

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Preeklamsia dan eklamsia sampai saat ini masih merupakan masalah obstetri dan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin selain perdarahan dan infeksi. Preeklamsia sendiri adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan dan disertai dengan proteinuria. Jika preeklamsia berat yang disertai dengan timbulnya kejang maka keadaannya disebut eklamsia. Seorang ibu hamil boleh dicurigai menderita hipertensi kehamilan jika yang bersangkutan sering mengeluh pusing, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri perut bagian atas (ulu hati), nafsu makan lenyap, rasa mual dan muntah. Tanda yang mudah diperiksa ialah penambahan berat badan yang progresif atau lebih dari 3 kg tiap minggu (Arisman, 2008).

Dampak dari gangguan hipertensi pada kehamilan merupakan hal terpenting karena gangguan ini tetap menjadi penyebab utama morbiditas maternal dan perinatal dan di seluruh dunia kematian. Komplikasi yang umum terjadi pada ibu yang mengalami hipertensi akibat kehamilan adalah abrupsi plasenta, *disseminated intravascular coagulation*, perdarahan otak, gagal hati, dan gagal ginjal akut. Janin mempunyai risiko IUGR, premature, BBLR, dan kematian (Varney, 2006).

Indonesia mempunyai angka kejadian preeklamsia sekitar 7-10% dari seluruh kehamilan. Kejadian preeklamsia dan eklamsia menempati posisi kedua dari pada kasus-kasus lain yang menimpa ibu hamil seperti abortus, perdarahan antepartum, persalinan dengan penyulit gawat janin, dan lainnya. Departemen Kesehatan telah membuat rencana strategi Nasional Making Pregnancy Safer tahun 2009 yaitu : penyebab kematian ibu secara langsung adalah *eklamsia* 10-20%, *hipertensi* 9 %, menempati posisi kedua setelah perdarahan 60-70%, dan sedangkan AKB sebesar 34/1000 kelahiran hidup. Salah satu penyebab angka kematian bayi tertinggi yakni BBLR 29% yang merupakan komplikasi langsung dari preeklamsia / eklamsia.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur , penyebab kematian ibu tahun 2010-2012 pada kasus preeklamsia / eklamsia mengalami peningkatan yakni pada tahun 2010 tercatat sebanyak 26,92 % , tahun 2011 sebanyak 27,27 % , hingga tahun 2012 mengalami kenaikan yang cukup signifikan yakni sebanyak 34,88 % kematian ibu akibat preeklamsi/eklamsi (Randy, 2012). Hasil Penelitian Prof. Dr. H. Erry Gumilar Dachlan, dr.,Sp.OG(K) yang dilakukan di RSUD Dr.Soetomo Surabaya pada tahun 2008 didapatkan faktor-faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya preeklamsia berat seperti umur, paritas dan riwayat hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia < 20 tahun angka kejadian preeklamsia berat sebesar 12 (75,0%) dari 16 ibu hamil dan usia > 35 tahun angka kejadian preeklamsia berat sebesar 10 (76,9%) dari 13 ibu hamil. Usia 20-35 tahun angka kejadian preeklamsia berat sebesar 78 (45,6%) dari 171 ibu hamil. Ibu dengan

kehamilan pertama angka kejadian preeklamsia berat sebesar 31 (64,5%) dari 48 ibu hamil, kehamilan lebih dari satu angka kejadian preeklamsia berat sebesar 69 (45,3%) dari 152 ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi angka kejadian preeklamsia berat sebesar 16 (72,7%) dari 22 ibu hamil, yang tidak memiliki riwayat hipertensi angka kejadian preeklamsia berat sebesar 84 (47,1%) dari 178 ibu hamil. Hasil survei pada tahun 2010 angka kejadian preeklamsia sebesar 83 (3,5%) dan eklamsia 17 (0,7%) dari 2.367 ibu hamil, dan pada tahun 2011 angka kejadian preeklamsia sebesar 108 (5,2%) dan eklamsia 3 (0,1%) dari 2075 ibu hamil. Jumlah angka kejadian di BPS Istiqomah didapatkan angka kejadian Preeklamsia Berat sebanyak 13 (7,47%) dari 174 ibu hamil yang datang periksa pada bulan April 2014 sampai Mei 2014.

Penyebab yang pasti untuk hipertensi jenis ini belum diketahui. Kekurangan kalsium dan zat gizi lain serta faktor predisposisi immunologis diduga melatarbelakangi keadaan ini. Peningkatan zat gizi apa yang menyebabkannya belum diketahui (Arisman, 2008). Banyak organ yang rentan cenderung rusak akibat vasospasme generalisata dan kerusakan endothelial akibat pelepasan toksin yang berasal dari plasenta yang iskemik antara lain : kerusakan ginjal, kerusakan hati, nyeri epigastrik yang dilaporkan dengan keluhan “gangguan pencernaan”, kerusakan serebral yang merupakan tempat terjadinya kerusakan otak penyebab edema dan perdarahan serebral yang awalnya dikeluhkan oleh ibu sakit kepala pada bagian frontal akan tetapi kondisi tersebut mengarah pada kejang (eklamsia), kerusakan paru, gangguan

penglihatan akibat vasokonstriksi retina menyebabkan pandangan kabur dan fotofobia yang dapat mengganggu fungsi retina bahkan sampai terjadinya kebutaan, perubahan hematologi menimbulkan dampak yang serius karena terjadi gangguan faktor koagulasi atau pembekuan darah yang mengakibatkan terjadinya gumpalan fibrin dan trombosit yang menyumbat aliran darah ke organ dan system tubuh menjadi terhambat. Kerusakan organ tersebut diatas dapat berimbas pada persalinan atau bahkan hingga masa nifas insufisiensi plasenta mengakibatkan aliran darah pada plasenta menjadi berkurang akhirnya jaringan plasental menjadi iskemik dan terjadi infark sehingga fungsi plasenta terganggu plasenta dapat lepas sebelum waktunya hal ini dapat mengakibatkan kematian janin dalam rahim saat pasien masih dalam keadaan hamil (Bryce, 2010).

Masalah tersebut dapat diatasi dengan melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hipertensi kehamilan secara rutin dan terencana yang meliputi pemeriksaan ANC (*ante natal care*) lebih dari 4x, misal 2x dalam seminggu sebagai deteksi dini pencegahan komplikasi lebih lanjut disertai dengan edukasi pada pasien untuk mengenali sejak dini tanda bahaya kehamilan. Penatalaksanaan dan Asuhan Kebidanan yang dilakukan pada masa kehamilan adalah : pertama, apabila risiko preeklamsia rendah pedoman Antenatal NICE menganjurkan pengkajian tekanan darah dan proteinuria pada usia 16, 28, 34, 36, 38, dan 41 minggu pada ibu multipara, dengan kunjungan tambahan di minggu 25 dan 31 untuk ibu nulipara. Kedua, Pengukuran tekanan darah yang akurat penting untuk penegakan diagnosa secara tepat.

Ketiga, pengukuran proteinuria menggunakan dipstick urine. Keempat, apabila terdapat tanda-tanda preeklamsia bidan HARUS merujuk ibu ke dokter obstetri dengan cepat. Keliam, dukungan psikologis dan informasi mengenai gangguan. Sedangkan pada masa Persalinan tindakan bidan : melakukan pemeriksaan intensif pada tekanan darah, keseimbangan cairan, pemantauan respirasi, neurologi, tindakan kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi obat (pencegahan agar tidak terjadi eklampsia dengan pemberian $MgSO_4$). Pada masa nifas bidan harus mendokumentasikan hipertensi dan proteinuria yang telah sembuh untuk menyingkirkan dugaan hipertensi kronis dan penyakit ginjal (Waugh & Robson.E, 2012)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat dirumuskan masalah peneliti sebagai berikut: “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan pada Ny. “NH” dengan Preeklamsia Berat di BPS.Istiqomah Surabaya ?”

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan preeklamsia berat di BPS.Istiqomah Surabaya sesuai dengan standar yang berlaku dengan menggunakan manajemen kebidanan Varney sehingga dapat mencegah dan mengurangi komplikasi pada ibu dan janin.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melaksanakan pengkajian data pada ibu dengan Preeklamsia Berat
2. Mampu menentukan interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa / masalah pada ibu dengan Preeklamsia Berat
3. Mampu menentukan identifikasi masalah potensial dan mengantisipasi penanganan masalah pada ibu dengan Preeklamsia Berat
4. Mampu melakukan tindakan segera untuk melakukan konsultasi dan penanganan masalah pada ibu dengan Preeklamsia Berat
5. Mampu merencanakan tindakan asuhan secara menyeluruh asuhan kebidanan pada ibu dengan Preeklamsia Berat
6. Mampu melaksanakan rencana asuhan persalinan asuhan yang efisien dan aman pada ibu dengan Preeklamsia Berat
7. Mampu melakukan evaluasi pada ibu dengan Preeklamsia Berat terhadap asuhan kebidanan yang telah lakukan

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Bagi Tempat Penelitian

Dapat digunakan sebagai tolak ukur dan bahan perbandingan secara praktis dalam peningkatan upaya-upaya penanganan pemberian Asuhan Kebidanan pada ibu dengan Preeklamsia Berat untuk mendapatkan hasil semaksimal mungkin.

2. Bagi Institusi

Sebagai tolak ukur kemampuan mahasiswa yang telah diperoleh di kampus ke dalam permasalahan yang ada di masyarakat, sebagai bahan pembelajaran untuk menambah pengetahuan, menerapkan asuhan kebidanan yang telah didapatkan dari pendidikan, meningkatkan ketrampilan dan wawasan.

3. Bagi Peneliti

Merupakan suatu kesempatan untuk melaksanakan teori yang telah diajarkan selama kuliah mengenai metode penelitian maupun mengenai pengetahuan dan penanganan ibu dengan Preeklamsia Berat.

4. Bagi peneliti Selanjutnya

Sebagai masukan dan bahan pertimbangan dalam pengembangan penelitian pada ibu dengan Preeklamsia Berat

5. Bagi Klien

Sebagai deteksi dini tanda bahaya pada kehamilan agar klien mampu secara sadar melakukan pemeriksaan secara rutin dan teratur untuk pencegahan komplikasi kehamilan, persalinan khususnya pada ibu dengan Preeklamsia Berat.