

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Preeklampsia Ringan

2.1.1 Definisi Preeklampsia Ringan

Preeklampsia ringan adalah jika tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, tetapi $\leq 160/100$ mmHg dan proteinuria +1 (Fadlun, 2012).

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan dengan gejala klinis kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih, diastole 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil, atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg, proteinuria secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam, atau secara kuantitatif +2, edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan (Yeyeh, 2010)

Preeklampsia ringan adalah sekumpulan gejala yang secara spesifik hanya muncul selama kehamilan dengan usia lebih dari 20 minggu kecuali pada penyakit trofoblastik dan didiagnosis dengan adanya peningkatan tekanan darah selama kehamilan sistolik ≥ 140 mmHg dan < 160 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg dan < 110 mmHg yang sebelumnya normal, disertai proteinuria $\geq 0,3$ sampai < 2 gram protein selama 24 jam atau dengan hasil reagen urine +1 (Varney, 2006).

2.1.2 Etiologi Preeklampsia Ringan

Teori yang mengemukakan tentang bagaimana dapat terjadi preeklampsia cukup banyak sehingga menyebutkan sebagai “disease of theory” (Zweifel, 1922).

Beberapa landasan teori yang dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut:

1. Teori Iskemia Plasenta

Teori yang dewasa ini banyak dikemukakan sebagai sebab preeklampsia ialah iskemia plasenta (Prawirohardjo, 2007). 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 oksigen 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 oksigen 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 oksigen dan menimbulkan situasi “iskemia regio uteroplacental” pada sekitar minggu ke-20. Keadaan ini dapat

menerangkan bahwa preeklampsia / eklampsia baru akan terjadi mulai minggu ke-20 kehamilan.

2. Teori Genetik Immunologis

Mulai di awal kehamilan dan berhubungan dengan gangguan pada plasenta yang sedang berkembang, sel – sel trofoblas yang menyerang ovum yang telah dibuahi sel sperma secara normal mampu merestrukturisasi arteri spiral maternal di dalam lapisan desidua uterus untuk menciptakan tekanan darah, suplai darah yang tinggi ke janin yang sedang berkembang.

Perkembangan plasenta belum selesai pada sekitar 18 minggu gestasi, dan jika ini tidak mengalami kemajuan secara normal, arteri spiralis yang menyuplai bantalan plasenta akan tetap sempit dan mempertahankan respon tersebut, hal ini menyebabkan vasospasme umum dan iskemia. Setelah gestasi 20 minggu, tekanan darah ibu meningkat sebagai respon terhadap kondisi di atas menyebabkan vasokonstriksi, aktivasi trombosit dan insufisiensi plasenta. Di tahap akhir hipertensi dalam kehamilan terkadang disebut sebagai preeklampsia. Kerusakan organ akhir terjadi pada sistem ginjal dan hepatic dengan gejala proteinuria, gangguan mekanisme pembekuan dan gangguan distribusi cairan yang menyebabkan edema umum. Keadaan ini dapat menerangkan bahwa preeklampsia / eklampsia baru akan terjadi mulai minggu ke-20 kehamilan (Medforth, 2011).

3. Teori Diet

Menurut teori diet ibu hamil, kebutuhan kalsium ibu hamil cukup tinggi untuk pembentukan tulang dan organ lain janin, yaitu 2 – 2,5 gr/hari. Bila, terjadi kekurangan kalsium, kalsium ibu hamil akan dikuras untuk

memenuhi kebutuhan sehingga terjadi pengeluaran kalsium dari jaringan otot. Fungsi kalsium dalam otot jantung menimbulkan peningkatan kontraksi sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan volume sekuncup jantung dan tekanan darah dapat dipertahankan. Kalsium pada otot pembuluh darah mengendalikan dan mengurangi kontraksi-vasokonstriksi sehingga tekanan darah dapat dikendalikan bersama dengan vasokonstriktor lainnya. Kekurangan kalsium yang terlalu lama menyebabkan dikeluarkannya kalsium dari jaringan otot sehingga menimbulkan manifestasi sebagai berikut, keluar dari otot jantung menimbulkan melemahnya kontraksi otot jantung dan menurunkan volume sekuncup sehingga aliran darah akan menurun, keluar dari otot pembuluh darah akan menimbulkan kontraksi, vasokonstriksi, dan meningkatkan tekanan darah tinggi (hipertensi) (Manuaba, 2008).

2.1.3 Patofisiologi

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia/ eklampsia. Vasokonstriksi menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriole disertai perdarahan mikro pada tempat endotel. Selain itu, adanya vasokonstriksi arteri spiralis akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi uteroplasenter yang selanjutnya akan menimbulkan maladaptasi plasenta. Hipoksia/ anoksia jaringan merupakan sumber reaksi hiperoksidase lemak, sedangkan proses hiperoksidasi itu sendiri memerlukan peningkatan konsumsi oksigen, sehingga dengan demikian

akan mengganggu metabolisme di dalam sel. Peroksidase lemak adalah hasil proses oksidase lemak tak jenuh yang menghasilkan hiperoksidase lemak jenuh.

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 dan Perubahan Patologi Preeklampsia Ringan

Tanda dan gejala preeklampsia ringan adalah :

- 1) Tekanan darah, kenaikan tekanan darah sistole ≥ 30 mmHg atau diastole ≥ 15 mmHg dari tekanan darah sebelum hamil. Pada kehamilan 20 minggu atau lebih tekanan darah sistole ≥ 140 mmHg (< 160 mmHg) diastole ≥ 90 mmHg (≤ 110 mmHg) dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- 2) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu.
- 3) Protein uria 0,3 gram atau lebih dengan tingkat kualitatif +1 sampai +2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.
- 4) Edema dependen, bengkak di mata, wajah, jari, pretibia atau tungkai, bunyi pulmoner tidak terdengar.
- 5) Hiperrefleksi +3, tidak ada klonus di pergelangan kaki.
- 6) Pengeluaran urin sama dengan masukan ≥ 30 ml/ jam.
- 7) Nyeri kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada nyeri ulu hati (Norma, 2013).

Perubahan pada plasenta dan uterus, menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu, pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat janin sampai kematian karena kekurangan oksigen. Telah diketahui bahwa pada preeklampsia dijumpai kadar aldosterone yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi daripada kehamilan normal. Aldosterone penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium. Pada preeklampsia permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapatkan pada preeklampsia, sehingga mudah terjadi partus prematurus.

Perubahan pada ginjal disebabkan oleh aliran darah ke ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus berkurang. Pada kehamilan normal, penyerapan ini meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi glomerulus akibat spasmus arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium melalui glomerulus menurun, yang menyebabkan retensi garam dan air. Fungsi ginjal pada preeklampsia tampaknya agak menurun bila dilihat dari clearance asam urik. Filtrasi glomerulus dapat turun sampai 50 % dari normal, sehingga menyebabkan diuresis turun, pada keadaan lanjut dapat terjadi oligouri atau anuria.

Perubahan pada retina, pada preeklampsia tampak edema retina, spasmus setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan. Spasmus arteri retina yang nyata menunjukkan adanya preeklampsia berat, walaupun demikian vasospasme ringan tidak selalu menunjukkan preeklampsia ringan. Gangguan penglihatan tetap jarang ditemukan.

Perubahan pada paru – paru, edema paru merupakan sebab utama kematian penderita preeklampsia dan eklampsia. Komplikasi ini biasanya disebabkan oleh dekompensasi kordis kiri.

Perubahan pada otak, aliran darah ke otak dan pemakaian oksigen pada preeklampsia tetap dalam batas normal. Elektrolit, kristaloid dan protein dalam serum tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklampsia. Konsentrasi kalium, natrium, kalsium, klorida dalam serum dalam batas normal. Gula darah, bikarbonas dan pH normal (Prawirohardjo, 2007).

Keadaan psikologi ibu preeklampsia berada dalam kondisi yang labil dan mudah marah, ibu merasa khawatir akan keadaannya dan keadaan janin dalam kandungan nantinya lahir cacat atau meninggal, hingga ibu takut melahirkan (Mitayani, 2011). Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya karena hal ini dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan (Muttakin, 2009). Dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan, memberikan rasa aman dan nyaman selama kehamilan dan persiapan menjadi orang tua (Asrinah, 2010).

2.1.5 Faktor Predisposisi Preeklampsia Ringan

Pemeriksaan pada pembuluh darah kecil uterus wanita dengan preeklampsia sering menunjukkan kegagalan invasi trofoblas pada arteri spiralis. Wanita dengan preeklampsia dapat mengalami kelainan aktivasi imun dan hal ini dapat menghambat invasi trofoblas pada pembuluh darah ibu. Hal ini dapat menjelaskan bagaimana preeklampsia lebih sering terjadi pada wanita yang terpajan antigen paternal untuk yang pertama kali, kehamilan pertama/ primigravida.

Hilangnya toleransi imunitas juga menjelaskan mengapa interval antar kehamilan yang jauh merupakan faktor resiko preeklampsia. Aktivasi abnormal pada sistem imun merupakan penyebab penyakit autoimun lainnya, seperti lupus eritematosus sistemik, yang meningkatkan risiko preeklampsia. Kadar sitokin serum yang meningkat terdeteksi pada wanita dengan preeklampsia juga dapat disebabkan oleh kelainan imunologis primer. Kelainan genetik tertentu dapat terlibat pada patofisiologi pre-

eklampsia. Wanita yang membawa mutasi pada komplemen reseptor CR-1 memiliki risiko yang meningkat terhadap pre-eklampsia. Resistensi insulin yang telah ada juga meningkatkan risiko. Fakta bahwa riwayat preeklampsia pada keluarga meningkatkan resiko penyakit ini menunjukkan bahwa mungkin terdapat banyak predisposisi genetik pada penyakit ini.

Ketidakcocokan antara kebutuhan janin/plasenta dengan kemampuan ibu untuk memenuhinya dapat menyebabkan preeklampsia dan akan menjelaskan berbagai faktor risiko seperti kehamilan multiple, penyakit vaskular ibu dan status hiperkoagulasi. Pendukung teori ini menunjukkan bahwa janin yang kurang gizi mengirimkan sinyal kepada ibu untuk meningkatkan perfusi plasenta. Jika ibu tidak mengkompensasi untuk merespon sinyal tersebut, janin akan mengirimkan lebih banyak sinyal lagi. Preeklampsia disebabkan oleh sinyal yang berlebihan ini. Sementara hal-hal yang mengawali kelainan plasenta belum jelas, mekanisme akhir yang umum pada preeklampsia dikenal sebagai disfungsi dan jejas endotel. Endotel vaskular biasanya berfungsi mencegah mikrokoagulasi dan memodulasi tonus vaskular. Jejas vaskular menyebabkan koagulasi dan mengubah respons otot polos vaskular menjadi zat vasoaktif. Seringkali, zat yang bekerja sebagai vasodilator pada endotel yang intak akan menyebabkan vasokonstriksi pada endotel yang rusak. Pada pre-eklampsia, disfungsi endotel dapat menjelaskan trias dasar hipertensi (vasospasme), edema(kebocoran kapiler) dan proteinuria (kerusakan sel ginjal akibat hipoperfusi) (Heffner, 2005).

Selain itu, faktor resiko preeklampsia adalah usia ibu yang ekstrim yaitu ≤ 15 atau ≥ 35 tahun (Heffner, 2005). Ibu hamil pertama pada umur < 16 tahun dianggap kelompok beresiko, karena rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan perawatan diri dan bayinya. Ibu yang hamil umur > 35 tahun, pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan (Rochjati, 2011). Selain itu, faktor predisposisi lain adalah adanya riwayat preeklampsia sebelumnya, adanya hipertensi kronik (Heffner, 2005).

2.1.6 Komplikasi Preeklampsia Ringan

Janin yang dikandung ibu hamil pengidap preeklampsia akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen dibawah normal. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit. Karena buruknya nutrisi, pertumbuhan akan terhambat sehingga akan terjadi bayi dengan berat lahir rendah. Bisa juga janin dilahirkan kurang bulan (premature). Komplikasi lanjutan dari kelahiran premature yaitu keterlambatan belajar, epilepsi, serebral palsy, masalah pendengaran dan penglihatan, biru saat dilahirkan (asfiksia). Selain itu dampak lainnya adalah terjadi insufisiensi uteroplacenta, abruptio plasenta, gawat janin, IUFD (intra uteri fetal dead), infark plasenta (Norma, 2013). Komplikasi yang muncul bagi ibu adalah terjadinya preeklampsia berat, eklampsia,

stroke, gagal ginjal, oligouria, sindrom HELLP “HE (hemolysis akibat toksik sitokin meningkat) L (Liver, keluarnya enzim liver karena terjadi perdarahan pada hati) LP (Low Platelet/trombositopenia yang menimbulkan tendensi perdarahan makin meningkat), edema paru, cedera hepatoselular (Heffner, 2005).

2.1.7 Pemeriksaan Laboratorium

1. Urinalisis, proteinuria merupakan kelainan khas preeklampsia. Proteinuria diatas 0,3 gram/24 jam atau positif 1-2 (Manuaba, 2007).
2. Tes kimia darah : ureum, kreatinin dan asam urat menilai fungsi ginjal. Biasanya konsentrasi ureum dan kreatinin tidak meningkat.
3. Tes fungsi hati , bilirubin, LDH dan SGOT menilai beratnya penyakit hepar.
4. Pemeriksaan koagulopati meliputi jumlah trombosit, fibrinogen total, waktu protrombin dan waktu tromboplastin dapat memberi kesan koagulasi intravascular.
5. Ultrasonografi, pengukuran secara seri dari diameter biparietal dapat menerangkan kejadian dini retardasi pertumbuhan intrauterin. Gerakan pernapasan janin, aktivitas janin dan volume cairan ketuban memberikan penilaian tambahan dari kesehatan janin. Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda atau anomal janin.
6. Amniosentesis : tes dari cairan ketuban (rasio fosfatidilgliserol dan fosfatidilkolin jenuh) memberikan penilaian dari maturitas paru janin.
7. Pengukuran estriol, memberikan penilaian fungsi fetoplasental. Kadar yang rendah atau menurun memberi kesan insufisiensi fetoplasental.

8. Human Placental Laktogen yang kurang dari 4 mcg/ml memberi kesan fungsi plasenta yang abnormal dan janin dalam bahaya (Benson , 2008).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Peran bidan dalam hubungannya dengan gangguan tekanan darah tinggi selama kehamilan terletak pada ketelitiannya melakukan pemeriksaan, mengidentifikasi dini dan melakukan konsultasi atau berkolaborasi dengan dokter. Preeklampsia bisa menimbulkan dampak yang sangat serius baik pada janin maupun pada ibu. Oleh karena itu, mempertahankan tingkat kecurigaan yang tinggi dan menghindari asumsi berlebihan bahwa temuan yang diperoleh menunjukkan kondisi normal akan membantu menegakkan diagnosa yang tepat (Varney, 2006).

Pengobatan hanya dapat dilakukan secara simtomatis karena etiologi pre-eklampsia dan faktor-faktor dalam kehamilan yang menyebabkannya belum diketahui. Tujuan utama penanganan adalah mencegah terjadinya pre-eklampsia berat dan eklampsia,, melahirkan janin hidup, melahirkan janin dengan trauma sekecil-kecilnya.

Pada dasarnya penanganan preeklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan obstetrik ditujukan untuk melahirkan bayi pada saat yang optimal yaitu sebelum janin mati dalam kandungan akan tetapi sudah cukup matur untuk hidup di luar uterus. Setelah persalinan berakhir, jarang terjadi eklampsia, dan janin yang sudah matur lebih baik hidup diluar (Prawirohardjo, 2007).

Penatalaksanaan preeklampsia ringan:

1) Konservatif

Bisa rawat jalan dengan anjuran untuk banyak istirahat/ tirah baring. Bed rest membantu organ – organ ibu untuk dapat bekerja lebih efektif. Misalnya, dapat membantu jantung dan ginjal agar berfungsi dengan baik sehingga menurunkan tekanan darah. (Siswosuharjo, 2010). 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). Selain itu, istirahat juga mengurangi kebutuhan volume darah beredar. Oleh sebab itu dengan istirahat, biasanya tekanan darah turun dan edema berkurang (Prawirohardjo, 2007).

Pada umumnya indikasi untuk merawat pasien pr-eklamsia di rumah sakit adalah tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih, proteinuria +1 atau lebih, kenaikan berat badan 1,5 kg atau lebih dalam seminggu yang berulang, penambahan edema berlebihan secara tiba-tiba. Perlu diperhatikan apabila hanya ada 1 tanda yang ditemukan, perawatan belum seberapa mendesak akan tetapi pengawasan ditingkatkan dan kepada yang bersangkutan dianjurkan segera datang jika ada keluhan. Pemberian terapi farmakologis pada preeklampsia ringan adalah fenobarbital 3x30 mg sehari akan menenangkan penderita dan dapat juga menurunkan tekanan darah.

Pemantauan keparahan penyakit secara kontinyu pada pasien rawat inap dengan preeklampsia ringan :

1. Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang sesuai yang diikuti oleh pemantauan setiap hari akan adanya gejala dan tanda, seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium dan peningkatan berat badan yang mendadak (Chrisdiono, 2004), tanda-tanda eklampsia seperti hiperaktif, reflek patella (+) syarat pemberian SM (Sulfat Magnesium) pencegahan kejang (Bobak, 2004). Gejala tersebut merupakan manifestasi dari perubahan pada otak, ginjal, jantung dan paru yang mendahului status kejang (Manuaba, 2007)
2. Penimbangan berat badan saat masuk dan selanjutnya setiap 2 hari. Perubahan tiba – tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan (Muttaqin, 2009).
3. Anjurkan ibu miring kiri dan cukupkan istirahat (APN, 2008). Miring kiri mencegah penekanan aorta kava sehingga peredaran darah uteroplasenta tidak terganggu
4. Pemeriksaan urin untuk protein saat masuk dan paling tidak setiap 2 hari.
5. Pemeriksaan tekanan darah dengan ukuran manset yang sesuai setiap 4 jam. Tekanan diastole > 110 mmHg dan sistole 160 atau lebih merupakan indikasi dari preeklampsia berat.
6. Pengukuran kreatinin plasma, hematokrit, trombosit, dan enzim hati serum.
7. Ukur intake dan output cairan karena penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan keluaran urin (Muttaqin, 2009)

8. Evaluasi ukuran janin dan volume cairan amnion secara berkala oleh pemeriksa yang telah berpengalaman atau dengan sonografi serial jika usia janin jauh dari aterm.

Diet rendah garam dan tinggi protein. Natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma yang berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung sehingga akan meningkatkan kebutuhan jantung (Muttaqin, 2009).

Biasanya dengan tindakan sederhana ini, tekanan darah turun, berat badan dan edema turun, proteinuria tidak timbul atau berkurang. Setelah keadaan menjadi normal kembali penderita dibolehkan pulang, akan tetapi harus diperiksa lebih sering dari biasa. Bila hipertensi menetap biarpun tidak tinggi, penderita tetap tinggal di rumah sakit. Dalam hal ini perlu diamati keadaan janin dengan pemeriksaan kadar estriol dalam air kencing berulang kali, pemeriksaan ultrasonik, amnioskopi.

2) Terminasi

Beberapa kasus preeklampsia ringan tidak membaik dengan penanganan konservatif. Tekanan darah meningkat, retensi cairan dan proteinuria bertambah walaupun penderita istirahat dengan pengobatan medik. Dalam hal ini pengakhiran kehamilan dilakukan walaupun janin masih prematur.

Pada umumnya, indikasi untuk pengakhiran kehamilan adalah :

- a. Preeklampsia ringan dengan kehamilan lebih dari cukup bulan
- b. Preeklampsia dengan hipertensi dan proteinuria menetap selama 10 sampai 14 hari dan janin sudah cukup matur.

c. Preeklampsia berat dan eklampsia

Perlu diperhatikan induksi persalinan yang dilakukan terlalu dini akan merugikan karena bahaya prematuritas, tetapi sebaliknya induksi yang terlambat dengan adanya insufisiensi plasenta akan menyebabkan kematian intrauterine janin. Bila keadaan janin mengizinkan ditunggu dengan melakukan induksi persalinan sampai kehamilan cukup bulan atau lebih dari 37 minggu (Prawrohardjo, 2007).

Cara persalinan yang dipilih adalah pervaginam. Cara ini dapat menghindarkan ibu dan janin dari stress lebih lanjut dan resiko pembedahan. Ketika keputusan ditetapkan untuk melakukan persalinan, maka induksi persalinan segera dapat dilakukan. Apabila persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan sehubungan dengan waktu yang mendesak atau karena ada indikasi lain, maka persalinan dapat dilakukan melalui sectio caesarea. Apabila ternyata sectio caesarea harus dilakukan, maka pilihan anestesi yang dianjurkan adalah epidural. Pembedahan secara umum sedapat mungkin dihindari karena hal ini akan meningkatkan risiko preeklampsia (Varney, 2006).

2.1.9 Preeklampsia dalam Persalinan

Tidak boleh dilupakan bahwa kadang-kadang hipertensi timbul untuk pertama kali dalam persalinan dan dapat menjadi eklampsia, walaupun pada pemeriksaan antenatal tidak ditemukan tanda-tanda preeklampsia. Dengan demikian, pada persalinan normal pun tekanan darah perlu diperiksa berulang-ulang dan air kencing perlu diperiksa terhadap protein.

Telah diketahui bahwa pada preeklampsia janin diancam bahaya hipoksia, dan pada persalinan bahaya ini makin besar. Pada gawat janin, dalam kala I dilakukan segera sectio caesarea.

Pada kala II, pada penderita dengan hipertensi bahaya perdarahan dalam otak lebih besar sehingga apabila syarat-syarat telah dipenuhi hendaknya persalinan diakhiri dengan cunam atau ekstraktor vacuum dengan memberikan narkosis umum untuk menghindarkan rangsangan pada susunan saraf pusat. Anestesi lokal dapat diberikan bila tekanan darah tidak terlalu tinggi dan penderita masih somnolen karena pengaruh obat.

Pemberian ergometrin secara rutin pada kala III tidak dianjurkan, kecuali jika ada perdarahan postpartum karena atonia uteri. Hal ini karena ergometrin menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan dapat meningkatkan tekanan darah.

Saat postpartum, bayi sering menunjukkan tanda asfiksia neonatorum karena hipoksia intrauterine, pengaruh obat penenang, atau narkosis umum sehingga diperlukan resusitasi. Pemberian obat penenang diteruskan sampai 48 jam postpartum, karena ada kemungkinan setelah persalinan berakhir, tekanan darah naik dan eklampsia timbul. Selanjutnya, obat tersebut dikurangi secara bertahap dalam 3 sampai 4 hari (Prawirohardjo, 2007). Salah satu faktor pemicu atonia uteri pada kala IV adalah hipertensi dalam kehamilan/ preeklampsia untuk itu tindakan masase uterus pada kala IV sesuai asuhan dalam 2 jam post partum tetap dilakukan (Yanti,2009).

2.1.10 Preeklampsia Postpartum

Preeklampsia postpartum adalah kondisi langka yang terjadi ketika seorang wanita memiliki tekanan darah tinggi dan kelebihan protein dalam urin segera setelah melahirkan. Sebagian besar kasus postpartum preeklampsia berkembang dalam waktu 48 jam persalinan. Namun, preeklampsia postpartum kadang-kadang berkembang hingga empat sampai enam minggu setelah melahirkan. Hal ini dikenal sebagai akhir preeklampsia postpartum.

Preeklampsia postpartum membutuhkan pengobatan yang tepat. Jika tidak diobati, preeklampsia postpartum dapat mengakibatkan kejang, edema paru, stroke, tromboemboli, Hellp syndrome, resiko penyakit kardiovaskular.

1. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala preeklampsia postpartum mirip dengan preeklampsia yang terjadi selama kehamilan :

- 1) Tekanan darah tinggi (hipertensi) 140/90 mm Hg atau lebih besar
- 2) Kelebihan protein dalam urin (proteinuria)
- 3) Sakit kepala
- 4) Penglihatan kabur atau sensitivitas cahaya
- 5) nyeri perut bagian atas, biasanya di bawah rusuk di sisi kanan
- 6) Mual atau muntah
- 7) Penurunan buang air kecil

- 8) Kenaikan berat badan mendadak, biasanya lebih dari 2 pon (0,9 kilogram) seminggu, biasanya ditandai dengan edema pada ekstremitas, wajah dan pretibia.

2. Faktor Resiko

Penelitian yang terbatas menunjukkan bahwa faktor risiko preeklampsia postpartum mungkin mencakup :

- 1) Tekanan darah tinggi selama kehamilan (penyakit hipertensi). Peningkatan risiko preeklampsia postpartum jika tekanan darah tinggi setelah 20 minggu kehamilan (gestational hypertension) atau tekanan darah tinggi dan protein dalam urin Anda setelah 20 minggu kehamilan (preeklampsia) .
- 2) Obesitas . Risiko preeklampsia postpartum lebih tinggi jika gemuk .

3. Pengobatan

Preeklampsia postpartum diobati dengan obat-obatan :

- 1) Obat untuk mencegah kejang/ anticonvulsive , seperti magnesium sulfat , dapat membantu mencegah kejang . Magnesium sulfat biasanya diambil selama 24 jam . Setelah pengobatan dengan magnesium sulfat , dokter akan memantau tekanan darah, buang air kecil (BAK) dan gejala lainnya .
- 2) Obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi . Jika tekanan darah sangat tinggi dan obat anticonvulsive tidak

menurunkannya , dokter mungkin meresepkan obat lain untuk menurunkan tekanan darah atau antihipertensi.

- 3) Jika menyusui, konsultasikan dengan dokter agar tetap menyusui dan tanyakan obat yang aman untuk mengobati preeklampsia postpartum.

Periode postpartum sering membawa ketidaknyamanan fisik serta turunnya emosi . Jika telah didiagnosis dengan preeklampsia postpartum, perlu dilakukan rawat inap atau tinggal di rumah sakit lebih lama dari yang direncanakan atau akan diterima kembali ke rumah sakit . Hal ini dapat menyebabkan stres tambahan. Bersandar pada orang yang dicintai dan kontak dekat lainnya untuk mendapatkan dukungan. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan untuk menentukan pengelolaan kondisi yang aman pada preeklampsia postpartum dan peran sebagai ibu dari bayi yang baru lahir (Mayo, 2012).

2.1.11 Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Saifuddin, 2006).

1. Persiapan Operasi

- 1) Persetujuan medik.
- 2) Di ruang perawatan pasien puasa 6 jam.
- 3) Diperiksa ulang pemeriksaan yang diperlukan seperti darah rutin, fungsi hati, fungsi ginjal, gula darah untuk sectio

caesarea elektif. Untuk sectio caesarea emergensi cukup pemeriksaan Hb, hematokrit, golongan darah.

- 4) Baju pasien diganti dengan baju khusus kamar operasi.
- 5) Pasang infus ringer laktat atau larutan NaCl 0,9%.
- 6) Pasang folley kateter.
- 7) Baringkan pasien pada posisi tidur (Saifuddin, 2006).

2. Perawatan Post Operasi

Persalinan dengan sectio caesarea memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operatif dan perawatan post partum. Manifestasi klinis sectio caesarea antara lain :

- 1) Nyeri akibat luka pembedahan
- 2) Adanya luka insisi pada bagian abdomen.
- 3) Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus.
- 4) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan atau lochea tidak banyak.
- 5) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.
- 6) Emosi labil dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru.
- 7) Terpasang kateter urinarius
- 8) Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar.
- 9) Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual muntah.
- 10) Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler.

11) Pada kelahiran sectio caesarea tidak direncanakan biasanya kurang paham prosedur (Doengoes, 2001).

Perawatan post sectio caesaerea dilakukan dengan :

1. Perawatan awal

- 1) Letakan pasien dalam posisi pemulihan
- 2) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 4) Transfusi jika diperlukan
- 5) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

2. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar

- 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan latihan pernafasan.
 - 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
 - 5) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.
 - 6) Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkut barang yang berat.
 - 7) Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen.
4. Fungsi gastrointestinal
- 1) Jika tindakan tidak berat beri pasien diit cair.
 - 2) Jika ada tanda infeksi , tunggu bising usus timbul.
 - 3) Jika pasien bisa flatus mulai berikan makanan padat.
 - 4) Pemberian infus diteruskan sampai pasien bisa minum dengan baik.
5. Perawatan fungsi kandung kemih
- 1) Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam
 - 2) Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih
 - 3) Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jernih.

- 4) Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nitrofurantoin 100 mg per oral per hari sampai kateter dilepas
 - 5) Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
6. Pembalutan dan perawatan luka
- 1) Jika pada pembalut luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut
 - 2) Jika pembalut agak kendur , jangan ganti pembalut, tapi beri plester untuk mengencangkan
 - 3) Ganti pembalut dengan cara steril yaitu luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
7. Jika masih terdapat perdarahan, lakukan masase uterus. Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ml cairan IV (garam fisiologik atau RL) 60 tetes/menit, ergometrin 0,2 mg IM dan prostaglandin.
8. Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotika kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :
- 1) Ampisilin 2 gram IV setiap 6 jam
 - 2) Ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan intra vena setiap 8 jam
 - 3) Ditambah metronidazol 500 mg intra vena setiap 8 jam.

9. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan. Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting

1) Suppositoria= ketoprofen 2x/ 24 jam

2) Oral= tramadol tiap 6 jam atau paracetamol

3) Injeksi= penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam.

10. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan roboransia seperti neurobian dan vitamin C.

(Setiono, 2013)

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberi pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan / masalah dalam bidang kesehatan ibu di masa hamil, persalinan, nifas, bayi setelah lahir, serta keluarga berencana (Purwandari, 2008).

2.2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Menurut Varney

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 II : 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 usia kehamilan.....minggu,tunggal, hidup, letak..., intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baik denganMasalah yang sering muncul yaitu cemas, takut, dan sebagainya. Kebutuhan yang dimaksud adalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pada masalah yang telah dialami (Suryani, 2008). Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian postpartum, seperti diagnosis: postpartum hari pertama, post sectio sesaria dan lain-lain (Wildan; Hidayat, 2008).

Diagnosis yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan, yaitu : diakui dan telah disahkan 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 III : 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 IV: Identifikasi 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 V: 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 kepada klien.

6. Langkah VI: 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 VII: 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 di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya (Suryani, 2008).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan dengan Preeklampsia Ringan

2.3.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subjektif

(1) Identitas

Umur : 16 – 35 tahun (Rochjati, 2011).

(2) Keluhan utama : nyeri kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan (Norma, 2013).

(3) Riwayat Obstetri : Primigravida, kehamilan multiple, komplikasi preeklampsia pada kelahiran sebelumnya (Heffner, 2005).

(4) Riwayat Penyakit yang diderita : penyakit diabetes melitus, penyakit ginjal, penyakit lupus eritematosus, hipertensi kronik (Heffner, 2005).

(5) Riwayat Kehamilan sekarang pada trimester ke 3 : penambahan berat badan yang lebih dari 1 kg/ minggu (Norma, 2013).

(6) Riwayat kehamilan lalu : pre eklampsia pada kehamilan sebelumnya (Heffner, 2005)

(7) Riwayat Haid : hari pertama haid terakhir, penentuan usia gestasi, usia gestasi > 20 minggu (Yeyeh, 2010).

(8) Kondisi Emosional : merasa khawatir akan keadaannya dan keadaan janin dalam kandungan nantinya lahir cacat atau meninggal (Mitayani, 2011).

(9) Riwayat Keluarga : riwayat preeklampsia/hipertensi pada keluarga (Heffner,2005).

(10) Riwayat Kesehatan Fungsional

- a. Nutrisi : konsumsi tinggi garam atau tinggi natrium (Muttaqin, 2009)
- b. Eliminasi : pengeluaran urin sama dengan masukan (Norma, 2013)

2) Data Objektif

(1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : $\geq 140/90$ mmHg dan $\leq 160/100$ mmHg (Fadlun, 2012)

Berat badan : penambahan lebih dari 1 kg/minggu (Norma, 2013)

(2) Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi : edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan (Yeyeh, 2010)
- b. Palpasi :
 - a) pemeriksaan wajah : edema pada wajah, mata (Yeyeh, 2010).
 - b) pemeriksaan abdomen :
 - (a) Leopold I : mengetahui tinggi fundus uteri setinggi pusat atau 2 sampai 3 jari di bawah prosesus xiphoideus bila usia kehamilan > 20 minggu, teraba benda bulat dan lunak.
 - (b) Leopold II : bagian kanan atau kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan.
 - (c) Leopold III : teraba bulat keras dapat / tidak dapat digoyangkan.
 - (d) Leopold IV : konvergen atau divergen.
 - c) Pemerisaan ekstremitas : edema pada pretibia, tangan (Yeyeh, 2010)
- c. Perkusi : reflex patella (+) (Bobak, 2004)

(3) Pemeriksaan Laboratorium: Urinalisis : Proteinuria diatas 0,3 gram/24 jam atau positif 1-2 (Norma, 2013), tes kimia darah, tes fungsi hati, pemeriksaan koagulopati (Benson, 2008).

(4) Pemeriksaan Penunjang : Ultrasonografi, amniosintesis, pengukuran estriol (Benson, 2008).

2. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa : G..PAPIAH usia kehamilan > 20 minggu dengan Preeklampsia Ringan

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).

3. Diagnosa 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).

4. Identifikasi Tindakan Segera : kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan (Varney, 2007).

5. Intervensi

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1x30 menit diharapkan ibu mengerti tentang keadaannya.

Kriteria Hasil: Keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital cukup (tekanan darah < 140/90 mmHg, nadi 80-100 x/ menit, respiratory rate 16-24 x/menit, S:

36,5-37,5 °C), keadaan umum janin baik. detak jantung janin dalam batas normal (120-160x / menit), ibu dapat memahami penjelasan yang diberikan petugas.

1) Anjurkan istirahat bila rawat jalan.

Rasionalisasi: 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) Rawat inap pasien preeklampsia di rumah sakit bila keadaan memburuk dan dilakukan :

(1) Monitor tekanan darah tiap 4 jam

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

(2) Berikan diet rendah garam

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

(3) Catat intake dan output

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

(4) Timbang berat badan dan pemeriksaan urin

Rasionalisasi: perubahan tiba – tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan (Muttaqin, 2009), protein dalam urin

merupakan kelainan yang khas pada pasien preeklampsia.(Manuaba, 2009).

3) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi farmakologis

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

2.3.2 Persalinan

A. Kala I

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subjektif

Keluhan Utama : nyeri perut akibat kontraksi, keluar lendir campur darah (APN, 2008).

Kondisi psikis : peningkatan kecemasan menghadapi persalinan (Yanti, 2009).

2) Data Objektif

(1) Pemeriksaan Umum

Tanda-tanda vital : tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$ (Fadlun,2012)

Berat badan : penambahan berat badan jauh melebihi 1 kg pada 1 minggu (Norma, 2013).

(2) Pemeriksaan Fisik :

a. Wajah : terdapat edema pada mata dan wajah (Yeyeh, 2010)

b. Abdomen :

- a) Leopold I : Tinggi fundus uteri ≤ 3 jari bawah posessus 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, Auskultasi : detak jantung janin 120-160 x/menit (APN,2008)
- c. Ekstremitas : edema tangan dan pretibia tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh,2010), refleks patella (+) (Bobak, 2004).
- (3) Pemeriksaan Dalam : pembukaan kurang 4cm fase laten atau pembukaan 4-10 cm fase aktif , effacement 25 – 100 % , ketuban pecah atau tidak , denominator ubun-ubun kecil, presentasi kepala, Hodge-II – Hodge-IV (APN, 2008).
- (4) Pemeriksaan Penunjang : urinalisis , ditemukan Proteinuria diatas 0,3 g/24 jam atau positif 1-2 (Manuaba dkk, 2009); ultrasonografi (Benson, 2008).

2. Interpretasi Data Dasar

- (1) Diagnosa : G...PAPIAH usia kehamilan lebih dari 37 minggu kala 1 fase laten / fase aktif dengan Preeklampsia ringan
- (2) Masalah : Rasa cemas menghadapi persalinan (Yanti, 2009).
- (3) Kebutuhan : dukungan fisik dan psikologis (Yanti, 2009) dan pemberian asuhan sayang ibu (APN, 2008).

3. Diagnosa masalah potensial

(1) Bagi ibu: Preeklampsia berat, eklampsia, HELLP sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular.

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

4. Tindakan segera pada Kala I : kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk perawatan aktif (terminasi kehamilan) bila terjadi gawat janin (Prawirohardjo, 2007).

5. Intervensi

Tujuan: pada primigravida ≤ 14 jam dan pada multigravida ≤ 11 jam (APN, 2008)

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital cukup (tekanan darah $< 140/90$ mmHg, nadi 80-100 x/ menit, respiratory rate 16-24 x/menit, suhu: 36,5-37,5 $^{\circ}\text{C}$), Keadaan umum janin baik, detak jantung janin dalam batas normal (120-160x / menit).

1) Anjurkan Istirahat

Rasionalisasi: 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) Tirah baring ke sisi kiri

Rasionalisasi: vena kava terletak di kanan aorta sehingga mencegah penekanan aorta kava

3) Monitor tekanan darah

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

4) Ukur intake dan output cairan

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

5) Kaji adanya tanda-tanda eklampsia (hiperaktif, reflek patella dalam, penurunan nadi, dan respirasi, nyeri epigastrium dan oliguria)

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

6) Beri dukungan psikologis dari keluarga atau tenaga kesehatan lain.

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

7) Kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

Rasionalisasi: pilihan tindakan apabila keadaan preeklampsia menetap atau memburuk dilakukan terminasi kehamilan dengan induksi persalinan atau seksio caesarea (Prawirohardjo, 2007).

B. Kala II

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subjektif

Keluhan Utama : ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina (Yanti, 2009).

2) Data Objektif :

(1) Pemeriksaan Umum : kesadaran : compos mentis, tanda-tanda vital: tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$ (Fadlun,2012).

(2) Pemeriksaan Fisik :

a. Palpasi : edema pada mata, wajah, tangan dan pretibia karena penambahan berat badan, tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh, 2010); his adekuat 3x atau lebih dengan frekuensi > 45 detik dalam 10 menit (APN,2008)

b. Auskultasi : detak jantung janin < 100 atau > 180 x/menit.

c. Pemeriksaan Dalam : vaginal touge ≈ 10 cm, effacement 90 - 100% , denominator ubun-ubun kecil, presentasi kepala, ketuban pecah atau tidak (APN, 2008)

(3) Pemeriksaan Penunjang : urinalisis , ditemukan protein (+) (Manuaba, 2008), ultrasonografi (Benson, 2008).

2. Interpretasi Data Dasar:

1) Diagnosa : G..PAPIAH usia kehamilan > 37 minggu inpartu kala II dengan Preeklampsia ringan.

2) Masalah : panik kecemasan menghadapi persalinan (Yanti, 2009).

3) Kebutuhan : dukungan fisik dan psikologis (Yanti, 2009) dan asuhan sayang ibu (APN, 2008).

3. Diagnosa masalah potensial :

1) Bagi ibu: Preeklampsia berat, eklampsia, Hellp sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular (Heffner, 2005).

2) Bagi janin : asfiksia (Heffner, 2005).

4. Tindakan segera / rujukan kolaborasi dengan dr. SpOG dalam tindakan mempercepat kala II (Prawirohardjo, 2007).

5. Intervensi

Tujuan : persalinan berjalan ≤ 2 jam pada primi, dan ≤ 1 jam pada multi (Asri, 2010)

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, tanda- tanda vital cukup (tekanan darah $< 140/90$ mmHg, nadi 80-100 x/ menit, respiratory rate 16-24 x/menit, Suhu: 36,5-37,5 $^{\circ}\text{C}$), Keadaan umum bayi baik, asfiksia tertangani (respiratory rate bayi : 40-60 x/menit, nadi : 120-160 x/menit)

- 1) Lakukan pertolongan persalinan asuhan persalinan normal langkah 1-27.
- 2) Siapkan resusitasi.

Rasionalisasi: pada preeklampsia bayi sering menunjukkan tanda asfiksia neonatorum karena hipoksia intrauterine, pengaruh obat penenang, atau narkosis umum.

- 3) Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam mempercepat kala 2 dengan ekstraksi vacuum atau cunam ekstraksi.

Rasionalisasi: bahaya perdarahan dalam otak lebih besar pada penderita hipertensi (Prawirohardjo, 2007).

C. Kala III

1. Pengumpulan Data Dasar

- 1) Data Subjektif

Keluhan utama : merasa lelah setelah persalinan dan merasakan nyeri sedang pada perut (Yanti, 2009)

Kondisi psikologis : merasa gelisah, khawatir, dan ingin segera melihat bayinya (Cunningham, 2010).

2) Data Objektif

(1)Pemeriksaan Umum : tekanan darah : $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$
(Fadlun,2012)

(2)Pemeriksaan Fisik :

- a. Palpasi : edema pada mata, wajah, tangan dan pretibia karena penambahan berat badan, tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh, 2010); uterus berkontraksi (Yanti, 2009).
- b. Inspeksi : keluar semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat terlihat keluar memanjang (Yanti, 2009).

2. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : PAPIAH kala III dengan Preeklampsia ringan.
- 2) Masalah : khawatir dengan kondisinya dan bayinya (Cunningham, 2010).
- 3) Kebutuhan : dukungan fisik dan psikologis (Yanti, 2009).

3. Masalah Potensial :

Bagi ibu: preeklampsia berat, eklampsia, Hellp sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular (Heffner, 2005) , atonia uteri (Yanti, 2009).

4. Tindakan Segera : kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

5. Intervensi

Tujuan : plasenta lahir < 30 menit (APN, 2008)

Kriteria Hasil : kontraksi uterus lebih efektif, plasenta lahir lengkap (APN, 2008), Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital cukup (tekanan darah <140/90 mmHg, nadi 80-100 x/ menit, respiratory rate ibu 16-24 x/menit, S:

36,5-37,5 °C), keadaan umum bayi baik asfiksia tertangan (respiratory rate bayi : 40-60 x/menit, nadi : 120-160 x/menit).

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

Rasionalisasi: ergometrin menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan dapat meningkatkan tekanan darah (Prawirohardjo, 2007).

D. Kala IV

1. Pengumpulan Data Dasar

- 1) Data Subjektif

Keluhan utama: merasa lelah setelah persalinan (Yanti, 2009)

- 2) Data Objektif

- (1) Pemeriksaan Umum:

Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$ (Fadlun, 2012).

- (2) Pemeriksaan Fisik :

Palpasi : edema pada mata, wajah, tangan dan pretibia karena penambahan berat badan, tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh, 2010). Uterus keras, tinggi fundus uteri setinggi pusat-2 jari bawah pusat kandung kemih kosong (Saleha, 2009).

- (3) Pemeriksaan Penunjang : urinalisis , ditemukan protein (+) (Manuaba, 2008)

2. Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : PAPIAH kala IV dengan preeklampsia ringan
- 2) Masalah : cemas dengan keadaannya (Mitayani, 2011)

- 3) Kebutuhan : informasi tentang keadaan klien dan dukungan dari tenaga kesehatan

3. Masalah Potensial :

Bagi ibu: preeklampsia berat, eklampsia, Hellp sindrom, gagal jantung, edema paru, cedera hepatoselular (Heffner, 2005).

4. **Tindakan Segera** : kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

5. Intervensi

Tujuan: pemantauan 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : pemulihan total kesehatan ibu (Cunningham, 2010), Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital cukup (Tekanan darah <140/90 mmHg, nadi 80-100 x/ menit, Rr 16-24 x/menit, S: 36,5-37,5 °C), keadaan umum bayi baik, (Respiratory rate bayi : 40-60 x/menit, nadi : 120-160 x/menit), perdarahan ≤ 500 ml selama 24 jam, kontraksi uterus efektif / keras (APN, 2008).

- 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).

2.3.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subjektif

(1) Keluhan : mules perut setelah persalinan (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) Psikologis : stress atau cemas (Mayo, 2012)

2) Data Objektif

(1) Pemeriksaan Umum : tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg tetapi $\leq 160/100$ (Fadlun,2012), nadi 80 - 100x / menit, suhu ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$); respiratory rate : 16-24 x/menit.

Berat badan (BB) : kenaikan melebihi 1kg dalam seminggu (Mayo, 2012)

(2) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi lochea berwarna merah segar dari jalan lahir hari 1 sampai ke 3 (Saleha, 2009).

b. Palpasi, abdomen : tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong (Saleha, 2009).Wajah dan Ekstremitas : edema pada mata, wajah,tangan dan pretibia karena penambahan berat badan, tidak hilang dengan istirahat (Yeyeh, 2010).

(3) Pemeriksaan Penunjang urinalisis : urinalisis , ditemukan protein (+) (Manuaba, 2008).

2. Interpretasi data dasar

1) Diagnosa PAPIAH postpartum hari ke 1 dengan preeklampsia ringan

- 2) Masalah : cemas pada keadaannya
- 3) Kebutuhan : dukungan dari orang terdekat, pemberian asuhan pada preeklampsia postpartum yang aman. (Mayo, 2012)

3. Masalah Potensial: preeklampsia berat, eklampsi postpartum, HELLP sindrom, edema paru, stroke, tromboemboli, resiko penyakit kardiovaskular (Mayo, 2012)

4. Tindakan segera : kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

5. Intervensi

Tujuan : asuhan kebidanan selama 4 sampai 6 minggu pasca persalinan sebagai akhir dari preeklampsia post partum diharapkan kondisi ibu membaik (Mayo, 2012).

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.

1) Anjurkan istirahat

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

2) Perlu rawat inap dan dilakukan :

(1) Monitor tekanan darah tiap 4 jam

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

(2) Berikan diet rendah garam

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

(3) Catat intake dan output

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

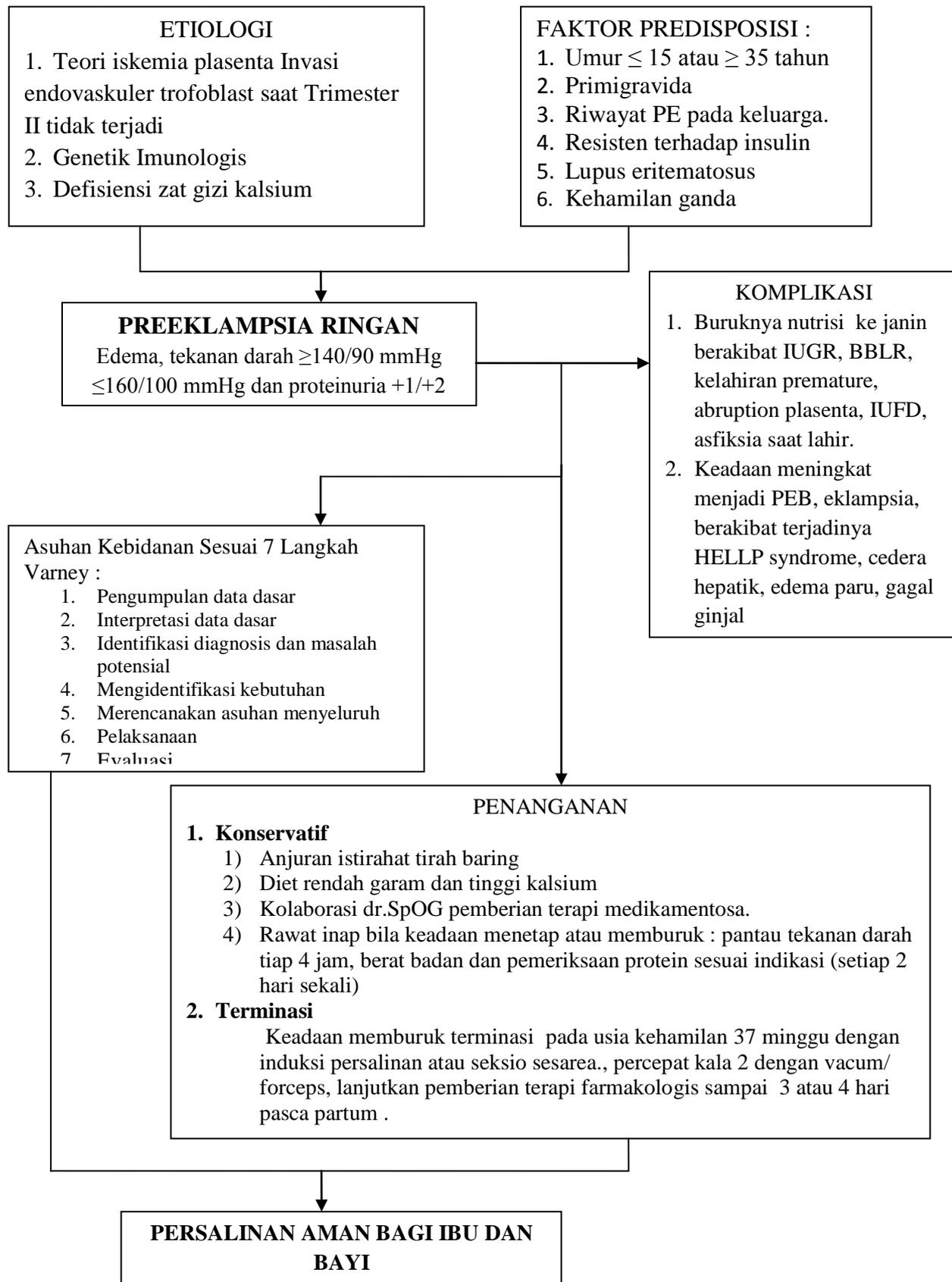
(4) Pemantauan kontraksi , tinggi fundus uteri dan pengeluaran pervaginam.

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

3) Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam pemberian terapi farmakologis preeklampsia postpartum.

Rasionalisasi: menenangkan penderita dan menurunkan tekanan darah untuk mencegah terjadinya kejang (Mayo, 2012).

2.4 Kerangka Konsep Preeklampsia Ringan



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Preeklampsia Ringan