan Konsep dan Praktik, 2010)

2.2.4 Langkah IV : Identifikasi Dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu atau tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter, dan atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain, manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan pranatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada waktu persalinan. (Saminem, 2010)

2.2.5 Langkah V : Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Pada tahap ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Tahap ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah

diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap wanita. (Saminem, 2010)

2.2.6 Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

(Saminem, 2010)

2.2.7 Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

(Saminem, 2010)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1. Data Subyektif

1) Identitas

Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, suku/bangsa, alamat, diharapkan dapat memberikan gambaran tentang faktor resiko. Keadaan sosial ekonomi serta tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi kondisi klien dan merupakan salah satu faktor penyebab Pre-Eklampsia Berat.

(Manuaba, 2001)

2) Keluhan Utama (PQRST)

Pasien merasa sering sakit kepala, penglihatan mata kabur serta tangan dan kaki bengkak. (Cunningham F. G., 2005)

3) Riwayat Menstruasi

Haid

Menarche 14 tahun, Siklus 28 hari, lama 5 hari, dengan pengeluaran darah \pm 50-70 cc ibu tidak mengalami gangguan haid/nyeri

(Mochtar, 2007)

4) Riwayat Obstetri yang lalu

Keadaan kehamilan dan persalinan yang lalu apakah terjadi masalah atau mengalami perdarahan yang banyak saat persalinan

(Mochtar, 2011).

5) Riwayat kehamilan sekarang

a) Pergerakan anak pertama kali

Gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu. Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin bisa diraba oleh pemeriksa. (Nur, 2011)

b) Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir

Gerakan menendang atau tendangan janin 10 gerakan dalam 12 jam (Prawirohardjo, 2008).

6) Pola kesehatan fungsional

Pola kebutuhan sehari-hari dikaji untuk mengetahui perubahan-perubahan dalam pemenuhan saat sebelum hamil dan saat hamil. Hal-hal yang *perlu* dikaji antara lain :

a) Pola Nutrisi

Menggambarkan intake makanan, keseimbangan cairan dan elektrolit, pola makan, diet, fluktuasi berat badan pada 6 bulan terakhir.

b) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi eksresi kandung kebih dan kulit, volume ibu dengan Pre-Eklampsia Berat lebih sedikit dibanding ibu hamil normal.

c) Pola Istirahat

Menggambarkan pola tidur/istirahat dan persepsi pada level energi, keefektifan tidur dan kesulitan dalam tidur sangat berpengaruh pada ibu dengan PEB.

d) Pola Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas yang berpengaruh terhadap fungsi pernafasan dan sirkulasi.

e) Pola kebiasaan

Untuk mengetahui kemungkinan yang mengganggu atau bahkan memperburuk kondisi ibu. Kebiasaan seperti merokok, minum-minuman beralkohol, mengkonsumsi obat-obatan psikotropika, maupun kebiasaan kontak dengan radiasi atau zat kimia dapat mengganggu ibu dan bayinya.

(Bobak, 2000)

- 7) Riwayat penyakit kesehatan ibu dan keluarga
Ibu tidak memiliki riwayat penyakit, seperti hipertensi, asma, DM, serta hepatitis. Dari keluarga atau orang tua pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit tersebut.
- 8) Riwayat psiko-social-spiritual
Pasien termasuk golongan menengah keatas. Pasien bertempat tinggal di sebuah perumahan dan lingkungan yang bersih dan terjaga.
- 9) Riwayat KB : pasien pernah menggunakan KB pil, suntik, AKBK, AKDR, Steril.

(Manuaba I. C., 2008)

2. Data Obyektif

- 1) Antropometri
BB sebelum hamil, BB periksa yang lalu, BB sekarang, tinggi badan, Lingkar lengan atas. Pada ibu Pre-Eklampaia Berat kenaikan berat badan mencapai 1kg per minggu atau 3 kg dalam satu bulan.
- 2) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan umum : baik
 - b) Kesadaran : compos mentis
 - c) Tanda-tanda vital
Tekanan darah : >160/110 mmHg

Nadi	: 60-80 kali/menit
Suhu	: 36,5-37,5 °C
Pernapasan	: 16-24 kali/menit

d) Taksiran persalinan dan usia kehamilan.

(Manuaba, 2010)

3) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).

- a) Wajah : tampak oedema, tidak terlihat pucat
- b) Mata : simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterus
- c) Mamae : simetris, pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola, dengan pemijatan kolustrum keluar (TM III)
- d) Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.

Palpasi Abdomen

Palpasi Leopold I

Teraba lunak, kurang bundar, tidak melenting. Dibagian fundus teraba bokong janin. TFU 2 jari bawah Prosesus Xipodeus.

Palpasi Leopold II

Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin (puka)

Palpasi Leopold III

Bagian terendah janin teraba keras, bundar dan melenting, tidak dapat digoyangkan. Bagian terendah janin kepala sudah masuk PAP U

Palpasi Leopold IV

Divergen. Kepala janin sudah masuk PAP U, penurunan kepala 3/5

TFU Mc. Donald :Cm

TBJ : (TFU-11/12)x155=.....gram

DJJ : 120-160x/menit

(Cunningham F. M., 2007)

4) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan lab ibu hamil bertujuan untuk memeriksa hemoglobin, reduksi, albumin, Hasil: Hb : 11-13 gr%, protein urine (+++).

5) Pemeriksaan Ultrasonografi

Berkolaborasi dengan dr.SpOG untuk mengevaluasi pertumbuhan janin. Hasil: Aterm/Tunggal/Hidup, Usia kehamilan, Letak kepala/bokong, taksiran persalinan.

(Prawirohardjo, 2008)

3) Interpretasi data dasar

Adapun diagnosa, masalah, kebutuhan yang dapat ditimbulkan dari kehamilan adalah :

1) Diagnosa :

GPAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, letak kepala, intrauteri, kesan jalan lahir normal, K/U ibu dan janin baik dengan Pre-Eklampsia Berat.

- 2) Masalah : cemas
- 3) Kebutuhan
 - a. Informasi yang cukup keadaan kehamilannya
 - b. Dukungan emosional
 - c. Pemenuhan nutrisi dan cairan
 - d. Kolaborasi dengan dokter SPOG

(Saminem, 2009)

4) **Antisipasi diagnosa atau masalah potensial**

Eklampsia

5) **Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk penanganan atau tindakan lebih lanjut

(Salmah, 2006).

6) **Intervensi Tujuan dan Kriteria Hasil**

1. Melakukan pemeriksaan umum pada ibu
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan memberi informasi hasil pemeriksaan.
3. Pada ibu Pre-Eklampsia Berat perlu dilakukan perawatan konservatif dan perawatan aktif.
 - a) Perawatan konservatif

- 1) Usia kehamilan < 34 minggu (estimasi berat janin <2000 gram) ada tanda impending eklampsia.
 - 2) Pasang infus RL
 - 3) 10gr MgSO₄ 40% IM setiap 6 jam s/d 24 jam pasca persalinan
 - 4) Diberikan anti hipertensi
 - 5) Dilakukan pemeriksaan laboratorium fungsi hepar, ginjal dan produksi urine.
- b) Perawatan Aktif
- 1) Usia kehamilan >34 minggu (estimasi janin >2000 gram)
 - 2) Hasil NST jelek
 - 3) Ada tanda gejala impending eklampsia
 - 4) Pasang infus RL
 - 5) Pemberian anti kejang: dosis awal MgSO₄ 20% 4gr/IV, lanjutkan mgSO₄ 40% 10gr /IM pada bokong kanan dan kiri masing-masing 5gr, dosis ulang MgSO₄ 40% 5gr/IM diulang tiap 6 jam setelah dosis awal s/d 6 jam pasca persalinan.
 - 6) Anti hipertensi dapat diberikan bila sistolik >180mmHg dan diastolik >110mmHg (nifedipine 5-10 mg tiap 8jam).
4. Motivasi ibu untuk melahirkan di RS.
 5. Dokumentasikan hasil asuhan.

(RSUD Dr. Soetomo, 2008)

2.3.2 Persalinan

1. Data Subjektif

Keluhan Utama (PQRST)

Ibu merasa pusing, penglihatan agak kabur, tangan dan kaki bengkak sudah 2 minggu (Prawirohardjo,2008).

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : Compos Mentis
- Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : >160/110 mmHg

Nadi : 60-80 kali/menit

Pernafasan : 16-24 kali/menit

2) Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : wajah tampak sembab, wajah tidak terlihat pucat
- b. Mata : Simetris, Konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterus
- c. Mamae : Simetris, Pada ibu hamil ditemukan pembesaran payudara, hyperpigmentasi areola dan papila mammae, dengan pemijatan colostrum keluar (TM III)
- d. Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi.

- **Palpasi Leopold I**

Teraba lunak, kurang bundar, tidak melenting. Dibagian fundus teraba bokong janin. TFU 2 jari bawah Prosesus Xipodeus.

- **Palpasi Leopold II**

Bagian teraba seperti bagian papan, keras, panjang di kanan perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin (puka)

- **Palpasi Leopold III**

Bagian terendah janin teraba keras, bundar dan melenting, tidak dapat digoyangkan. Bagian terendah janin kepala sudah masuk PAP \cup

- **Palpasi Leopold IV**

Divergen. Kepala janin sudah masuk PAP \cup , penurunan kepala $3/5$

- **TFU Mc. Donald** :Cm

- **TBJ** : $(TFU-11/12) \times 155 = \dots \text{gram}$

- **DJJ** : 120-160x/menit

(Cunninghem F.M, 2007)

e. Genetalia

Kebersihan cukup baik, tidak terlihat varises, tidak ada pembesaran kelenjar bartholin,

- Pemeriksaan Dalam

Yang diperhatikan saat VT : Ditemukan servix lunak, tidak ada pembukaan.

(IBG Manuaba, 1998)

f. Ekstremitas bawah

- Pada ekstremitas atas dan bawah tampak oedem, tidak ada varises, tidak ada gangguan fungsi pergerakan pada ekstremitas atas dan bawah.

- Reflek patella : +/+

(Manuaba, 2000)

3) Pemeriksaan penunjang

- Kadar Hb : 11-13 gr %
- Protein Urine (+++)

(Prawirohardjo, 2008)

3. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa :

GPAPIAH, usia kehamilan, tunggal, hidup, Letkep U, intrauteri, kesan jalan lahir normal, K/U ibu dan janin baik dengan Pre-Eklampsia Berat

2) Masalah : cemas

3) Kebutuhan

- a. Mengajari ibu teknik relaksasi

- b. Kolaborasi dengan dokter SPOG
- c. Lakukan komunikasi terapeutik

(Saminem, 2009).

4. Antisipasi Diagnosa atau masalah potensial

Eklampsia

5. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk tindakan lebih lanjut.

6. Intervensi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi kejang pada ibu.

Kriteria hasil : keadaan umum ibu baik, tekanan darah dalam batas normal

Intervensi

- a. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu

Rasional : membantu menentukan kebutuhan akan informasi

- b. Fasilitasi Infom consent pada ibu dan keluarga

Rasional : tanggung gugat dalam hukum

- c. Pantau selalu tekanan darah ibu setiap 30 menit

Rasional : memantau terjadinya komplikasi pada ibu PEB

- d. Catat tingkat kesadaran pasien

Rasional : menilai kesadaran salah satu cara mendeteksi adanya suatu komplikasi

- e. Kaji adanya tanda-tanda eklampsia (hiperaktif, penurunan nadi, dan respirasi, nyeri epigastrium dan oliguria)
Rasional : antisipasi tindakan segera
- f. Setelah dilakukan perawatan aktif pada penderita dilakukan pemeriksaan “*Non Stress Test*”
 - 1) Tindakan sectio caesarea dilakukan apabila NST jelek, penderita belum inpartu dengan skor pelvik jelek (skor bishop <5), adanya kegagalan darip oxytosin.
 - 2) Tindakan drip oxytosin dilakukan apabila NST baik, penderita belum inpartu dengan skor pelvik baik (skor bishop >5).
- g. Pantau adanya tanda-tanda dan gejala persalinan atau adanya kontraksi uterus
- h. Kolaborasi dengan dokter SPOG

(RSUD Dr. Soetomo, 2008)

2.3.3 Nifas

1. Data Subyektif

- 1. Keluhan Utama
 - a. Post partum : Ibu mengatakan nyeri luka perinium, perut masih terasa mules.
 - b. Post SC : Nyeri luka operasi
- 2. Pola Kesehatan Fungsional
 - a) Pola nutrisi
 - a. Post partum : ibu tidak tarak makanan, makan teratur 3kali sehari porsi cukup dengan gizi seimbang diet

tinggi protein rendah karbohidrat dan rendah garam. Minum air putih yang cukup.

- b. Post SC : Pada ibu nifas post SC dianjurkan untuk puasa terlebih dahulu sebelum ibu flatus, kemudian setelah flatus ibu diperbolehkan makan bubur halus untuk memulihkan fungsi usus.

(Wheeler, 2003)

b) Pola eliminasi

- a. Post partum : ibu BAK 2-3 kali warna kuning jernih, setelah persalinan belum BAB.

- b. Post SC : Ibu BAK menggunakan kateter tetap, belum BAB

c) Pola aktivitas

- a. Post partum : mobilisasi dini, latihan duduk, menyusui bayinya jika rawat gabung, jalan-jalan kecil jika tidak ada keluhan.

- b. Post SC : dianjurkan untuk mobilisasi dini, guna untuk pemulihan bertahap yaitu ibu disarankan untuk miring kanan dan miring kiri

2. Riwayat psikososiospiritual :

Situasi kedaruratan sering kali sangat mencemaskan semua yang terlibat dan menimbulkan serangkaian emosi yang dapat berakibat signifikan.

(Yulianti, 2009).

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : Compos Mentis
- Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : >110/60 mmHg
 - Nadi : 60-80 kali/menit
 - Pernafasan : 16-24 kali/menit

(Prawirohardjo, 2008)

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Wajah : Sedikit sembab, tidak tampak pucat
- b) Mata : Simetris, Konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterus
- c) Mamae : Simetris, hyperpigmentasi, kolustrum sudah keluar jika dilakukan pemijatan pada areola dan puting.
- d) Abdomen : Terdapat luka bekas operasi, luka operasi tertutup kassa steril, luka operasi tidak merembes, UC keras, TFU setinggi pusat.
- e) Genetalia : Terpasang kateter urin, dalam urobag terisi 250 cc, terdapat alas underpad, kotor oleh lochea rubra, warna merah segar, volume ± 100 cc, tidak ada luka pada perineum.
- f) Ekstremitas: Pada ibu ekstremitas atas dan bawah masih tampak oedem, tidak ada gangguan fungsi pergerakan

3. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : PAPIAH 2 jam post partum/post SC
- 2) Masalah : Cemas, gelisah
- 3) Kebutuhan :
 - a) Mobilisasi dini (miring kanan, miring kiri)
 - b) Dukungan emosional
 - c) Personal hygiene

4. Antisipasi Diagnosa Masalah Potensial

Perdarahan post partum / post SC, kejang mendadak setelah persalinan

5. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk tindakan lebih lanjut atau rujuk segera.

6. Intervensi Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Lakukan observasi, tekanan darah, nadi, suhu, RR, kontraksi uterus, serta perdarahan
2. Waspada terjadinya perdarahann post partum / post SC
3. Waspada terjadinya kejang post partum / post SC
4. Ajarkan ibu tentang mobilisasi bertahap, yaitu miring kanan dan miring kiri
5. Berikan asuhan kasih sayang ibu, dukungan emosional
6. Berikan HE mengenai personal hygiene, pola nutrisi dan pola istirahat
7. Berikan perawatan aktif ibu nifas dengan PEB, yaitu lanjutkan pemberian dosis ulang MgSO₄ setiap 6 jam (tidak lebih dari 2-3hari)

(Manuaba, 1998)

8. Berikan terapi dan pengobatan sesuai advise dokter SPOG

7. Evaluasi dan catatan perkembangan

Pengkajian pada tanggal/jam :.....

S : post partum : ibu mengatakan nyeri luka perineum

Post SC : ibu mengatakan nyeri luka bekas operasi, perut masih
terasa mules

O : K/U ibu cukup, TD: 110/70 – 130/90 mmHg, suhu: 36,5-37,5 °C, nadi:
80-100 kali/menit, RR: 16-24 kali/menit (Manuaba, 1998).

A : PAPIAH post partum / post SC hari ke.... dengan PEB

P :

- 1) Menjelaskan pada ibu mengenai hasil pemeriksaan
- 2) Mengajarkan ibu mobilisasi dini
- 3) Mengajarkan ibu mengenai personal hygiene
- 4) Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian terapi dan kontrol ulang

Kerangka konseptual

