

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Preeklampsia Berat

2.1.1 Definisi

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 (Khumaira, 2012).

2.1.2 Etiologi

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

1. Primigravida
2. Hiperplasentosis – pada kehamilan kembar, anak besar, mola hidatidosa, dan hidrops fetalis
3. Mempunyai dasar penyakit vascular – Hipertensi atau Diabetes Melitus
4. Mempunyai riwayat preeclampsia / eklampsia dalam keluarganya

(Marmi, 2011)

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

1. *Faktor Immunologis, endokrin, atau genetik* – Hal ini didasarkan atas pengalaman 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 (Sastrawinata, 2012).
2. *Faktor Nutrisi* – Ada yang mengemukakan bahwa penyakit ini berhubungan dengan beberapa keadaan kurang kalsium, protein, kelebihan garam natrium, atau kekurangan asam lemak tak jenuh “*Poly Unsaturated Fatty Acid (PUFA)*” dalam makanannya (Sastrawinata, 2012).
3. *Faktor Endotel* – Teori jelas endotel akhir-akhir ini banyak dikemukakan sehubungan dengan perjalanannya dalam mengatur keseimbangan antara kadar zat vasokonstriktor (tromboksan, endotelin, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (prostasiklin, nitrioksida, dan lain-lain) serta pengaruhnya dalam system pembekuan darah. Reaksi imunologi, peradangan, ataupun terganggunya

keseimbangan radikal bebas dan antioksidan banyak diamati sebagai penyebab terjadinya vasospasme dan kerusakan / jelas endotel (Sastrawinata, 2012).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Berikut tanda dan gejala dari preeklamsia berat :

1. Hipertensi

Kelainan mendasar pada preeklamsia adalah vasospasme arteriol sehingga tidaklah mengejutkan bahwa tanda peringatan yang paling dapat diandalkan adalah peningkatan tekanan darah. Tekanan diastolik mungkin merupakan tanda prognostik yang lebih dipercaya daripada tekanan sistolik, dan setiap diastolic sebesar 90 mmHg atau lebih yang menetap adalah abnormal. Bunyi korotkoff yang kelima digunakan sebagai ukuran (Cunningham&Gant, 2011).

2. 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 hampir selalu disebabkan oleh retensi cairan yang abnormal dan timbul, biasanya sebelum tanda-tanda edema terlihat, misalnya pembengkakan kelopak mata atau jari. Pada kasus preeklamsia berat

retensi cairan dapat menjadi ekstrem dan tidak jarang terjadi penambahan berat tubuh 10 pon (5 kg) atau lebih dalam satu minggu (Cunningham&Gant, 2011).

3. Nyeri Kepala

Nyeri kepala umumnya terletak di frontal tetapi kadang-kadang di oksipital, dan resisten terhadap pemberian analgesik biasa (Cunningham&Gant, 2011).

4. Nyeri Abdomen

Nyeri epigastrium atau kuadran kanan atas merupakan tanda gejala dari preeklamsia berat dan dapat mengindikasikan bahwa akan segera terjadi kejang. Keluhan ini mungkin disebabkan oleh peregangan kapsul hati karena edema dan perdarahan (Cunningham&Gant, 2011).

5. Gangguan Penglihatan

Berbagai gangguan penglihatan , mulai dari kekaburan penglihatan sampai skotoma hingga kebutaan parsial atau total. Kelainan ini terjadi akibat vasospasme, iskemia, dan perdarahan petekial di dalam korteks oksipitalis. Pada sebagian perempuan, gejala-gejala penglihatan terjadi akibat spasme arteriol retina, iskemia, dan oedema (Cunningham&Gant, 2011).

6. Temuan Laboratorium

Adanya proteinuria yang dapat mencapai 10 gr per 24 jam hampir selalu timbul setelah adanya hipertensi dan biasanya lebih belakangan dari penambahan berat badan yang berlebihan (Cunningham&Gant, 2011).

2.1.4 Kriteria Diagnostik

Ditandai oleh salah satu hal di bawah ini :

1. Tekanan darah sistolik lebih atau sama 160 mmHg atau diastolic lebih atau sama dengan 110 mmHg, Diukur 2 kali dengan jarak waktu sekurang-kurangnya 6 jam dan pasien dalam keadaan istirahat rebah. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah rawat baring di Rumah Sakit.
2. Proteinuria ≥ 5 gr atau lebih dalam 24 jam atau kualitatif $\geq +2 / +4$
3. Oligouria : produksi urine kurang dari 500 cc per 24 jam disertai dengan kenaikan kreatinin plasma
4. Gangguan visus dan serebral
5. Nyeri epigastrium atau nyeri kuadran kanan atas
6. Edema paru , cyanosis
7. *IUGR (Intra Uterin Growth Retardation)* : pertumbuhan janin terhambat
8. Adanya HELLP Syndrome (Hemolisis, Elevated liver function test and Low Platelet count) (Nugroho, 2011).

Sindrom HELLP dapat muncul sebagai gangguan yang berat dan mendadak di masa antepartum dan pascapartum. Pemulihan memerlukan waktu dua minggu dan terdapat laporan tentang hiperkoagulabilitas setelah terjadinya kasus HELLP. Dengan demikian , praktisi harus menyadari kemungkinan terjadinya penyakit tromboembolik yang dapat berakibat fatal (Waugh. J & Robson E, 2012).

2.1.5 Patofisiologi

Walaupun etiologinya belum jelas, hampir semua ahli sepakat bahwa vasospasme merupakan awal kejadian penyakit ini. Vasospasme bisa merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas ke dalam lapisan otot polos pembuluh darah, reaksi imunologi, maupun radikal bebas. Semua ini akan menyebabkan terjadinya kerusakan / jelas endotel yang kemudian akan mengakibatkan gangguan keseimbangan antara kadar vasokonstriktor (tromboksan, endotelin, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (prostasiklin, nitrioksida, dan lain-lain) serta gangguan sistem pembekuan darah (Manuaba, 2007).

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

Tabel 2.1 Perubahan Sistem Organ Akibat Vasokonstriksi

<p><i>Kardiovaskular :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensi 2. Pengurangan curah jantung (cardiac output) 3. Trombositopeni 4. Gangguan Pembekuan darah 5. Perdarahan 6. <i>Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)</i> 7. Pengurangan volume plasma 8. Permeabilitas pembuluh darah meningkat 9. Edema 	<p><i>Ginjal :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Endotelium kapiler ginjal 2. Penurunan klirens asam urat 3. Penurunan laju filtrasi glomerulus 4. Oligouria 5. Proteinuria 6. Gagal ginjal <p><i>Otak :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Hipoksia 3. Kejang 4. Gangguan Pembuluh darah otak (CVA (<i>Cerebro Vascular Accident</i>))
<p><i>Plasenta :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nekrosis 2. IUGR (Pertumbuhan Janin terhambat) 3. Gawat Janin 4. Solusio Plasenta <p><i>Mata :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema papil 2. Iskemia 3. Perdarahan 4. Ablasio retina 	<p><i>Hati :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan fungsi hati 2. Peningkatan kadar enzim 3. Ikterus 4. Edema, perdarahan, dan regangan kapsula hati <p><i>Paru :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema, iskemia dan nekrosis 2. Perdarahan 3. Gangguan pernapasan hingga apnu

(Sastrawinata, 2012)

2.1.6 Pemeriksaan Laboratorium

Berikut merupakan hasil laboratorium yang dapat ditemukan pada PreEklampsia Berat diantaranya :

Tabel 2.2 Pemeriksaan Laboratorium Pre Eklamsia Berat

Tes Laboratorium	Temuan	Interpretasi	Tanggapan
Hemoglobin dan hematokrit	Meningkat	Hemokonsentrasi	Perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstraselular, menyebabkan edema
Hitung Trombosit	Menurun	Penyebab tidak diketahui Tanda Preeklamsia Berat	Penurunan trombosit yang drastis mengindikasikan perkembangan penyakit yang progresif Trombosit < 100.000 menandakan penyakit berat
Asam Urat serum	Meningkat	Penurunan Klirens ginjal	Peningkatan serum asam urat menandakan penurunan ekskresi asam urat
Blood Urea Nitrogen (BUN)	Normal Meningkat	Preeklamsia ringan Penurunan aliran darah ke ginjal , dan laju filtrasi glomerulus mengindikasikan keparahan preeklamsia meningkat	Peningkatan BUN 2x lipat menandakan penurunan aliran darah ginjal sebesar 50%
Kreatinin Serum	Normal Meningkat	Preeklamsia Ringan Penurunan aliran darah ke ginjal , dan laju filtrasi glomerulus mengindikasikan keparahan preeklamsia meningkat	Peningkatan serum 2x lipat menandakan penurunan aliran darah ginjal sebesar 50%
Kreatinin kilrens	Menurun	Mungkin normal pada preeklamsia yang tidak terlalu berat, menurun	Pemeriksaan ini lebih bermanfaat dibanding nilai

		pada preeklamsia berat	kreatinin serum saja
Tes Fungsi Hati	Meningkat	Kerusakan sel hati	Komplikasi serius preeklamsia adalah perdarahan pada subkapsular hati
LDH (<i>Lactate Dehydrogenase</i>) AST (SGOT) <i>serum glutamic oxalecetic transaminae</i> ALT (SGPT) <i>serum glutamic pyruvic transaminase</i>		Mengindikasikan penyakit yang parah	
Sistem Pembekuan		Mengukur kemampuan pembekuan darah, fungsi pembekuan yang abnormal mengindikasikan penyakit parah	
Fibrinogen		Rendah	
Produk pecahan fibrin		Ada	
PT-waktu protrombin PT-waktu protrombin parsial		Memanjang	
Proteinurine (reagen urine)	Meningkat	3+ dan 4+ untuk kasus yang berat	2+ menandakan perlunya pemeriksaan 24 jam
Proteinurine (24jam)	Protein meningkat Volume urine menurun	Gangguan pada ginjal disertai peningkatan permeabilitas Hipovolemia, hipoperfusi, gangguan pada ginjal	300 mg dalam 24 jam atau 1 gr/L pada preeklamsia , 5 gr/L per 24 jam pada penyakit berat

(Varney, 2006)

2.1.7 Pengobatan

Pada tingkat permulaan, preeclampsia tidak memberikan gejala-gejala yang dapat dirasakan oleh pasien sendiri. Oleh karena itu, diagnosis ini hanya dapat dibuat selama *prenatal care* yang baik. Pasien hamil hendaknya diperiksa 2 minggu sekali setelah bulan ke-6 dan seminggu sekali pada bulan-bulan terakhir.

Pada pemeriksaan kehamilan secara rutin, harus ditentukan tekanan darah, penambahan berat badan, dan ada atau tidak adanya edema dan proteinuria. Perhatian harus ditujukan terutama pada penderita yang mempunyai faktor predisposisi terhadap preeklampsia (nulliparitas, riwayat keluarga dengan eklampsia / preeklampsia, kehamilan ganda, diabetes mellitus, hipertensi kronis, mola hidatidosa, hidrops fetalis).

(Yulianingsih&Maryunani, 2009)

Pasien juga harus mengetahui tanda-tanda bahaya, yaitu sakit kepala, gangguan penglihatan, dan bengkaknya tangan atau muka. Jika salah satu dari tanda gejala ini timbul, ia harus segera memeriksakan diri, jangan menunggu pemeriksaan rutin.

Preeklampsia Berat masih dapat ditemukan 2 minggu setelah persalinan. Dengan PNC yang baik, seharusnya preeklampsia dapat dideteksi sedini mungkin sehingga dapat dicegah kemungkinan terjadinya komplikasi yang lebih berat berupa eklampsia sampai kematian ibu dan anak. Berbagai upaya pencegahan yang pernah dilakukan umumnya dilaksanakan melalui intervensi nutrisi dan farmakologi. Beberapa cara pencegahan yang sudah pernah digunakan sebagai berikut :

1. *Perbaikan nutrisi :*

a. Diet rendah garam

Pada sebagian orang, penyakit hipertensi timbul bersamaan dengan konsumsi garam yang tinggi. Pada diet rendah garam , berikut modifikasi makanan pada diet yang normal :

1. Garam digunakan dalam jumlah minimal (tidak lebih dari $\frac{1}{2}$ sendok the atau 2 gram garam dapur sehari) pada waktu memasak.
2. Di meja makan tidak boleh ditambahkan lagi garam dapur ataupun bahan penyedap yang mengandung natrium, seperti bumbu masak, kecap, saus tomat, dll
3. Konsumsi susu sapi harus dibatasi dan tidak lebih dari 500ml (3 gelas) per hari. Kalau mungkin, susu sapi diganti dengan susu nabati (susu kedelai) yang mengandung Na^+ sangat sedikit.
4. Makanan yang harus dihindari :
 - a) Makanan asin : ham, lidah asap, ikan asin, ebi, telur asin, keju, dendeng, abon, korned, sardencis, dan sebagainya.
 - b) Sayuran dan buah yang diasinkan : sayur asin, sawi asin, asinan sayuran dan buah, acar, dsb.
 - c) Berbagai bahan penyedap dan aditif : garam dapur, bumbu masak vetsin, soda kue, kecap, saus tomat, taoco, petis, terasi, dll.
 - d) Makanan camilan : roti kue, biscuit, dll yang diolah dengan soda kue dan garam dapur.
 - e) Makanan nabati yang diasinkan : pindakas (mentega kacang), kacang asin, margarine biasa, dll.
5. Untuk mengatasi rasa hambar pada diet rendah garam, dianjurkan menggunakan bumbu yang tidak mengandung Na^+ seperti gula, cuka,

bawang merah&putih, jahe, kunyit, laos, salam, dll. Di toko-toko swalayan juga tersedia garam khusus diet (Slim and Fit) yang terutama mengandung KCl. (Beck, 2011).

- b. Diet tinggi protein, suplemen kalsium, suplemen magnesium, suplemen seng, suplemen asam linoleat

2. *Intervensi Farmakologi :*

Obat anti hipertensi, Teofilin, Dipyridamol, Asam Asetil salisilat (Aspirin), Heparin, α -tokoferol (vitamin E), Diuretikum

(Sastrawinata, 2012)

Tujuan pengobatan preeklamsia berat adalah :

1. Mencegah terjadinya eklampsia.
2. Anak harus lahir dengan kemungkinan hidup yang benar.
3. Persalinan harus dengan trauma yang sedikit-dikitnya dengan upaya menghindari kesulitan pada kehamilan / persalinan berikutnya.
4. Mencegah hipertensi yang menetap.

(Marmi, 2011)

Dasar pengobatannya antara lain istirahat, diet, sedative, obat-obat antihipertensi, dan induksi persalina Penderita preeklamsia berat dapat ditangani secara aktif maupun konservatif. Pada perawatan konservatif, kehamilan dipertahankan bersamaan dengan pemberian pengobatan medicinal, sedangkan

pada perawatan aktif kehamilan segera diakhiri/diterminasi didahului dengan pemberian pengobatan medisinal.

1. Perawatan Aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assessment (NST & USG).

Indikasi :

1. *Ibu* :

a. Kehamilan > 37 minggu

b. Adanya tanda-tanda / gejala *impending* eklampsia, seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, kegelisahan dan hiper reflesi, serta kegagalan terapi pada perawatan konservatif.

c. Setelah 6 jam sejak dimulainya pengobatan medicinal, terjadi kenaikan tekanan darah.

d. Setelah 24 jam sejak dimulai perawatan medisinal, tidak ada perbaikan.

2. *Janin* : Gawat janin dan PJT (Pertumbuhan Janin Terhambat)

3. *Laboratorik – Hellp Syndrome (Hemolysis, Elevated liver enzyme, dan Low Platelet Count)* (Boyle, 2007).

Pengobatan Medikamentosa :

1. Segera masuk rumah sakit
2. Tidur baring, miring ke satu sisi (sebaiknya kiri), Tanda vital diperiksa setiap 30 menit, reflex patella setiap jam
3. Infus Dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infuse RL (60-125cc/jam) 500cc
3. Antasida
4. Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak, garam
5. Pemberian obat anti kejang : Diazepam 20 mg IV dilanjutkan dengan 40 mg dalam dextrose 10% selama 4-6 jam atau MgSO₄ 40% 5 gr IV pelan-pelan dilanjutkan 5gr dalam RL 500 cc untuk 6 jam.
6. Diuretik tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongestif atau oedema anasarka. Diberikan furosemid injeksi 40 mg.
7. Antihipertensi diberikan bila : tekanan darah sistolik \geq 180 mmHg diastolik \geq 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Dapat diberikan catapres ½ - 1 ampul IM dapat diulang tiap 4 jam, atau alfametildopa 3 x 250 mg, dan nifedipin sublingual 5 – 10 mg.
8. Kardiotonika, indikasinya bila ada tanda-tanda payah jantung, diberikan digitalis cepat dengan Cedilanid.

9. Lain-lain :

- a. Konsul bagian penyakit dalam
- b. Obat-obat antipiretik diberikan bila suhu rectal $> 38,5^{\circ}$ C dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alcohol atau xylamidon 2 cc IM.
- c. Antibiotik diberikan atas indikasi, diberikan ampicillin 1 gr per 6 jam IV per hari
- d. Anti nyeri bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi uterus, dapat diberikan petidin HCl 50-75 mg sekali saja, selambat-lambatnya 2 jam sebelum janin lahir (Nugroho, 2011).

Pengobatan Obstetrik

1) Cara Terminasi Kehamilan yang Belum Inpartu

1. Induksi persalinan : tetesan oksitosin dengan syarat nilai Bishop 5 atau lebih dengan fetal heart monitoring.
2. Seksio Caesarea bila :
 - a. fetal assesment jelek
 - b. syarat tetesan oksitosin tidak dipenuhi (skor Bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin.
 - c. 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif

- d. Pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan seksio caesarea (Boyle, 2007).

2) Cara Terminasi Kehamilan yang Sudah Inpartu

Kala I

- a. Fase Laten : 6 jam belum masuk fase aktif maka dilakukan Seksio Caesarea
- b. Fase Aktif : Amniotomi saja. Bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan Seksio Caesarea (bila perlu dilakukan oksitosin drip)

Kala II

Pada persalinan pervaginam, maka kala II diselesaikan dengan partus buatan. Amniotomi dan tetesan oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 3 menit setelah pemberian terapi medikamentosa. Pada kehamilan 32 minggu atau kurang, bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 x 24 jam untuk memberikan kortikosteroid (Boyle, 2007).

2. Perawatan Konservatif

Indikasi : Bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik (Fadlun, 2011).

Terapi Medikamentosa : sama dengan terapi medikamentosa pada pengelolaan aktif. Hanya loadingdose $MgSO_4$ tidak diberikan intravenous, cukup intramuscular saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan (Fadlun, 2011).

Pengobatan Obstetri :

1. Selama perawatan konservatif : observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi
2. MgSO₄ dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda-tanda preeklamsia ringan, selambat-lambatnya dalam 24 jam
3. Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap terapi medikamentosa gagal dan harus diterminasi.
4. Bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO₄ 20% 2 gram intravenous

Penderita dipulangkan bila :

1. Penderita kembali ke gejala-gejala / tanda-tanda preeklamsia ringan dan telah dirawat selama 3 hari.
2. Bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan preeklamsia ringan : penderita dapat dipulangkan dan dirawat sebagi preeklamsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu) (Nugroho, 2011).

Prosedur Rujukan

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu/bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus mendampingi ibu dan atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat) : Berika surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

DA (Darah) : persiapan darah sebagai persediaan untuk tranfusi darah yang diperlukan pada ibu dan/atau bayi baru lahir.

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan adalah Prosedur tindakan yang dilakukan bidan sesuai dengan wewenang dalam lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan dengan memperhatikan pengaruh social budaya, psikologis, emosional, spiritual serta hubungan interpersonal dan mengutamakan keamanan ibu, janin, dan penolong serta kebutuhan klien (Heryani, 2011).

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

1. Pengumpulan Data Dasar

Meliputi Riwayat Kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. (Heryani, 2011).

2. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah diakui dan telah disahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktis kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh Clinical

Judgement dalam praktek kebidanan, dapat diselesaikan dengan Pendekatan manajemen Kebidanan (Heryani, 2011).

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. (Heryani, 2011).

4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Heryani, 2011).

5. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan

penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis. (Heryani, 2011)

6. Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. (Heryani, 2011).

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Heryani, 2011).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Kehamilan

1) Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

1. Keluhan

Nyeri kepala / pusing , mata berkunang-kunang, nyeri ulu hati / nyeri perut kanan atas (Cunningham, 2011)

2. Riwayat Obstetri :

Hamil pertama, Riwayat kehamilan kembar, Riwayat Kehamilan anggur (Mola Hidatidosa). (Sastrawinata, 2012)

3. Riwayat Kesehatan Diri dan Keluarga :

Riwayat Hipertensi, Diabetes Melitus, preeklampsia / eklampsia sebelumnya (Sastrawinata, 2012)

4. Pola kesehatan fungsional

a. Pola nutrisi

Ibu dengan Preeklamsia berat biasanya mengkonsumsi garam lebih dari $\frac{1}{2}$ sendok teh atau 2 gram, susu sapi lebih dari 500ml (3 gelas) per hari / ganti dengan susu nabati (susu kedelai) (Beck, 2011).

b. Pola eliminasi

Berkemih tidak lancar, air kencing hanya sedikit dalam sehari (Oligouria/produksi urine kurang dari 500 cc per 24 jam) (Nugroho, 2011).

b. Data Obyektif

1) Status gizi

Kenaikkan BB selama hamil : penambahan berat tubuh 10 pon (5 kg) atau lebih dalam satu minggu. (Cunningham&Gant, 2011)

2) Tanda vital

Tekanan darah : sistolik ≥ 160 mmHg , diastolic ≥ 110 mmHg (Nugroho, 2011)

3). Pemeriksaan Fisik

1. Muka : terdapat oedema (Sastrawinata, 2012)

2. Mata : terdapat oedema papil, iskemia, perdarahan (Sastrawinata, 2012)
3. Abdomen : terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan atas (epigastrium) (Sastrawinata, 2012)
- a. Leopold I : Kehamilan aterm pertengahan pusat dan prosesus xipoides, Pada fundus teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting
- b. Leopold II : teraba bagian keras seperti papan, panjang di kanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin
- c. Leopold III : Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat keras, melenting
- d. Leopold IV : Divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, kehamilan > 36 minggu kepala sudah masuk PAP.

DJJ terdengar jelas, teratur / tidak, frekuensi kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit , interval teratur / tidak , kurang/lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat.

4. Genetalia : terdapat oedema (Sastrawinata, 2012)
5. Ekstremitas atas : terdapat oedema , reflex tendon dalam (+) (Sastrawinata, 2012)
6. Ekstremitas Bawah : terdapat oedema pada pretibia , reflex patella (+)

4). Pemeriksaan penunjang

- a) Darah : kadar Hb normal lebih dari 11 gr % atau meningkat (Varney, 2007)
- b) Urine : albumin : +3 / +4 (Nugroho, 2011).

2) Interpretasi Data Dasar

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 PEB .

a. Masalah : Nyeri kepala, Nyeri Epigastrium, Hipertensi , gangguan pola nutrisi

b. Kebutuhan : Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi obat anti hipertensi, pereda nyeri kepala, HE tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dengan PEB

3) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Bagi Ibu : Eklamsia, oedema paru, hipoksia, gagal ginjal

Bagi Janin : IUGR, gawat janin, solusio plasenta, IUFD

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi , Rujukan terencana

5) 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 pertanggungjawaban dan pertanggung gugatan profesi.

3. Lakukan Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk pemberian terapi sesuai masalah dan kebutuhan pasien (Obat Anti Hipertensi, pereda nyeri kepala & epigastrium).

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

4. 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.

5. Berikan Health Education kepada pasien tentang kebutuhan pola nutrisi yang harus dipenuhi dengan preeclampsia berat.

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

6. Berikan Health education tentang tanda-tanda persalinan.

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

7. Berikan Health education tentang persiapan persalinan.

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

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

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

6) Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat

7) Evaluasi

Evaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan dengan menggunakan SOAP note

2.3.2 Persalinan

1) Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

1. Keluhan

Rasa sakit oleh adanya kontraksi yang dapat lebih kuat, sering dan teratur. (3x atau lebih dalam waktu 10 menit lamanya 40” atau lebih), keluar lendir dan bercampur darah (blood show) lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, disertai adanya nyeri kepala / pusing , mata berkunang-kunang, nyeri ulu hati / nyeri perut kanan atas (Cunningham&Gant, 2011)

2. Riwayat Obstetri :

Hamil pertama, Riwayat kehamilan kembar, Riwayat Kehamilan anggur (Mola Hidatidosa). (Sastrawinata, 2012)

3. Riwayat Kesehatan Diri dan Keluarga :

Riwayat Hipertensi, Diabetes Melitus, preeclampsia / eklampsia sebelumnya (Sastrawinata, 2012)

4. Pola kesehatan fungsional

a. Pola eliminasi

Berkemih tidak lancar , air kencing hanya sedikit dalam sehari (Oligouria/produksi urine kurang dari 500 cc per 24 jam) (Nugroho, 2011).

b. Data Obyektif

1). Tanda vital

Tekanan darah : sistolik \geq 160 mmHg , diastolic \geq 110 mmHg (Nugroho, 2011)

2). Pemeriksaan Fisik

1. Muka : terdapat oedema (Sastrawinata, 2012)

2. Mata : terdapat oedema papil, iskemia, perdarahan

(Sastrawinata, 2012)

3. Abdomen : terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan atas (epigastrium)

(Sastrawinata, 2012)

4. Genetalia : terdapat oedema , tidak varices, tidak condyloma, pembesaran kelenjar bhatolini dan terdapat pengeluaran lendir dan darah, tidak ada cairan ketuban (Sastrawinata, 2012)

5. Ekstremitas atas : terdapat oedema , reflex tendon dalam (+)

(Sastrawinata, 2012)

6. Ekstremitas Bawah : terdapat oedema pada pretibia , reflex patella (+)

(Sastrawinata, 2012).

3). Pemeriksaan penunjang

a. Darah : kadar Hb normal lebih dari 11 gr % atau meningkat (Varney, 2007)

b. Urine : albumin : +3 / +4 (Nugroho, 2011).

4). Pemeriksaan Dalam : pada vulva teraba oedema , tidak ada nyeri tekan, VT :

Ø 1 – 10 cm, eff 10 - 100%, ket (+/ -) jernih / keruh, let-kep denominator

UUK kiri / kanan depan, H I – H IV, tidak teraba bagian kecil disamping presentasi

2) 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 Berat

b. Masalah : Nyeri kepala, Nyeri Epigastrium, Hipertensi , gangguan pola nutrisi, cemas menghadapi persalinan

c. Kebutuhan : Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi obat anti hipertensi, pereda nyeri kepala, diet rendah garam , dukungan menghadapi persalinan pada pasien dengan PEB

3) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Bagi Ibu : Eklamsia, oedema paru, hipoksia, gagal ginjal

Bagi Janin : gawat janin, solusio plasenta, IUFD

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Tindakan Segera

1. Kolaborasi dengan dr.SpOG dalam pemberian terapi

2. Rujukan tepat waktu

5) Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Kala I :

1. Fase Laten : 6 jam belum masuk fase aktif , Rujuk persiapan Seksio Caesarea

Dengan syarat :

Fetal assesment jelek, induksi persalinan gagal (skor Bishop kurang dari 5) , adanya kontraindikasi tetesan oksitosin, 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif, primigravida lakukan rujukan untuk terminasi dengan seksio caesarea

2. Fase Aktif : Amniotomi saja. Bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap – Lakukan Rujukan untuk Seksio Caesarea

Kala II :

1). Partus buatan, 2). Amniotomi dan tetesan oksitosin 3 menit setelah pemberian terapi medikamentosa, 3). Pada kehamilan 32 minggu atau kurang, bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 x 24 jam untuk memberikan kortikosteroid.

Kala III :

1). Pemberian Suntikan Oksitosin, 2). Penegangan Tali Pusat Terkendali, 3). Rangsangan Taktil (Masase) fundus uteri

Kala IV :

1). Evaluasi tinggi fundus uteri, 2). Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan, 3). Periksa kemungkinan adanya perdarahan dan robekan perineum, 4). Evaluasi keadaan umum ibu, 5). Dokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

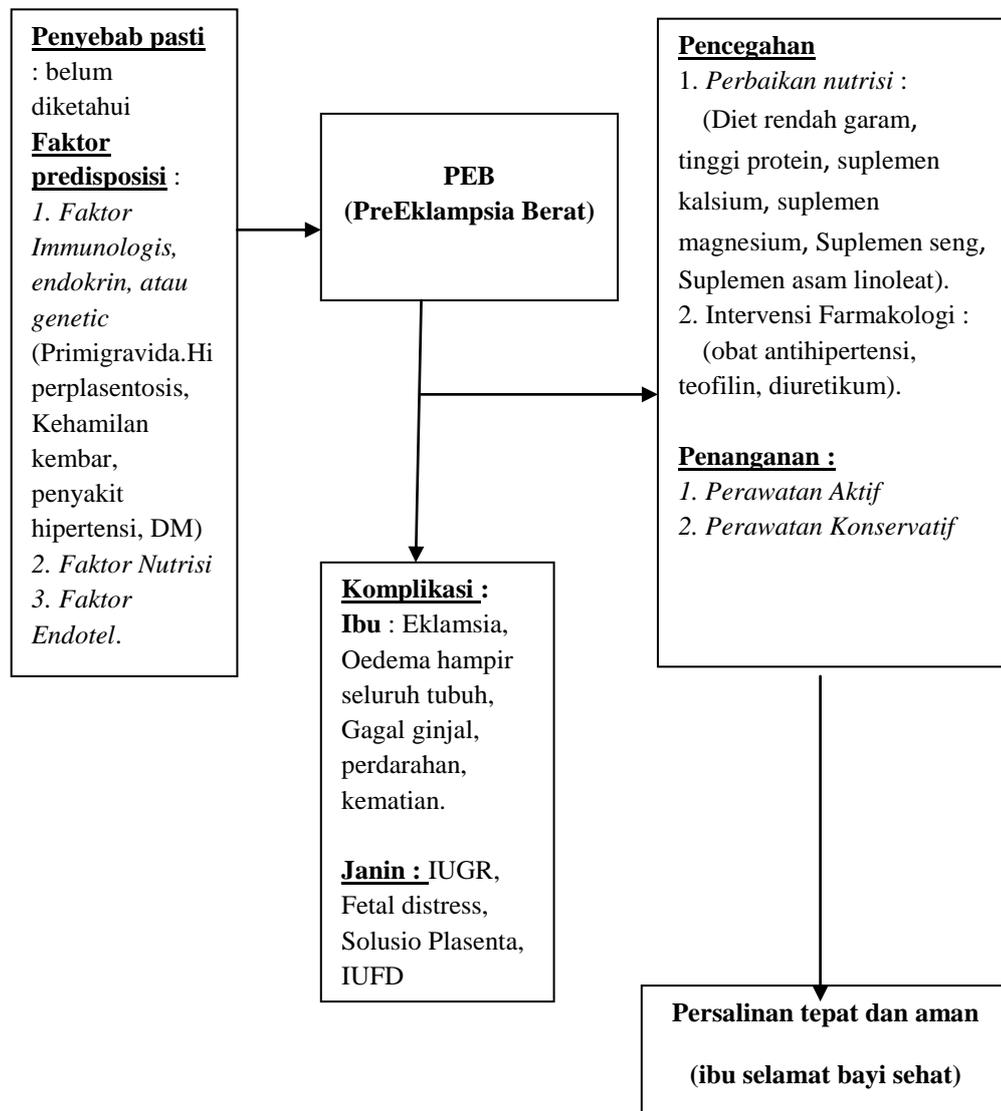
6) Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat

7) Evaluasi

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

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Asuhan Kebidanan pada Preeklamsia Berat