

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Preeklamsia

1. Definisi Preeklamsia

Pre eklampsia adalah kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias : hipertensi, proteinuria, dan edema, kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma (Yulaikhah, 2008, hal: 95).

Preeklamsia Ringan adalah suatu sindrom khas kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel (Kenneth, 2009, hal: 395).

Preeklamsia merupakan hipertensi yang didiagnosis berdasarkan proteinuria, jika proteinuria $> 1+$ pada pemeriksaan dipstik atau $>0,3$ g/L protein dalam spesimen urine tangkapan bersih yang diperiksa secara acak atau ekskresi 0,3g protein/24 jam (Diane, 2009, hal: 352)

Pre eklamsi adalah suatu penyakit yang muncul pada awal kehamilan dan berkembang secara perlahan dan hanya akan menunjukkan gejala jika kondisi semakin memburuk (Helen Varney, 2006, hal: 645)

Preeklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria (Sarwono, 2008, hal: 531)

Dari beberapa definisi Preeklamsia Ringan diatas, maka disimpulkan bahwa Preeklamsia Ringan adalah hipertensi pada ibu hamil yang timbul setelah 20 minggu kehamilan, yang disetai proteinuria atau oedem (Sarwono, 2008, hal:531).

2. Diagnosis Pre Eklamsia

Hipertensi dalam kehamilan mencakupi hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengah hipertensi dalam kehamilan. Keadaan lain yang dapat mengakibatkan kejang ialah epilepsi, malaria, trauma kepala, meningitis, ensafalitis, dan lain-lain.

Tekanan diastolik mengukur tahanan perifer dan tidak dipengaruhi oleh keadaan emosi pasien. Jika tekanan diastolik > 90 mmHg pada dua pemeriksaan berjarak 4 jam atau lebih, diagnosanya adalah hipertensi.

Jika hipertensi terjadi pada kehamilan >20 minggu, pada persalinan, atau dalam 48 jam sesudah persalinan, diagnosanya adalah hipertensi dalam kehamilan, jika hipertensi terjadi pada kehamilan < 20 minggu, diagnosanya adalah hipertensi kronik (Saifudin, 2006, hal: M-34).

3. Klasifikasi Pre eklamsia

Pre eklamsi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

- a. Pre eklamsi ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:
 - 1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang; atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih; atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam.
 - 2) Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka; atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
 - 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter; kualitatif 1 + atau 2 + pada urin kateter atau midstream.
- b. Pre eklamsi berat, bila disertai keadaan sebagai berikut:
 - 1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
 - 2) Proteinuria 5 gr atau lebih per liter.
 - 3) Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam.
 - 4) Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.
 - 5) Terdapat edema paru dan sianosis. (Manuaba, 2010)

4. Etiologi

Penyebab Pre eklamsia sampai sekarang belum diketahui secara pasti, tapi teori “

Iskemia Implantasi Plasenta” dianggap dapat menenangkan sebagai gejala Pre eklamsia . Pada pemeriksaan darah kehamilan normal terdapat peningkatan angiotensin, renin dan aldosteron sebagai kompensasi, sehingga peredaran dan metabolisme berlangsung. Pada Pre eklamsia terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron tetapi dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria.

Berdasarkan teori “ iskemia implantasi plasenta”, bahan trofoblas akan diserap kedalam sirkulasi yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteri dan tertahannya garam dan air, teori iskemia daerah plasenta, didukung kenyataan sebagai berikut :

- a. Pre eklamsia dan eklamsia lebih banyak terjadi pada primigravida, hamil ganda, mola hidatidosa.
- b. Kejadian makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan
- c. Gejala penyakit berkurang bila terjadi kematian janin. (Yulaikha, 2008, hal: 95)

5. Faktor predisposisi

- a. Jumlah primi gravida terutama primi gravida muda;

Peningkatan insiden Pre eklamsia pada ibu baru karena pertama kali terpapar jaringan janin dan pada ibu hamil dari pasangan baru karena materi genetik yang baru (Bobak, 2005, h: 631)

- b. Penyakit yang menyertai hamil : diabetes melitus

Glukosa dapat berdifusi secara tetap melalui plasenta kepada janin sehingga kadarnya dalam darah janin hampir menyerupai kadar darah ibu. Insulin ibu tidak dapat mencapai janin sehingga kadar gula ibu yang mempengaruhi kadar pada janin. Deteksi dini sangat diperlukan agar penderita DM dapat dikelola sebaik-baiknya, terutama dilakukan pada ibu dengan faktor resiko Pre eklamsia (Marmi,dkk,2011,h: 31).

- c. Distansia rahim berlebihan : hidramnion, hamil ganda, mola hidatidosa
Hamil ganda; wanita dengan gestasi kembar dua, bila dibandingkan dengan yang gestasinya tunggal, memperlihatkan insiden hipertensi gestasional dan Preeklamsia Ringan yang secara bermakna lebih tinggi

(Cunningham, 2006,h: 630).

d. Penyakit hipertensi kronik

Semua gangguan hipertensi kronis, apapun kasusnya, memudahkan terjadinya Preeklamsia Ringan atau eklamsia. Gangguan ini dapat menimbulkan kesulitan dalam diagnosis dan penatalaksanaan wanita yang belum pernah berobat hingga setelah pertengahan kehamilan (Kenneth, 2009,h: 396).

e. Penyakit ginjal kronik

Karena autoregulasi aliran darah ginjal dapat terganggu pada penyakit ginjal, setiap peningkatan tekanan darah lebih cenderung untuk menaikkan tekanan glomerulus (Harrison, 1999, h:23)

f. Keturunan keluarga

Ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotipe ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotipe janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami Preeklamsia Ringan, 26% anak perempuannya akan mengalami Preeklamsia Ringan pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami Preeklamsia Ringan (Sarwono, 2008,h: 536)

g. Umur ibu lebih dari 35 tahun

h. Tempat tinggal ibu di daerah dataran tinggi

i. Obesitas

Karena terjadi penambahan berat badan yang tidak signifikan, dalam seminggu kenaikan berat badan 1kg atau lebih (Marmi, 2011, h:68)

j. Riwayat Preeklamsia Ringan sebelumnya

Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan- perubahan yang dapat menjelaskan patogenesis hipertensi dalam kehamilan selanjutnya (Sarwono, 2008,h:533)

k. Keadaan sosial ekonomi rendah (varney, 2002, h: 166 dan cuningham, 2006,h:630)

6. Patofisiologi

Perubahan pokok yang didapatkan pada Pre eklamsia adalah spasmus pembuluh

darah disertai retensi garam dan air tekanan yang meningkat, mungkin akibat vasospasme dan iskemia.

Terjadinya spasme pembuluh darah arteriol menuju organ penting dalam tubuh menimbulkan gangguan sebagai berikut

- a. Gangguan metabolisme jaringan
 - 1) Terjadi metabolisme anaerobik lemak dan protein
 - 2) Pembakaran yang tidak sempurna menyebabkan pembentukan badan keton dan asidosis.
- b. Gangguan peredaran darah dapat menimbulkan :
 - 1) Nekrosis (kematian jaringan)
 - 2) Perdarahan
 - 3) Edema jaringan
- c. Mengecilnya aliran darah menuju sirkulasi retroplasenter menimbulkan gangguan pertukaran nutrisi, CO₂ dan O₂ yang menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Vasospasme adalah hal mendasar dalam patofisiologi Pre eklamsia. Konsep ini didasarkan pada pengamatan langsung pembuluh darah halus di dasar kuku, fundus okuli, dan konjungtiva bulbar, dan diperkirakan dari perubahan histologis yang dijumpai di berbagai organ yang terkena. Konstriksi vaskuler menyebabkan resistensi terhadap aliran darah dan berperan dalam timbulnya hipertensi arteri. Vasospasme itu sendiri kemungkinan besar juga menimbulkan kerusakan pada pembuluh. Selain itu, angiotensin II menyebabkan sel-sel berkontraksi. Perubahan ini mungkin menyebabkan bocornya konstituen darah, termasuk trombosit dan fibrinogen yang kemudian mengendap di subendotel. Perubahan vaskuler ini, bersama dengan hipoksia lokal jaringan disekitarnya, mungkin menyebabkan perdarahan, nekrosis, dan berbagai gangguan organ lainnya yang dapat dijumpai pada Pre eklamsia berat (Kenneth, dkk, 2009,h: 396)

Pada beberapa wanita hamil, terjadi beberapa sensitivitas vaskuler terhadap angiotensin II. Peningkatan ini menyebabkan hipertensi dan kerusakan vaskuler, akibatnya akan terjadi vasopasme. Vasopasme menurunkan diameter pembuluh darah ke semua organ, fungsi-fungsi organ seperti plasenta, ginjal, hati dan otak

menurun sampai 40 – 60%. Gangguan plasenta menimbulkan degenerasi pada plasenta dan kemungkinan terjadi IUGR dan IUFD pada fetus. Aktivitas uterus dan sensitivitas terhadap oksitosin meningkat. Penurunan perfusi ginjal menurunkan GFR dan menimbulkan perubahan glomerulus, protein keluar melalui urine, asam urat menurun, air dan garam ditahan, tekanan osmotik plasma menurun, cairan keluar dari intravaskuler, menyebabkan homokonsentrasi, peningkatan viskositas darah dan edema jaringan berat dan peningkatan hematokrit. Pada pre-eklampsia berat terjadi penurunan volume darah, oedema berat, dan berat badan naik dengan cepat. Penurunan perfusi hati menimbulkan gangguan fungsi hati, edema hepar dan hemoragik sub-kapsular menyebabkan ibu hamil mengalami nyeri pada kuadran atas. Vasospasme arteriola dan penurunan aliran darah ke retina menimbulkan symptom visual seperti skotoma (Blind spot) dan pandangan kabur (Maryunani dan Yulianingsih, 2009, h:141). Pada Preeklampsia Ringan dan eklampsia sering terjadi gangguan hebat pada fungsi kardiovaskuler. Gangguan ini pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan afterload jantung akibat hipertensi, dan cedera endotel disertai ekstrasvasasi ke dalam ruang ekstrasel, terutama paru. Pemberian cairan yang agresif kepada wanita dengan Pre eklampsia berat menyebabkan tekanan pengisian sisi kiri meningkat secara bermakna sementara curah jantung yang sudah tinggi bertambah hingga tingkat supranormal.

Volume Darah

Hemokonsentrasi adalah tanda utama Preeklampsia Ringan – eklampsia. Volume darah yang secara normal bertambah selama kehamilan hampir tidak terjadi sama sekali dan hal ini mungkin disebabkan oleh vasokonstriksi generalisata yang diperparah oleh meningkatnya permeabilitas vaskuler.

Kelainan hematologis terjadi pada sebagian wanita yang menderita gangguan hipertensif akibat kehamilan. Trombositopenia kadang-kadang dapat sedemikian parah sehingga mengancam nyawa; kadar plasma sebagian dari faktor pembekuan mungkin menurun; dan eritrosit mungkin mengalami trauma sehingga bentuknya menjadi aneh dan cepat mengalami hemolisis.

a. Trombositopenia

Pada Pre eklamsia, dapat timbul trombositopenia ibu secara akut. Setelah peelahiran, hitung trombosit akan meningkat secara progresif hingga ke kadar normal dalam 3 hingga 5 hari. Trombositopenia nyata yang didefinisikan oleh hitung trombosit kurang dari 100.000/ μ l, menunjukkan penyakit yang parah. Pada sebagian besar kasus, diindasikan pengeluaran janin karena hitung trombosit terus menurun. Secara umum, semakin rendah hitung trombosit, semakin besar morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Terjadinya peningkatan kadar enzim hati dalam situasi klinis ini akan memperburuk prognosis. Kombinasi hal-hal ini disebut sebagai sindrom HELLP- yaitu hemolisis (H), peningkatan enzim hati (elevated liver enzym, EL), dan trombosit rendah (low platelet, LP). Pre eklamsia tidak menyebabkan trombositopenia pada neonatus.

b. Koagulasi

Defisiensi berat pada salah satu faktor koagulasi larut sangat jarang terjadi pada Pre eklamsia Ringan berat atau eklamsia kecuali jika terdapat keadaan lain yang mempermudah terjadinya koagulasi konsumtif, misalnya solutio plasenta atau perdarahan hebat akibat infark hati (Kenneth,2009,h:397-398)

Pre eklampsia terjadi pada spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriole sedemikian sempitnya sehingga sulit dilalui oleh suatu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan darah perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan oedem yang disebabkan oleh penimbun air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Protein uria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glmerulus (Marmi, dkk, 2011,h:67).

Terjadi perubahan pada organ-organ :

a. Otak

Pada Preeklamsia Ringan aliran darah dan pemakaian oksigen tetap dalam batas-batas normal. Pada eklamsia, resistensi pembuluh darah meninggi

b. Plasenta dan rahim

Aliran darah menurun ke plasenta dan menyebabkan gangguan plasenta sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada Preeklamsia Ringan dan eklamsia dan eklamsia sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaannya terhadap rangsang, sehingga terjadi partus prematurus.

c. Ginjal

Selama kehamilan normal, aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat cukup besar. Dengan timbulnya Preeklamsia Ringan, perfusi ginjal dan filtrasi glomerulus menurun. Kadar yang jauh dibawah kadar nonhamil normal merupakan akibat penyakit yang parah. Konsentrasi asam urat plasma biasanya meningkat, terutama pada wanita dengan penyakit yang berat. Peningkatan ini melebihi penurunan laju filtrasi glomerulus dan bersihan kreatinin yang menyertai Preeklamsia Ringan.

d. Paru-paru

Kematian ibu pada Preeklamsia dan eklamsia biasanya disebabkan oleh oedema paru yang menimbulkan dekomposisi kardis (kegagalan jantung untuk mempertahankan peredaran darah ke seluruh tubuh).

e. Mata

Pada eklamsia dapat terjadi ablasi retina yang disebabkan oedema intra okuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminal kehamilan.

f. Keseimbangan air dan elektrolit

Pada Preeklamsia Ringan biasanya tidak dijumpai perubahan yang nyata pada metabolisme air elektrolit, kristaloid dan protein serum. Jadi tidak terjadi gangguan keseimbangan elektrolit.

g. Ablasi Retina

Terlepasnya retina dapat menyebabkan gangguan penglihatan, meskipun biasanya terjadi di satu sisi dan jarang menyebabkan kehilangan penglihatan total pada sebagian wanita dengan kebutaan korteks. Jarang diindikasikan terapi bedah; prognosis baik, dan penglihatan biasanya kembali normal dalam seminggu. Edema serebrum dapat terjadi pada kasus-kasus yang parah, dan penurunan kesadaran dan delirium adalah faktor utama dengan gejala yang hilang timbul. Pada beberapa

kasus, pasien mengalami koma. (Kenneth, 2009, h: 398-399)

7. Tanda dan gejala Preeklamsia

a. Preeklamsia Ringan :

- 1) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- 2) Tekanana darah diastolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- 3) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
- 4) Protein uria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1-2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan

b. Pre eklamsia Ringan berat :

- 1) Tekanan darah 160/110 mmHg
- 2) Oliguria urin < 400 cc per 24 jam
- 3) Protein uria > 3 gr perliter
- 4) Keluhan subyektif :
 - a) Nyeri epigastrium
 - b) gangguan penglihatan
 - c) nyeri kepala
 - d) oedem paru dan sianosis
 - e) gangguan kesadaran
- 5) Pemeriksaan
 - a) Kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
 - b) Perdarahan pada retina
 - c) Trombosit > 100.000/mm (Manuaba, 2010, h: 265)

8. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan khusus berupa ECG (eko kardiografi), pemeriksaan mata, dan pemeriksaan USG ginjal. Pemeriksaan laboratorium lain ialah fungsi ginjal, fugsi hepar, Hb, hematokrit, dan trombosit.

b. Pemeriksaan janin

Perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi janin. Bila dicurigai IUGR, dilakukan NST dan profil biofisik.

c. Pemeriksaan urin protein

Dilakukan untuk mendeteksi protein sampai berapa dan apakah menuju tanda-tanda Preeklamsia Ringan berat atau bahkan eklamsia.

Protein uria adalah adanya 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan lebih besar sama dengan 1+ dipstick (Sarwono Prawiroharjo, 2008,h: 558)

9. Penatalaksanaan Medis

a. Preeklamsia Ringan

1) Kehamilan kurang dari 37 minggu

Lakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan:

- a) Pantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), refleks, dan kondisi janin.
- b) Konseling pasien dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya Preeklamsia Ringan dan eklamsia.
- c) Lebih banyak istirahat.
- d) Diet biasa (tidak perlu diet rendah).
- e) Tidak perlu diberi obat-obatan.
- f) Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit:
 - (1) Diet biasa.
 - (2) Pantau tekanan darah 2 kali sehari, dan urin (untuk proteinuria) sekali sehari.
 - (3) Tidak perlu diberi obat-obatan.
 - (4) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kordis, atau gagal ginjal akut.
- g) Jika tekanan diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan:
 - (1) Nasihatkan untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda

Preeklamsia Ringan berat,

(2) Kontrol 2 kali seminggu untuk memantau tekanan darah, urin, kradaan janin, serta gejala dan tanda-tanda Preeklamsia Ringan berat,

(3) Jika tekanan diastolik naik lagi, rawat kembali.

- h) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan, tetap dirawat. Lanjutkan penanganan dan observasi kesehatan janin.
 - i) Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan. Jika tidak, rawat sampai aterm.
 - j) Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai Preeklamsia Ringan berat.
- 2) Kehamilan lebih dari 37 minggu
- a) Jika servik matang, pecahkan ketuban dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin. Pantau denyut jantung janin dan his pada induksi persalinan dengan prostaglandin.
 - b) Jika serviks belum matang, lakukan pematangan dengan prostaglandin atau kateter Foley atau lakukan seksio sesarea. Jangan lakukan kateter Foley jika ada riwayat perdarahan, ketuban pecah, pertumbuhan janin terlambat, atau infeksi vagina.(Saifuddin, 2006, h:M-37&38)

b. Preeklamsia Ringan berat

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala Preeklamsia Ringan berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi :

- 1) Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diteminasi ditambah pengobatan medisinal.
- 2) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal.
 - a) Perawatan Aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan

fetal assesment (NST & USG). Indikasi:

- (1) Ibu : Usia kehamilan 36 minggu atau lebih Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklamsia
- (2) Janin : Hasil fetal assesment jelek (NST & USG).
Adanya tanda IUGR
- (3) Laboratorium

Adanya “ HELLP syndrome “ (hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia) Sindrom HELLP biasanya muncul antara usia gestasi 32-34 minggu dan 30% kasus terjadi pada periode pascapartum. Ibu yang menderita sindrom HELLP sering mengeluh nyeri epigastrik, atau nyeri pada kuadran kanan atas, serta mual dan muntah. Beberapa diantaranya akan mengalami gejala seperti sindrom virus non-spesifik. Hipertensi dan proteinuria biasanya tidak ada atau hanya sedikit abnormal. (Diane, 2006, hal; 359)

- (4) Kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan medikamentosa terjadi kenaikan tekanan darah atau setelah 24 jam terapi medikamentosa tidak ada perbaikan. Pengobatan medikamentosa yaitu:
 - (a) Segera masuk rumah sakit
 - (b) Tidur baring, miring ke satu sisi, (sebaiknya ke kiri),
tanda vital diperiksa setiap 30 menit, reflek patella setiap jam
 - (c) Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infus RL (60-125cc/jam) 500cc
 - (d) Antasida
 - (e) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
 - (f) Pemberian obat anti kejang : MgSO₄ 40% 5 gram IV
pelan-pelan dilanjutkan 5 gram dalam RL 500cc untuk 6 jam

Sebelum pemberian MgSO₄, periksa:

- 1) Frekuensi pernapasan minimal 16x/menit,
- 2) Reflek patella +,

3) Urin minimal 30ml/jam dalam 4 jam terakhir.

Berhentikan pemberian MgSO₄, jika:

- 1) Fekkuensi pernapasan < 16x/menit,
- 2) Reflek patella (-),
- 3) Urin < 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir.

(g) Diuretik tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kongesif atau edema anasarka.

(h) Diberikan furosemid injeksi 40mg/IV

(i) Antihipertensi diberikan bila : Tekanan darah sistolik 180 mmHg, diastolik 110 mmHg. Dapat diberikan katapres ½ - 1 ampul IM dapat diulang tiap 4 jam, atau alfametildopa 3x250 mg, dan nifedipine sublingual 5-10 mg.

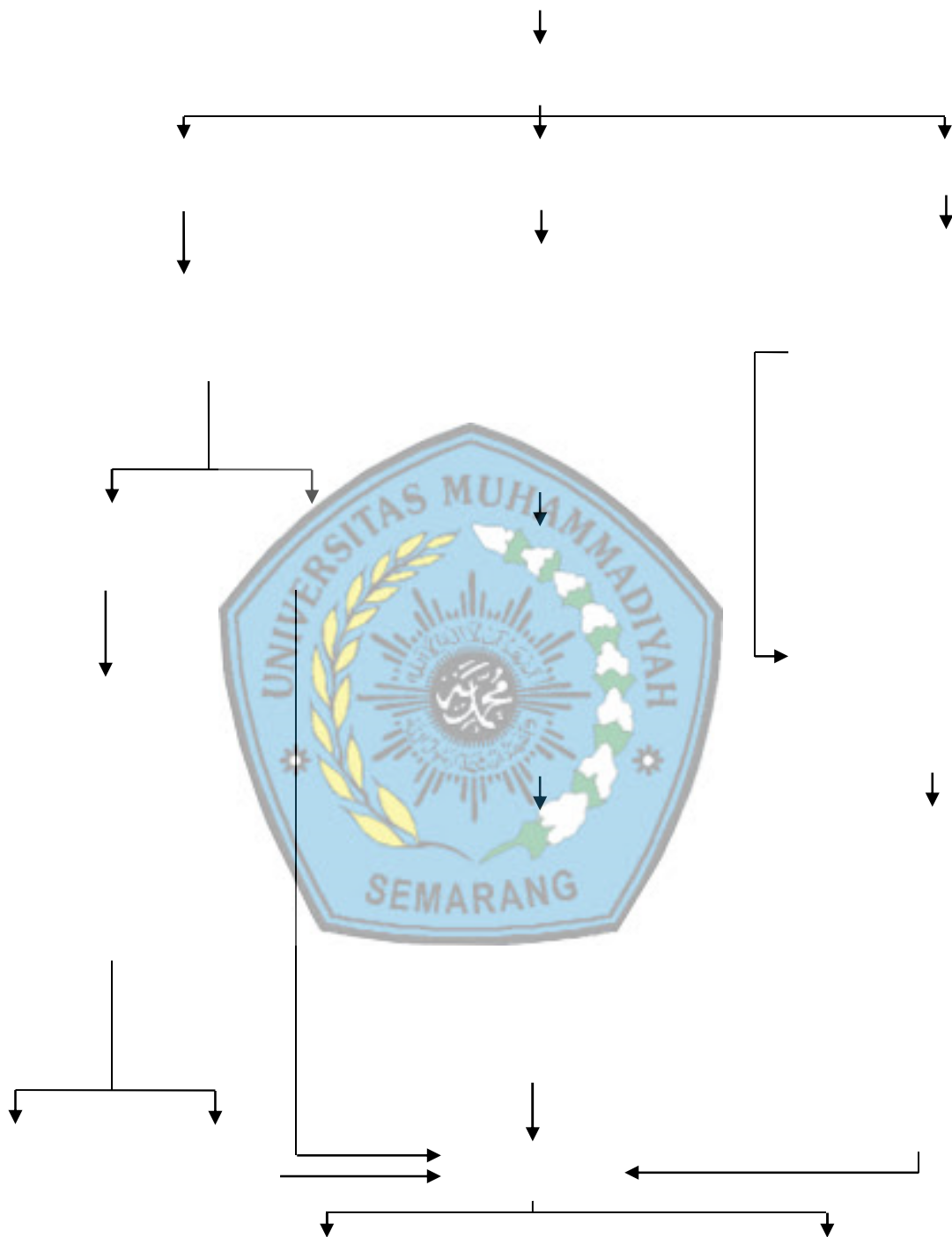
b) Perawatan konservatif

- 1) Indikasi : Bila kehamilan preterm kurang 36 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.
- 2) Terapi medikamentosa : Sama dengan terapi medikamentosa pada pengelolaan aktif. Hanya loading dosis MgSO₄ tidak diberikan intravena, cukup intramuskular saja 4 gram dibokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan. Kortikosteroid (oradexon i.m. 2 kali 10 mg). Antibiotikum, diuretikum dan kardiotonikum hanya diberikan atas indikasi. (Achadiat, 2004, h:6-7 & Rustam.M, 1998,h: 202-203)

B. Pathway Preeklamsia Ringan

PRE EKLAMSIA

HAMIL > 20 MINGGU



C. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (PP IBI, 2006).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (PP IBI, 2006).

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan manajemen kebidanan yaitu 7 langkah Varney meliputi: pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, kebutuhan tindakan segera konsultasi dan kolaborasi, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Langkah I : Pengkajian

Yaitu pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan sistematis (PP IBI, 2006).

a. Data Subyektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan pasien baik secara langsung dengan pasien ataupun dengan keluarga.

b. Data Obyektif

Yaitu data yang diperoleh dari pemeriksaan secara langsung yaitu meliputi pemeriksaan fisik, status presen, status obstetrikus, dan pemeriksaan penunjang.

2. Langkah II : Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

3. Langkah III : Diagnosa potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi.

4. Langkah IV : Kebutuhan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi

Beberapa data mengindikasikan sebuah situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya. Kebutuhan tindakan segera pada ibu hamil dengan Pre eklamsia yaitu menempatkan ibu di ruang isolasi, kolaborasi dengan dokter obsgyn untuk pemberian terapi obat dan injeksi (Helen Varney, 2007, hal; 27)

5. Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosa kebidanan. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan (Helen Varney, 2007, hal; 28) Langkah VI : Pelaksanaan langkah asuhan dengan efisien dan aman

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan rencana dan perkembangan keadaan klien. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain.

6. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa atau masalah.

Metode pendokumentasian yang digunakan untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP yang merupakan singkatan dari:

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment.

A : Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dari interpretasi dan subjektif dan objektif dalam suatuidentifikasi.

P : Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

Tinjauan asuhan kebidanan pada Pre eklamsia yaitu :

1. Pengkajian

Yaitu pengumpulan data tentang status kesehatan pasien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan, data yang diperoleh dicatat dan dianalisa (PP IBI, 2006)

a. Data Subyektif

1) Identitas Klien

Umur : usia ibu lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi dari Pre eklamsia (Cuningham, 2006, hal: 630)

Pekerjaan : Untuk mengukur dan mengetahui tingkat sosial ekonominya, Wanita yang sosial ekonominya lebih maju lebih jarang terjangkit Pre eklamsia , bahkan setelah faktor ras dikontrol (Cuningham, 2006, hal: 630)

Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah melakukan kunjungan rumah bila diperlukan, dan jika tempat tinggal berada di daerah dataran tinggi, maka dapat meningkatkan insiden Preeklamsia Ringan (Cuningham, 2006, hal: 630)

2) Keluhan Utama : Ibu hamil dengan pre eklampsia biasanya mengeluh pusing yang hebat, hal ini disebabkan karena adanya

edema serebral dan hemoragik serta peningkatan susunan saraf pusat, pandangan mata kabur yang disebabkan oleh vasospasme arteriola dan penurunan aliran darah ke retina, dan adanya tekanan pada kapsula hepar dapat menimbulkan nyeri pada ulu hati (Sinclair, 2010, h:111 ; Maryunani, 2009, h:141 ; Mitayani, 2011, h:16)

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan pasien terutama dikaji mengenai ada tidaknya penyakit yang menyertai kehamilan, contoh : diabetes melitus, obesitas, hipertensi kronik merupakan faktor predisposisi Pre eklamsia (Varney, 2002, hal: 166)

b) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit anemia, diabetes melitus, penyakit tyroid, hipertensi kronik dan penyakit ginjal dapat memacu timbulnya preeklamsia (Yulianingsih, 2009, h:96)

c) Riwayat kesehatan keluarga

Seorang wanita mempunyai resiko 2 kali lebih besar menderita Pre eklamsia apabila ibunya atau saudara perempuannya mempunyai riwayat pre eklamsia (Varney, 2002, hal: 166)

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Hari pertama haid terakhir (HPHT) wanita harus mengerti tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (Mitayani, 2011, hal: 3), sehingga data HPHT yang diperoleh dapat valid dan tidak ada kesalahan dalam menentukan umur kehamilan ibu.

Hubungannya dengan Pre eklamsia karena pada ibu hamil dengan Preeklamsia Ringan timbul pada umur kehamilan > 20 minggu, hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu masih didiagnosa hipertensi kronis (Morgan, 2009, h: 364)

b) Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pre eklamsia akan lebih banyak terjadi pada primigravida karena pertama kali terpapar jaringan janin dan pada ibu hamil dari pasangan baru karena materi

genetik, meskipun jumlahnya juga meningkat pada multipara (Varney, 2002, hal: 166)

c) Riwayat kehamilan sekarang

Kejadian Pre eklamsia meningkat dengan semakin tuanya umur kehamilan, terutama pada trimester III. Gejala berkurang bila ada kematian janin (Yulaikhah, 2009, hal: 95)

5) Data psikososial, kultural, spiritual

Menilai respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan mengkaji ketaatan ibu dalam beribadah serta budaya yang ada di lingkungan masyarakat tentang kehamilan.

Psikologis ibu yang menderita Pre eklamsia berada dalam kondisi yang labil dan mudah marah, ibu merasa khawatir akan keadaan dirinya dan keadaan janin dalam kandungannya, dia takut anaknya nanti lahir cacat atau meninggal dunia, sehingga ia takut untuk melahirkan (Mitayani, 2011, hal:19)

6) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Mengetahui pola makan dan minum ibu serta apa saja jenis makanan dan minuman yang biasa dikonsumsi ibu sehari-hari selama kehamilan, adakah penambahan porsi makan berlebihan karena porsi makan yang berlebihan dapat mengakibatkan obesitas, dan obesitas merupakan salah satu faktor resiko Preeklamsia Ringan (Varney, 2002, hal : 166)

b) Pola eliminasi

Untuk melihat frekuensi dan konsistensi feases ibu, serta melihat frekuensi BAK, pada ibu dengan preeklampsia berat biasanya terjadi oliguria (jumlah urine <500cc/ 2 jam) (Marmi, dkk, 2011).

c) Pola aktivitas

Untuk mengetahui aktivitas ibu selama kehamilan, pada ibu dengan preeklampsia apabila terlalu lelah maka akan dapat memperburuk keadaannya.

b. Data Obyektif

1) Keadaan Umum

Mengetahui kondisi pasien, apakah dalam keadaan baik, cukup atau lemah. Pada ibu dengan preeklampsia biasanya keadaan umumnya cukup/lemah (Mitayani, 2011, hal: 18)

2) Tingkat kesadaran

Patofisiologi Pre eklamsia mempengaruhi Sistem Saraf Pusat (SSP) dengan menginduksi edema otak dan meningkatkan resistensi otak. Komplikasi meliputi nyeri kepala, kejang, dan gangguan pembuluh darah otak. Dengan berlanjutnya keterlibatan SSP, ibu akan mengeluh nyeri kepala dan gangguan penglihatan atau perubahan keadaan mental dan tingkat kesadaran (Bobak, 2005, h: 632).

Pada Preeklamsia Ringan, gejala subjektif belum dijumpai, tetapi pada Preeklamsia Ringan berat diikuti keluhan subjektif berupa sakit kepala terutama daerah frontalis, rasa nyeri didaerah epigastrium, gangguan mata, penglihatan menjadi kabur, terdapat mual sampai muntah, gangguan pernafasan sampai sianosis, dan terjadi gangguan kesadaran (Manuaba, 2010, hal: 264).

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan Darah

Pada pre eklamsia ringan ditemukan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, pada Preeklamsia Ringan berat ditemukan tekanan darah $\geq 160/110$ (Sinclair, 2009, h: 110)

b) Respirasi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai frekuensi pernafasan dan irama pernafasan pasien dalam batas normal/ tidak. Apabila nafas ibu pendek, kemungkinan adanya edema paru dan ini merupakan salah satu tanda pre eklampsia (Sarwono, 2006, h: 284).

4) Berat badan

Dilakukan untuk melihat apakah kenaikan berat badan ibu setiap trimesternya masih dalam batas normal/ tidak. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dapat dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1kg seminggu berturut- turut, hal ini dapat diwaspadai adanya pre eklampsia (Sarwono, 2006, h: 282)

5) Status present

a) Muka

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat apakah muka pasien terlihat pucat, dan menilai adakah oedema, karena oedem pada muka merupakan gejala dari Pre eklamsia (Manuaba, 2007, hal:161)

b) Mata

Melakukan pemeriksaan pada konjungtiva, untuk menilai adakah tanda anemia, anemia merupakan salah satu penyebab timbulnya preeklampsia. Menilai adanya ikterik/ tidak pada sklera, dan melihat adakah oedema pada kelopak mata, oedema kelopak mata merupakan tanda adanya pre eklampsia pada ibu hamil (Sarwono, 2006, h: 289)

c) Abdomen

Menilai adanya pembesaran hati dan limpa serta adakah nyeri pada pinggang. Melihat adanya pembesaran perut, adakah perut pendulum (kemungkinan adanya Dispososi Kepala Panggul), terdapat hiperpigmentasi dinding abdomen (striae gravidarum dan linea nigra), serta adakah bekas luka operasi (bebas sectio caesaria, atau bekas operasi lainnya yang dapat menjadi lokus minoris resistensi). Pada Pre eklamsia dan eklamsia sering terjadi peningkatan tonus rahim (Manuaba, 2007,h: 163).

d) Ekstremitas

Menilai adakah edema pada ekstremitas, edema pada kaki dan jari tangan merupakan salah satu tanda pre eklampsia (Sarwono, 2006), vasospasme yang didasarkan pada pengamatan langsung pembuluh darah halus di dasar kuku, fundus okuli, dan konjungtiva bulbar, dan diperkirakan dari perubahan histologis yang dijumpai di berbagai organ yang terkena.selain itu juga menilai adanya varices, sianosis dan reflek patella.

e) Perkusi

Reflek patella dilakukan pada lutut dipukul dengan tendon reflek hammer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki. Menurut Lionel Ginsberg, (2008) h:48 derajat reflek patella (tendon) direpresentasikan secara simbolis dengan :

- (1) +++ : sangat meningkat/sangat cepat
- (2) ++ : meningkat/cepat
- (3) + : positif
- (4) ± : dengan manuver penguatan
- (5) 0 : tidak ada
- (6) CL : klonus

Pada ibu hamil dengan Pre eklamsia biasanya mengalami rasa cemas sehingga reflek patella (tendon) meningkat/cepat dapat disimbolkan dengan hasil ++ (2+), tetapi bukan berarti abnormal asalkan tanpa disertai tanda-tanda lesi UMN (Upper Motor Neuron) yang lain. (Juwono, 2004,h:62).

6) Status obstetric

a) Pemeriksaan Payudara

Penampilan payudara pada saat ibu hamil yaitu menjadi lebih besar, areola payudara makin hiperpigmentasi, hitam, glandula mongomeri makin tampak, puting susu makin menonjol. Pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH (Prolaktin Inhibiting Hormon) untuk mengeluarkan ASI, namun setelah persalinan hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung (Sarwono, 2006,h:95).

b) Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan Leopold pada ibu hamil dengan Pre eklamsia biasanya normal tidak ada kelainan, yang biasanya ditemukan kelainan pada pemeriksaan leopold yaitu pada pemeriksaan leopold II, yang disebabkan karena tumor pada pelvis, kesempitan panggul, kelainan bentuk uterus dan grandemultipara (Manuaba, 2007, hal: 167).

Pada pengukuran TFU dapat ditemukan pembesaran uterus yang berlebihan dapat terjadi kemungkinan adanya kehamilan ganda, molahidatidosa atau oligohidramnion, hal ini dapat dapat mendukung terjadinya Preeklamsia Ringan.

c) Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Mengukur Denyut Jantung Janin (DJJ) untuk menilai kesejahteraan janin, mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan metode Mc.Donald untuk

menentukan panjang janin dan tafsiran berat janin (TBJ). Pada ibu hamil dengan Pre eklamsia ditemukan DJJ yang tidak teratur dan lemah (Mitayani, 2011,h: 18-19).

7) Pemeriksaan Penunjang

Melakukan pemeriksaan laboratorium apabila diperlukan, pada ibu yang dicurigai pre eklampsia biasanya dilakukan pemeriksaan protein urin. Proteinuria pada ibu preeklampsia adalah +,++,+++, atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif (Sarwono, 2007, hal: 543, Marmi,dkk, 2011,h: 68). Pemeriksaan darah rutin serta kimia darah juga dapat dilakukan untuk menilai urium-kreatinin, SGOT, LDH, bilirubin. Jika terdapat kemungkinan adanya pertumbuhan janin terhambat maka dapat dilakukan USG (Maryunani, 2009,h: 142). Pemeriksaan khusus berupa ECG (eko kardiografi), pemeriksaan mata, dan pemeriksaan USG ginjal. Pemeriksaan laboratorium lain ialah fungsi ginjal, fungsi hepar, Hb, hematokrit, dan trombosit.

Pemeriksaan janin, perlu dilakukan ultrasonografi janin. Bila disurigai IUGR, dilakukan NST dan profil biofisik (Sarwono, 2007, hal: 558)

c. Interpretasi Data

1) Diagnosa Kebidanan

Ny. S Umur 36 tahun, Usia kehamilan 37 minggu, GIII PI AI , janin tunggal/ganda hidup intra uteri, punggung kanan/kiri dengan preeklampsia ringan.

Data dasar

Subyektif :

- a) Usia ibu lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi dari Preeklampsia Ringan (Cuningham, 2006, hal: 630)
- b) Peningkatan insiden Pre eklamsia Ringan pada ibu baru atau primigravida karena pertama kali terpapar jaringan janin dan pada ibu hamil dari pasangan baru karena materi genetik yang baru (Bobak, 2005, h: 631).
- c) Pre eklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah

20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria (Sarwono,2008, hal: 531)

- d) Untuk pasien Pre eklamsia Ringan akan mengeluh seperti sakit kepala, nyeri epigastrium, gangguan visual (penglihatan kabur) pada Preeklamsia Ringan berat (Sarwono, 2006,h:287)
- e) Peningkatan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu (Manuaba, 2010,h:265).

Obyektif : pada hasil pemeriksaan pasien dengan pre eklamsia ringan, akan ditemukan tekanan darah tinggi, refleks meningkat, dan protein uria pada pemeriksaan laboratorium (Rustam Mochtar, 1998, hal: 202).

- a) Pada Pre eklamsia Ringan ditemukan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, pada Preeklamsia Ringan berat ditemukan tekanan darah $\geq 160/110$ (Sinclair,2009,h:110)
- b) Pada ibu hamil dengan Pre eklamsia Ringan terjadi hiperrefleksia atau tonus otot (Mochtar, 1998, hal: 202).
- c) Proteinuria pada ibu preeklampsia ringan adalah 1+ sampai 2+, pada pemeriksaan kualitatif (varney, 2002,h:166).

Pemeriksaan fisik lainnya :

- a) Pada muka biasanya ibu penderita Pre eklamsia mengalami oedem pada wajahnya (Mitayani, 2011,h: 18)
- b) Pada Pre eklamsia Ringan mata terlihat adanya ikterik pada sklera, dan ada oedem pada kelopak mata, oedem kelopak mata merupakan tanda adanya Preeklamsia Ringan pada ibu hamil (Sarwono, 2006,h:289)
- c) Terdapat edema pada kaki dan jari tangan merupakan salah satu tanda Preeklamsia Ringan (Prawiroharjo, 2006)
- d) Pada pengukuran TFU dapat ditemukan pembesaran uterus

yang berlebihan dapat terjadi kemungkinan adanya kehamilan ganda, molahidatidosa atau oligohidramnion, hal ini dapat dapat mendukung terjadinya Preeklamsia Ringan.

- e) Pada pemeriksaan laborat, ibu hamil dengan Pre eklamsia Ringan ringan ditemukan proteinuria secara kuantitatif adalah 0,3 gram/liter dalam 24 jam atau lebih, secara kualitatif positif 1+ atau 2+ (Marmi,dkk.2011,h:68)
- f) Pada ibu hamil dengan Preeklamsia Ringan biasanya mengalami rasa cemas sehingga reflek patella (tendon) meningkat, tetapi bukan berarti abnormal asalkan tanpa disertai tanda-tanda lesi UMN (Upper Motor Neuron) yang lain. (Juwono, 2004,h:62).

2) Masalah

Ibu merasa khawatir dan cemas dengan keadaannya.

d. Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial yang muncul pada ibu hamil dengan Preeklamsia Ringan adalah Preeklamsia Ringan berat.

e. Identifikasi Tindakan Segera, Kolaborasi Dan Konsultasi

Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk membuat perencanaan dan melakukan tindakan : Berikan obat antihipertensi, nifedipine 5-10 mg, MgSO₄ sesuai dosis yang dibutuhkan.

f. Perencanaan

Perencanaan asuhan kebidanan berkaitan dengan diagnosa kebidanan dan masalah :

1) Preeklamsia Ringan

a) Kehamilan kurang dari 37 minggu

Lakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan:

- (1) Pantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), refleks, dan kondisi janin.

- (2) Berikan konseling kepada pasien dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya Preeklamsia Ringan dan eklamsia.
- (3) Anjurkan lebih banyak istirahat.
- (4) Berikan diet biasa (tidak perlu diet rendah).
- (5) Anjurkan seminggu sekali kunjungan ulang.
- b) Kehamilan lebih dari 37 minggu
 - (1) Jika servik matang, pecahkan ketuban dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin. Pantau denyut jantung janin dan his pada induksi persalinan dengan prostaglandin.
 - (2) Jika serviks belum matang, lakukan pematangan dengan prostaglandin atau kateter Foley atau lakukan seksio sesarea. (Saifuddin, 2006,h:37&38)

Berkaitan dengan diagnosa masalah :

- a) Perencanaan yang dibuat untuk masalah perubahan psikologi/rasa cemas adalah :
 - (1) Beri motivasi pada ibu untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut sehubungan dengan keadaan diri dan janinnya.
 - (2) Libatkan keluarga untuk memberi motivasi pada ibu untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut dengan keadaan diri dan janinnya.
- b) Atasi masalah kelelahan ibu.

g. Pelaksanaan

Rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan diatas dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

1) Preeklamsia Ringan

- a) Kehamilan kurang dari 37 minggu

Melakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan:

- (1) Memantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), refleks, dan kondisi janin.
- (2) Memberikan konseling kepada pasien dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya Preeklamsia Ringan dan eklamsia.
- (3) Menganjurkan lebih banyak istirahat.
- (4) Memberikan diet biasa (tidak perlu diet rendah).
- (5) Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit:
 - (a) Diet biasa.
 - (b) Pantau tekanan darah 2 kali sehari, dan urin (untuk proteinuria) sekali sehari.
 - (c) Tidak perlu diberi obat-obatan.
 - (d) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kordis, atau gagal ginjal akut.
- (6) Jika tekanan diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan:
 - (a) Menasehati untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda Preeklamsia Ringan berat,
 - (b) Anjurkan kontrol 2 kali seminggu untuk memantau tekanan darah, urin, kradaan janin, serta gejala dan tanda-tanda Preeklamsia Ringan berat,
 - (c) Jika tekanan diastolik naik lagi, rawat kembali.
- (7) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan, tetap dirawat.

Melanjutkan penanganan dan observasi kesehatan janin.

- (a) Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat, mempertimbangkan terminasi kehamilan. Jika tidak, rawat sampai aterm.
 - (b) Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai pre eklamsia berat.
- b) Kehamilan lebih dari 37 minggu

- (1) Jika servik matang, pecahkan ketuban dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin. Pantau denyut jantung janin dan his pada induksi persalinan dengan prostaglandin.
- (2) Jika serviks belum matang, lakukan pematangan dengan prostaglandin atau kateter Foley atau lakukan sesarea. Jangan lakukan kateter Foley jika ada riwayat perdarahan, ketuban pecah, pertumbuhan janin terlambat, atau infeksi vagina. (Saifuddin, 2006, h:37&38)

Berkaitan dengan diagnosa masalah :

Perencanaan yang dibuat untuk masalah perubahan psikologi/rasa cemas adalah :

- (1) Memberi motivasi pada ibu untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut sehubungan dengan keadaan diri dan janinnya.
- (2) Melibatkan keluarga untuk memberi motivasi pada ibu untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut dengan keadaan diri dan janinnya.
- (3) Perencanaan yang dibuat untuk masalah kelelahan adalah:
 - (a) Memberitahu ibu untuk lebih banyak istirahat, kurangi aktivitas.
 - (b) Memberitahu ibu bila tidur dengan posisi miring kiri atau setengan duduk untuk melancarkan darah uterus.

h. Evaluasi

Evaluasi yaitu umpan balik dari pelaksanaan yang telah dilakukan

1. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu evaluasi yang diharapkan ibu hamil bisa melanjutkan kehamilannya dalam keadaan yang telah membaik dengan tekanan darah turun.
2. Umur kehamilan lebih dari 37 minggu merupakan kehamilan yang sudah aterm sebagai indikasi dilakukannya induksi persalinan, setelah dilakukan induksi persalinan diharapkan

terdapat tanda-tanda kemajuan persalinan.

2. Data Perkembangan :

Hasil yang diharapkan pada Preeklamsia Ringan menurut Mochtar, 1998 sebagai berikut :

DS :

- a. Tidak merasakan sakit/nyeri kepala.
- b. Tidak ada gangguan penglihatan.
- c. Tidak merasa nyeri perut bagian atas.

DO :

- a. Tekanan darah $< 140/110$ mmHg.
- b. Tidak terdapat proteinuria atau negatif (-).
- c. Tidak terjadi oliguria (urine kurang dari 400 cc per 24 jam).
- d. Oedem kaki berkurang atau tidak ada oedem.

Assesment :

Ny.S Umur 36 tahun, Usia kehamilan 36 minggu, GIII PI AI, janin tunggal/ganda hidup intra uteri, punggung kanan/kiri dengan Preeklamsia Ringan ringan.

Planning :

- a. Memantau keadaan umum Ibu
- b. Menilai perkembangan dan perubahan setiap dilakukan tindakan
- c. Melakukan pemeriksaan abdomen setiap hari
- d. Menganjurkan ibu untuk istirahat total
- e. Memberikan obat antihipertensi, nifedipine

D. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Pengertian

Lingkup praktik kebidanan adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab, dan aktivitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya (Mufdliliah, et al. 2012 : 103).

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan kewenangan. Kewenangan tersebut

diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu melalui perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat, serta kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Ada 3 hal yang melatar belakangi lahirnya Undang-Undang UU No. 4 tahun 2019 tentang kebidanan yakni :

- a) Bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan agar dapat hidup sejahtera lahir dan batin, sehingga mampu membangun masyarakat, bangsa, dan Negara sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945
- b) Bahwa pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya perempuan, bayi dan anak yang dilaksanakan oleh bidan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman dan berkesinambungan, masih dihadapkan pada kendala profesionalitas, kompetensi dan kewenangan.
- c) Bahwa pengaturan mengenai pelayanan kesehatan oleh bidan maupun pengakuan terhadap profesi dan praktek kebidanan belum diatur secara komprehensif sebagaimana profesi kesehatan lain, sehingga belum memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Menurut Pasal 1 Undang-Undang (UU) Nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan yang dimaksud kebidanan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya. Pelayanan kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan atau rujukan.

Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang praktik kebidanan;

- a) Bagian kesatu umum Pasal 45 ayat 1 yaitu :

- 1) Bidan yang menjalankan praktik kebidanan di tempat praktik mandiri
bidan wajib melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan ketentuan peraturan.
- b) Bagian kedua Tugas dan Wewenang Pasal 46 ayat (1) dalam menyelenggarakan praktik Kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan meliputi :
 - 1) Pelayanan kesehatan ibu
 - 2) Pelayanan kesehatan anak
 - 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - 4) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan / atau
 - 5) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu
 - 6) Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan bersama atau sendiri



