

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Medis**

##### **1. Pre Eklampsia**

###### **a. Pengertian Pre Eklampsia**

Berikut merupakan definisi pre eklampsia berdasarkan berbagai pendapat para ahli :

- 1) Pre eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. (Wiknjosastro, H, 2006)
- 2) Preeklampsia adalah merupakan hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan. (Ladewig, Patricia, W. 2006)
- 3) Preeklampsia adalah penyakit yang disebabkan oleh tekanan darah toksemia tinggi yang terkait dengan kondisi diawal kehamilan. (Onggo, Ira Tri, 2010)
- 4) Preeklampsia adalah penyakit multisistem, yang bisa melibatkan otak, hati, ginjal, dan plasenta. Komplikasi-komplikasi maternal mencakup eklampsia, stroke, gagal hati dan gagal ginjal, dan koagulopati.
- 5) Preeklampsia adalah meningkatnya tekanan darah diastolic lebih atau sama dengan 90 mmHg atau kenaikan 15 mmHg dalam dua pengukuran berjarak 1 jam dan tekanan darah sistolic lebih atau sama dengan 140 mmHg disertai protein urine pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu. (Pelayanan Poned.2008)

###### **b. Patofisiologis Preeklampsia**

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian

sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteri darah dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi.

Sedangkan kenaikan berat badan dan edema disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga aliran darah ke ginjal dan fungsi glomerulus menurun.

c. Etiologi

Etiologi penyakit ini sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Teori yang dewasa ini banyak yang dikemukakan sebagai sebab preeklampsia adalah iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak ada diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu. Rupanya tidak hanya satu faktor, melainkan banyak faktor yang menyebabkan preeklampsia. Diantara faktor-faktor yang ditemukan sering kali sukar ditemukan mana yang sebab dan mana yang akibat. (Wiknjosastro, H, 2006).

a. Gambaran Klinik Preeklampsia

Biasanya tanda-tanda preeklampsia timbul dalam urutan pertambahan berat badan yang berlebihan diikuti edema, hipertensi dan akhirnya proteinurine. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subjektif, pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual dan muntah.

Gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul. Tekanan darah pun meningkat lebih tinggi, edema menjadi lebih umum, dan proteinuria bertambah banyak. (Wiknjosastro, H, 2006)

b. Faktor Predisposisi Terjadinya Preeklampsia (Wiknjosastro, H. 2006)

1) Molahidatidosa

Molaidatidosa diduga merupakan degenerasi trofoblas berlebihan yang berperan sehingga menyebabkan preeklampsia. Pada kasus mola, hipertensi dan proteinuria terjadi lebih dini/pada usia kehamilan muda, sehingga hipertensi bisa berkelanjutan sampai triwulan 3 pada kehamilan.

2) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus yang dianggap merupakan predisposisi pada preeklampsia ringan, yang angka kejadiannya kemungkinan patofisiologinya bukan karena preeklampsia murni, melainkan disertai kelainan ginjal/vaskular primer akibat diabetesnya. Dimana pada penyakit diabetes mellitus yang ditemukan adalah kelainan anatomik dan metabolik pada prediabetik dan timbul bila ada tekanan (stres) seperti adanya kehamilan.

3) Kehamilan Ganda

Pada kehamilan ganda frekuensi preeklampsia lebih sering karena uterus yang membesar ibu mengeluh sesak nafas, sering miksi, serta terdapat edema dan varises pada tungkai dan vulva, serta proteinuria dan hipertensi gravidarum lebih tinggi pada kehamilan kembar.

4) Obesitas

Timbulnya edema didahului oleh penambahan berat badan yang berlebihan/obesitas. Dimana edema itu terjadi karena adanya penumpukan cairan secara umum dan berlebihan di jaringan tubuh. Edema dapat menyebabkan kenaikan berat badan tubuh. Pertambahan berat 0,5 kg pada seseorang yang hamil dianggap normal. Edema sudah pasti obesitas, namun obesitas belum pasti edema. Meskipun keduanya punya ciri-ciri yang sama, yaitu penambahan berat badan namun pada obesitas tidak terjadi penimbunan air yang berlebihan pada ruangan interstitial.

5) Umur diatas 35 tahun

Umur di atas 35 tahun merupakan faktor predisposisi pre eklampsia ringan, karena pada wanita hamil yang berusia lebih dari 35 tahun dapat terjadi hipertensi laten.

c. Klasifikasi Pre eklampsia

1) Superimposed Preelampsia

Peningkatan tekanan diastolic lebih dari atau sama dengan 90 mmHg atau kenaikan 15 mmHg dalam 2 pengukuran dengan jarak 1 jam disertai protein urine dan tanda lain dari preeklampsia yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Azrul Azwar,dkk, 2008)

2) Preeklampsia ringan ditandai dengan :

- a) TD sebesar 140/90 mmHg atau +30/+15 di atas nilai dasar, pada dua kesempatan terpisah sedkitnya 6 jam pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu.
- b) Penyebaran edema di muka, tangan, kaki, dan pergelangan kaki, yang biasanya berhubungan dengan penambahan berat badan lebih dari 0,5 kg/minggu.
- c) Proteinuria dari 1+ sampai 2+ pada dipstick (kurang dari 5 g dalam 24 jam). (Ladewig, Patricia W. 2006. Hal.46)

3) Preeklampsia berat ditandai dengan :

- a) Tekanan Darah (TD) sebesar 160/110 mmHg pada dua kesempatan terpisah sedikitnya 6 jam, yang didapat saat ibu dalam keadaan berbaring pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu.
- b) Proteinuria >5 g dalam 24 jam (2+ sampai 4+ pada dipstick).
- c) Oliguria (haluaran urine <400 ml/24 jam).
- d) Kepala pusing
- e) Penglihatan kabur, skotomata (bayangan pada mata), dan edema selaput mata pada funduskopi (retina terlihat basah dan berkilau).
- f) Edema paru-paru

- g) Refleks berlebihan
  - h) Lekas marah
  - i) Nyeri epigastrik
- d. Perubahan Anatomi Patologik pada Organ

1) Plasenta dan Uterus

Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta dan hipertensi yang agak lama mengakibatkan pertumbuhan janin terganggu. Pada hipertensi yang lebih pendek biasa terjadi gawat janin sampai kematian akibat kekurangan oksigen kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan sering dijumpai pada pre eklampsia dan eklampsia sehingga mudah terjadi partus prematurus.

2) Ginjal

Pada pre eklampsia terjadi kelainan berupa: kelainan glomerulus (glomerulus tampak membengkak), hyperplasia sel-sel jukstaklomeruler (tampak membesar dan bertambah dengan pembengkakan sitoplasma sel) kelainan tubulus henle (epitel tubulus henle berdeskumulasi hebat, tampak fragmen inti sel terpecah-pecah), spasmus pembuluh darah ke glomerulus. Perubahan-perubahan tersebutlah tampaknya yang menyebabkan proteinuria dan mungkin sekali ada hubungannya dengan retensi garam dan air.

3) Hati

Pada pemeriksaan mikroskopik dapat ditemukan perdarahan dan nekrosis pada tepi lobules disertai trombosit pada pembuluh darah kecil terutama pada sekitar vena porta.

4) Otak

Pada penyakit yang belum lanjut hanya ditemukan edema dan anemia pada korteks serebri, pada keadaan lanjut dapat ditemukan perdarahan.

5) Retina

Kelainan yang sering ditemukan pada retina ialah spasmus pada arteriola, terutama yang dekat pada diskus optikus. Vena tampak lekuk pada persimpangan dengan arteriola. Dapat terlihat edema pada diskus optikus dan retina.

6) Paru-paru

Paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan sebagai akibat aspirasi. Kadang-kadang ditemukan abses paru-paru.

7) Jantung

Pada sebagian besar penderita yang mati karena eklampsia jantung biasanya mengalami perubahan degenerative pada miokardium. Sering ditemukan degenerasi lemak serta nekrosis dan perdarahan.

8) Kelenjar Adrenalin

Kelenjar adrenal dapat menunjukkan kelainan pada perdarahan dan nekrosis dalam berbagai tingkat. (Wiknjosastro H, 2006)

e. Uji Kemungkinan Pre eklampsia

1) Uji diagnostik dasar

- a) Pemeriksaan tekanan darah.
- b) Analisis protein dalam urine.
- c) Pemeriksaan edema atau kenaikan berat badan
- d) Pengukuran tinggi fundus uteri.
- e) Pemeriksaan funduskopik.

2) Penilaian kondisi janin dalam rahim

- a) Pemantaun pertumbuhan janin.
- b) Pemantauan pertumbuhan tinggi fundus uteri.
- c) Pemeriksaan ultrasonografi.

3) Penilaian ancaman gawat janin.

- a) Pemantauan grakan janin.
- b) Denyut jantung janin.
- c) Pemantauan air ketuban.

f. Komplikasi Pre eklampsia

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

1) Solusio Plasenta

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

2) Hemolisis

Penderita dengan pre eklampsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti apakah ini merupakan kerusakan sel-sel hati atau destruksi sel darah merah. Nekrosis periportal hati yang sering ditemukan pada autopsy penderita eklampsia dapat menerangkan ikterus tersebut.

3) Perdarahan Otak

Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia.

4) Kelainan Mata

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

5) Edema Paru-Paru

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

6) Nekrosis Hati

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

#### 7) Kelainan Ginjal

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

#### 8) Komplikasi

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

#### 9) Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin dalam intra uterin

(Wiknjosastro, H. 2006).

#### g. Pencegahan

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia, dan dalam hal itu terus dilakukan penanganan semestinya, kita perlu lebih waspada akan timbulnya preeklampsia dengan adanya faktor-faktor predisposisi seperti yang telah diuraikan diatas.

Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian penerapan secukupnya dan pelaksanaan pengawasan yang baik pada wanita hamil.

Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring di tempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi, dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein, dan rendah lemak, karbohidat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan. Mengenal secara dini preeklampsia dan segera merawat penderita tanpa memberikan diuretika dan obat antihipertensi, memang merupakan kemajuan yang penting dari pemeriksaan antenatal yang baik. (Wiknjosastro H, 2006)

#### h. Penanganan Preeklampsia

##### 1) Pre Eklampsia Ringan

a) Jika kehamilan kurang dari 37 minggu, dan tidak ada tanda-tanda perbaikan, lakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan :

- (1) Pantau tekanan darah, proteinurin, refleks, dan kondisi janin.
- (2) Lebih banyak istirahat
- (3) Diet biasa
- (4) Tidak perlu diberi obat-obatan
- (5) Jika rawat jalan tidak memungkinkan, rawat dirumah sakit :
  - (a) Diet biasa.
  - (b) Pantau tekanan darah 2 kali sehari, proteinuria 1 kali sehari.
  - (c) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru, dekomposisi kordis atau gagal ginjal akut
  - (d) Jika tekanan darah diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan dengan :
    1. Nasehatkan untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda preeklampsia berat.
    2. Kontrol 2 kali seminggu.
    3. Jika tekanan diastolik naik lagi, rawat kembali.
- (6) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan tetap rawat.
- (7) Jika terdapat tanda-tanda perbaikan tetap rawat
- (8) Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai pre eklampsia berat.

b) Jika kehamilan lebih 37 minggu, pertimbangkan terminasi :

- (1) Jika serviks matang, lakukan induksi dengan oksitosin 5 IU dalam 500 ml dekstrose IV 10 tetes/menit atau dengan prostaglandin.
- (2) Jika serviks belum matang, berikan prostaglandin, misoprostol atau lakukan secsio caesarea. (Yulianti, Devi. 2006 dan Naylor, C. Scott 2005)

## 2) Pre Eklamsia Berat

Penanganan pre eklamsia berat dan eklamsia sama kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 6 jam setelah timbulnya kejang pada eklamsia.

Pengelolaan :

- a) Beri obat anti kejang
- b) Perlengkapna untuk penanganan kejang (jalan nafas, hisap lendir, masker oksigen, oksigen)
- c) Lindungi pasien dari kemungkinan trauma
- d) Aspirasi mulut dan tenggorakan
- e) Baringkan pasien pada sisi kiri, kepala sedikit lebih tinggi (posisi Fowler) untuk mengurangi resiko aspirasi
- f) Berikan O<sub>2</sub> 4-6 liter/menit
- g) Jika tekanan diastolik >110 mmHg, Berikan anti hipertensi sampai tekanan diastolik 90-100 mmHg
- h) Pasang infus RL dengan jarum besar no. 16 atau lebih
- i) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai overload
- j) Kateterisasi urin untuk pengukuran volume dan pemeriksaan protein urine
- k) Infus cairan dipertahankan 1,5 – 2 lt /24 jam
- l) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
- m) Observasi tanda-tanda vital, refleks, DJJ setiap 1 jam
- n) Auskultasi paru untuk mencari tnda edema paru, jika ada hentikan pemberian cairan dan berikan diuretik.
- o) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan
- p) Pada pre eklmasia berat persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklamsia dalam 6 jam sejak gejala eklamsia timbul.

- q) Jika terjadi gawat janin atau persalinan tidak terjadi 12 jam dilakukan sc
- r) Jika serviks telah mengalami kemantangan dilakuakn induksi Oktsitosin 2-5 IU dalam 500ml dekstrore 10 tetes/menit atau pemberian prostaglandin.

## 2. Kehamilan

### a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim 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. (Saifuddin, A. B, 2006). Kehamilan adalah suatu proses yang dimulai dari ovulasi sampai persalinan aterm sekitar 280 hari.

### b. Tanda Pasti Kehamilan

- 1) Gerakan janin dalam rahim
- 2) Teraba bagian-bagian janin
- 3) Denyut jantung janin
  - a) Terdengarnya denyut jantung janin dengan menggunakan Laenec, alat kardiograf, alat Doppler.
  - b) Dilihat dengan ultrasonografi.
  - c) Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi. (Salmah, hajjah dkk. 2006).

### c. Perubahan Fisiologi Wanita Hamil

Segala perubahan fisik dialami wanita selama hamil berhubungan dengan beberapa sistem yang disebabkan oleh efek khusus dari hormon. Perubahan ini terjadi dalam rangka persiapan perkembangan janin, menyiapkan tubuh ibu untuk bersalin, perkembangan payudara untuk pembentukan/produksi air susu selama masa nifas. (Salmah dkk, 2006)

#### 1). Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus. Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk uterus seperti buah advokat, agak gepeng. Pada kehamilan 4 bulan uterus berbentuk bulat dan pada akhir kehamilan kembali seperti semula, lonjong seperti telur. (Wiknjosastro, H, 2006)

Perkiraan umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri :

- a) Pada kehamilan 4 minggu fundus uteri blum teraba
- b) Pada kehamilan 8 minggu, uterus membesar seperti telur bebek fundus uteri berada di belakang simfisis.
- c) Pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa, fundus uteri 1-2 jari di atas simfisis pubis.
- d) Pada kehamilan 16 minggu fundus uteri kira-kira pertengahan simfisis dengan pusat.
- e) Kehamilan 20 minggu, fundus uteri 2-3 jari di bawah pusat.
- f) Kehamilan 24 minggu, fundus uteri kira-kira setinggi pusat.
- g) Kehamilan 28 minggu, fundus uteri 2-3 jari di atas pusat.
- h) Kehamilan 32 minggu, fundus uteri pertengahan umbilicus dan prosesus xypoideus.
- i) Kehamilan 36-38 minggu, fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xypoideus.
- j) Kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali kira-kira 3 jari di bawah prosesus xypoideus. (Wiknjosastro, H, 2006 dan Mandriwati, G. A. 2008).

## 2) Vagina

Vagina dan vulva juga mengalami perubahan akibat hormon estrogen sehingga tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut tanda Chadwick. (Wiknjosastro, H. 2006)

## 3) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatis sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Namun akan mengecil setelah plasenta terbentuk, korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat laun fungsi ini akan diambil alih oleh plasenta. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 4) Payudara

Payudara akan mengalami perubahan, yaitu mebesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Areola mammapun tampak lebih hitam karena hiperpigmentasi. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 5) Sistem Sirkulasi

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi kira-kira 30%. (Wiknjosastro, H. 2006).

#### 6) Sistem Respirasi

Wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh rasa sesak nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas karena usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 7) Traktus Digestivus

Pada bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea) karena hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot traktus digestivus juga menurun. Pada bulan-bulan pertama kehamilan

tidak jarang dijumpai gejala muntah pada pagi hari yang dikenal sebagai *morning sickness* dan bila terlampau sering dan banyak dikeluarkan disebut hiperemesis gravidarum. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 8) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar sehingga ibu lebih sering kencing dan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan, namun akan timbul lagi pada akhir kehamilan karena bagian terendah janin mulai turun memasuki Pintu Atas Panggul. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 9) Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh hormon *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Namun Pada kulit perut dijumpai perubahan kulit menjadi kebiru-biruan yang disebut striae livide. (Wiknjosastro, H. 2006)

#### 10) Metabolisme dalam Kehamilan

Pada wanita hamil Basal Metabolik Rate (BMR) meningkat hingga 15-20 %. Kelenjar gondok juga tampak lebih jelas, hal ini ditemukan pada kehamilan trimester akhir. Protein yang diperlukan sebanyak 1 gr/kg BB perhari untuk perkembangan badan, alat kandungan, mammae, dan untuk janin, serta disimpan pula untuk laktasi nanti. Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang terutama pada trimester ketiga.

Dengan demikian makanan ibu hamil harus mengandung kalsium, paling tidak 1,5-2,5 gr perharinya sehingga dapat diperkirakan 0,2-0,7 gr kalsium yang tertahan untuk keperluan janin sehingga janin tidak akan mengganggu kalsium ibu. Wanita

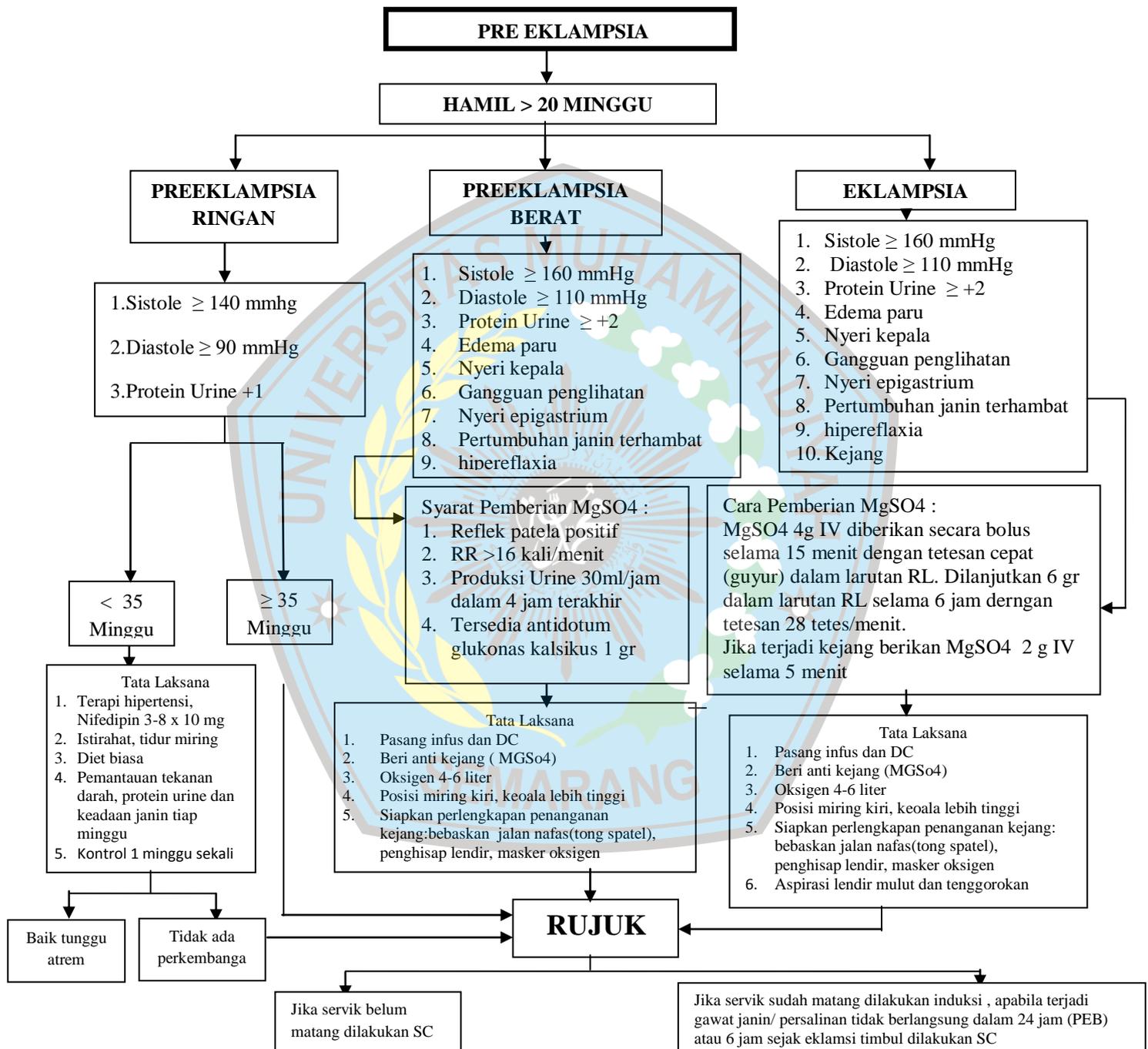
hamil juga memerlukan tambahan zat besi sebanyak 800 mg untuk pembentukan haemoglobin dalam darah sebagai persiapan agar tidak terjadi perdarahan pada waktu persalinan. (Wiknjosastro, H. 2006. Hal)

#### 11) Kenaikan Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Perkiraan peningkatan berat badan adalah 4 kg dalam kehamilan 20 minggu, dan 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir) jadi totalnya 12,5 kg. (Salmah, Hajjah.2006. Hal.60-61)

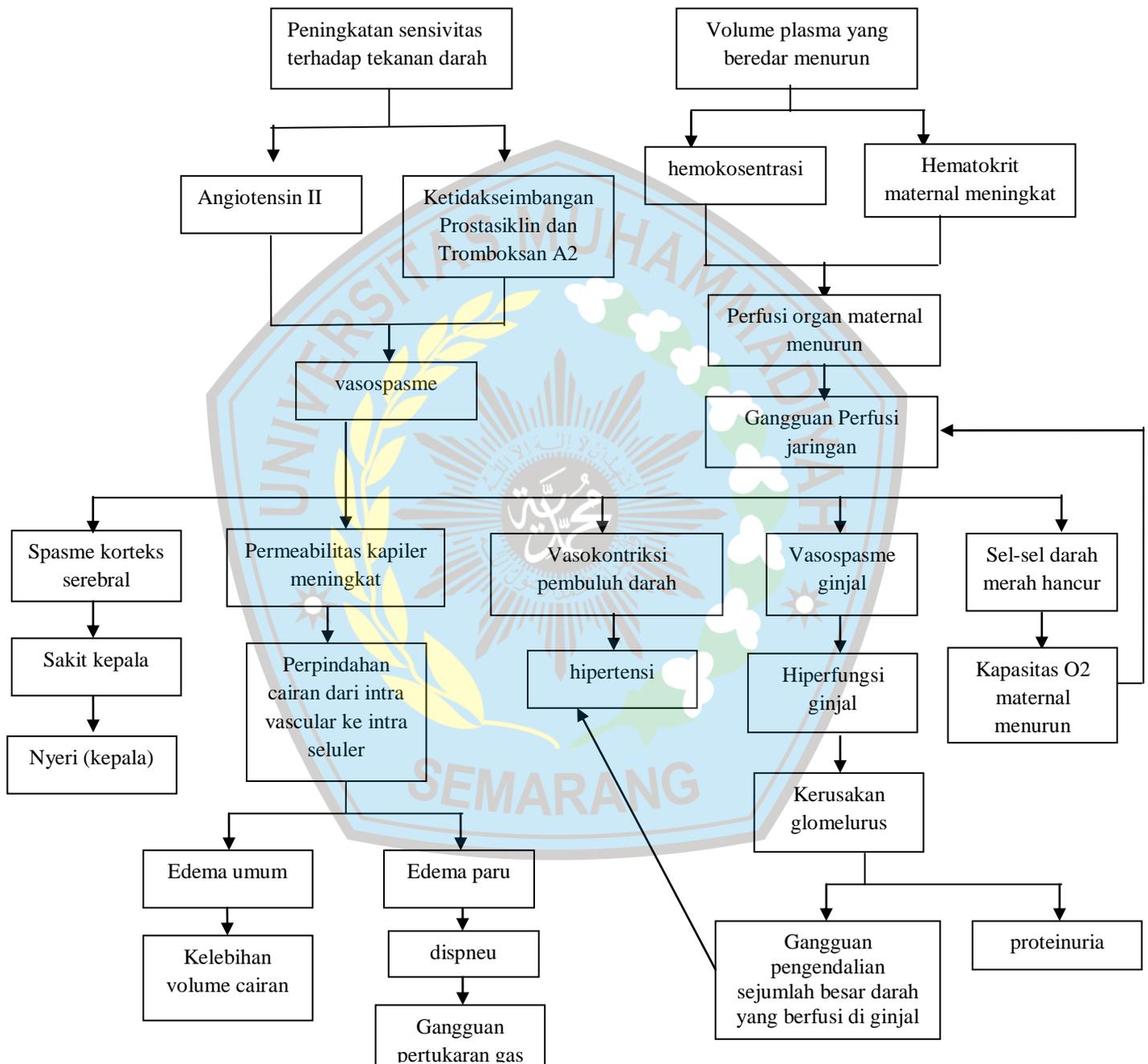


## 2. Pathway Pre eklamsia



Bagan 2.2 Pathway Pre Eklamsia  
Sumber Azrul Azwar,dkk , 2008

### Bagan Patofisiologi Pre Eklamsia



**Bagan 2.1 Patofisiologis Pre Eklamsia**  
 Sumber Abdul Bari Saifudin, dkk, 2002

## B. Teori Manajemen Varney

Menurut Varney H. (2007), 7 langkah manajemen kebidanan hellen varney adalah:

### 1. Teori Varney 7 langkah manajemen kebidanan hellen varney

#### a. Tahap Pengumpulan Data

Tahap ini dibutuhkan untuk menilai klien secara keseluruhan. Pada tahap ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, dan pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang

#### b. Interpretasi data

Data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak didefinisikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan.

#### c. Mengidentifikasi Doagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Masalah potensial adalah keluhan yang dirasakan atau dialami ibu yang bersifat patologis. Antisipasi masalah potensial adalah mengatasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah atau diagnosa yang diidentifikasi.

#### d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Tindakan segera dapat dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi, atau bersifat rujukan

e. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh berkaitan dengan pedoman antisipasi terhadap klien, semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan banar – benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori.

f. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

g. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana yang telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya

2. Aplikasi Landasan Teori Varney

a. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1) Data Subyektif

a) Biodata yang mencakup identitas pasien

(1) Nama : Nama jelas dan lengkap, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan

(2) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun atau lebih dari 40 tahun yang secara teori merupakan faktor resiko terjadinya preeklamsi.

(3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk mengarahkan pasien dalam berdoa

(4) Pendidikan : Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan pemahaman pasien sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai pendidikan

(5) Suku/Bangsa : Berpengaruh pada adat istiadat/kebiasaan sehari-hari

(6) Pekerjaan : Untuk mengetahui pekerjaan ibu yang dapat berpengaruh dengan metode kontrasepsi yang digunakan oleh ibu saat ini

(7) Alamat : Untuk mempermudah kunjungan rumah jika diperlukan

b) Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan ibu saat datang ke tenaga kesehatan, keluhan yang sering timbul pada ibu hamil dengan preeklamsia seperti kepala pusing, mata berkunang-kunang hingga pandangan mata kabur, kaki bengkak, dan merasakan kesemutan pada ekstremitas (Wiknjosastro, H, 2006).

c) Riwayat Menstruasi

Yang dikaji adalah menstruasi pertama kali, jumlah, warna, lama, siklus dan keluhan saat menstruasi. Pada kehamilan riwayat menstruasi terakhir juga digunakan untuk menentukan HPHT dan HPL serta usia kehamilan.

d) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ada komplikasi dalam kehamilan, persalinan/nifas seperti ibu yang mempunyai riwayat preeklamsi sebelumnya, melahirkan anak lebih dari satu karena berdasarkan teori salah satu faktor resiko terjadinya preeklamsi selain itu untuk mengetahui jenis persalinan, penolong persalinan dan keadaan anak

e) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronik yang berhubungan dengan preeklamsi seperti hipertensi yang kronis sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal dan riwayat preeklamsi sebelumnya.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan ibu sedang menderita penyakit akut atau kronik yang berhubungan dengan preeklamsi seperti hipertensi yang kronis sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal dan riwayat preeklamsi.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit menular/menurunyang berhubungan dengan preeklamsi seperti hipertensi yang kronis sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal riwayat keluarga dengan preeklamsi.

f) Riwayat Perkawinan

Yang dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah syah atau tidak karena akan mempengaruhi psikologis dan bisa menjadi penentu dalam pengambilan keputusan saat kehamilan persalinan maupun nifas

7) Riwayat KB

Untuk mengkaji jenis kontrasepsi yang pernah digunakan oleh klien.

8) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi : Untuk mengetahui tentang pola nutrisi ibu, pada kasus pre eklamsia diit yang diwaspadai adalah karbohidrat, protein, dan garam (Rukiyah, 2010).

b) Eliminasi : Untuk mengetahui pola ekskresi ibu, pada kasus pre eklamsia keseimbangan cairan harus selalu dipantau untuk mengetahui adanya edema pada paru yang berbahaya bagi ibu. Pada kasus preeklamsia pola BAK

ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu mengalami oligourinaria yaitu jumlah urine < 500 ml/24 jam, karena urine juga sebagai syarat untuk pemberian MGS<sub>04</sub>, untuk BAB tidak berhubungan dengan kasus pre eklamsia hanya untuk mengetahui proses eliminasi

BAB kontipasi atau tidak (Rukiyah, 2010).

c) Istirahat : Untuk mengetahui pola istirahat dan tidur ibu, pada pasien dengan pre eklamsi akan terjadi gangguan pada pola istirahat ibu (Rukiyah, 2010).

d) Personal hygiene : Untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh ibu atau tidak, karena personal hygiene yang buruk dapat menyebabkan ibu mudah terserang penyakit yang berpengaruh tidak baik pada masa nifas.

e) Aktivitas : Untuk mengetahui pola aktivitas ibu sehari-hari, pada kasus pre eklamsi ibu harus mengurangi aktifitas karena sewaktu – waktu bisa terjadi kejang yang berbahaya bagi ibu (Rukiyah, 2010).

#### 9) Kehidupan Sosial Budaya

Untuk mengetahui adat yang dianut ibu dan keluarga. Apakah terdapat kebiasaan yang berpengaruh buruk terhadap masa kehamilan atau tidak

#### 10) Data Psikososial

Untuk mengetahui bagaimana kondisi psikologis ibu dalam menghadapi masa kehamilan, apakah ada tanda – tanda dari depresi masa kehamilan

#### 11) Data Pengetahuan Ibu

Untuk mengetahui pengetahuan ibu mengenai kehamilan, tanda bahaya dalam kehamilan, dan juga mengenai pre eklamsi dalam kehamilan.

#### 2) Data Obyektif

Merupakan data yang didapat oleh tenaga kesehatan dari hasil pemeriksaan

1) Pemeriksaan Umum

a) Nilai keadaan umum dan kesadaran ibu

Untuk mengetahui keadaan umum pasien dalam keadaan baik/tidak dan kesadaran ibu apakah compos mentis/delirium/apatis/sopor/coma

b) Nilai tanda vital

(a) Tekanan darah

Untuk mengetahui adanya tekanan darah tinggi pada ibu yang dapat mendukung diagnose. Untuk pre eklampsia ringan bila didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  dan diastolik  $\geq 90$  mmHg dan pre eklamsia berat, yaitu sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolic  $\geq 110$  mmHg (Marmi, 2011).

(b) Nadi

Untuk mengetahui nadi ibu ada kelainan atau tidak normalnya 60 – 100 x/mnt

(c) Pernafasan

Untuk mengetahui ibu sesak nafas/tidak. Apabila ibu mengalami sesak napas dan bila tidak ditangani dapat berbahaya bagi ibu, karena untuk syarat pemberian MGS<sub>04</sub> pada kasus pre eklampsia frekuensi pernafasan tidak boleh  $< 16$  x/menit atau  $> 16$  x/ menit, karena dapat memicu depresi pada pernafasan saat diberikan MGS<sub>04</sub> (Rukiyah, 2010).

(d) BB

Untuk mengetahui apakah ada kelainan peningkatan berat badan ibu, dan untuk mengetahui keadaan gizi ibu pada kasus preeklamsia salah satu tandannya adalah adanya edema, timbulnya edema didahului oleh penambahan berat

badan yang berlebihan/obesitas. Edema dapat menyebabkan kenaikan berat badan tubuh. Pertambahan berat 0,5 kg pada seseorang yang hamil dianggap normal.

(e)TB

Untuk mengetahui adanya kelainan tinggi badan, seperti tinggi <145 cm merupakan indikasi adanya panggul sempit

## 2) Pemeriksaan Status Present

a) Kepala : Untuk mengetahui bentuk kepala ibu normal atau tidak. Normalnya bentuk kepala adalah mesocephal

Kulit kepala : Untuk mengetahui kebersihan kulit kepala ibu dan adakah luka/lesi pada kulit kepala

Rambut : Untuk mengetahui keadaan rambut ibu, meliputi kebersihan, kekuatan rambut dan warna rambut.

Muka : Untuk mengetahui apakah muka pucat untuk mengetahui anemis atau tidak, atau dalam kasus preeklamsi untuk mengetahui apakah muka terdapat edem atau tidak

Mata : Untuk mengetahui adanya tanda anemia, yaitu conjungtiva anemis, karena ibu hamil kehilangan banyak darah ketika proses persalinan jadi perlu untuk dipantau apakah ada tanda anemia atau tidak. Serta mengetahui adanya tanda penyakit hepatitis B, yaitu sklera berwarna kuning, karena penyakit Hepatitis B sangat menular dan berbahaya bagi ibu, janin serta tenaga kesehatan bila tertular.

- Hidung : Untuk mengetahui kebersihan hidung, terdapat pembesaran polip atau tidak, agar dapat segera ditangani bila terdapat kelainan.
- Telinga : Untuk mengetahui kebersihan telinga, dan pendengaran ibu berfungsi dengan baik atau tidak.
- Mulut : Untuk mengetahui kebersihan mulut, ada karang gigi/ gigi berlubang/ tidak. Sariawan dan bibir pecah – pecah menandakan ibu kekurangan vitamin C, dan hal ini harus diatasi
- Dada : Pada dada dilakukan pemeriksaan jantung dan paru, yaitu untuk mengetahui adakah kelainan jantung yang dapat dilihat dari bunyi jantung, normalnya tunggal dan bila ganda maka menandakan adanya kelainan jantung yang dapat berbahaya pada masa hamil. Pemeriksaan paru – paru dilakukan untuk mengetahui apakah suara napas ibu normal atau tidak, serta mendeteksi adanya suara tambahan seperti weezhing dan ronchi yang menandakan adanya penyakit pada saluran pernapasan ibu yang dapat berpengaruh buruk pada masa hamil
- b) Leher : Untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, karena hipertiroid yang ditandai dengan pembesaran kelenjar tyroid dapat berpengaruh terhadap masa hamil
- c) Mammae : Untuk mengetahui kesimetrisan ke dua payudara ibu. Mendeteksi adanya massa pada

payudara yang mengindikasikan adanya tumor. Pada ibu hamil payudara akan membesar dan lebih kencang karena persiapan untuk produksi ASI

d) Perut : Untuk mengetahui kebersihan perut ibu dan adakah nyeri pada epigastrium. Pada kasus pre eklamsia terdapat nyeri tekan pada epigastrium yang menjadi tanda impending eklamsia (Rukiyah, 2010).

e) Genetalia : Untuk mengetahui adanya penyakit menular seksual pada ibu yang berpengaruh buruk terhadap masa hamil, seperti condiloma akuminata, condiloma talata dan gonorrhoea. \

f) Anus : Untuk mengetahui ada hemoroid/tidak, bila ada maka ditangani

g) Ekstremitas Atas : Untuk mengetahui adanya oedema pada tangan yang merupakan tanda dari pre eklamsia, serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil

Bawah : Untuk mengetahui adanya oedema pada kaki yang merupakan tanda dari pre eklamsia, serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil.

### 3) Status Obstetri

Menunjukkan penyebab langsung terhadap kasus obstetrik

#### a) Inspeksi

(1) Muka : Untuk mengetahui adanya edema pada muka yang merupakan tanda dari pre eklamsia

(2) Mammae : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis yang terjadi saat kehamilan seperti areola menjadi lebih gelap, payudara membesar dan kencang karena dimulainya proses laktasi serta untuk mengetahui keadaan puting ibu menonjol atau tidak, untuk mengetahui kesiapan ibu dalam menyusui bayinya

(3) Abdomen : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis saat kehamilan seperti munculnya striae livide dan striae albicans pada perut, serta linea nigra menjadi lebih gelap

(4) Genetalia : Untuk mengetahui adanya pengeluaran pervaginam.

#### 4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa :

##### a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan ini diperlukan untuk membandingkan golongan darah ibu dengan golongan darah bayinya saat lahir, apakah ada kemungkinan inkompatibilitas golongan darah A-B-O yang memerlukan tindakan pada bayi. Golongan darah juga perlu diketahui bila diperlukan tranfusi pada ibu. Selain itu, golongan darah juga perlu untuk mengetahui rhesus ibu, apabila terjadi sensitivitas pada darah ibu terhadap rhesus janinnya apabila rhesus janin positif. Pemeriksaan ini harus dilakukan, biasanya dilakukan pada trimester pertama kehamilan.

##### b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Anemia (kadar hemoglobin rendah) umum terjadi pada ibu hamil. Pemeriksaan kadar Hb bertujuan untuk mendeteksi anemia (Hb kurang dari 11 gr/dl). Pemeriksaan kadar Hb

dilakukan rutin pada kunjungan pertama, dan diulang pada awal trimester ketiga karena anemia dapat muncul pada trimester ketiga atau menjelang persalinan.

c) Pemeriksaan HIV /Test VCT

Anti HIV (Antigen Human Immunodeficiency Virus) bertujuan mendeteksi adanya infeksi virus HIV yang berpotensi menular pada janin. Pemeriksaan ini ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan dilakukan rutin pada trimester pertama kehamilan.

d) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein urin (urinalisis) dilakukan pada trimester kedua dan ketiga jika terdapat hipertensi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi munculnya pre eklamsia pada kehamilan. Dari hasil pemeriksaan urine dapat diklasifikasikan preeklamsia ringan +1 sampai +2 pada dipstick sedangkan untuk preeklamsia berat didapatkan proteinuria dari +3 sampai +4 pada dipstick.

e) Pemeriksaan kadar gula darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terjadi DMG (Diabetes Mellitus Gestasional). Pemeriksaan ini dilakukan bila terdapat risiko DMG pada trimester pertama atau saat pertama terdiagnosis hamil, atau pada saat usia kehamilan 24-28 minggu bila tidak ada risiko DMG. Pemeriksaan ini harus diulang pada awal trimester ketiga

f) Pemeriksaan Hepatitis

Pemeriksaan ini dilakukan pada saat kontak pertama kali ibu hamil dengan tenaga kesehatan saat berkunjung ke Puskesmas. Hasil pemeriksaan ini akan menunjukkan ibu hamil dengan Hepatitis Positif atau negatif. Hal ini penting dilakukan karena berhubungan dengan pemberian vaksin

Hepatitis kepada bayi serta konseling tehnik menyusui saat nifas.

### 3. Interpretasi Data Dasar

Setelah dilakukan pengkajian, diagnosa kebidanan dibuat dari data dasar baik dari data subjektif dan data objektif. Sehingga dari hasil anamnesa dan pemeriksaan dapat mendukung terciptanya diagnosa kebidanan (Wafi Nur, 2009).

G ...P ... A ... Umur ... Tahun, hamil....minggu...hari janin tunggal/ganda, mati/hidup, intra/extrauterin letak membujur/melintang, PUKA/PUKI, presentasi kepala/bokong konvergen/ devegen dengan Pre eklamsia ringan/ pre eklamsia berat/ eklamsia Inpartu kala.....dengan.....

Data dasar

DS : pernyataan kali, rentan, jumlah kehamilan, persalinan, pernah keguguran/tidak, umur serta pernyataan hari pertama haid terakhir untuk mengetahui umur kehamilan ibu saat ini.

DO :

- a) Pemeriksaan tanda-tanda vital apakah tekanan darah tinggi/normal, suhu normal/tidak, pernafasan dalam batas normal/tidak, nadi dalam batas normal/ tidak, pemeriksaan fisik dalam batas normal
- b) Hasil pemeriksaan leopard 1: TFU...jari diatas pusat, pada fundus teraba 1/lebih bagian bulat, lunak/keras dan tidak melenting/tidak melenting. Leopard II: Bagian kanan perut ibu teraba bagian datar, memanjang dan tahanan memanjang/bagian-bagian kecil janin, bagian kiri perut teraba bagian – bagian kecil dari janin/tahanan memanjang janin, Leopard III: Bagian bawah perut ibu teraba 1/lebih bagian bulat, keras/lunak melenting/tidak melenting. Leopard IV: Bagian terbawah janin sudah/belum masuk PAP.

- c) Pemeriksaan Auskultasi DJJ: (+/-), frekuensi: 120-160 x/mnt, irama teratur/tidak.
- d) Pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan urine apakah hasilnya negatif/ klasifikasi pre eklamsia ringan/ pre eklamsia berat.

#### 4. Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan bila mungkin menunggu, mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi. Menurut Prawirohardjo S. (2008) diagnosa potensial dari pre eklamsia adalah kejang/ eklamsia, perdarahan serebral yang menyebabkan kematian pada ibu, edema paru-paru dan sianosis, hemolisis dan mikroangiomatik.

#### 5. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam teori asuhan kebidanan pada antisipasi tindakan segera dilakukan tindakan secara mandiri adalah memberikan konseling terhadap ibu dan keluarga tentang penanganan selanjutnya serta kolaborasi dan rujukan. Kolaborasi dan rujukan ini bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan kepada ibu dengan resiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama agar tidak terjadi masalah potensial. Antisipasi tindakan segera yang dilakukan bidan dalam menangani kegawatdaruratan seperti pre eklamsia berat pada masa nifas adalah berkolaborasi dengan dokter spesialis obgin untuk tindakan selanjutnya (Marmi, 2011). Selama proses rujukan itu lah perlu diperhatikan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk memberikan pertolongan secara tepat menggunakan stabilisasi yang tepat dari circulation dari peredaran darah dan oksigen dengan posisi tidur miring, airway dengan memberikan oksigen tambahan menggunakan nasal kanul selama proses rujukan, breathing lalu drug yang diberikan sesuai SOP pemberian MgSO<sub>4</sub> dengan melihat syarat-syarat dalam pemberian MgSO<sub>4</sub> dan dengan membawa antidotum dari MgSO<sub>4</sub> selama proses rujukan.

Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>:

- a. Protein Urine positif 2 atau lebih
- b. Tensi 160 / 100 atau lebih
- c. Reflek patela positif
- d. RR > 16X/menit atau tidak sesak nafas
- e. Produksi urin 30 cc / jam dalam 4 jam terakhir
- f. Tersedia antidotum glukonas kalsikus

Cara pemberian MgSO<sub>4</sub>:

MgSO<sub>4</sub> 4g IV diberikan secara bolus selama 15 menit kemudian, segera dilanjutkan dengan 6g dalam larutan RL selama 6 jam dengan 28 tetes/menit. Jika terjadi kejang berikan dosis pemeliharaan 2 gr IV selama 5 menit.

#### 6. Intervensi

Langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh dapat kita berikan pada ibu hamil dengan pre eklamsi adalah:

- a) Pantau tekanan darah
- b) Lakukan pemantauan proteinurin.
- c) Lakukan pemantauan refleks.
- d) Lakukan Pemantauan kondisi janin dan Djj.
- e) Anjurkan ibu untuk istirahat.
- f) Anjurkan ibu untuk diet rendah garam.
- g) Berikan teraphy obat dan anti kejang

#### 7. Implementasi

Pelaksanaan disesuaikan dengan rencana manajemen yang telah dibuat, demi kelancaran dalam penatalaksanaan harus berpedoman pada intervensi.

- a) Memantau tekanan darah,

- b) Melakukan pemantauan proteinurin.
- c) Melakukan pemantauan refleksi.
- d) Melakukan Pemantauan kondisi janin dan Djj.
- e) Menganjurkan ibu untuk istirahat.
- f) Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam.
- g) Memberikan teraphy obat dan pemberian anti kejang

#### 8. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keaktifan asuhan yang sudah diberikan meliputi teratasi masalah apakah sudah sesuai dengan diagnosanya. Dalam evaluasi akan ditemukan perkembangan kesehatan klien, apakah membaik, memburuk atau tidak ada perubahan setelah dilakukan asuhan teori kebidanan.

### C. Teori Kewenangan Bidan

#### 1. Landasan Hukum

Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2017 Pasal 18 bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, memiliki kewenangan untuk memberikan:

1. pelayanan kesehatan ibu;
2. pelayanan kesehatan anak; dan
3. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan: konseling pada masa sebelum hamil; antenatal pada kehamilan normal; persalinan normal; ibu nifas normal; ibu menyusui; dan konseling pada masa antara dua kehamilan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, Bidan berwenang melakukan: episiotomi; pertolongan persalinan normal; penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkandengan perujuk; pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas; fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusu dini dan

promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; penyuluhan dan konseling; bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran. (Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Pasal 19 ayat 1-3)

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Pasal 23 ayat (1) adalah Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- a. kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
- b. kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

Pada Pasal 25 ayat (1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

1. pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
2. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
3. penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
4. pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
5. melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
6. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
7. melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
8. pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
9. melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;

## 2. Standart Profesi Bidan

Standart pelayanan bidan pada standart 17 yaitu penanganan kegawatan pada eklampsia. Tujuan : mengetahui dan melakukan tindakan yang cepat dan tepat pada eklamsi mengancam. Pernyataan standar :Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklamsi mengancam, serta merujuk dan/ataumemberikan pertolongan pertama (Sofyan, Mustika 2006).

