

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 KONSEP PREEKLAMSI RINGAN

2.1.1 DEFINISI

Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg sampai < 160 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg sampai < 110 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih diastolik 15mmHg dari tekanan darah sebelum hamil disertai dengan proteinuria +1 sampai +2 dan/atau edema pada pretibia setelah kehamilan 20 minggu (Prawirohardjo, 2009).

2.1.2 ETIOLOGI

Preeklamsia dalam kehamilan ini lebih sering ditemukan pada wanita hamil yang:

1. Primigravida, kira-kira 85% preeklamsia terjadi pada kehamilan pertama.
2. Grande multigravida.
3. Janin besar.
4. Distensi rahim berlebihan : hidramnion, gemeli, mola hidatidosa.

Preeklamsia terjadi pada 14% sampai 20% kehamilan dengan janin lebih dari satu.

5. Morbiditas obesitas atau kegemukan dan penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes militus
6. Pada ibu yang berumur di atas 35 tahun.

Beberapa landasan teori yang dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut:

1. Teori Iskemia dan Pembentukan Radikal bebas

Teori ini banyak dikemukakan sebagai penyebab preeklampsia ialah iskemia plasenta. Seperti dikemukakan bahwa pada kehamilan normal, arteria spiralis yang terdapat pada desidua mengalami pergantian sel dengan trofoblas endovascular yang akan menjamin lumennya tetap terbuka untuk memberikan aliran darah tetap, nutrisi cukup dan O₂ seimbang. Destruksi pergantian ini seharusnya pada trimester pertama, yaitu minggu ke 16 dengan perkiraan pembentukan plasenta telah berakhir. Invasi endovaskular trofoblas terus berlangsung pada trimester kedua dan masuk ke dalam arteria myometrium. Hal ini dapat menyebabkan pelebaran dan tetap terbukanya arteri sehingga kelangsungan aliran darah, nutrisi dan O₂ tetap terjamin. Hal tersebut diperlukan untuk tumbuh kembang janin dalam rahim.

Invasi trimester kedua pada preeklampsia dan eklampsia tidak terjadi sehingga terjadi hambatan pada saat memerlukan tambahan aliran darah untuk memberikan nutrisi dan O₂ dan menimbulkan “iskemia regio uteroplacental” pada sekitar minggu ke-20. Keadaan ini dapat menerangkan bahwa preeklampsia /

eklampsia baru akan terjadi mulai minggu ke-20 kehamilan (Prawirohardjo, 2007).

2. Teori Genetik

Terdapat faktor keturunan dan familia dengan model gen tunggal pada kehamilan dengan preeklamsia. Genotipe pada ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotipe janin. Jadi telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklamsia , 26% anak perempuannya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu akan mengalami preeklamsia (Prawirohardjo, 2009).

3. Teori Diet

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dala terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penelitian terakhir membuktikan bahwa mengkonsumsi minyak ikan, termasuk minyak hati halibur, dapa mengurangi terjadinya resiko preeklamsia, karena minyak ikan mengandung asam lemak tidak jenuh dalam mencegah produksi tromboksan, menghambat aktivasi trombosit, dan mencegah vasokonstriksi (kontaksi & relaksi) pembuluh darah.

Beberapa penelitian telah mencoba melakukan uji klinik untuk memakai konsumsi minyak ikan atau mengandung bahan asam lemak tak jenuh dalam mencegah preeklamsia dah hasil

sementara menunjukkan bahwa penelitian ini berhasil baik dan mungkin dapat dipakai sebagai alternatif pemberian aspirin.

Ada beberapa peneliti juga menganggap bahwa defisiensi kalsium pada diet perempuan hamil mengakibatkan resiko terjadinya preeklamsia/eklamsia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang di beri suplemn kalsium cukup, kasus yang mengalami preeklamsia ada 14% sedang yang diberi glukosa yaitu 17% (Prawirohardjo, 2009).

2.1.3 PATOFISIOLOGIS

Vasokonstriksi merupakan dasar terjadinya preeklampsia maupun eklampsia. Vasokonstriksi yang menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan terjadi hipertensi. Adanya invansi sel trovoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks, sehingga arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi dan terjadi menurunnya aliran darah utero plasenta, sehingga terjadinya hipoksia dan iskemia plasenta (Prawirohardjo, 2009).

Proteinuria pada kehamilan seringkali merupakan tanda yang sering timbul dan didefinisikan sebagai $\geq 0,3\text{g/liter}$ dalam urin 24 jam atau $>1\text{g/liter}$ (+1 atau lebih +2 dengan metode dipstik) dengan urin analisis pada urin aliran tengah atau kateter secara acak (Benson, 2009). Pada pemeriksaan menunjukkan atau 1gr/lit yang dikeluarkan

dengan jarak waktu 6 jam. Proteinuria timbul lebih lambat daripada hipertensi dan kenaikan berat badan, karena itu harus dianggap yang cukup serius (Marmi, 2011).

Peroksidase lemak merupakan radikal bebas. Apabila keseimbangan antara peroksidase terganggu, dimana peroksidase dan oksidan lebih dominan, maka akan timbul keadaan yang disebut stress oksidatif. Pada preeklampsia - eklampsia serum anti oksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati termasuk sel sel endotel yang akan mengakibatkan rusaknya sel sel endotel tersebut. Rusaknya sel sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain:

1. Adhesi dan agregasi trombosit.
2. Gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma.
3. Terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat dari rusaknya trombosit.
4. Produksi prostasiklin terhenti.
5. Terganggunya keseimbangan prostasiklin dan tromboksan.
6. Terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen oleh peroksidase lemak (Yeyeh, 2010).

2.1.4 TANDA GEJALA

Preeklamsia ditandai oleh hipertensi, edema generalisata, dan proteinuria tanpa penyakit vaskular atau renal. Tanda gejala muncul sejak minggu ke-20 kehamilan sampai minggu ke-6 setelah melahirkan (Benson, 2009).

Gambaran klinis tersebut dijabarkan sebagai berikut :

1. Hipertensi.

Hipertensi merupakan tanda terpenting guna menegakkan diagnosis hipertensi dalam kehamilan. Tekanan diastolik menggambarkan retensi perifer, sedangkan tekanan sistolik, menggambarkan besar curah jantung. Tekanan darah bergantung utama pada curah jantung, volume plasma, retensi perifer, dan viskositas darah.

Timbulnya hipertensi adalah akibat vasospasme menyeluruh dengan kenaikan sistolik 30 mmHg dan kenaikan diastolik 15 mmHg dengan ukuran tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg selang 6 jam. Dipilihnya tekanan diastolik 90mmHg sebagai batas hipertensi, karna batas tekanan diastolik 90 mmHg yang disertai proteinuria, mempunyai korelasi dengan kematian perinatal tinggi. Mengingat proteinuria berkorelasi dengan nilai absolut tekanan darah diastolik, maka kenaikan (perbedaan) tekanan darah tidak dipakai sebagai kriteria diagnosis hipertensi, hanya sebagai tanda waspada (Cunningham, 2011).

2. Proteinuria.

Proteinuria pada kehamilan seringkali merupakan tanda terakhir yang timbul dan didefinisikan sebagai $\geq 0,3\text{g/liter}$ dalam urin 24 jam atau $>1\text{g/liter}$ (+1 atau lebih +2 dengan metode dipstik) dengan urin analisis pada urin aliran tengah atau kateter secara acak (Benson, 2009). Pada pemeriksaan menunjukkan atau 1gr/l yang dikeluarkan dengan jarak waktu 6 jam. Proteinuria timbul lebih lambat daripada hipertensi dan kenaikan berat badan, karena itu harus dianggap yang cukup serius (Marmi, 2011).

Bila proteinuria timbul :

- Sebelum hipertensi, umumnya merupakan gejala penyakit ginjal.
- Tanpa hipertensi, maka dapat dipertimbangkan sebagai penyulit kehamilan.
- Tanpa kenaikan darah diastolik $> 90\text{mmHg}$, umumnya ditemukan pada infeksi saluran kencing atau anemia. Jarang ditemukan proteinuria pada tekanan darah diastolik $< 90\text{ mmHg}$.

Proteinuria merupakan syarat untuk diagnosis preeklamsia, tetapi proteinuria umumnya timbul jauh pada akhir kehamilan, sehingga sering dijumpai preeklamsia tanpa proteinuria, karena janin sudah terlahir terlebih dahulu.

3. Edema.

Edema merupakan timbunan cairan tubuh dalam jaringan secara generalisata, yaitu pitting edema $> +1$ setelah tirah baring 1 jam (Benson, 2009). Edema dapat terjadi pada kehamilan normal.

Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai banyak interpretasi, misalnya 40% edema di jumpai pada kehamilan normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi, dan 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria(Cunningham, 2011).

2.1.5 PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Semua pasien dengan preeklamsia ringan dalam kehamilan dilakukan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut :

1. Pemeriksaan darah lengkap dengan apusan darah: peningkatan hematokrit dibandingkan nilai yang diketahui sebelumnya memberi kesan hemokonsentrasi atau menurunnya plasma. Jika hematocrit lebih rendah dari yang diperkirakan, kemungkinan hemolysis intravascular akibat proses hemolysis perlu dipertimbangkan (Benson Ralph C, 2008).
2. Urinalisis, proteinuria merupakan kelainan yang khas pada pasien dengan preeklamsia. Jika contoh, urin yang diambil secara acak mengandung protein +1 atau +2 atau urin 24 jam mengandung 5g protein atau lebih, preeklamsia dikatakan ringan(Benson Ralph C, 2008).
3. Protein serum dan rasio albumin/globulin(Benson Ralph C, 2009).
4. Tes kimia darah : ureum, kreatinin dan asam urat menilai fungsi ginjal. Biasanya konsentrasi ureum dan kreatinin tidak meningkat,

asam urat lebih mungkin meningkat sebagai akibat penurunan bersih ginjal.

5. Tes fungsi hati , bilirubin, laktat dehydrogenase (LDH) dan SGOT menilai eratnya penyakit hepar.
6. Pemeriksaan koagulopati meliputi jumlah trombosit, fibrinogen total, waktu protrombin dan waktu tromboplastin dapat memberi kesan koagulasi intravascular. Penurunan jumlah trombosit mungkin merupakan manifestasi pertama dari koagulopati yang serius.
7. Ultrasonografi, pengukuran secara seri dari diameter biparietal dapat menerangkan kejadian dini retardasi pertumbuhan intrauterine. Gerakan pernapasan janin, aktivitas janin dan volume cairan ketuban memberikan penilaian tambahan dari kesehatan janin. Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda atau anomal janin.
8. Amniosentesis, tes dari cairan ketuban (rasio L/S; fosfatidilgliserol; fosfatidilkolin jenuh) memberikan penilaian dari maturitas paru janin.
9. Pengukuran estriol, memberikan penilaian fungsi fetoplasental. Kadar yang rendah atau menurun memberi kesan insufisiensi fetoplasental.
10. Human Placental Laktogen yang kurang dari 4 mcg/ml memberi kesan fungsi plasenta yang abnormal dan janin dalam bahaya.

(Benson Ralph C, 2008).

2.1.6 PEMERIKSAAN DAN DIAGNOSIA

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)

2.1.7 KOMPLIKASI PREEKLAMPSIA

Komplikasi terberat adalah kematian ibu dan janin. Usaha utama adalah melahirkan anak hidup dari ibu yang menderita preeklampsia. Komplikasi di bawah ini biasanya terjadi pada preeklampsia dan eklampsia.

1. Solusio Plasenta

Komplikasi ini biasanya terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering pada preeklampsia.

2. Hemolisis

Penderita dengan preeklampsia 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 yang sering

ditemukan pada autopsy penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

3. Perdarahan Otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.

4. Kelainan mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara yang berlangsung sampai seminggu dapat terjadi perdarahan kadang-kadang terjadi pada retina, hal ini merupakan tanda gawat terjadinya apopleksia serebri.

5. Edema paru

Zuspan (1987) menemukan hanya satu penderita dengan 69 kasus eklampsia ini disebabkan oleh payah jantung.

6. Nekrosis Hati

Nekrosis periportal pada preeklampsia merupakan akibat vasospasme arteriol umum. Kelainan ini diduga khas untuk eklampsia tetapi juga pada penyakit lain. Kerusakan sel-sel hati dapat diketahui dengan pemeriksaan faal hati terutama pemeriksaan enzim-enzimnya.

7. Kelainan Ginjal

Kelainan ini merupakan endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotel tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya.

8. Komplikasi

Komplikasi lain yang terjadi berupa lidah tergigit dan fraktur karena jatuh akibat kejang-kejang dan pneumonia aspirasi.

9. Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin dalam intra uterin (Wiknjosastro, H. 2006).

2.1.8 PENATALAKSANAAN

Penderita preeklamsia ringan masih akan mengalami perbaikan kondisi dengan cara istirahat dan pemberian sedatif. Penderita preeklamsia ringan idealnya harus dirawat inap, akan tetapi dengan pertimbangan efisiensi, perawatan penderita preeklamsia ringan dapat dilakukan diluar rumah sakit dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut (Sastrawinata, 2012):

1. Berobat jalan

- a. Banyak istirahat (berbaring/tidur miring).

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.

- b. Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak, dan 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)

- c. Sedatif ringan, berupa fenobarbital (3×30 mg per oral) atau diazepam (3×2 mg per oral) selama 7 hari.

- d. Roboransia.

- e. Penderita dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang setiap minggu.

(Sastrawinata, 2012)

2. Dengan nasehat :

- a. Untuk menurunkan gejala klinik :

- Tirah baring 2x2 jam/hari miring.

Untuk mengurangi tekanan darah pada vena cava inferior, meningkatkan aliran darah venosus dengan tujuan meningkatkan peredaran darah menuju jantung dan plasenta sehingga menurunkan iskemia plasenta.

- Menurunkan tekanan darah.
- Meningkatkan aliran darah menuju ginjal sehingga meningkatkan produksi urin.

b. Segera datang, bila terdapat gejala :

- Kaki bertambah berat-edema.
- Kepala pusing.
- Gerakan janin terasa kurang.
- Mata makin kabur.

(Prawirohardjo, 2009)

3. Rawat inap.

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)

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 dengan bantuan dokter spesialis dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan (Prawirohardjo, 2010).

3) Cara persalinan.

Persalinan dapat dilakukan secara spontan. Bila terjadi komplikasi perlu memperpendek kala II dengan kerja sama dengan SpOG (Prawirohardjo, 2010).

4. Rawat tinggal.

Penderita preeklamsi ringan harus dirawat di rumah sakit apabila:

- a. Setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan, tidak ada perbaikan pada gejala klinis.
- b. Berat badan meningkat >2 kg / minggu selama 2 kali berturut-turut.
- c. Timbul salah satu atau lebih gejala (tanda-tanda) preeklamsi berat.

(Sastrawinata, 2012)

2.2 KONSEP ASUHAN KEBIDANAN MANAJEMAN VARNEY

Dalam bukunya, Varney (1997) menjelaskan bahwa proses penyelesaian masalah dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Dalam buku kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui lima langkah. Namun, setelah menggungkannya, Varney (1997) melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan. Ia menambahkan dua langkah untuk menyempurnakan teori lima langkah yang telah dijelaskan sebelumnya.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, yang setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan menjadi langkah – langkah yang lebih rinci dan dapat

berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Berikut ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney.

1. Langkah 1 (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama, dilakukan pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya dan data laboratorium, serta perbandingannya dengan hasil studi.

2. Langkah 2 (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya.

Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa "kemungkinan wanita hamil", dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini ialah bahwa wanita tersebut

mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada tri semester ketiga merasa takut tidak termasuk dalam kategori nomenklatur standar diagnosa. Tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut. Interpretasi data meliputi diagnosa kebidanan, Masalah, Kebutuhan. Diagnosa yang dimaksud adalah GPAPIAH uk.....minggu,tunggal, hidup, letkep, intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baikdenganMasalah yang sering muncul yaitu cemas, takut, dan sebagainya. Kebutuhan yang dimaksud adalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada masalah yang telah dialami (Suryani, 2008).

Diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar Nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan , yaitu : diakui dan telah di sahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah 3 (Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial)

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau

masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman (Suryani, 2008).

4. Langkah 4 (Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5. Langkah 5 (Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi 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 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 sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang baru serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah 6 (Pelaksanaan Asuhan)

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan

secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Suryani, 2008).

7. Langkah 7 (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Suryani, 2008).

2.3 PENERAPAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN PREEKLAMPSIA RINGAN

2.3.1 KEHAMILAN

I. PENGUMPULAN DATA

1. Data Subyektif

1) Keluhan

nyeri kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan (Norma, 2013), edema pada ekstermitas (Prawirohardjo, 2009).

2) Riwayat Obstetri

Primigravida, Pada kehamilan kembar, anak besar, mola hidatidosa (Sastrawinata, dkk, 2012)

3) Riwayat Kesehatan Diri dan Keluarga

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

4) Pola Kesehatan fungsional

a. 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)

II. INTERPRETASI DATA DASAR

1. Diagnosa : G PAPIAH usia kehamilan 32-40 minggu, tunggal, Hidup, letak janin , intrauterine/ ekstra uterine, kesan jalan lahir dan keadaan umum ibu dan janin dengan PER .
2. Masalah: khawatir akan keadaannya dan janinnya (Mitayani, 2011)
3. Kebutuhan : Pemberian asuhan kebidanan sesuai kebutuhan. Dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan dan pemberian rasa aman dan nyaman selama kehamilan (Asrinah, 2010)

III. MENGIDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

1. Bagi Ibu : Preeklampsia berat , eklampsia, HELLP sindrom.
2. Bagi Janin : Intra Uteri Growth Retriktion , intra uteri fetal dead, kelahiran prematur, solusio plasenta , Berat bayi lahir rendah (Heffner, 2005).

IV. MENETAPKAN KEBUTUHAN DAN TINDAKAN SEGERA

Melakukan pemantauan dan kolaborasi dengan dr.SpOG (Varney, 2007).

V. MENYUSUN ASUHAN SECARA 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 ibu dengan preeklamsia ringan secara 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 dan istirahat yang harus dipenuhi pada preeklamsia 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 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.

6. Berikan Healt education tentang persiapan persalinan.

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

7. 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

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

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

VI. PENATALAKSANAAN ASUHAN

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

VII.EVALUASI

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode SOAP note.

2.3.2 PERSALINAN

I. PENGUMPULAN DATA

1. Data Subyektif

1) Keluhan

Nyeri perut akibat kontraksi, keluar lendir campur darah (APN, 2008) dan peningkatan kecemasan menghadapi persalinan (Yanti, 2009).

2) Riwayat Kesehatan Diri dan Keluarga

Mempunyai riwayat preeklampsia / eklampsia dalam kehamilan (Sastrawinata, dkk, 2012) Riwayat pre eklampsia sebelumnya (Wylie&Bryce, 2010).

3) Pola Kesehatan fungsional

a. Pola nutrisi

makanan yang banyak mengandung protein, karbohidrat, lemak dan rendah 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)

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

II. INTERPRETASI DATA DASAR

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.

- a. Masalah: Cemas menghadapi persalinan (Yanti, 2009).
- b. Kebutuhan: dukungan fisik dan psikologis (Yanti, 2009) dan pemberian asuhan sayang ibu (APN, 2008).

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Bagi Ibu : Preeklampsia berat, eklampsia, HELLP sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular

Bagi Janin : gawat janin, solusio plasenta, IUGR (Heffner, 2005).

IV. MENETAPKAN TINDAKAN DAN KEBUTUHAN SEGERA

1. Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi, rujukan tepat waktu, perawatan aktif (terminasi kehamilan) bila terjadi gawat janin (Prawirohardjo, 2007).

V. MENYUSUN ASUHAN SECARA MENYELURUH

KALA I

1. Anjurkan istirahat dan tirah baring ke sisi kiri

Rasionalisasi: istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer sehingga akan menurunkan kebutuhan miokardium dan akan meningkatkan suplai darah serta oksigen ke miokardium yang membutuhkan oksigen untuk menurunkan iskemia dan vena kava terletak di kanan aorta sehingga mencegah penekanan aorta kava (Muttaqin, 2009).

2. Pemantauan CHPB

Rasionalisasi: Tekanan diastole > 110 mmHg dan sistole 160 atau lebih merupakan indikasi dari preeklampsia berat. (Prawirohardjo, 2007)

3. Beri dukungan psikologis dari keluarga atau tenaga kesehatan lain.

Rasionalisasi: memberikan rasa aman dan nyaman selama kehamilan dan persiapan menjadi orang tua (Asrinah, 2010)

4. Kolaborasi dengan dr Sp OG untuk penanganan persalinan

Rasionalisasi: pilihan tindakan apabila keadaan preeklampsia menetap atau memburuk dilakukan terminasi

kehamilan dengan induksi persalinan atau seksio caesarea (Prawirohardjo, 2007).

KALA II

1. Berikan dukungan dan asuhan sayang ibu
2. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat di antara kontraksi atau meneran) (APN, 2008)
3. Lakukan pertolongan persalinan asuhan persalinan normal langkah 1-27.
4. Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam mempercepat kala 2 dengan induksi persalinan (Prawirohardjo, 2010).

KALA III

1. Asuhan persalinan normal langkah 28-40
2. Jangan berikan ergometrin kecuali bila perdarahan karena atonia uteri (Prawirohardjo, 2007).

KALA IV

1. Asuhan persalinan normal langkah 41-58.
2. Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam pemberian terapi obat penenang sampai 48 jam postpartum. Obat dikurangi secara bertahap dalam 3-4 hari (Prawirohardjo, 2007).

VI. PENATALAKSANAAN ASUHAN

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

VII.EVALUASI

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode SOAP note

2.3.3 NIFAS

I. PENGUMPULAN DATA

1. Data Subyektif

- 1) Keluhan utama : mules perut setelah pesalinan (Ilman, 2014), Sakit kepala,, penglihatan kabur atau sensitivitas cahaya, nyeri perut bagian atas, biasanya di bawah rusuk di sisi kanan, mual atau muntah, penurunan buang air kecil (Mayo, 2012)
- 2) Perubahan Psikologis : Senang dengan kelahiran bayinya. (Sulistyawati, 2009).

2. Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan Umum :
Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$ (Fadlun,2012), nadi 80 - 100x / menit, suhu ($37,5^{\circ} C - 38^{\circ} C$); respiratory rate : 16-24 x/menit.
- 2) Berat badan (BB) : kenaikan melebihi 1kg dalam seminggu (Mayo, 2012)
- 3) Pemeriksaan fisik
 - a. Wajah : terdapat edema pada mata dan wajah (Yeyeh, 2010)

- b. Abdomen :
- a) Leopold I : Tinggi fundus uteri ≤ 3 jari bawah possessus xyloideus, teraba bulat lunak.
 - b) Leopold II : Bagian kanan atau kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan.
 - c) Leopold III : Teraba bulat keras tidak dapat digoyangkan.
 - d) Leopold IV : Penurunan $3/5$ sampai $4/5$ bagian teraba ditepi atas simpisis
 - e) HIS : Minimal 2x dalam 10 menit fase laten atau 3x atau lebih dengan frekuensi 40 detik atau lebih selama 10 menit masuk fase aktif,
 - f) Auskultasi : Detak jantung janin 120-160 x/menit (APN,2008)
- c. Ekstermitas : Edema tangan dan pretibia tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh,2010), refleks patella (+) (Bobak, 2004).
- 4) Pemeriksaan Penunjang urinalisis : urinalisis , ditemukan protein (+) (Manuaba, 2008).

II. INTERPRETASI DATA DASAR

1. Diagnosa : P... postpartum hari ke 1 – 4.
2. Masalah : cemas pada keadaannya
3. Kebutuhan : dukungan dari orang terdekat, pemberian asuhan pada preeklampsia postpartum yang aman (Mayo, 2012).

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Preeklampsia berat, eklamsi pasca partum, Hellp sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular, (Heffner, 2005) atonia uteri dan perdarahan (Yanti, 2009).

IV. MENETAPKAN TINDAKAN DAN KEBUTUHAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan.

V. MENYUSUN ASUHAN SECARA MENYELURUH

1. Tujuan : asuhan kebidanan selama 3- 4 hari keadaan ibu membaik dengan pemberian obat secara bertahap (Prawirohardjo, 2007).
2. Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 110/70-120/90 mmHg, nadi 80-100 x/ menit, Respiratory rate 16-24 x/menit, Suhu: 36,5-37,5 °C), keadaan umum bayi baik

(Respiratory rate bayi : 40-60 x/menit, nadi : 120-160 x/menit), perdarahan \leq 500 ml selama 24 jam, uterus contraction keras.

3. Intervensi:

1) Anjurkan Istirahat

Rasional: istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer sehingga akan menurunkan kebutuhan miokardium dan akan meningkatkan suplai darah dan oksigen ke miokardium yang membutuhkan oksigen untuk menurunkan iskemia (Muttaqin, 2009)

2) Memantau tekanan darah tiap 4 jam

Rasional: Tekanan diastole $>$ 110 mmHg dan sistole 160 atau lebih merupakan indikasi dari preeklampsia berat. (Prawirohardjo, 2007)

3) Periksa berat badan dan pemeriksaan urin setiap 2 hari sekali.

Rasional: perubahan tiba – tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan.(Muttaqin,2009), protein dalam urin merupakan kelainan yang khas pada pasien preeklampsia.(Manuaba dkk, 2009).

4) Berikan diet rendah garam.

Rasional: natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung sehingga akan meningkatkan kebutuhan miokardium (Muttaqin, 2009)

5) Catat intake dan output.

Rasional: penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan keluaran urin (Muttaqin, 2009).

6) pemantauan kontraksi , tinggi fundus uteri dan pengeluaran lochea.

Rasional: pasien dengan hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklampsia harus mewaspadai terjadinya atonia uteri (Yanti, 2009).

7) Kaji adanya tanda – tanda atau keluhan klien (yang mengarah ke PEB atau eklamsi).

Rasional: gejala tersebut merupakan manifestasi dari perubahan pada otak, ginjal, jantung dan paru yang mendahului status kejang (Manuaba, 2007).

8) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya.

Rasional: dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan (Muttaqin, 2009)

- 9) Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam pemberian terapi farmakologis.

Rasional: menenangkan penderita dan menurunkan tekanan darah untuk mencegah terjadinya kejang (Prawirohardjo, 2007)

VI. PENATALAKSANAAN ASUHAN

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah di buat.

VII.EVALUASI

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode SOAP

2.4 KERANGKA KONSEP PREEKLAMSI RINGAN

