

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. NIFAS (PostPartum)

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (PostPartum) adalah masa ketika plasenta terlepas dari rahim dan berakhir ketika organ-organ rahim kembali ke keadaan sebelum hamil. Periode postpartum dari 2 jam setelah lahirnya plasenta hingga 6 minggu (42 hari). (Andi, 2021). Masa nifas atau masa pemulihan organ reproduksi ke keadaan sebelum hamil setelah kelahiran bayi.

Masa ini merupakan masa yang penting bagi ibu dan bayi karena potensi masalah dan komplikasi pada masa nifas yang jika tidak ditangani dapat mengancam kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan bayi sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor dalam pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu, anak, keluarga dan masyarakat. (Sari &Marbun, 2021; Purnamasari 2022)`

b. Tahapan masa nifas (PostPartum)

Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita masa nifas, yaitu sebagai berikut:

- 1) *Immediate puerperium*, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan ibu diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan.

- 2) *Early puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan secara menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu
- 3) *Later puerperium*, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat berminggu-minggu, bulan dan tahun.

c. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas (Post Partum)

Berikut ini 3 tahapan penyesuaian psikologi ibu dalam masa postpartum menurut sutanto (2019):

- 1) Fase *Taking In* (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)
 - a) Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
 - b) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
 - c) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
 - d) Ibu akan mengulangi pengalaman waktu melahirkan.
 - e) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
 - g) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

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

- a) Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blues*).
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuh.
- c) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat diri seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasihat bidan dan kritikan pribadi.
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
- f) Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini perlu memberi support.

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

- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (PostPartum)

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain Risa & Rika (2014):

1) Uterus Involusi

merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU)

Tabel 1 1 perubahan uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 Jari dibawah pusat	750 gram
1 Minggu	½ pst symps	500 gram
2 Minggu	Tidak Teraba	300 gram
6 Minggu	Bertambah Kecil	50 gram
8 Minggu	Normal	30 gram

*Sumber : Wahyuningsih, 2019

2) Lochea adalah ekskresi cairan Rahim selama nifas.

Lochea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi, involusi. Lochea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

a) Lochea rubra

Merupakan pengeluaran dari jalan lahir yang berwarna yang berwarna merah dan berlangsung selama 3-5 hari, lochea rubra merupakan terdiri dari darah, fragmen desidua, jaringan endometrium dan mucus (Chauhan dan Tadi,2021; Wray *et al.*, 2021).

b) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke- 4 sampai hari ke-7 postpartum. (Chauhan dan Tadi,2021; Wray *et al.*, 2021).

c) Lochea serosa

Lochea ini secara berangsur-angsur akan berubah, konsistensi akan berubah menjadi lebih encer dan lebih coklat, coklat muda hingga kekuningan karena darah yang dikeluarkan semakin berkurang dan disertai dengan mucus serta leukosit, dinamakan lochea serosa yang berlangsung hingga hari ke-10. (Chauhan dan Tadi,2021; Wray *et al.*, 2021)

d) Lochea Alba

Lochea Alba berwarna kekuningan hingga putih yang terdiri dari leukosit dan mucus tetapi kemungkinan mengandung lemak dan kolesterol. Lochea alba berlangsung hingga hari ke-14 (Chauhan dan Tadi,2021; Wray *et al.*, 2021)

3) Perubahan Vagina

Vagina dan vulva yang mengalami edemis setelah persalinan akan kembali ke keadaan semula secara bertahap pada beberapa minggu pertama setelah persalinan. Dinding vagina akan sedikit melemah pada setiap kehamilan karena resiko dari faktor usia propolaps genital (Wray *et al.*, 2021)

4) Perubahan perineum

Vagina dan perineum, luas vagina akan berkurang secara berangsur-angsur tetapi jarang kembali seperti ukuran nullipara. Perineum yang mendapat jahitan atau laserasi serta edema akan pulih berangsur-angsur 6 sampai 7 hari tanpa adanya infeksi. Oleh sebab itu diperlukan tindakan vulva hygiene (Wahyuningsih, 2019)

5) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makanan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

6) Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leherbuli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama

persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Sumarni&Nahira, 2019)

7) Perubahan Sistem Muskulosketal

Otot- otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali stabil secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

8) Perubahan Sistem Kardiovasakuler

Pada masa nifas terjadi perubahan struktural dan hemodinamik yang signifikan. Segera setelah persalinan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah karena kontraksi uterus dan peningkatan preload akibat hilangnya obstruksi vena cava inferior yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup jantung dan denyut jantung hingga 60-80% . Keadaan ini akan kembali pada keadaan seperti sebelum bersalin dalam waktu 1 hingga 2 jam setelah melahirkan dan akan kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 2

minggu setelah persalinan (Chauhan dan Tadi,2021; Wray *et al.*, 2021)

Sementara itu, pada masa nifas sebagian besar sistem kardiovaskuler kembali normal pada 6 minggu post partum, curah jantung akan kembali normal pada 24 Minggu setelah persalinan, dan resistensi pembuluh darah perifer tetap tinggi dan kadang menjadi lebih tinggi dari baseline pada 6 minggu post partum. (Wray *et al.*, 2021)

9) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

- a) Suhu badan dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50-38^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa pada hari ke tiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.
- b) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan postpartum.
- c) Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada

perdarahaan. Tekanan darah tinggi pada postpartum menandakan adanya preeklampsia postpartum.

d) Pernafasan

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

e. Kebutuhan Masa PostPartum

1) Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- a) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari.
- b) Diet berimbang protein, mineral dan vitamin.
- c) Minum sedikit 2 liter tiap hari (\pm 8 gelas).
- d) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- e) Kapsul Vit.A 200.000 unit.

2) Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam

24-48 jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya. Keuntungan dari ambulasi dini :

- a) Ibu merasa lebih sehat
- b) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
- c) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya.
- d) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retroflexo uteri.

3) Eliminasi

Setelah 6 jam postpartum ibu diharapkan bisa berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (predlo urine) pada postpartum : Berkurangnya tekanan intra abdominal.

- a) Otot-otot masih lemah
- b) Edema dan uretra
- c) Dinding kandung kemih masih sensitive
- d) Ibu postpartum diharapkan bisa defikasi atau buang air besar setelah hari ke dua postpartum jika hari ke tiga belum defikasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

4) Kebersihan diri

Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- b) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan air dan sabun dari arah depan ke belakang
- c) Sarankan kepada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali sehari
- d) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sesudah membersihkan alat kelamin
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau luka laserasi jahitan pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

f. Tanda –Tanda Bahaya Masa Nifas (PostPartum)

- 1) Perdarahan hebat atau meningkatnya darah secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarah tersebut membasahi lebih dari 3 pembalut dalam waktu setengah jam)
- 2) Pengeluaran vagina dengan bau busuk yang menyengat
- 3) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung, sakit kepala yang terus-menerus, nyeri epigastrium atau masalah penglihatan

- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasakan tidak enak badan, payudara yang merah dan sakit
- 5) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- 6) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
- 7) Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Wilijeng & hartati, 2018).

g. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persalinan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI) (Anik Maryunani,2017)

1) Tanda dan Gejala masa Nifas

Demam dalam nifas sebagian besar disebabkan oleh infeksi nifas, oleh karena itu, demam menjadi gejala yang penting untuk diwaspadai apabila terjadi pada ibu postpartum. Demam pada masa nifas sering disebut morbiditas nifas ini ditandai dengan suhu 38°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 nafas dapat berbentuk :

a) Infeksi Lokal

Pembengkakan episiotomy, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lochea bercampur nanah, mobilitasi terbatas karena rasa nyeri, temperature badan dapat meningkat.

b) Infeksi Umum

Tampak sakit dan lemah, temperature meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochea berbau dan bernanah kotor.

2) 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.

- 8) Hematoma
- 9) Hemoragia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.
- 10) Pelahiran secara operatif, trauma kelahiran melalui SC
- 11) Retensi sisa plasenta atau meberan janin
- 12) Perawatan perineum tidak memadai
- 13) Infeksi serviks atau vagina yang tidak ditangani.

h. Perawatan Ibu Nifas (Post Partum)

1) Tujuan Perawatan Nifas (postpartum)

Dalam masa nifas ini, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal dirumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit. Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah (Sri wahyuningsih, 2019)

c) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas

Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk mendeteksi kemungkinan adanya perdarahan postpartum, dan infeksi, penolong persalinan harus waspada, sekurang-kurangnya satu jam postpartum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Umumnya wanita sangat lemah setelah melahirkan, lebih-lebih bila partus berlangsung lama.

d) Menjaga Kesehatan ibu dan bayinya

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis harus diberikan oleh penolong persalinan ibu

dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan, mengajarkan ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air bersihkan darah di sekitar vulva dahulu, dari depan ke belakang dan baru sekitar anus. Sarankan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudahnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi sarankan ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

e) Melaksanakan skrining secara komprehensif

Melaksanakan skrining yang komprehensif dengan mendeteksi masalah mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi. Bidan bertugas untuk melakukan pengawasan kala IV yang meliputi pemeriksaan placenta, pengawasan TFU, pengawasan PPV, pengawasan konsistensi Rahim dan pengawasan KU ibu. Bila ditemukan permasalahan maka segera melakukan tindakan dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas.

f) Memberikan Pendidikan Kesehatan diri

Meberikan pelayanan Kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, KB, menyusui, Pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat. Ibu postpartum harus diberikan pendidikan pentingnya diantara lain kebutuhan gizi ibu menyusui

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
 - 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup
 - 3) Minum sedikitnya 3liter air setiap hari (Anjurkan ibu untuk minum sebelum menyusui)
- g) Memberikan pendidikan tentang laktasi dan perawatan payudara
- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering
 - 2) Menggunakan BH yang menyokong payudara
 - 3) Apabila putting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap kali selesai menyusui.
 - 4) Lakukan pengompresian apabila bengkak dan terjadi bendungan.

i. Kunjungan Masa Nifas (Postpartum)

- a) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan :

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypotermi

b) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan kunjungan :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu mendapat cakupan makanan, cairan dan istirahat

- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan mapu merawat bayinya.
- d) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan :

- 1) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini (wahyuni,2018)

2. Preeklamsi

a) Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda- tanda hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul karena kehamilan dan umumnya terjadi dalam triwulan ketiga atau sebelumnya. Diagnosa preeklampsia ditegakan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (Puspa, 2021)

b) Tanda & Gejala Preeklampsia

Tanda dan gejala preeklampsia menurut (Fatimah, 2021), yaitu :

- 1) Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg
- 2) Pengeluaran protein dalam urin positif

- 3) Edema kaki, tangan, sampai muka
- 4) Terjadi gejala subyektif, seperti sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, sesak nafas, berkurangnya urin
- 5) Menurunnya kesadaran

c) Etiologi

Penyebab preeklampsia saat ini tidak diketahui secara pasti, semuanya didasarkan pada teori yang dihubungkan dengan kejadian sehingga preeklampsia disebut juga *disease of theory*. Faktor-faktor yang berperan yaitu faktor prostasiklin dan tromboksan, faktor imunologis dan faktor genetik. Faktor dari ibu primigravida dimana 85% preeklampsia terjadi pada kehamilan pertama. Preeklampsia juga bisa disebabkan karena distensi rahim berlebih yaitu berupa hidramnion dan gemelli (Puspa, 2021)

d) Patofisiologi

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia. Vasokonstriksi menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Vasokonstriksi juga menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriol disertai perdarahan mikro pada tempat endotel. Vasokonstriksi arteri spiralis akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi uteroplasenta yang selanjutnya akan menimbulkan maladaptasi plasenta (Puspa, 2021).

e) Jenis -jenis preeklampsia

Preeklampsia dapat digolongkan ke dalam preeklampsia dan preeklampsia berat (Puspa, 2021)

1) Preeklampsia

Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan oedema setelah umur 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas.

2) Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Pembagian Preeklampsia Berat :

a) Preeklampsia berat tanpa impending eklamsia

b) Preklamsi berat dengan impending eklamsia.

c) Eklamsia bila preeklampsia berat disertai gejala-gejala subjektif berupa nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium dan kenaikan progresif tekanan darah

f) Faktor Resiko

1) 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. Alat reproduksi dikatakan belum siap ketika usia 35 sangat tidak dianjurkan untuk proses kehamilan karena mengingat mulai usia rentan penyakit (Puspa, 2021)

2) Obesitas

Sebelum Masa Hamil & IMT (Indeks Massa Tubuh)

Index masa tubuh yang semakin besar dan obesitas merupakan faktor resiko terberat pada preeklampsia. Obesitas meningkatkan resiko preeklampsia sebanyak 2.47 kali lipat. Sedangkan wanita yang memiliki Indeks Masa Tubuh > 35 lebih beresiko 4 kali lipat preeklampsia dibandingkan 19-27 (Puspa, 2021)

3) Riwayat Hipertensi

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)

4) Gaya Hidup

Pada zaman modern seperti ini kebanyakan wanita hamil tidak bisa menjaga pola makanya. Salah satu resiko gaya hidup wanita sekarang yang menyukai makanan instan itu 2 kali lipat beresiko terhadap preeklampsia (Puspa, 2021)

5) Usia Kehamilan

Usia kehamilan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia dapat terjadi pada usia kehamilan di trimester 3 atau mendekati saat kelahiran dan berefek buruk pada sistem kekebalan tubuh termasuk pada plasenta yang menyediakan zat gizi bagi janin. (Puspa, 2021).

Menurut onsetnya, preeklampsia dibagi menjadi 2 subtipe. Preeklampsia *early-onset* terjadi pada usia kehamilan ≤ 34 minggu sedangkan *late-onset* muncul pada usia kehamilan ≥ 34 minggu. Menurut beberapa penelitian, insiden terjadinya preeklampsia meningkat seiring usia kehamilan bertambah tua. Dibuktikan dengan preeklampsia yang terjadi pada usia 20 minggu adalah 0,01/1000 persalinan dan insiden preeklampsia pada usia kehamilan 40 minggu adalah 9,62/1000 persalinan (Puspa, 2021)

6) Patogenesis

a) Teori kelainan Vaskuler Plasenta

Pada perempuan yang mengalami kehamilan normal invasi trofoblas akan dapat mengakibatkan pengaruh degenerasi pada lapisan otot arteri spiralis maka akan mengakibatkan suatu dilatasi pada otot arteri spiralis. Dengan demikian pada Invasi trofoblas akan ikut masuk pada jaringan arteri spiralis, maka pada jaringan matriks akan menimbulkan gembur dan pada lumen arteri spiralis akan menimbulkan distensi dan dilatasi.

Pada kehamilan akan mengalami namanya distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis yang berfungsi sebagai pemberian aliran darah ke anak yang dikandung. Pada kehamilan yang dialami perempuan ketika mengalami suatu preeklampsia tidak terjadi invasi trofoblas ke aliran seperti arteria spiralis dan sel jaringan yang ada disekitarnya, maka akan terjadi suatu ketidak berhasilan dalam proses remodeling arteri spiralis. Maka akan mengakibatkan hipoksia dan iskemik pada plasenta (Puspa, 2021)

b) Teori Iskemia Plasenta Radikal Bebas, dan Disfungsi endotel

Sudah dijelaskan invasi trofoblas di atas, pada preeklampsia didapatkan suatu kejanggalan yang dapat mengakibatkan kegagalan pada remodeling arteri spiralis. Maka akan terjadi suatu iskemik dan hipoksia pada plasenta sehingga akan mewujudkan suatu radikal hidroksil yang sangat toksis pada pembuluh darah.

Pada ibu hamil yang sedang hipertensi dapat dikatakan oksidan, pada saat peroksida lemak akan mengalami peningkatan akan maka mengakibatkan rusaknya suatu sel endotel yang dapat dikatakan sebagai disfungsi endotel. Terjadinya suatu gangguan prostaglandin, agregasi sel-sel trombosit. Sehingga dari agregasi trombosit membuat suatu solusi yang diberikan nama (TXA2) artinya vasokonstriktor

(Puspa, 2021). Pada saat perempuan mengalami kehamilan secara normal, maka akan adanya respons imun tidak akan menolak adanya konsepsi. Karena disebabkan terdapatnya suatu (HLA-G) artinya *human leukocyte antigen protein G*. Sehingga (HLA-G) dapat memberikan perlindungan pada trofoblas janin terhadap lisis sel natural killer (NK). Pada kehamilan preeklampsia (HLA-G) mengalami penurunan yang dapat menghambat invasi trofoblas ke dalam desidua agar membuat lunak sehingga akan memberikan kemudahan saat terjadi dilatasi arteri spiralis. Selain itu HLA-G juga akan memberikan rangasangan terhadap sitokin sehingga akan memberikan suatu kemudahan pada saat terjadinya infklamasi.

c) Teori Adaptasi Kardiovaskuler

Perempuan yang sedang hamil secara normal maka akan terjadinya suatu refrakter yang diakibatkan adanya pembuluh darah artinya suatu pembuluh darah maka tidak merespon terhadap vasopressor. Sedangkan daya refrakter pada vasopressor akan mengalami perubahan menjadi status hilang apabila diberikan suatu prostaglandin sintesa inhibitor. Dalam prostaglandin akan mengalami perubahan pada kemudian hari menjadi prostaksiklin. Saat kehamilan hipertensi adanya penikatan kepekaan refrakter pembuluh darah terhadap vaasopresor (Puspa, 2021)

d) Teori Genetik

Genotipe ibu sangat menentukan terjadinya kehamilan hipertensi dibandingkan genotipe janin. 26 % anak perempuan dari ibu preeklampsia akan mengalami preeklampsia, sedangkan 8% menantu mengalami preeklampsia (Puspa, 2021)

e) Teori Defisiensi Besi

Defisiensi besi sangat berperan terhadap preeklampsia. Beberapa penelitian menyebutkan wanita hamil yang diberikan kalsium cukup 14% mengalami preeklampsia, sedangkan untuk glukosa 17% mengalami preeklampsia (Puspa, 2021)

f) Teori Stimulasi Inflamasi

Saat kehamilan normal terjadi suatu pelepasan pada trofoblas artinya baru melalui proses sisa-sisa terjadinya apoptosis dan juga pada nekrotik akibat reaksi stress oksidatif. Saat preeklampsia pelepasan trofoblas sangat berlebihan sehingga adanya peningkatan stress oksidatif yang menimbulkan reaksi inflamasi (Puspa, 2021).

g) Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut:

Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah:

- a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)
 - b) Hematokrit meningkat (nilai rujukan 37- 43 vol %)
 - c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³)
- 2) Urinalis yaitu ditemukan protein dalam urine.
- 3) Pemeriksaan Fungsi hati
- a) Bilirubin meningkat (N = < 1 mg/dl)
 - b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
 - c) Aspartate aminotransferase (AST) > 60 ul
 - d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat (N = 15- 45 u/ml)
 - e) Serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N= <30 u/l)
 - f) Total protein serum menurun (N= 6,7-8,7 g/dl)
- 4) Tes Kimia Darah
- Asam urat meningkat (N= 2,4 -2,7 mg/dl).

h) Penanganan/Terapi

Tatalaksan umum preeklampsia adalah sebagai berikut (Wida, 2021)

- 1) Pencegahan dan tata laksana kejang:
- 2) Bila terjadi kejang, perhatikan jalan napas, pernapasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena)
- 3) MgSo₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklamsia (sebagai tatalaksana kejang) dan PEB (sebagai pencegah kejang)

a) Cara pemberian MgSo₄

- 1) Cara pemberian dosis awal: ambil 4 gr larutan MgSo₄ (10 ml larutan MgSo₄ 40 %) dan larutkan dengan air 10 ml aquades, setelah itu berikan larutan tersebut secara perlahan secara IV selama 15-20 menit, dosis awal ini bertujuan untuk mencegah kejang atau kejang berulang.
- 2) Cara pemberian dosis rumatan : ambil 6 gr MgSo₄ (15 ml larutan MgSo₄ 40% dan dilarutkan dalam 500 ml ringer laktat/ringer asetat lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/ menit selama 6 jam, diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklamsia)

b) Syarat pemberian MgSo₄

- 1) Tersedia kalsium glukonas 10 %
- 2) Ada reflek patella
- 3) Jumlah urin minimal 0,5 ml/kg BB/jam
- 4) Jumlah frekuensi pernapasan > 16 x/menit
- 5) Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekann darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, reflek patella dan jumlah urin
- 6) Bila frekuensi pernafasan < 16x/ menit, dan atau tidak didapatkan reflek tedon patella, dan atau terdapat oliguria (produksi urin < 0,5 ml/kg BB/Jam), segera hentikan pemberian MgSo₄

- 7) Jika terjadi depresi napas, berikan Kalsium Glukonas 1 gr IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit
- 8) Selama ibu preeklampsia atau eklamsi dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklamsia lakukan penilaian awal dan lakukan tata laksana kegawatdaruratan. Berikan Kembali MgSo₄ 2 Gr IV perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSo₄ Ulang masih tetap kejang, dapat di pertimbangkan pemberian diazepam 10 ml IV selama 2 menit.
- 9) Pada kondisi dimana MgSo₄ 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 kirimkan ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif
- 10) Sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif
- 11) Pemberian obat antihipertensi, pemberian nifedipine ringan dengan dosis 80/hari (POGI, 2016)
- 12) Glukokortikoid
Adanya suatu usaha dalam pemberian glukokortikoid untuk memaksimalkan paru- paru pada janin maka tidak merugikan pada ibu. Biasanya dapat diberikan pada

hamil sekitar 32-34 minggu, dan 2x 24 jam, Sehingga pada obat ini dapat digunakan pada HELLP sindrom (POGI,2021)

i) Komplikasi Preeklampsia

1) Maternal

Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi berikut ini dapat terjadi pada preeklampsia (Septiasih, 2018)

a) Eklamsia

Eklamsia merupakan kasus akut pada penderita preeklampsia yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma, eklamsia selalu didahului preeklampsia. Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklampsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain dinamakan Eklamsia

b) Sindrom Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count (HELLP). Pada preeklampsia sindrom HELLP terjadi karena adanya peningkatan enzim hati dan penurunan trombosit, peningkatan enzim kemungkinan disebabkan nekrosis hemoragik periportal di bagian perifer lobules hepar. Perubahan fungsi dan integritas hepar termasuk perlambatan ekskresi bromosulfoftalein dan peningkatan kadar.

c) Ablasi retina

Ablasi retina merupakan keadaan lepasnya retina sensoris dari epitel pigmen retina. Gangguan penglihatan pada wanita dengan preeklampsia juga disebabkan karena ablasi retina dengan kerusakan epitel pigmen retina karena adanya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah akibat penimbunan cairan yang terjadi pada proses peradangan.

Gangguan pada penglihatan karena perubahan pada retina. Tampak edema retina, spasme setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri. Retinopatia arteriosklerotika pada preeklampsia akan terlihat bila didasari penyakit hipertensi yang menahun. Spasmus arteri retina yang nyata menunjukkan adanya preeklampsia berat. Pada preeklampsia pelepasan retina karena adanya edema intra okuler merupakan indikasi pengakhiran kehamilan segera. Biasanya retina akan melekat kembali dalam dua hari sampai dua bulan setelah persalinan.

d) Gagal ginjal

Selama kehamilan normal aliran darah ginjal dan laju glomerulus meningkat cukup besar. Dengan timbulnya preeklampsia, perfusi ginjal dan glomerulus menurun. Pada sebagian besar pada wanita dengan preeklampsia penurunan ringan sampai sedang laju filtrasi glomerulus terjadi akibatnya berkurangnya volume plasma sehingga kadar kreatinin plasma

hampir dua kali lipat dibandingkan kadar normal selama hamil. Perubahan pada ginjal disebabkan oleh karena aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan ginjal berhubungan dengan terjadinya proteinuria dan retensi garam serta air. Pada kehamilan normal penyerapan meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi akibat spasme arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium menurun yang menyebabkan retensi garam dan juga terjadi retensi air. Filtrasi glomerulus pada preeklampsia dapat menurun sampai 50% dari normal sehingga menyebabkan diuresis turun. Pada keadaan yang lanjut dapat terjadi oliguria sampai anuria.

e) Edema Paru

Penderita preeklampsia mempunyai risiko besar terjadinya edema paru disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapiler paru dan menurunnya diuresis.

Kerusakan vascular dapat menyebabkan perpindahan protein dan cairan ke dalam lobus-lobus paru. Kondisi tersebut diperburuk dengan terapi sulih cairan yang dilakukan selama penanganan preeklampsia dan pencegahan eklampsia. Selain itu, gangguan jantung akibat hipertensi dan kerja ekstra

jantung untuk memompa darah ke dalam sirkulasi sistemik yang menyempit dapat menyebabkan kongesti paru.

f) Kerusakan hati

Vasokonstriksi menyebabkan hipoksia sel hati. Sel hati mengalami nekrosis yang diindikasikan oleh adanya enzim hati seperti transaminase aspartat dalam darah. Kerusakan sel endothelial pembuluh darah dalam hati menyebabkan nyeri karena hati membesar dalam kapsul hati. Hal ini dirasakan oleh ibu sebagai nyeri epigastrik.

g) Penyakit kardiovaskuler

Gangguan berat pada fungsi kardiovaskuler normal lazim terjadi pada preeklampsia atau eklampsia. Gangguan ini berkaitan dengan peningkatan afterload jantung yang disebabkan hipertensi, preload jantung, yang sangat dipengaruhi oleh tidak adanya hipervolemia pada kehamilan akibat penyakit atau justru meningkat secara iatrogenik akibat infus larutan kristaloid atau onkotik intravena, dan aktivasi endotel disertai ekstrasvasasi cairan intravascular ke dalam ruang ekstrasel, dan yang penting ke dalam paru-paru.

h) Gangguan Saraf

Tekanan darah yang meningkat pada preeklampsia dan eklampsia menimbulkan gangguan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan perdarahan atau edema jaringan otak atau

terjadi kekurangan oksigen (hipoksia otak). Manifestasi klinis dari gangguan sirkulasi, hipoksia atau perdarahan otak menimbulkan gejala gangguan saraf di antaranya gejala objektif yaitu kejang (hiperrefleksia) dan koma. Kemungkinan penyakit yang dapat menimbulkan gejala yang sama adalah epilepsi dan gangguan otak karena infeksi, tumor otak, dan perdarahan karena trauma.

2) Perinatal

Komplikasi preeklampsia berikut ini dapat terjadi pada perinatal (Sarah, 2015):

a) Intra uterine growth restriction (IUGR)

Pertumbuhan janin dalam kandungan merupakan penanda yang baik akan kondisi janin. Kehamilan dengan komplikasi intra uterine growth restriction didefinisikan sebagai proses patologis reduksi pertumbuhan janin yang diasosiasikan dengan peningkatan angka kematian perinatal. Preeklampsia sebagai komplikasi kehamilan dengan karakter penurunan aliran darah dan iskemi uteroplasenta merupakan faktor risiko yang paling dominan dalam terjadinya intra uterine growth restriction.

Mengemukakan bahwa ibu dengan preeklampsi memiliki risiko 2,7 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan

pertumbuhan terhambat dibandingkan dengan ibu dengan kehamilan tanpa komplikasi.

b) Berat badan lahir rendah

Pertumbuhan janin dalam uterus ibu memiliki pengaruh yang besar terhadap berat badan bayi ketika lahir. Suplai darah dan nutrisi dari sistem uteroplacenta memiliki peran yang penting dalam pertumbuhan janin intra uteri dan berat badan lahir. Pada kasus ibu dengan preeklampsia, dimana terjadi gangguan pada sistem uteroplacenta, pertumbuhan janin dan berat badan lahir menjadi tidak optimal sehingga muncul luaran perinatal berupa bayi berat badan lahir rendah.

c) Asfiksia

Sebuah studi menunjukkan bahwa faktor risiko akan terjadinya asfiksia pada bayi dapat dilihat dari riwayat obstetri ibu, riwayat perkembangan janin, dan komplikasi persalinan.

Di antara faktor risiko tersebut, terdapat preeklampsia dan kelahiran prematur sebagai faktor risiko terjadinya asfiksia. Diagnosis asfiksia dapat ditegakkan dengan melihat skor APGAR dari bayi, sehingga dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu asfiksia ringan, sedang, dan berat.

d) Gawat janin

Salah satu patogenesis dari preeklampsia adalah adanya hipoperfusi uteroplasenta yang berefek pada terganggunya suplai oksigen dari ibu kepada janin. Jika kondisi ini terus menerus berlanjut, maka janin akan berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan yang kadar oksigennya tidak optimal dan berusaha untuk melindungi organ-organ vital dari kerusakan yang disebabkan oleh kondisi tersebut. Proses adaptasi yang diupayakan oleh janin tidak dapat terus berlangsung, terlebih lagi jika suplai oksigen terus turun dan menstimulasi kemoreseptor pada arteri karotikus sehingga refleks vagal muncul dan menyebabkan janin mengalami bradikardi yang nampak sebagai kondisi gawat janin.

e) Kelahiran prematur

Preeklampsia dapat muncul jika proses inflamasi sistemik pada ibu menyebabkan ibu untuk melakukan dekompensasi. Ibu dengan preeklampsia mengalami peningkatan produksi kortisol dan sitokin yang lebih besar dibandingkan dengan ibu tanpa komplikasi kehamilan. Hal ini diasosiasikan dengan meningkatnya risiko kelahiran bayi prematur. Studi lain menunjukkan bahwa kelahiran prematur sering terjadi pada ibu dengan

preeklampsia terjadi dikarenakan persalinan merupakan terapi definitif preeklampsia, sehingga persalinan perlu dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

f) Trombositopenia

Preeklampsia pada ibu dapat menyebabkan trombositopenia pada neonatus dengan temuan hitung trombosit $<150.000/uL$. Pada kehamilan dengan komplikasi preeklampsia, trombositopenia neonatus dapat ditemukan tepat setelah persalinan atau 2-3 hari pertama kehidupan. Derajat dari trombositopenia yang berhubungan dengan preeklampsia sangat beragam. Patogenesis trombositopenia pada bayi dari ibu dengan preeklampsia masih belum diketahui. Satu mekanisme yang potensial untuk menjelaskan patogenesisnya adalah trombositopenia merupakan hipoksia pada janin yang memiliki efek langsung kepada depresi megakariosit.

3. Teori Manajemen Kebidanan

a. Definisi Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Mulyati, 2017).

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan secara tepat (Handayani, 2017).

b. Langkah Manajemen Kebidanan

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi (Mulyati, 2017). Ada tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang akan dijelaskan sebagai berikut.

1) Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani, 2017).

Langkah ini menentukan pengambilan keputusan yang akan dibuat pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tindakan dalam tahap selanjutnya, pendekatan harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan yang dapat menggambarkan/ menilai kondisi klien yang sebenarnya dan pasti (Yanti, 2015). Menurut Handayani (2017) dibukunya disebutkan bahwa kriteria pengkajian sebagai berikut.

- a) Data tepat, akurat dan lengkap
 - b) Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya)
 - c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang)
- 2) Langkah II : Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnosis” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnosa.

Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Mulyati, 2017). Menurut Yanti (2015), interpretasi data dasar meliputi:

- a) Diagnosa Rumusan diagnosa merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan apakah kondisinya dalam keadaan normal
 - b) Masalah Masalah dirumuskan bila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, tetapi masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka masalah dirumuskan setelah diagnosa.
- 3) Langkah III : Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Mulyati, 2017).

- 4) Langkah IV : Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama

dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Handayani, 2017).

Pada langkah ini, ada kemungkinan data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi (Mangkuji, 2012).

5) Langkah V : Rencana asuhan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkahlangkah sebelumnya.

Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Handayani, 2017). Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga melaksanakan rencana tersebut (informed consent). Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan sesuai dengan hasil pembahasan bersama klien baik lisan ataupun tertulis, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Yanti, 2015).

6) Langkah VI : Pelaksanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap

memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. (Handayani, 2017). Pada langkah ke enam ini, bisa dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

Pada situasi seperti ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut (Mangkuji, 2012).

7) Langkah VII : Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Handayani, 2017). Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan adalah:

- a) Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
- b) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif (Mangkuji, 2012).

c) Data Perkembangan SOAP

Catatan perkembangan pasien adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien berupa kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan (Novianty, 2017).

Menurut (Manguji, 2012) tujuh langkah varney dibagi menjadi 4 langkah yaitu SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). SOAP disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan perkembangan kebidanan sebagai perkembangan catatan kemajuan keadaan klien:

i. Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya)

ii. Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain, serta informasi dari keluarga atau orang lain

iii. Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif, yang meliputi:

- iv. Diagnosis/ masalah
- v. Diagnosis/ masalah potensial
- vi. Antisipasi diagnosis/ masalah potensial/ tindakan segera
- vii. Planning

Menggambarkan pendokumentasian Tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostic/ laboratorium, konseling, dan tindak lanjut (follow up)

4. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Dalam SOP RSUD Cilacap tahun 2022 alur proses penanganan Preeklampsia yaitu :

1. Penderita dirawat di ruang yang terang, tidur miring ke kiri
2. Diet: cukup protein 100 mg/hari dan kurangi garam yakni sampai 0,5 gram/hari
3. Infus dextrosa 5% yang tiap liternya diselingi infus ringer laktat 60-125 ml/jam sebanyak 500 ml. Jumlah cairan maksimum 1500 ML/hari. Kalau tekanan osmotik plasma menurun diberikan larutan koloid
4. Pemberian magnesium sulfat (MgSO₄):

- a. Dosis awal: 4 gr larutan MgSO₄ 20% IV dengan kecepatan maksimal 1 gr/menit, yang segera diikuti 8 gr IM larutan MgSO₄ 40% (20 ml)masing-masing 10 ml di pantat kiri dan kanan.
 - b. Dosis pemeliharaan 4 gram MgSO₄ IM larutan setiap 6 jam dengan catatan: syarat pemberian magnesium sulfat adalah: refleks patella (+), respirasi 16 kali per menit produk urine paling tidak 100 ml per 4 jam terakhir, tersedia antidotum yaitu kalsium glukonas 10%
 - c. Pemberian ngso₄ diberikan setelah 6 jam pasca persalinan
5. Antihipertensi: diberikan bila tekanan sistolik lebih dari 180 mmHg atau diastolik lebih dari 110 mmHg
- a. Hidralazin :
 - 1) 10 mg/ 4-6 jam sesuai respon
 - 2) 5 mg IV, ditunggu 5 menit, bila tidak ada respon ulangi 5 mg IV sampai dosis total 25 mg
 - b. Klonidin :
 - 1) Satu ampul (0,15 mg) dilarutkan dalam ml aqua for injection atau NaCl fisiologis disuntikkan IV sebanyak 5 ml tunggu 5 menit.
 - 2) Bila tekanan darah belum turun diulang sampai 4 x dalam waktu 30 menit

3) Bila tekanan darah sudah turun klonidin diberikan secara IM setiap 3 - 4 jam sebanyak 0,5 mg.

6. Diuretika:

- a. Indikasi: edema paru-paru, gagal jantung
- b. Obat dan dosis

7. Tindakan obstetrik:

a. Konservatif: kehamilan dipertahankan ditunggu sampai persalinan spontan

b. Aktif:

1) Indikasi: Bila terdapat satu atau lebih keadaan di bawah ini:

- a) umur kehamilan lebih dari 37 minggu
- b) terdapat gejala impending eklampsia
- c) kegagalan terapi konservatif dengan medikamentosa:
 - 6 jam sejak pengobatan medikamentosa terjadi kenaikan tekanan darah
 - Tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan, dengan kriteria: tekanan darah diastolik lebih dari 100 mmhg
 - Terdapat tanda-tanda gawat janin
 - Terdapat tanda-tanda IUGR yang kurang dari 10 persentil dan kurva normal
 - Terdapat HELLP syndrome

2) Cara terminasi kehamilan:

belum masuk dalam persalinan:

a) Induksi (sesuai protokol) setelah 30 menit terapi medikamentosa

b) Seksio sesaria bila:

- Terdapat kontraindikasi terhadap oksitosin
- Setelah 12 jam dilakukan induksi tidak masuk ke dalam fase aktif
- Primigravida lebih cenderung ke arah seisisoesaria

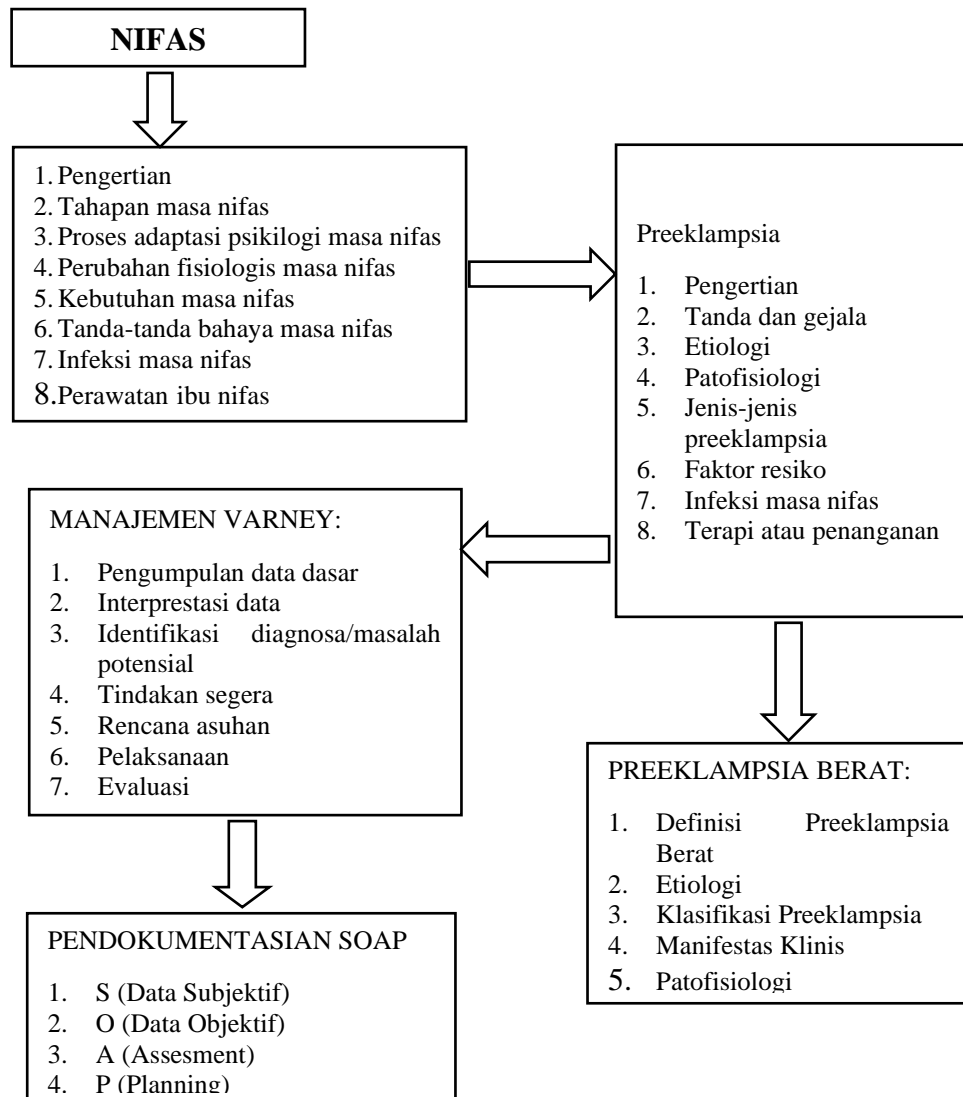
Sudah masuk dalam persalinan:

- Kala I fase laten: seksio sesarea
- Salah satu fase aktif: amniotomi, bila dalam 6 jam setelah amniotomi tidak tercapai pembukaan lengkap , seisisoesaria
- Kala dua: ekstasi vakum, ekstrasi forsep.

Dalam SOP RSUD Cilacap tahun 2022 alur proses penanganan Preeklampsia berat yaitu dengan pemberian MGSO₄ yang diawali dengan Informed consent, kemudian pemberian MGSO₄ dibagi menjadi initial dose dan maintenance dose. Untuk dosis rumatan diberikan sebanyak 4 gram MGSO₄ yang didapatkan dengan cara mengambil 10 ml MGSO₄ 40 % dan diencerkan dengan aquadest 10 ml selama 10-15 menit secara srynge pump.

Kemudia untuk dosis pemeliharaan diberikan MgSO_4 40 % selama 6 jam (1gr/jam) sampai 24 jam post partum, sebelum dilakukanya pemberian MgSO_4 memiliki syarat sesuai SOP yang ada yaitu antara lain: reflek patella (+) , respiratory ≥ 16 x/ menit dan urin output ≥ 25 ml /jam bila tidak ada hentikan pemberian MgSO_4 , bila terjadi keracunan MgSO_4 maka diberikan antidotumnya yaitu kalsium glukonat 10 % 1 gram IV. Kemudian mendokumentasikan kegiatan ke dalam rekam medik

B. KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka teori

Sumber : Andi 2021, Sari dan Arbutun 2021, Purnamasari 2022, Wulandari 2020, Sutanto 2019, Risa dan Rika 2014, Wilujeng dan Hartati 2018, Anik maryunani 2017, Sri wahyuningsih 2018, Puspa 2021, Fatimah 2021, Wida 2021, POGI 2021, Septiyasih 2018, Sarah 2015, Mulyati 2017, Handayani 2017, Yanti 2015, Noviyanti 2017