

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Medis

1. Kehamilan Normal

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus dalam tubuhnya awal kehamilan terjadi pertemuan sel telur perempuan lepas ke saluran sel telur. Pada saat persetubuhan. Dengan kompetensi yang sangat ketat, salah satu sperma tersebut akan berhasil menembus sel telur dan bersatu dengan fertilisasi atau konsepsi (Astuti Maya, 2010 : 16)

Kehamilan adalah pertemuan antara sel telur dengan sel spermatozoa (konsepsi) yang diikuti dengan perubahan fisiologis dan psikologis (Mitayani, 2011 : 2).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

b. Periode Antepartum

Munurut Asrinah dkk (2010 : 17) periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yaitu :

- 1) Trimester I berlangsung pada 0 inggu hingga ke- 12
- 2) Trimester II minggu ke- 13 sampai dengan minggu ke- 17
- 3) Trimester III minggu ke- 28 sampai dengan minggu ke- 40

c. Proses Konsepsi, Fertilisasi dan Implantasi

1) Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan (Sulistyawati, 2012 : 35).

2) Fertilisasi

Fertilisasi adalah kelanjutan dari proses konsepsi yaitu sperma bertemu dengan ovum terjadi penyatuan sperma dengan ovum, sampai dengan terjadinya perubahan fisik dan kimiawi ovum sperma hingga menjadi buah kehamilan (Sulistyawati, 2012 : 35-56).

3) Implantasi (Nidasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut *trofoblast*, yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan (Sulistyawati, 2012 : 37-38).

d. Tanda-tanda Kehamilan

- 1) Tanda tidak pasti hamil (presumtif) menurut Astuty Maya (2010 : 25-31)

Tanda tidak pasti hamil terdiri dari:

- a) Tidak terjadi menstruasi/haid (*amenorea*)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus *Neagie*: $HT - 3$ (bulan + 7).

- b) Mengidam

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

- c) Suhu tubuh naik

Metabolisme (pembakaran kalori) di dalam tubuh wanita hamil menjadilebih cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin

- d) Mual dan muntah

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".

e) Payudara membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara

f) Sering berkemih

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

g) Konstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

i) Epulis

Suatu *hipertrofi papilla gingivae* (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama.

j) Varises

Varises (pemekaran vena-vena) Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.

2) Tanda mungkin hamil menurut Astuty Maya (2010 : 31-35)

a) Perut membesar

Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.

b) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar

c) Ada tanda *Hegar* yaitu melunaknya segmen bawah rahimd) Tanda *Chadwick*, terjadi perubahan warna pada portioe) Tanda *Piscacek*, terjadi pembesaran dan perlunakan yang tidak simetris pada hasil tempat konsepsi (tempat implantasi tertanam)f) Teraba *Ballotement*, adalah pantulan pada saat rahim di goyangkan.

g) Reaksi kehamilan positif

3) Tanda pasti hamil

Tanda pasti hamil menurut Astuty Maya (2010 : 35-36) sebagai berikut:

- a) Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan
 - b) Denyut Jantung Janin (DJJ)
 - c) Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen
- e. Faktor yang mempengaruhi kehamilan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan menurut Pantikawati & Saryono (2010 : 79-88)

1) Faktor fisik

a) Status kesehatan

Ada dua klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami oleh ibu:

- (1) Penyakit atau komplikasi akibat langsung kehamilan, yaitu hyperemesis gravidarum, preeklamsi/eklamsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta atau selaput janin, perdarahan antepartum, gemelli.
- (2) Penyakit atau kelainan yang tidak berhubungan langsung dengan kehamilan, yaitu penyakit atau kelainan alat kandungan, penyakit kardiovaskuler, penyakit darah, penyakit saluran nafas, penyakit traktus

digestivus, penyakit ginjal, penyakit saraf, dan IMS. Beberapa pengaruh penyakit terhadap kehamilan adalah terjadi abortus, IUFD, anemia berat, infeksi transplasenta, dismaturitas, asfiksia, syok dan perdarahan.

b) Status gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin.

c) Gaya hidup

Dari gaya hidup bisa merugikan wanita hamil karena gaya hidup ini mengganggu kesejahteraan janin. Gaya hidup yang mempengaruhi kehamilan adalah: minuman alkohol, merokok, penggunaan obat-obatan selama hamil, kebiasaan minum jamu dan kehamilan diluar nikah.

2) Faktor psikologis

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi kehamilan patologis. Peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis, namun proses alami

tersebut dapat mengalami penyimpangan sampai berubah menjadi patologi.

f. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Menurut Astuti Maya (2010 : 131-145) beberapa tanda bahaya dalam kehamilan antara lain :

1) Mual dan Muntah

Muntah yang hebat selama masa hamil dapat menyebabkan terganggu aktivitas, dehidrasi dan kelaparan. Penyebabnya belum diketahui dengan pasti, tetapi beberapa faktor yang diduga menjadi penyebabnya adalah pengaruh hormone estrogen yang meningkat pada kehamilan, penyakit lambung yang pernah diderita, serta faktor psikologis dan kesiapan ibu terhadap kehamilan, oleh sebab itu ibu yang pertama kali hamil sering terkena hiperemesis gravidarum.

2) Perdarahan pada Kehamilan Muda

Masalah perdarahan pervaginam pada hamil muda (trimester ke-1) dapat berupa bercak atau banyak, perdarahan pada kehamilan muda ini bisa menyebabkan abortus

3) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan Ektopik Terganggu (KET adalah kehamilan dengan implantasi terjadi diluar rongga uterus. Gejala awal kehamilan ektopik adalah hamper sama dengan gejala awal kehamilan,

misalnya flek atau perdarahan yang sedikit-sedikit dan terus-menerus, pembesaran payudara, perubahan warna pada vagina, frekuensi buang air kecil yang meningkat, disertai dengan nyeri pada abdomen dan panggul (pelvis).

4) Preeklamsia/Eklamsi

Ketika ibu hamil mengalami nyeri kepala yang hebat atau penglihatan kabur dan menderita kejang atau tidak sadar (koma), kemungkinan ibu tersebut mengalami preeklamsi dan eklamsi dalam kehamilan

Berikut ini tanda-tanda hipertensi dan preeklamsi

- a) Peningkatan tekanan darah (TD >130/90 mmHg)
- b) Terdapat protein dalam urine
- c) Pada kondisi lanjut (eklamasi) terjadi kejang dan koma
- d) Edema pada kaki (walaupun bukan tanda yang menunjang)
- e) Sakit kepala sebelah, kepala terasa berat
- f) Denyut nadi meningkat
- g) Rasa lemah
- h) Gemetaran

3) Pada pada abdomen

a) Nyeri perut pada kehamilan muda

Nyeri perut pada kehamilan muda terjadi pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Gejala yang timbul adalah ibu merasa nyeri pada daerah sekitar perut dan gejala tambahan lainnya

b) Nyeri perut pada kehamilan lanjut

Nyeri perut pada kehamilan muda terjadi pada usia kehamilan lebih dari 22 minggu gejala yang kadang timbul pada nyeri perut pada kehamilan muda adalah teran kontraksi (his) yang hilang, timbul semakin sering semakin kuat, setelah usia kehamilan 37 minggu terdapat pengeluaran lendir bercampur darah, gerakan janin yang berkurang, perdarahan pervaginam

4) Gerakan janin tidak terasa

Biasa gerakan janin ± 20 kali perhari atau minimal 1 kali dalam sejam

5) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban dikatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm kehamilan 37 minggu ataupun kehamilan aterm.

g. Deteksi Dini/Komplikasi Ibu dan Janin

Menurut Astuti Puji (2012:183-201) tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan antara lain:

1) Perdarahan pervaginam Yaitu perdarahan pervaginam yang terjadi pada kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan berwarna merah terang maupun merah tua. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik.

2) Hipertensi gravidarum

Hipertensi adalah kenaikan tekanan diastolik 15 mmHg atau paling rendah 90 mmHg dan tekanan sistolik 30 mmHg atau paling rendah 140 mmHg. Hipertensi gravidarum atau hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu: hipertensi karena kehamilan, hipertensi kronik dan hipertensi diperberat oleh kehamilan.

2. Hipertensi dalam kehamilan

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau disebut juga tekanan darah tinggi adalah suatu penyakit dimana tekanan darah tinggi dalam tubuh meningkat dalam waktu yang lama. Peningkatan ini menyebabkan jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya untuk mengedarkan darah

melalui pembuluh darah. Hal ini tentu saja sangat berbahaya sekali karena hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat menghancurkan pembuluh darah, memicu stroke, memicu penyakit jantung dan penyakit-penyakit yang mengerikan lainnya (Lalage Zerlina, 2013 : 37)

b. Patofisiologi Hipertensi

Peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan volume sekuncup atau curah jantung yang bermasalah lama, peningkatan Tekanan Perifer (TPR) yang berlangsung lama (Rukiyah. 2010 : 168)

c. Klasifikasi Hipertensi

Menurut Prawirohardjo (2010 : 531) klasifikasi hipertensi meliputi:

1) Hipertensi Kronik

Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosa setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pasca persalinan

2) Preeklamsia-eklamsi

Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Eklamsi adalah preeklamsi yang disertai dengan kejang-kejang atau koma

- 3) Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia adalah hipertensi kronik
- 4) Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuri dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsi tetapi tanpa proteinuria

d. Klasifikasi Hipertensi

Gejala yang biasa muncul pada ibu yang mengalami hipertensi pada kehamilan harus diwaspadai jika ibu mengeluh: nyeri kepala, mual muntah akibat peningkatan tekanan intrakranium, penglihatan kabur, ayunan langkah yang tidak mantap, oedema dependem dan pembengkakan (Yeyeh Rukiyah. 2010 : 168)

3. Preeklamsi dalam kehamilan

a. Definisi Preeklamsi

Preeklamsi merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra dan pospartum. Dari gejala-gejala klinik preeklampsia dapat dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat (Sarwono, 2010 : 542).

Preeklamsi adalah gangguan yang terjadi pada kehamilan dan mengalami regresi setelah kelahiran, ditandai dengan kemunculan

sedikitnya dua hari dari tiga tanda utama, yaitu hipertensi, edema dan proteinuria (wahyuningsih, 2010 : 122).

b. Etiologi Preeklamsi

Menurut Yeyeh Rukiyah(2010 : 172-173) penyebab preeklamsi belum bisa diketahui dengan pasti, walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju, adapun beberapa kemungkinan penyebab preeklamsi adalah sebagai berikut :

1) Peran Prostasiklin dan Tromboksan

Pada preeklamsi dan eklamsi didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostasiklin (PGI₂) yang pada kehamilan normal meningkat, aktivitas pengumpulan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti thrombin dan plasmin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel

2) Peran Faktor Imunologis

Preeklamsi sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya

3) Faktor Genetik

Beberapa bukti yang menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian preeklamsi antara lain :

- a) Preeklamsi hanya terjadi pada manusia
- b) Terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsi-eklamsi pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsi-eklamsi
- c) Peran Renin-Angiotensi-Aldosteron Sistem (RAAS)

c. Tanda dan gejala preeklamsi

Tanda dan gejala preeklamsi menurut Marmi dkk (2011 : 67) antara lain:

- 1) BB berlebihan, kenaikan berat badan lebih 1 kg dalam seminggu
- 2) Edema, bengkak pada muka, tangan dan kaki.
- 3) Hipertensi, tekanan darah sistolik bernilai >140 mmHg atau tekanan darah diastolik >90 mmHg pada dua kali pengukuran yang dilakukan pada waktu berlainan.
- 4) Proteinuria, konsentrasi protein dalam air kencing melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam.

d. Gejala dari preeklamsi yaitu:

- 1) Sakit kepala yang hebat karena vasopasme atau edema otak
- 2) Skotoma, gangguan penglihatan

- 3) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur bahkan kadang-kadang pasien buta.
- 4) Nyeri didaerah epigastrium, sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh perdarahan atau edema atau sakit karena perubahan pada lambung.

e. Faktor Resiko Preeklamsi

Faktor resiko preeklamsi menurut Dutton dkk (2011 : 349), yaitu:

- 1) Hipertensi kronik, adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali di diagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu.
- 2) Mola hidatidosa, hamil anggur
- 3) Kehamilan sebelumnya disertai penyulit preeklamsi
- 4) Usia ibu sudah lanjut, umur >35 tahun
- 5) Obesitas, kelebihan berat badan
- 6) Kehamilan kembar, preeklamsi sering terjadi pada wanita yang mempunyai bayi kembar atau lebih.
- 7) Diabetes atau diabetes gestasional, kondisi di mana perempuan tanpa sebelumnya didiagnosis diabetes menunjukkan kadar glukosa darah tinggi selama kehamilan.

f. Klasifikasi Preeklamsi

Klasifikasi preeklamsi menurut Sujiyatini dkk (2009:58) di bagi menjadi 2 bagian :

1) Preeklamsi Ringan

a) Definisi Preeklamsi Ringan

Preeklamsi ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria atau edema pada umur kehamilan 20 minggu atau lebih atau pada masa nifas. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Nugroho, 2010 : 131).

b) Patofisiologi Preeklamsi Ringan

Penyebab preeklamsi ringan belum diketahui secara jelas, penyakit ini dianggap sebagai “maladaptation syndrome” akibat vasospasme general dengan segala akibatnya (sujiatini dkk, 2009:58).

c) Gejala klinis Preeklamsi Ringan

Menurut Nugroho (2010 : 131) ada beberapa gejala yang dapat timbul pada preeklamsi ringan meliputi:

- (1) Hipertensi: sistol/ diastole $\geq 140/90$ mmHg
- (2) Proteinuria: secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (++)
- (3) Edema pada pretibia, dinding abdomen \, lumbosakral, wajah atau tangan
- (4) Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklamsi berat

d) Perawatan Preeklamsi Ringan

Menurut Prawiroharjdo (2012 : 543) Perawatan preeklamsi ringan ada beberapa macam antara lain :

(1) Rawat Jalan (*ambulator*)

Ibu hamil dengan preeklamsi ringan dapat dirawat jalan. Dianjurkan ibu hamil banyak istirahat (berbaring/tidur miring), tetapi tidak harus mutlak selalu tirah baring. Pada umur kehamilan di atas 20 minggu, tirah baring dengan posisi miring menghilangkan tekanan rahim pada kava inferior, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung hal ini berarti dapat meningkatkan aliran darah ke organ-organ vital

(2) Rawat Inap (dirawat di rumah sakit)

Selama di rumah sakit dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorik, Pemeriksaan kesejahteraan janin berupa pemeriksaan USG dan Doppler khususnya untuk evaluasi pertumbuhan janin dan jumlah cairan amnion, kriteria preeklamsi ringan di rawat di rumah sakit ialah :

- (a) Bila tidak ada perbaikan: tekanan darah, kada proteinuria selama 2 minggu

(b) Adanya satu atau lebih gejala dan tanda-tanda preeklamsi berat

(3) Riwayat Obstetrik yaitu sikap terhadap kehamilannya. Pada kehamilan preterm (<37 minggu), bila tekanan darah mencapai normotensif, selama perawatan. Persalinannya ditunggu sampai aterm, sementara pada kehamilan aterm (>37 minggu) persalinannya ditunggu sampai *onset* persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran persalinan, persalinan dapat dilakukan secara spontan bila perlu memperpendek kala II

2) Preeklamsi Berat

a) Definisi Preeklamsi Berat

Preeklamsi 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 (Yeyeh Rukiyah, 2010 : 177)

b) Gejala klinis preeklamsi berat

Gejala klinis preeklamsi berat menurut Dewi dan Sunarsih (2011 : 108), yaitu:

(1) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau tekanan darah diastolik >110 mmHg

- (2) Proteinuria: proteinuria >5 gram/24 jam atau dipstic >+3-4 pada dua kali pengukuran selang 4 jam
- (3) Oliguria, diuresis <400 ml dalam 24 jam
- (4) Sakit kepala hebat dengan gangguan penglihatan
- (5) Nyeri epigastrium atau kuadaran kanan atas abdomen atau ada ikterus
- (6) Edema paru atau sianosis
- (7) Trombositopenia (<100.000 sel/mm)
- (8) Pertumbuhan janin terhambat.

c) Penatalaksanaan Preeklamsi Berat

Menurut Sujiyatini (2009 : 61-62) preeklamsi berat ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsi berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi

(1) Perawatan aktif

Kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medicinal

Indikasi:

(a) Ibu

Usia kehamilan 37 minggu atau lebih, adanya tanda-tanda atau gejala impending eklamsi, kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam

pengobatan meditasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medisinal, ada gejala-gejala atau status quo (tidak ada perbaikan).

(b) Janin

Hasil fetal assessment jelek NST (Non Stress Test) dan USG (Ultrasonografi), adanya tanda IUGR (Intrauterine Growth Retardation).

(c) Laboratorium

Adanya "*HELLP syndrome*" (*Hemolysis, Elevated Liver Enzyme, Low Platelets*).

Pengobatan medisinal pasien preeklamsi berat yaitu:

- (a) Segera masuk rumah sakit
- (b) Tirah baring miring ke satu sisi
- (c) Tanda vital diperiksa setiap 30 menit, reflek patella setiap jam
- (d) Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infuse RL 500cc. Dipasang *foley chateter* untuk mengukur pengeluaran urin
- (e) Antasida
- (f) Diet cukup protein, rendah karbohidarat, lemak dan garam

(g) Anti hipertensi diberikan bila: tekanan darah sistolik lebih 180 mmHg, diastole lebih 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg (bukan kurang 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta, dosis anti hipertensi sama dengan dosis antihipertensi pada umumnya.

(h) Bila dibutuhkan penurunan tekanan darah secepatnya, dapat diberikan obat-obat antihipertensi parental (tetesan kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang biasa dipakai 5 ampul dalam 500cc cairan infus atau press disesuaikan dengan tekanan darah. Bila tidak tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet anti hipertensi secara sublingual diulang selang 1 jam, maksimal 4-4 kali

(i) Pemberian obat anti kejang: magnesium sulfat

Pemberian magneisum sulfat:

Dosis awal sekitar 4 gram $MgSO_4$ IV (Intravena) (20% dalam 20 cc) selama 1 gr/menit kemasan 20% dalam 25 cc larutan $MgSO_4$ (dalam 1-5 menit). Diikuti segera 4 gr di bokong kiri IM (Intramuskular) dan 4 gr di bokong kanan IM

(Intramuskular) (40% dalam 10 cc). Dosis ulangan: diberikan 4 gr IM (Intramuskular) 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gr IM (Intramuskular) setiap 6 jam dimana pemberian MgSO₄ tidak melebihi 2-3 hari.

Syarat-syarat pemberian MgSO₄ adalah tersedia antidotum MgSO₄ yaitu calcium glukonas 10%, 1 gr (10% dalam 10 cc), reflek patella positif, frekuensi pernapasan >16 kali/menit, produksi urin lebih 100cc dalam 4jam sebelumnya (0,5 cc/kgBb/jam).

MgSO₄ dihentikan bila ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, reflek fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot-otot pernafasan karena ada serum 10 U Mgso₄ pada dosis adalah 4-7 mEq/liter kadar 12-15 mEq terjadi kelumpuhan otot-otot pernafasan dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung.

Bila timbul tanda-tanda keracunan $MgSO_4$, hentikan pemberian $MgSO_4$, berikan calcium glukonase 10% 1 gram (10% dalam cc) secara IV dalam waktu 3 menit, berikan oksigen, magnesium sulfanat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif)

3) Eklamsi Pada Kehamilan

a) Definisi Eklamsi pada kehamilan

Eklamsi adalah kelainan akut pada wanita hamil, pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih atau pada masa nifas yang ditandai dengan adanya kejang atau koma, sebelumnya didahului oleh tanda-tanda pre eklamsi (Nugroho, 2010 : 41).

b) Patofisiologi Eklamsi pada kehamilan

Sama dengan preeklamsi dengan akibat yang lebih serius pada organ-organ hati, ginjal, otak, paru-paru dan jantung yakni terjadi nekrosis dan perdarahan pada organ-organ tersebut (Mufdillah, 2009 : 67).

c) Diagnosis Eklamsi pada kehamilan

Diagnosis eklamsi umumnya tidak mengalami kesukaran, dengan adanya tanda dan gejala pre-eklamsi. Eklamsi harus dibedakan dari epilepsy dalam anamnesis diketahui adanya

serangan sebelum hamil atau pada hamil muda dan tanda pre-eklamsi tidak ada, kejang karena obat anesthesia, apabila obat anesthesia local tersuntikan kedalam vena dapat timbul kejang, koma karena sebab lain seperti diabetes, perdarahan otak, meningitis, ensefalitis dan lain-lain (Yeyeh Rukiyah, 2010 : 188)

d) Diagnosa Banding Eklamsi Pada Kehamilan

Diagnosa eklamsi harus dipikirkan kemungkinan kejang akibat penyakit lain, diagnosa banding menjadi sangat penting, misalnya perdarahan otak, hipertensi, lesi otak, kelainan metabolik, meningitis, epilepsy intragonik, eklamsi selalu di dahului oleh preeklamsi (prawirohardjo, 2010 : 551)

e) Gejala klinis Eklamsi

Gejala klinis eklamsi menurut (Nogroho, 2010:41-42)

- (1) Kehamilan lebih 20 minggu atau persalinan atau masa nifas
- (2) Tanda-tanda preeklamsi (hipertensi, edema dan proteinuria)
- (3) Kejang-kejang atau koma
- (4) Kadang-kadang disertai gangguan fungsi organ

f) Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan eklamsi menurut (Nogroho, 2010:42)

- (1) Untuk menghentikan dan mencegah kejang
- (2) Mencegah dan mengatasi penyulit khususnya hipertensi krisis
- (3) Sebagai penunjang untuk mencapai stabilisasi keadaan ibu seoptimal mungkin
- (4) Mengakhiri kehamilan dengan trauma ibu seminimal mungkin
 - (a) Pengobatan medisinal sama seperti pengobatan preeklamsi berat kecuali timbul kejang-kejang lagi maka dapat diberikan MgSO₄ 2 gram intravenous selama 2 menit minimal 20 menit setelah pemberian terakhir. Dosis tambahan 2 gram hanya diberikan 1 kali saja. Bila setelah diberi dosis tambahan masih tetap kejang maka diberikan amobarbital/thiopental 3-5 mg/kgBB/IV perlahan-lahan
 - (b) Perawatan bersama dengan konsul bagian saraf, penyakit dalam/jantung, mata, anestesi dan anak,

perawatan pada serangan kejang misalnya dikamar isolasi yang cukup terang/ICU

- (c) Pengobatan obstetrik setelah kejang dapat diatasi dan keadaan umum penderita diperbaiki, maka direncanakan untuk mengakhiri kehamilan atau mempercepat persalinan dengan cara yang aman

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah varney menjelaskan bahwa proses manajemen bahwa proses pemecahan masalah yang di temukan oleh perawat dan bidan. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisian, pemikiran, dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan bagi klien maupun tenaga kesehatan (Muslihatun dkk, 2009 : 113).

2. Langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Muslihatun dkk (2009 : 113) langkah manajemen kebidanan menggunakan 7 langkah varney yaitu

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien atau orang yang meminta asuhan.

Data Subyektif

a. Data Subyektif

Menurut nursalam (2008) data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

1) Biodata mencakup identitas pasien

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b) Umur

Ditulis dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko

c) Suku/bangsa

Ditujukan untuk mengetahui adat istiadat yang menguntungkan dan merugikan bagi ibu hamil

d) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui intelektual karena tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang

f) Suku atau bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

g) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

h) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2) Keluhan Utama

untuk mengetahui alasan atau keluhan utama yang membuat pasien datang berhubungan dengan kehamilannya (Saifuddin, 2007)

3) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan, riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal dan diabetes militus (Mnuaba, 2008). Riwayat penyakit menurun atau menular adakah riwayat kembar atau tidak

4) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui tentang menarche, umur berapa, siklus, lama menstruasi, banyak menstruasi, sifat darah, disminorhoe atau tidak, untuk mengetahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tanggal kelahiran dari persalinan (Prawirohardjo, 2005)

5) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan, berapa kali menikah, syah atau tidak, umur berapa menikah dan lama pernikahan (Prawirohardjo, 2005)

6) Riwayat kehamilan, persalina dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui pada tanggal, bulan, tahun anaknya lahir tempat persalinan, umur kehamilan, jenis persalinan, penolong persalinan, jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, riwayat nifas yang lalu, keadaan anak sekarang, untuk mengetahui riwayat yang lain sehingga sebagai acuan dalam pemberian asuhan (Prawirohardjo, 2005)

7) Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui tanggal pertama haid terakhir, umur kehamilan, perkiraan persalinan, masalah atau kelainan pada kehamilan sekarang, kehamilan selama hamil (Prawirohardjo, 2005)

8) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui sebelum hamil pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama menggunakan (Prawirohardjo, 2005)

9) Pola kebiasaan sehari-hari

Untuk mengetahui apakah ada perubahan pada pola kebiasaan sehari-hari ibu selama hamil

a) Pola nutrisi

Yaitu perlu dikaji meliputi, frekuensi, kualitas dan keluhan

b) Pola eliminasi

Untuk mengetahui berapa kali ibu BAB atau BAK dalam sehari selama hamil, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak

c) Pola aktivitas pekerjaan

Dikaji untuk mengetahui bagaimana aktifitas pekerjaan sebelum hamil, apakah menggunakan aktivitas pekerjaan atau tidak dan terdapat keluhan atau tidak

d) Pola istirahat/tidur

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu istirahat dalam sehari apakah terdapat gangguan dalam pola istirahat ibu dan terdapat keluhan atau tidak

e) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu mandi, menggosok gigi dan mengganti pakaian dalam sehari, berapa kali ibu mencuci rambut dalam seminggu dan terdapat keluhan atau tidak

f) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan seksual selama seminggu terdapat keluhan atau tidak (Saifuddin, 2007)

10) Psikososial Spiritual

Menanyakan kepada klien tentang psikososial spiritual yang terdiri dari :

a) Tanggapan dan dukunga keluarga

Ditanyakan apakah pasien sudah menerima kondisinya saat ini dan bagaimana harapan pasien terdapat kondisinya sekarang, hal ini dikaji agar menemudahkan tenaga kesehatan dalam memberikan dukungan secara psikososial kepada pasien

b) Pengambilan keputusan dalam keluarga

Dikaji untuk mengetahui siapa pengambil keputusan pertama dan kedua dalam keluarga ketika terjadi sesuatu kepada pasien

c) Ketaatan beribadah

Dikaji untuk mengetahui bagaiman ketaatan pasien dalam beribadah menurut kepercayaan

d) Lingkungan yang berpengaruh

Dikaji untuk siapa ibu tinggal, bagaimana dengan lingkungan sekitar rumah ibu dan apakah ibu mempunyai hewan peliharaan. Hal ini dikaji untuk mengetahui apakah lingkungan rumah mempunyai pengaruh terhadap kesehatan ibu

b. Data Objektif

Data obyektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nursalam, 2008)

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum : Untuk mengetahui keadaan ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik

b) Kesadaran : untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen dan koma (Nursalam,2008)

c) Tanda vital

(1) Tensi : untuk mengetahui faktor risiko hipertensi. Batas normal 120/80 - <140/90 mmHg (Prawirohardjo, 2010)

(2) Nadi : dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk

(3) Pernafasan : untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan normalnya 16-24x/menit

(4) Suhu tubuh : suhu tubuh yang normalnya adalah 36-37,5°C perlu diwaspadai adanya infeksi

d) Berat badan : untuk mengetahui berat badan pasien dalam satuan kilogram

- e) Tinggi badan : untuk mengetahui tinggi badan pasien hamil dalam satuan centimeter
- f) LILA : untuk mengetahui status gizi pasien, apakah masuk dalam kekurangan energi kronik atau tidak

2) Pemeriksaan Fisik/status present

- a) Kepala : dikaji untuk mengetahui apakah bengkak kepala mesocephal, rambut rontok atau tidak, kulit kepala terdapat ketombe atau tidak
- b) Muka : dikaji untuk mengetahui edem atau tidak, pucat atau tidak
- c) Mata : dikaji untuk mengetahui apakah sclera ikterik, konjungtiva anemis atau tidak.
- d) Hidung : dikaji untuk mengetahui keadaan hidung ada benjolan atau tidak, ada cairan secret atau tidak
- e) Telinga : diketahui untuk mengetahui apakah ada serumen atau tidak
- f) Mulut : dikaji untuk mengetahui ada cairan atau tidak, stomatitis atau tidak
- g) Leher : dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran

kelenjaer tiroid atau tidak, pembesaran kelenjar limfe atau tidak atau tidak pembesaran vena jugularis atai tidak

- h) Dada : dikaji untuk menegtahui dada simetris atau tidak, putting susu menonjol tau tidak
- i) Ketiak : dikaji untuk menegatahui ada massa atau tidak ada pembesaran getah bening atau tidak
- j) Abdomen : dikaji untuk menegtahui ada bekas luka operasi atau tidak, ada pembesaran uterus atau tidak
- k) Genetalia : dikaji untuk negetahui ada varises pada vulva dan vna atau tdak, ada pengeluaran cairan tau tidak, ada pengeluaran cairan atau tidak dan ada pengeluaran perdarahan pervaginam atautidak
- l) Ekstremitas : dikaji untuk mengetahui ada oedema atau tidak,ada varises atau tidak, reflek patella positif atau tidak. Tungkai simetris atau tidak, turgor kulit baik atau tidak
- m) Anus : dikaji untuk menegatahui apakah terdapat henoroid atau tidak

3) Pemeriksaan khusus untuk kebidanan

a) Inspeksi menurut Hidayat (2008)

Inspeksi adalah proses pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai atau tidak dengan tuanya kehamilan, bentuk perut membesar kedepan atau kesamping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan anak.

b) Palpasi menurut Hidayat (2008)

Palpasi adalah pemeriksaan dengan indera peraba atau tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usi kehamilan serta menentukan latak anak dalam rahim, pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode :

Kontraksi : untuk mengetahui kontraksi terus dan tidak

TFU : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan umur kehamilan

Leopold I : Untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang terdapat di fundus

Leopold II : untuk mengetahui bagian punggung janin yang berada di sebelah kanan atau kiri perut ibu

Leopold III : Untuk mengetahui bagian terbawah janin, bokong atau kepala

Leopold IV : Untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum

TBJ : Untuk mengetahui perkiraan berat janin. Dhitung dengan cara TFU bila kepala sudah masuk panggul dikurangi 11 dan bila kepala janin belum masuk panggul dikurangi 12 dikalui

155

c) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi dengan enggunkan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus.

Denyut jantung janin normalnya 120-160x/menit (Hidayat, 2008)

4) Pemeriksaan penunjang

Medukung doagnosa medis, kemungkinan komplikasi, kelainan dan penyakit yang menyertai kehamilannya (Nursalam, 2008)

Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang di kumpulkan yaitu dengan diagnose kebidanan (Varney, 2004).

a. Diagnose kebidanan

Diagnose kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan (Varney, 2004)

Ny...X G..P..A.. umur...tahun hamil..minggu, janin tunggal atau kembar, hidup atau mati, intra atau ekstra, letak memanjang atau melintang, presentasi kepala atau bokong, punggung kanan atau kiri dengan preeklamsi berat

b. Data dasar:

1) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independen tapi melalui suatu interaksi atau informasi atau komunikasi (Nursalam, 2007)

2) Data obyektif

Data obyektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dilihat oleh tenaga kesehatan (Nursalam, 2007)

c. Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnose (Varney, 2004)

d. Kebutuhan

Dalam bagian ini bidan menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan dan masalah (Sulistyawati, 2012)

Langkah III: Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial

Masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnose atau masalah potensial ini benar-benar terjadi (mufdillah, 2012 : 117).

Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dari dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan (mufdillah, 2012 : 117).

Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Komprehensif atau Menyeluruh

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat kondisi pasien atau dari setiap

masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Penyuluhan, konseling dari rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi atau masalah psikososial

Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan Penatalaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Anggraini, 2010)

Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana (Anggraini, 2010).

3. Data perkembangan

Model dokumentasi yang digunakan dalam askeb adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses terus-menerus maka untuk data perkembangan memakai SOAP (Mufdilah, 2012: 120).

Catatan perkembangan dengan metode SOAP menurut Muslihatun dkk (2009: 123-124) yaitu:

S (Data Subjektif)

yaitu apa yang dikatakan oleh klien. Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesa. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

O (Data Objektif)

Yaitu data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lainnya. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini.

A (Assessment)

Yaitu kesimpulan yang dibuat dari data-data subjektif/objektif tersebut

P (Planning)

Yaitu membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

KONSEP ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMSI BERAT

A. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

1. Langkah I : Pengumpulan Data

a. Data subyektif

1) Biodata mencakup identitas klien :

a) Nama yang jelas dan lengkap

Nama klien dan suami untuk mengetahui identitas klien dan suami sebagai seorang yang bertanggung jawab

b) Umur dicatat dalam hitungan tahun, karena umur ibu termasuk sebagai faktor resiko preeklamsi, kemungkinan faktor umur yang menyebabkan terjadinya preeklamsi

c) Alamat ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan kadaan mendesak. Dengan mengetahui alamat, bidan juga dapat mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya

d) Pekerjaan klien ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien. Pekerjaan orang tua bila pasien anak balita

e) Agama ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien.dengan

diketahui agama klien akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan

f) Pendidikan klien ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang

2) Alasan datang klien

Merupakan alasan utama klien datang BPS atau RS untuk memeriksakan kehamilannya

3) Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan atau keluhan utama yang membuat pasien datang berhubungan dengan kehamilannya. Apabila ibu bengkak pada tangan atau kaki, sakit kepala dan juga nyeri ulu hati, kemungkinan ibu mengalami preeklamsi

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan kepada ibu apakah sekarang menderita penyakit jantung, asma, tuberculosis, ginjal, diabetes militus, malaria, HIV/AIDS, hipertensi, hepatitis, gondok. Apabila ibu mengatakan mempunyai hipertensi maka patut dicurigai ibu akan mengalami preeklamsi.

b) Riwayat Penyakit dahulu

Menanyakan kepada ibu apakah dahulu pernah menderita penyakit jantung, asma, tuberculosis, ginjal, diabetes militus, malaria, HIV/AIDS, hipertensi, hepatitis, gondok. Apabila ibu mengatakan ibu dahulu pernah mempunyai riwayat hipertensi maka dicurigai kemungkinan ibu dengan kehamilannya sekarang akan mengalami hipertensi juga.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan kepada keluarga apakah dahulu pernah menderita penyakit jantung, asma, tuberculosis, ginjal, diabetes militus, malaria, HIV / AIDS, hipertensi, hepatitis, gondok, kelainan kembar, kelainan bawaan. Apabila ibu mengatakan dalam keluarga ada yang mempunyai riwayat hipertensi kemungkinan ibu akan mengalami hipertensi juga.

5) Riwayat pernikahan

Untuk mengetahui status perkawinan klien dan lama pernikahan

6) Riwayat obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Hal yang perlu ditanyakan : menarche, siklus menstruasi, teratur atau tidak, lama menstruasi, jumlah banyaknya darah yang keluar, bau, saat menstruasi adakah *dismenorrhe*, dan *flour albus* (keputihan).

b) Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat Kehamilan yang lalu : apakah klien pernah mengalami kehamilan dengan hipertensi atau preeklamsi pada saat hamil sebelumnya.

Riwayat Persalinan yang lalu : berapa jarak antara persalinan yang lalu dan sekarang, usia kehamilan ibu saat persalinan yang lalu aterm atau tidak, bagaimana persalinan yang lalu (normal atau seksio sesaria), adakah penyulit atau tidak saat persalinan yang lalu, siapa penolong persalinan, dimana tempat bersalin, jenis kelamin laki-laki atau perempuan. Riwayat nifas yang lalu : bagaimana nifas yang lalu normal atau tidak

7) Riwayat kehamilan sekarang

- a) Hamil yang ke berapa G (Gravida)...P (Paritas)...A (Abortus)...
- b) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)...
- c) HPL (Hari Perkiraan Lahir)...
- d) Berat badan sebelum hamil, Berat badan sekarang
- e) Periksa ANC (*Ante Natal Care*) sebelumnya dimana? berapa kali periksa pada TM (Trimester) I, TM (Trimester) II, dan TM (Trimester) III?
- f) Keluhan pada TM (Trimester) I, TM (Trimester) II, TM (Trimester) III

- g) Imunisasi TT (Tetanus Toxoid) berapa kali? kapan? tanggal imunisasi TT (Tetanus Toxoid) 1..., iminiasi TT (Tetanus Toxoid) 2..., imunisasi TT (Tetanus Toxoid) 3...
- h) Apakah obat - obat yang pernah dikonsumsi....
- i) Gerakan janin pertama...bulan, gerakan janin sekarang (kuat/lemah).
- j) Kebiasaan ibu/keluarga yang berpengaruh negatif ...terhadap kehamilannya (merokok, narkoba, alkohol, minum jamu).
- k) Riwayat Keluarga Berencana
- l) Kontrasepsi yang pernah dipakai...
- m) Lamanya memakai kontrasepsi....
- n) Alasan berhenti...
- o) Rencana yang akan datang setelah melahirkan...
- p) Pola Kebutuhan sehari – hari
- q) Untuk mengetahui bagaimana kebiasaan pasien sehari-hari dalam menjaga kebersihan dirinya dan bagaimana pola makanan sehari-hari apakah terpenuhi gizinya atau tidak.

(1) Pola Nutrisi

Makan : berapa kali, porsi, jenis dan keluhan

Minum : berapa kali, jenis dan keluhan

Karena preeklamsi bisa terjadi karena pola nutrisi ibu yang kurang baik, maka ibu harus diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.

(2) Pola Eliminasi

BAB berapa kali, konsistensi, warna dan keluhan

BAK berapa kali, warna dan keluhan

Ibu hamil dengan preeklamsi urin minimal 30ml/jam dalam 4 jam terakhir atau 0,5ml/kgBB/jam karena sebagai salah satu syarat pemberian MgSO₄

(3) Pola istirahat

Tidur siang : lamanya dan keluhan

Tidur malam : lamanya dan keluhan

(4) Pola Aktivitas

Aktivitas ibu sehari-hari selama hamil.

(5) Personal hygiene

Mandi berapa kali

Keramas berapa kali

Sikat berapa kali

Ganti berapa kali

8) Psikososial Spiritual

- a) Respon ibu terhadap kehamilan dan kehamilan senang apa tidak?

- b) Respon keluarga terhadap kehamilan mendukung apa tidak?
merasa senang apa tidak?
- c) Siapakah pengambil keputusan dalam keluarga apakah suami atau keluarga?
- d) Ketaatan dalam beribadah apakah rajin melaksanakan ibadah sholat 5 waktu, dzikir.
- e) Lingkungan yang berpengaruh
 - (1) Tinggal bersama siapa...
 - (2) Punya hewan peliharaan apa tidak...
 - (3) Cara pengolahan daging apakah dimasak kurang dari 30 menit.

b. Data objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum: Mengetahui keadaan pasien baik atau tidak.
- b) Kesadaran : Menilai status kesadaran pasien.
- c) Pemeriksaan tanda vital

(1) Tekanan darah (vital sign)

Mengetahui faktor hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg,. Keadaan normal antara 120/80 mmHg sampai 130/90 mmHg. Biasanya ibu dengan preeklamsi berat tekanan darahnya > 160/110 mmHg.

(2) Pengukuran suhu

Mengetahui suhu badan pasien letak lintang, suhu badan normal adalah 36°C sampai 37°C . Bila suhu lebih dari 38°C garis dicurigai adanya infeksi.

(3) Nadi

Memberi gambaran kardiovaskuler. Denyut nadi normal 70 x/menit sampai 88 x/menit.

(4) Pernafasan

Mengetahui sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam satu menit. Pernafasan normal 22 x/menit sampai 24 x/menit. Karena pada ibu dengan preeklamsi syarat pemberian MgSO_4 pernafasannya minimal 16x/menit. Maka pemeriksaan pernafasan perlu dilakukan

(5) Berat Badan

Untuk mengetahui kenaikan berat badan pada ibu, apabila pada ibu kenaikan BB 1 kg tiap minggu, maka kemungkinan ibu dicurigai mengalami preeklamsi.

(6) Tinggi Badan

Mengetahui tinggi badan ibu, karena tinggi badan ibu mempengaruhi ketika tindakan yang akan dilakukan ketika persalinan.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk menilai warna rambut, kelembatan, dan karakteristik seperti ikal, lurus, keriting, bentuknya mesocephal, apakah ibu mengalami pusing yang menetap dan hebat, maka kemungkinan ibu mengalami tanda gejala dari preeklamsi.

b) Muka

Keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan, adakah oedema, apabila ibu mengalami bengkak pada muka termasuk tanda dan gejala dari preeklamsi.

c) Mata

Konjungtiva berwarna merah muda atau tidak, sklera berwarna putih atau tidak, apakah ibu mengalami pandangan kabur, kemungkinan ibu mengalami tanda dan gejala preeklamsi.

d) Hidung

Untuk mengetahui apakah ada polip atau tidak.

e) Telinga

Bagaimana keadaan dalam daun telinga, liang telinga dan ada serumen atau tidak.

f) Mulut

Untuk mengetahui mulut bersih apa tidak, ada caries atau tidak, dan ada karang gigi atau tidak.

g) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar gondok atau tyroid, tumor atau pembesaran getah bening, ada pembesaran vena jugularis apa tidak.

h) Dada

Apakah ada benjolan pada payudara atau tidak, dan adakah simetris kanan kiri.

i) Payudara

Membesar apa tidak, simetris apa tidak, puting susu menonjol apa tidak, hiperpigmentasi pada aerola tidak ada benjolan abnormal, colostrum belum keluar keadaan bersih.

j) Abdomen

Apakah ada jaringan parut atau bekas operasi obstetrik, ada striae gravidarum apa tidak, ada linea nigra apa tidak, perut membuncit kesamping, apakah ibu mengalami nyeri ulu hati atau tidak, karena nyeri ulu hati termasuk tanda dan gejala preeklamsi.

k) Genetalia

Keadaan bersih, ada kelainan apa tidak.

l) Ekstremitas Atas

Apakah jari tangan lengkap, ikterik apa tidak, ada oedema apa tidak, apabila ibu mengalami bengkak pada ekstremitas atas, maka termasuk salah satu tanda dan gejala preeklamsi.

m) Ekstremitas Bawah

Simetris apa tidak, ada oedema apa tidak, ikterik apa tidak, ada varises apa tidak, reflek patella positif atau tidak. Apabila ibu mengalami oedem pada ekstremitas bawah maka ibu mengalami tanda dan gejala preeklamsi. Dan pada pemeriksaan ekstremitas bawah maka harus dilakukan pemeriksaan reflek patella karena syarat pemberian $MgSO_4$ reflek patella positif.

3) Pemeriksaan khusus untuk kebidanan

a) Inspeksi

(1) Muka

Terdapat cloasma gravidarum apa tidak, oedema atau tidak? Apabila ibu mengalami oedem pada muka, maka ibu dicurigai mengalami tanda dan gejala preeklamsi.

(2) Payudara

Simetris apa tidak, retraksi payudara apa tidak, hiperpigmentasi areola apa tidak, puting menonjol apa tidak?

(3) Abdomen

Bagian perut terlihat membuncit. Biasanya ibu dengan preeklamsi mengalami nyeri pada ulu hati.

(4) Genetalia

Pengeluaran pervaginam sudah ada apa belum (Lender darah, air ketuban, darah, dll).

b) Palpasi

(1) Leopold I :

TFU : Fundus uteri lebih rendah dari usia kehamilan. Bagian fundus uteri teraba bulat, lunak tidak melenting kemungkinan bokong. Biasanya ibu hamil dengan preeklamsi TFU lebih kecil dari umur kehamilannya.

(2) Leopold II :

Pada bagian kiri perut ibu teraba tahanan keras memanjang kemungkinan punggung, sedangkan pada bagian sebelah kanan perut ibu bagian terkecil janin atau ekstermitas.

(3) Leopold III

Pada bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras dan melenting kemungkinan kepala, apakah kepala janin sudah masuk PAP atau belum.

(4) Leopold IV

Untuk mengetahui sejauh mana penurunan kepala janin.

c) Auskultasi

Denyut Jantung Janin terdengar lebih jelas disekitar puntum maksimum kuadran kiri atau kanan bawah pusat. Denyut jantung janin normalnya 120-160x/menit, biasanya ibu yang mengalami preeklamsi denyut jantung janinnya bisa kurang atau lebih dari 120-160x/menit.

d) Auskultasi

Denyut Jantung Janin terdengar lebih jelas disekitar puntum maksimum kuadran kiri atau kanan bawah pusat. Denyut jantung janin normalnya 120-160x/menit, biasanya ibu yang mengalami preeklamsi denyut jantung janinnya bisa kurang atau lebih dari 120-160x/menit.

e) Pemeriksaan Penunjang

(1) Urinalis ditemukan protein dalam urine.

Pada ibu hamil dengan preeklamsi berat biasanya proteinurin >5 gr dalam 24 jam atau dipstic $> + 3-4$ pada dua kali pengukuran selang 4 jam.

(2) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

(a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)

(b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37 – 43 vol%)

(c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³). Biasanya pada ibu hamil dengan preeklamsi berat pada diagnosis klinis trombositnya (<100.000 sel/mm)

(3) Pemeriksaan Fungsi hati

- (a) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dl)
- (b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
- (c) Aspartat aminotransferase (AST) >60 ul.
- (d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N= 15-45 u/ml)
- (e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N= <31 u/l)
- (f) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl)
- (g) Pemeriksaan ultrasonografi.

a. Langkah 2 : Interpretasi Data

1) Diagnosa Kebidanan

Ny....X Umur...G...P...A...H...,hamil...minggu, janin tunggal, hidup intra uteri, letak membujur, presentasi kepala, puka dengan preeklamsi berat.

DS :

- a) Ibu mengatakan bengkak pada tangan dan kaki, sakit kepala, nyeri pada ulu hati, dan pandangan kabur.

- b) Ibu mengatakan ini kehamilannya yang pertama
- c) Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi

DO :

- a) TTV

TD : >160/110 mmHg

Pernafasan : Pernafasan normal 22 x / menit sampai 24 x/ menit. Pada ibu dengan preeklamsi syarat pemberian MgSO₄ pernafasannya minimal 16x/menit. Maka pemeriksaan pernafasan perlu dilakukan

- b) Pemeriksaan fisik

Kepala : pusing menetap dan hebat

Mata : penglihatan kabur

Muka : ada oedem

Abdomen : nyeri pada ulu hati

Ekstremitas atas : ada oedem

Ekstremitas bawah : ada oedem, reflek patella Positif.

- c) Pemeriksaan khusus

- (1) Inspeksi

Muka : ada oedem

Abdomen : nyeri pada ulu hati

- (2) Palpasi

TFU : lebih kecil dari kehamilan

(3) Auskultasi

Djj normalnya 120-160x/menit, tapi pada ibu dengan preeklamsi berat biasanya djj kurang atau lebih dari 120-160x/menit.

d) Pemeriksaan Penunjang

(1) Urinalis ditemukan protein dalam urine.

Pada ibu hamil dengan preeklamsi berat biasanya proteinurin >5 gr dalam 24 jam atau dipstic $>+ 3-4$ pada dua kali pengukuran selang 4 jam.

(2) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

(a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)

(b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37–43 vol%)

(c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150–450 ribu/mm³).

Biasanya pada ibu hamil dengan preeklamsi berat pada diagnosis klinis trombositnya (<100.000 sel/mm)

(3) Pemeriksaan Fungsi hati

(a) Bilirubin meningkat (N= < 1 mg/dl)

(b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat

(c) Aspartat aminomtransferase (AST) >60 ul.

(d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT)
meningkat (N= 15-45 u/ml)

(e) Serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT)
meningkat (N= <31 u/l)

(f) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl)

2) Masalah

Gangguan pola istirahat.

3) Kebutuhan Segera

Pemberian obat anti kejang

Penurunan hipertensi

b. Langkah 3 : Diagnosa Potensial

Bagi Ibu : eklamsi

Bagi janin : gawat janin/kematian janin

c. Langkah 4 : Kebutuhan Segera

Kolaborasi dengan dr. SPoG

d. Langkah 5 : Rencana Tindakan

Tanggal :

Jam :

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan
- 2) Jelaskan pada ibu keadaan saat ini.
- 3) Anjurkan ibu tirah baring kesatu sisi

- 4) Pasang infus Ringer Laktat atau Ringer Dekstrose 5%
- 5) Lakukan kateterisasi untuk pengukuran volume dan proteinuria
- 6) Berikan ibu diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 7) Berikan ibu terapi obat dengan kolaborasi dokter SpOG.
- 8) Lakukan observasi tanda-tanda vital, reflek patella, dan denyut jantung janin setiap jam.

e. Langkah 6 : Pelaksanaan

Tanggal :

Jam :

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

TTV (tanda-tanda vital)

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan penunjang

- 2) Menjelaskan pada ibu tentang keadaan saat ini bahwa ibu mengalami keluhan bengkak pada tangan dan kaki, sakit kepala hebat dan juga nyeri ulu hati, tekanan darah >160/110 mmHg, dan proteinuria >5 gram, maka dari tanda dan gejala tersebut ibu mengalami preeklamsi berat.
- 3) Menganjurkan ibu tirah baring kesatu sisi

- 4) Memasang infus Ringer Laktat atau Ringer Dekstrose 5%
- 5) Melakukan kateterisasi untuk pengukuran volume dan proteinuria
- 6) Memberi ibu diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 7) Berikan ibu terapi obat dengan kolaborasi dokter SpOG.

Obat anti kejang MgSO₄ 8 gr IM (Intramuscular), 4 gr bokong kanan dan 4 gr bokong kiri

Anti hipertensi, diberikan bila tensi >180/110 atau MAP (Mean Arterial Pressure) >126
Obat: nivedipine: 10-20 mg oral, diulangi setelah 20 menit, maksimum 120 mg dalam 24 jam

- 8) Melakukan observasi tanda-tanda vital, reflek patella, dan denyut jantung janin setiap jam

f. Langkah 7 : Evaluasi

Tanggal :

Jam :

- 1) Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
- 2) Ibu sudah mengetahui tentang keadaan ibu saat ini.
- 3) Ibu bersedia tirah baring kesatu sisi
- 4) Infus Ringer Laktat atau Ringer Dekstrose 5% sudah dipasang

- 5) Kateterisasi untuk pengukuran volume dan proteinuria sudah dilakukan
- 6) Ibu sudah diberi diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 7) Ibu sudah diberi terapi obat
- 8) Telah dilakukan observasi tanda-tanda vital, reflek patella, dan denyut jantung janin setiap jam

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat, serta kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Mufdillah 2012)

Permenkes No. HK.02.02/Menkes/149/I/2010, yang kemudian diubah menjadi Permenkes RI No. 1464/Menkes/PER/X/2010, wewenang ini mengatur tentang izin dan penyelenggaraan praktik. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464 Tahun 2010 pasal 13, Bidan yang menjalankan program Pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi :

1. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit
2. Asuhan Antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan di bawah supervise dokter
3. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan
4. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah remaja dan penyehatan lingkungan
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah
6. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
7. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual termasuk pemberian kondom dan penyakit lainnya
8. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukais
9. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program Pemerintah

Dengan demikian bidan di rumah sakit berwenang untuk melaksanakan deteksi dini terhadap penyakit Pre-Eklamsi, melakukan intervensi khusus dilakukan dibawah supervise dokter

Dalam menjalankan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya.

Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yaitu yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa

