

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan keseluruhan tentang asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny. S dengan Pre-Eklampsia Berat di RSI Darus Syifa Surabaya, secara terperinci yang meliputi faktor pendukung dan penghambat keberhasilan proses asuhan kebidanan serta kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lapangan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

5.1. Pada Persalinan

Pada pengkajian data subyektif ditemukan ibu sering sakit kepala, wajah tampak oedem, pada daerah ekstremitas (tangan dan kaki) tampak oedem. Pada data objektif dilakukan pemeriksaan diperoleh hasil, tekanan darah 170/100 mmHg, proteinuria ++, oedema pada wajah, tangan dan kaki.

Dari hasil anamnesa dan pemeriksaan didapatkan diagnosa $G_{III}P_{100011}$ usia kehamilan 38 minggu, tunggal, hidup, letak kepala, intra uterin, kesan jalan lahir normal, keadaan janin baik, dan keadaan ibu baik dengan Pre-Eklampsia Berat. Masalah yang dihadapi berdasarkan data – data yang ada dan didapatkan yaitu ibu sering pusing, wajah, tangan dan kaki oedem. Kebutuhannya yaitu informasi yang cukup jelas tentang Pre-Eklampsia Berat untuk mengurangi kecemasan ibu. Menurut penulis, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat meminimalkan terjadinya eklampsia.

Pada kasus ini antisipasi diagnosa/masalah potensial sangat penting ditegaskan jika terdapat faktor resiko. Hal ini juga berkaitan dengan perencanaan tindakan yang akan dilakukan agar lebih waspada.

Sesuai dengan kasus ibu dengan Pre-Eklampsia Berat perlu melakukan intervensi yaitu perawatan aktif. Ibu hamil dengan Pre-Eklampsia Berat pada kehamilan <34 minggu dilakukan perawatan konservatif, sedangkan kehamilan >34 minggu perlu dilakukan perawatan aktif (RSUD Dr. Doetomo, 2008).

Pada hasil implementasi asuhan kebidanan pada ibu dengan Pre-Eklampsia Berat dilakukan perawatan aktif. Penatalaksanaan perawatan aktif yaitu pasang infus RL, memberikan anti hipertensi, kemudian diberi misoprostol (cytotec) pervaginam sebanyak $\frac{1}{4}$ bagian. Lalu setelah 3 jam pemberian uterotonika terjadi pembukaan serviks, kemudian dilanjut pemberian $MgSO_4$. Alasannya, karena diberikan anti hipertensi dengan tujuan agar tekanan darah ibu menurun, pada saat tekanan darah ibu menurun dan adanya pembukaan serviks diharapkan ibu dapat melakukan persalinan normal. Seharusnya pada perawatan aktif yaitu pemberian $MgSO_4$ dosis awal dan dilanjutkan dosis ulang dan diberikan antihipertensi jika tekanan darah >180/120 mmHg. Serta indikasi pemberian uterotonika/drip oxytocin jika NST baik (RSUD Dr. Soetomo, 2008). Menurut penulis penatalaksanaan pada pasien Pre-Eklampsia Berat memang harus diberikan anti kejang yaitu $MgSO_4$, setelah pemberian anti kejang dan tekanan ibu berangsur menurun maka dapat diberikan misoprostol untuk induksi persalinan. Karena jika diberikan misoprostol

tetapi tekanan darah ibu belum stabil maka potensi terjadinya kejang mendadak.

5.2. Pada Nifas

Pada pengkajian 6 jam post SC dilakukan perawatan aktif pada ibu post SC atas indikasi Pre-Eklampsia Berat. Pemberian dosis ulang MgSO₄ setiap 6 jam 10 gr MgSO₄ secara IM bokong kanan/kiri (masing-masing 5 gr). Pemberian MgSO₄ pada ibu post SC atas indikasi Pre-Eklampsia Berat sampai tekanan darah ibu menurun dan tidak ada tanda-tanda kejang pada ibu nifas. Pada ibu post SC atas indikasi PEB dilakukan perawatan aktif, yaitu pemberian dosis ulang MgSO₄ setiap 6 jam (tidak lebih dari 2-3 hari). Menurut penulis pemberian MgSO₄ memang harus tetap diberikan pada ibu nifas dengan Pre-Eklampsia Berat, untuk mencegah terjadinya kejang mendadak pada ibu nifas.