

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI**

#### **A. TINJAUAN PUSTAKA**

##### **1. Nifas (Post Partum)**

###### **a. Pengertian Masa Nifas (*Post Partum*)**

Masa Nifas (*Post partum*) yaitu masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi kembali seperti semula sebelum hamil. Pada masa ini dibedakan menjadi 3 bagian yaitu puerperium dini, puerperium intermedia dan remote puerperium. Pada masa ini hal yang penting diperhatikan ibu yaitu memastikan bayinya cukup dalam mendapatkan ASI dari usia 0-6 bulan secara eksklusif (Walyani, 2020).

###### **b. Periode Masa Nifas**

Masa nifas terbagi menjadi beberapa periode menurut Juneris, Aritonang, Yunida Turisna Oktavia (2021) yaitu:

- 1) Puerperium dini yaitu suatu masa pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.
- 2) Puerperium intermedial yaitu masa pemulihan alat-alat reproduksi yang lamanya berkisar 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pemulihan dan setelah sempurna terutama jika pada saat hamil atau

melahirkan terdapat komplikasi untuk waktu pemulihan bisa berminggu-minggu, bulan atau bahkan tahunan.

### c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh seorang ibu akan mengalami perubahan yang menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ tubuh ibu yang akan mengalami perubahan pasca melahirkan yaitu (Dewi, 2021):

#### 1) Perubahan Sistem Reproduksi

##### a) Uterus

##### (1) Involusi Uterus

Involusi uterus adalah suatu proses dalam mengembalikan uterus menuju keadaan sebelum hamil yang dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba posisi Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

Tabel 2. 1  
Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 Jari dibawah pusat	750 gram
1 Minggu	½ Pusat symphysis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Normal	30 gram

## (2) *Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan yang berasal dari rahim selama masa nifas. *Lochea* umumnya memiliki bau amis atau anyir yang memiliki volume berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* yang memiliki aroma tidak sedap seperti nanah menandakan adanya infeksi yang disebut *lochea purulenta*. *Lochea* yang tidak lancar seperti tertahan untuk keluar disebut *lochea stasis*. Selama proses involusi uterus *lochea* akan mengalami perubahan warna dan volume.

*Lochea* memiliki 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- a) *Lochea rubra*. *Lochea* yang keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 postpartum. Cairan ini berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi) dan *mekonium*.
- b) *Lochea sanguinolenta*. *Lochea* yang keluar pada hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum. *Lochea* ini berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir.
- c) *Lochea serosa*. *Lochea* yang keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 postpartum. *Lochea* ini berwarna kekuningan berisi sedikit darah dan lebih banyak mengandung serum, leukosit, robekan laserasi plasenta.

d) *Lochea alba*. *Lochea* yang keluar setelah minggu ke-2 sampai minggu ke-6 postpartum. *Lochea* ini berwarna putih berisi leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang telah mati.

### (3) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Perubahan bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang mengalami kontraksi sedangkan serviks tidak mengalami kontraksi, sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks berbentuk seperti cincin. Warna serviks sendiri yaitu berwarna merah kehitam-hitaman karena berisi pembuluh darah.

### (4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Pada beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap pada keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina akan kembali kepada keadaan sebelum hamil dan rugae vagina secara perlahan akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina

akan menjadi lebih besar dibandingkan dengan keadaan sebelum persalinan pertama.

(5) Perineum

Segera setelah proses melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya mengalami peregangan oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postpartum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya walaupun tetap lebih kendur dibandingkan keadaan sebelum melahirkan.

(6) Payudara

Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang dalam keadaan tertekan atau sedih dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume produksi ASI bahkan dapat tidak dapat memproduksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani oleh pekerjaan rumah tangga, urusan pekerjaan dan lainnya, karena hal itu juga mampu mempengaruhi produksi ASI.

## **2) Perubahan Sistem Pencernaan**

Setelah proses persalinan kebanyakan ibu akan mengalami konstipasi yang disebabkan karena adanya tekanan pada alat pencernaan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang

berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan nutrisi, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

### **3) Perubahan Sistem Perkemihan**

Setelah persalinan berlangsung, biasanya ibu akan mengalami sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan tersebut adalah karena adanya *spasme sfinkter* dan edema pada leher kandung kemih setelah adanya tekanan antara kepala bayi dan tulang pubis selama proses persalinan berlangsung. Hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini disebut “*diuresis*”.

### **4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal**

Otot-otot uterus yang mengalami kontraksi setelah partus, pembuluh darah yang terletak diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada saat proses persalinan secara perlahan akan mengecil dan pulih kembali seperti semula, stabilisasi secara sempurna pada 6-8 minggu setelah bersalin.

### **5) Perubahan Sistem Kardiovaskular**

Setelah persalinan, volume darah bertambah sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Keadaan tersebut dapat diatasi melalui mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti

sebelumnya. Hal ini umumnya terjadi pada minggu ke-3 sampai minggu ke-5 postpartum.

## **6) Perubahan Tanda-Tanda Vital**

### **a) Suhu Badan**

Dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan mengalami kenaikan sedikit ( $37,5-38^{\circ}\text{C}$ ) faktor dari kerja keras pada saat melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 postpartum suhu tubuh akan mengalami kenaikan lagi karena faktor dari adanya pembentukan ASI payudara menjadi bengkak, kemerahan karena banyaknya ASI. Bila suhu tubuh tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

### **b) Denyut Nadi**

Denyut nadi normal pada orang dewasa yaitu 60-80 kali per menit. Sesudah bersalin, biasanya denyut nadi mengalami kecepatan. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit harus waspada kemungkinan adanya infeksi atau perdarahan postpartum.

### **c) Tekanan Darah**

Biasanya setelah bersalin tidak mengalami perubahan (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan adanya preeklamsi pada masa postpartum.

#### d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu badan dan denyut nadi. Apabila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

#### **d. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

Terdapat 3 tahap penyesuaian psikologis ibu dalam masa postpartum (Sutanto, 2019) :

##### 1) Fase *Taking In* (Sampai hari ke-3 setelah melahirkan)

- a) Emosi ibu berfokus pada dirinya sendiri.
- b) Ibu masih pasif dan bergantung kepada orang lain.
- c) Perhatian ibu hanya tertuju pada kecemasan mengenai perubahan bentuk tubuh.
- d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
- e) Nafsu makan ibu meningkat sehingga nutrisi harus diperbanyak.



2) Fase *Taking Hold* (Hari ke-3 sampai ke-10)

- a) Ibu khawatir tidak mampu mengurus bayinya dan mengalami depresi (*baby blues*).
- b) Ibu memperhatikan kemampuan kemampuannya menjadi orangtua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c) Para ibu berfokus dalam pengontrolan buang air besar, buang air kecil, dan daya tahan tubuh.
- d) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayinya seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
- e) Ibu terbuka untuk menerima saran dari bidan dan kritik pribadi.
- f) Ibu memungkinkan mengalami depresi postpartum karena tidak bisa membesarkan bayinya.

3) Fase *Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)

- a) Ibu merasa memiliki kepercayaan diri dalam merawat bayi dan dirinya.
- b) Ibu merawat bayinya dan memahami kebutuhan bayinya.

**e. Kebutuhan Masa Nifas**

1) Nutrisi dan Cairan

Perhatian khusus harus diberikan pada masalah gizi karena gizi yang baik dapat mempercepat kesembuhan ibu dan berdampak

signifikan terhadap proses produksi ASI. Nutrisi yang diberikan hendaknya bermutu, bergizi, tinggi kalori, tinggi protein dan tinggi air. Ibu menyusui harus memenuhi persyaratan nutrisi sebagai berikut:

- a) Makan tambahan 500 kalori per hari.
- b) Makan-makanan seimbang yang kaya protein, mineral dan vitamin.
- c) Minum air putih 3 liter sehari.
- d) Konsumsi tablet zat besi selama 40 hari pasca bersalin.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

## 2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) merupakan kebijakan yang menjadi panduan bagi petugas kesehatan untuk membantu ibu yang baru melahirkan untuk bangun dari tempat tidur dan membimbing untuk secepatnya bisa jalan. Ibu pasca bersalin sudah dibolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-28 jam setelah melahirkan. Hal ini dilakukan secara bertahap. Ambulasi dini ini tidak diperbolehkan untuk bagi ibu yang melahirkan dengan komplikasi seperti anemia, jantung, paru-paru, demam dan sebagainya. Manfaat dari ambulasi dini:

- a) Akan meningkatkan kesehatan ibu.

- b) Meningkatkan fungsi kandung kemih dan usus.
- c) Ibu dapat diajari mengenai cara merawat bayinya.
- d) Tidak berdampak buruk pada proses pasca persalinan
- e) Tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka.

### 3) Eliminasi

#### a) Buang Air Kecil

Ibu sebaiknya buang air kecil 6 jam setelah melahirkan. Jika dalam waktu 8 jam setelah bersalin belum bisa berkemih atau sesekali berkemih belum melebihi 100cc, maka dilakukan kateterisasi. Namun, jika kandung kemih sudah penuh maka tidak perlu menunggu 8 jam untuk dilakukan pemasangan kateterisasi.

#### b) Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah 2 hari postpartum. Jika belum buang air besar pada hari ketiga, maka perlu mengkonsumsi obat pencahar secara oral maupun rektal. Jika tidak bisa buang air besar setelah minum obat pencahar, lakukan klisma (huknah).

### 4) Kebersihan Diri

Pada masa postpartum, ibu sangat rentan terkena infeksi. Oleh karena itu, penting untuk menjaga kebersihan untuk menghindari

infeksi. Penting untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan.

#### 5) Istirahat dan Tidur

Berikut yang dapat dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidurnya:

- a) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup agar tidak mudah merasa lelah.
- b) Anjurkan ibu untuk kembali melakukan pekerjaan rumah secara perlahan dan tidur atau istirahat saat bayi tertidur.
- c) Kurangnya istirahat mempengaruhi ibu dalam banyak hal:
  - (1) Penurunan produksi ASI
  - (2) Menunda proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan
  - (3) Menyebabkan depresi dan rasa tidak mampu dalam mengurus bayi dan dirinya sendiri.

#### 6) Aktivitas Seksual

Hubungan seksual yang boleh dilakukan seorang ibu setelah melahirkan harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- a) Hubungan seksual sebaiknya dimulai pada saat darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa adanya rasa nyeri, maka ibu aman untuk melakukan hubungan seksual dengan suami kapanpun jika ibu siap.

- b) Ada banyak tradisi untuk menunda hubungan suami istri hingga waktu tertentu (misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan). Keputusan ini tergantung pada pasangan yang terlibat.

**f. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas (Postpartum)**

Tanda bahaya pasca melahirkan adalah tanda-tanda abnormal yang menunjukkan bahaya atau masalah yang mungkin terjadi pada saat melahirkan jika tidak dilaporkan atau terdeteksi dapat mengakibatkan kematian ibu. Faktor resiko bahaya setelah bersalin menurut (Rahmawati, 2021) adalah sebagai berikut:

1) Perdarahan postpartum

Perdarahan hebat atau perdarahan yang meningkat secara tiba-tiba (melebihi saat haid, dua atau lebih pembalut yang digunakan dalam waktu 30 menit).

2) Keluarnya cairan berbau busuk yang khas.

3) Sakit perut atau punggung, sakit kepala terus-menerus, nyeri epigastrium, gangguan penglihatan.

4) Pembengkakan pada wajah dan tangan.

5) Demam, muntah, nyeri dan rasa tidak nyaman saat buang air kecil, pembengkakan dan kemerahan pada payudara.

6) Hilangnya nafus makan dalam waktu lama

## 7) Infeksi Masa Nifas

Demam masa nifas biasanya disebabkan oleh infeksi pasca melahirkan. Oleh karena itu, demam merupakan gejala yang paling penting untuk diwaspadai jika terjadi pada ibu nifas. Demam pada masa nifas sering disebut morbiditas nifas ini ditandai dengan suhu  $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Kenaikan suhu ini terjadi sesudah 24 jam postpartum dalam 10 hari pertama masa nifas. Gambaran klinis infeksi nifas dapat berbentuk:

### a) Infeksi Lokal

Pembengkakan episiotomy, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran *lochea* bercampur nanah, mobilitas terbatas karena nyeri, suhu badan meningkat.

### b) Faktor Penyebab Infeksi

- (1) Persalinan lama, khususnya dengan kasus ketuban pecah terlebih dahulu.
- (2) Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.
- (3) Pemeriksaan vagina berulang-ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban.
- (4) Teknik antiseptik tidak sempurna.
- (5) Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.

(6) Manipulasi intra uteri (misal: eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual).

(7) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laserasi yang tidak diperbaiki.

**g. Perawatan Ibu Nifas (Postpartum) di RSI Fatimah Cilacap**

- 1) Monitoring perdarahan pasca bersalin.
- 2) Pemberian ASI awal dan mengajarkan teknik menyusui yang benar
- 3) Monitoring keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu postpartum
- 4) Melatih mobilisasi dini
- 5) Pemberian konseling kepada ibu dan anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas
- 6) Pemberian konseling kepada ibu mengenai personal hygiene
- 7) Monitoring kebutuhan nutrisi, cairan dan istirahat bagi ibu

**2. Preeklampsia**

**a. Pengertian Preeklampsia**

Preeklampsia adalah komplikasi pada kehamilan maupun pasca bersalin yang ditandai dengan hipertensi 140/90 mmHg, protein uria positif dan oedema. Preeklampsia dikaitkan dengan tanda dan gejala termasuk gangguan penglihatan, sakit kepala, nyeri epigastrium dan oedema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya

hipertensi spesifik yang disebabkan oleh kehamilan disertai dengan gangguan organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu (Kemenkes, 2023).

#### **b. Etiologi Preeklampsia**

Etiologi preeklampsia ini masih belum diketahui secara pasti. Banyak yang mencoba memberi penjelasan terkait penyebab preeklampsia, namun belum ada penyebab yang jelas, itulah sebabnya preeklampsia disebut sebagai *“the disease of theories”*. Faktor yang berperan yaitu faktor prostasiklin dan tromboksan, faktor imunologis dan faktor genetik. Faktor dari primipara dengan 85% kejadian preeklampsia terjadi pada kehamilan pertama. Preeklampsia juga bisa disebabkan karena distensi rahim berlebih yaitu berupa hidramnion dan gemeli (Rizki & Puspa, 2021).

#### **c. Jenis-jenis Preeklampsia**

Preeklampsia digolongkan kedalam preeklamsia dan preeklampsia berat (Calista, 2023)

##### **1) Preeklampsia**

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul disertai dengan protein uria dan oedema setelah umur kehamilan 20 minggu atau setelah bersalin. Preeklampsia ini ditandai dengan naiknya tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau



kenaikan sistolik 30 mmHg. Gejala ini dapat timbul pada kehamilan sebelum 20 minggu pada penyakit trofoblas.

## 2) Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah komplikasi kehamilan yang timbul ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai dengan protein uria dan oedema pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih. Pembagian preeklampsia berat (Puspa, 2021)

- a) Preeklampsia berat tanpa impending eklampsia
- b) Preeklampsia berat dengan impending eklampsia
- c) Eklampsia bila preeklampsia berat disertai gejala-gejala subjektif seperti nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium dan kenaikan progresif tekanan darah.

## d. Faktor Resiko

Preeklampsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologis yang jelas, yang menjadi faktor resiko terjadinya preeklampsia adalah:

### 1) Indeks Masa Tubuh

Menurut distribusi IMT menunjukkan bahwa pasien preeklampsia lebih banyak yang mengalami obesitas dibandingkan dengan yang tidak preeklampsia. IMT yang berlebih beresiko mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang memiliki berat badan

normal. Hal ini berhubungan dengan adanya anemia berat, serta defisiensi mikronutrien berupa kalsium dan zinc yang memicu terjadinya preeklampsia (Henilo, 2021).

## 2) Faktor Riwayat Preeklampsia

Wanita yang memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan pertama 7 kali lipat beresiko preeklampsia untuk kehamilan kedua. Dari riwayat hipertensi menyatakan bahwa perempuan hamil sangat mudah untuk terkena resiko preeklampsia (Puspa, 2021).

## 3) Faktor Usia

Wanita hamil berusia 40 tahun lebih beresiko dua kali lipat terhadap preeklampsia. Idealnya usia wanita hamil 20-35 tahun karena kematangan fisik dan mental (Puspa, 2021). Namun penelitian lain menyebutkan bahwa preeklampsia berat ditemukan pada rentang usia 17-34 tahun. Hal ini dikarenakan sebagian besar ibu yang berusia 17-34 tahun telah mengalami kehamilan dan kelahiran, sehingga preeklampsia berat paling sering terjadi pada usia tersebut (Nurbaniwati, 2023).

## 4) Usia Kehamilan

Usia kehamilan adalah salah satu faktor resiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia dapat terjadi pada usia kehamilan di trimester 3 atau mendekati usia kehamilan dan berefek buruk pada

sistem kekebalan tubuh termasuk pada plasenta yang menyediakan zat gizi bagi janin (Puspa, 2021).

Menurut perkembangannya, preeklampsia dibagi menjadi 2 subtipe. Preeklampsia *early-onset* terjadi pada usia kehamilan  $\leq 34$  minggu sedangkan *late-onset* muncul pada usia kehamilan  $\geq 34$  minggu. Berdasarkan beberapa penelitian, kejadian preeklampsia meningkat seiring dengan berkembangnya kehamilan. Dibuktikan dengan preeklampsia yang terjadi pada usia 20 minggu sebesar 0,01 per 1000 persalinan, dan pada usia kehamilan 40 minggu adalah 9,62 per 1000 persalinan (Puspa, 2021).

#### **e. Patofisiologis Preeklampsia**

Menurut Lalenoh (2018) mengatakan bahwa patofisiologis preeklampsia masih belum sepenuhnya dipahami. Tetapi, terdapat beberapa teori yang menjelaskan penyebab terjadinya preeklampsia, yaitu:

##### **1) Teori gangguan trofoblas dan plasenta**

Gangguan pada trofoblas dan plasenta dapat menyebabkan preeklampsia. Plasenta yang tidak berfungsi dengan baik akan memicu respons peradangan yang merusak pembuluh darah dan menyebabkan peningkatan tekanan darah pada ibu hamil.

## 2) Disfungsi endotel dan hipertensi kronis

Tekanan darah tinggi yang kronis dapat merusak pembuluh darah dalam tubuh, termasuk plasenta. Hal ini dapat menyebabkan disfungsi endotel atau kerusakan pada pembuluh darah. Disfungsi endotel juga dapat menyebabkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah tinggi pada ibu hamil.

## 3) Kelainan pada sistem vaskular

Preeklampsia dapat menyebabkan penyempitan atau vasokonstriksi pada pembuluh darah. Hal ini mengurangi aliran darah ke organ vital termasuk ginjal, hati, dan otak. Penyempitan pada pembuluh darah juga dapat menyebabkan peradangan, merusak dinding pembuluh darah, dan meningkatkan resiko trombosis.

## 4) Defisiensi antioksidan

Antioksidan membantu menghilangkan radikal bebas yang merusak sel-sel dalam tubuh. Diketahui bahwa ibu hamil dengan preeklampsia memiliki kadar antioksidan darah yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu hamil normal. Hal ini dapat merusak pembuluh darah dan meningkatkan tekanan darah.

## 5) Kelainan sistem imun

Ibu hamil memungkinkan mengalami gangguan sistem kekebalan tubuh yang dapat memicu preeklampsia. Gangguan sistem

kekebalan tubuh juga dapat menyebabkan peradangan dan kerusakan pembuluh darah.

#### **f. Komplikasi Preeklampsia**

Menurut Annafi, Jumsa, & Budyono (2022) dari temuan penelitiannya, preeklampsia dapat menyebabkan komplikasi yaitu:

##### **1) Sindrom HELLP**

Hemolysis (enzim sel darah merah), atau biasa disingkat HELLP yaitu enzim hati tinggi dan trombosit rendah. Gejala yang terjadi biasanya pusing, muntah, sakit kepala, dan nyeri perut bagian atas.

##### **2) Eklampsia**

Preeklampsia yang tidak terkontrol, maka akan terjadi eklampsia. Eklampsia menyebabkan kerusakan permanen pada organ seperti hati dan ginjal. Eklampsia berat dapat menyebabkan ibu menjadi koma, kerusakan otak, bahkan kematian.

##### **3) Edema paru**

##### **4) Gagal ginjal akut**

##### **5) Solusio plasenta**

Salah satu resiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan adalah akibat dari preklampsia, sehingga meningkatkan risiko perdarahan yang dapat membahayakan ibu dan anak.

### **g. Pemeriksaan Penunjang**

Lalenoh (2018) menjelaskan mengenai beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia yaitu:

Pemeriksaan laboratorium

#### **1) Pemeriksaan darah lengkap**

- a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12–14 gr%).
- b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%)
- c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu /mm<sup>3</sup>)

#### **2) Pemeriksaan urin yaitu terdapat protein dalam urin.**

#### **3) Pemeriksaan fungsi hati**

- a) Bilirubin mengalami peningkatan (Normal = < 1 mg/dl)
- b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
- c) Aspartate aminotransferase (AST) > 60 ul
- d) Serum Glutamat Piruvat Transaminase (SGPT) meningkat (Normal= 15-45 u/ml)
- e) Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) meningkat (Normal= < 30 u/l)
- f) Total protein serum menurun (Normal= 6,7-8,7 g/dl)

#### **4) Tes kimia darah**

Asam urat meningkat (Normal= 2,4-2,7 mg/dl)

## 5) Radiologi

- a) Ultrasonografi, adanya keterlambatan pertumbuhan janin intrauterine, respirasi intrauterine melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.
- b) Kardiografi, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan

## **h. Penanganan/Terapi**

Penatalaksana umum preeklampsia sebagai berikut (Wida, 2021).

### 1) Pencegahan dan tatalaksana kejang:

Bila terjadi kejang, perhatikan jalan nafas, pernafasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena). MgSo<sub>4</sub> diberikan kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan PEB (sebagai pencegah kejang).

#### a) Cara Pemberian MgSo<sub>4</sub>

- (1) Cara pemberian dosis awal: ambil 4 gr larutan MgSo<sub>4</sub> (10 ml larutan MgSo<sub>4</sub> 40%) dan larutkan dengan air 10 ml aquadest, setelah itu berikan larutan tersebut secara perlahan melalui IV selama 15 – 20 menit, dosis awal ini bertujuan untuk mencegah kejang atau kejang berulang.
- (2) Cara pemberian dosis rumatan: ambil 6 gr larutan MgSo<sub>4</sub> (15 ml larutan MgSo<sub>4</sub> 40%) dan dilarutkan dalam 500 ml

ringer laktat/ringer acetat lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia).

b) Syarat pemberian MgSo<sub>4</sub>

- (1) Tersedia kalsium glukonas 10%
- (2) Ada reflek patella
- (3) Jumlah urin minimal 0,5 ml/kg BB/jam
- (4) Jumlah frekuensi pernafasan >16 x/menit
- (5) Lakukan pemeriksaan tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, reflek patella, jumlah urin
- (6) Bila frekuensi pernafasan <16 x/menit, dan atau tidak didapati reflek tendon patella atau terdapat oliguria (produksi urin < 0,5 ml/kg BB/jam) segera hentikan pemberian MgSo<sub>4</sub>
- (7) Jika terjadi sesak nafas, berikan kalsium glukonas 1gr secara IV (10ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit
- (8) Selama ibu preeklampsia atau eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya pemburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia lakukan penilaian awal dan lakukan tata laksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSo<sub>4</sub> 2gr



perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSo<sub>4</sub> ulang masih tetap kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10ml IV selama 2 menit

(9) Pada kondisi dimana MgSo<sub>4</sub> tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (loading dose) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai. Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera bawa ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif

(10) Sudah siap dengan ventilator tekanan positif

(11) Pemberian obat anti hipertensi, nifedipine ringan dengan dosis 80mg/hari (POGI, 2021)

(12) Glukokortikoid

Upaya pemberian glukokortikoid untuk membantu paru-paru janin berfungsi maksimal tidak akan merugikan ibu.

Obat ini dapat digunakan untuk sindrom HELLP karena biasanya dapat diberikan 2x24 jam pada minggu ke 32 hingga 34 kehamilan (POGI, 2021)

SOP RS Islam Fatimah Cilacap tahun 2023 alur proses penanganan preeklampsia yaitu:

a. Memberi salam dan sapa kepada pasien

- b. Melakukan pengecekan identitas pasien
- c. Monitoring input dan output cairan
- d. Kolaborasi dengan dokter
- e. Memberitahu keluarga tentang kondisi pasien dan instruksi dokter
- f. Melakukan persetujuan tindakan medis
- g. Menyiapkan alat dan obat penanganan preeklampsia
  - 1) Syringe pump
  - 2) Cairan Ringer Laktat (RL) 500 ml. Jumlah cairan maksimum 1500 ml/hari
  - 3) Jika tekanan osmotik plasma menurun, berikan MgSo<sub>4</sub> 40% 4gr diencerkan dengan 10cc aquabidest untuk dosis awal secara IV perlahan selama 15-20 menit
  - 4) MgSo<sub>4</sub> 40% 6 gr diencerkan menjadi 50 cc dalam syringe pump (1gr/jam) untuk dosis maintenance
- h. Rawat pasien di ruangan yang terang
- i. Menganjurkan ibu miring ke kiri
- j. Diet protein cukup 100 mg/hari dan kurangi konsumsi garam 0,5 gr/hari

### **3. Teori Manajemen Kebidanan**

#### **a. Pengertian**

Menurut Helen Varney (1997) didalam (Mulyati, 2021), manajemen kebidanan adalah suatu cara pengorganisasian, berpikir dan bertindak dalam suatu tatanan logis yang bermanfaat bagi klien dan tenaga kesehatan. Manajemen kebidanan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai cara untuk mengorganisasikan pemikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan dan ketrampilan kedalam serangkaian tahapan logis pengambilan keputusan yang berfokus kepada klien (Mulyati, 2021).

#### **b. Langkah-langkah manajemen varney:**

##### **1) Langkah I : Pengumpulan data dasar**

Mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk menilai kondisi klien secara menyeluruh. Mengumpulkan semua informasi akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Mulyati, 2021).

##### **2) Langkah II : Interpretasi data dasar**

Mengidentifikasi diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien dengan benar berdasarkan pada interpretasi yang benar dari data yang dikumpulkan. Istilah “Masalah” dan “Diagnosis” sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti

diagnosis dan memerlukan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan klien (Mulyati, 2021).

### **3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial**

Identifikasi potensi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosa yang teridentifikasi. Kita perlu memperkirakan apakah pencegahan mungkin dilakukan. Memastikan perawatan yang aman adalah penting (Mulyati, 2021).

### **4) Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Bersama dengan anggota medis lainnya, mengidentifikasi perlunya perhatian segera oleh bidan, dokter dan konsultasi atau pengobatan tergantung pada kondisi klien (Mulyati, 2021)

### **5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh**

Merencanakan asuhan yang menyeluruh sebagaimana ditentukan oleh langkah sebelumnya. Rencana asuhan mencakup apa yang telah diidentifikasi oleh klien dan kerangka pedoman antisipasi untuk wanita tersebut mengenai apa yang diharapkan selanjutnya (Mulyati, 2021)

### **6) Langkah VI : Melaksanakan perencanaan**

Terapkan rencana asuhan pada langkah kelima secara efisien dan aman. Sekalipun bidan tidak melakukan hal ini sendiri, mereka tetap bertanggung jawab memimpin pelaksanaan (Mulyati, 2021)

## **7) Langkah VII : Evaluasi**

Evaluasi efektivitas pelayanan yang diberikan mencakup pertanyaan apakah kebutuhan dukungan benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis (Mulyati, 2021)

Standar pelayanan kebidanan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar pelayanan kebidanan. Standar asuhan kebidanan merupakan acuan bagi bidan dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaannya. Praktik sesuai dengan kewenangan dan berdasarkan pengetahuan dan tip kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Mulyati, 2021).

## **4. Data Perkembangan SOAP**

Dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah penatalaksanaan. Meskipun metode ini merupakan dokumentasi sederhana, metode ini secara jelas dan logis mencakup semua elemen data dan langkah-langkah yang diperlukan untuk asuhan kebidanan (Mulyati, 2021).

a. Subjektif (S)

Data subjektif ini berkaitan dengan masalah dan sudut pandang klien. Ekspresi kekhawatiran atau keluhan klien dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis. Bagi klien yang mengalami gangguan bicara, data setelah huruf “S” pada bagian data ditandai dengan huruf “O” atau “X”. Tanda ini menjelaskan bahwa klien mengalami gangguan bicara. Data subjektif ini akan mendukung diagnosis selanjutnya.

b. Objektif (O)

Data objektif berupa observasi jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, dan dokumentasi hasil pemeriksaan laboratorium. Data objektif ini dapat mencakup data pendukung seperti rekam medis dan informasi dari anggota keluarga. Data ini memberikan bukti fakta terkait presentasi klinis dan diagnosa klien.

c. Assesment (A)

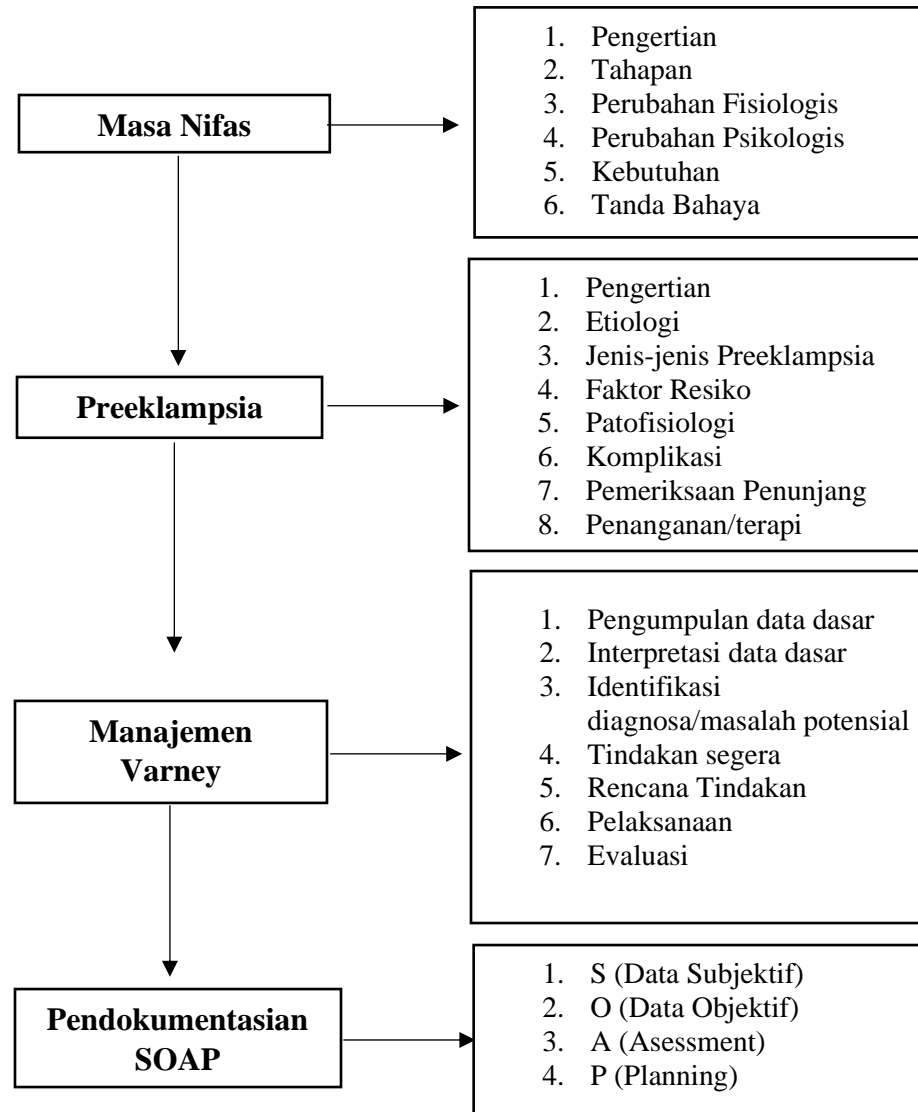
Langkah ini menggunakan data subjektif dan objektif untuk mendokumentasikan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan). Proses peninjauan data sangat dinamis karena situasi klien dapat berubah kapan saja, dan informasi baru dapat ditemukan baik dari data subjektif maupun objektif. Analisis data melakukan interpretasi

terhadap data yang dikumpulkan, termasuk diagnosis, masalah dan kebutuhan obstetri.

d. Planning (P)

Penatalaksanaan mencatat semua rencana yang dilaksanakan dan tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan ini adalah untuk mencapai kondisi pasien sebaik mungkin dan menjaga kesehatan (Surtinah *et al*, 2019)

## B. KERANGKA TEORI



*Gambar 2 1 Kerangka Teori*

Sumber : Walyani (2021), Juneris *et al* (2021), Dewi (2021), Sutanto (2019), Rahmawati (2021), Novitasari (2022), Wandari (2021), Kementerian Kesehatan RI (2023), Rizki & Puspa (2021), Calista (2023), Henilo (2021), Lalenoh (2018), Jumsa & Budyono (2022), Wida (2021), POGI (2021), Mulyati (2021), Surtinah *et al* (2019)