

BABI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya yang pada umumnya di dalam rahim). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan dibagi dalam tiga periode trimester, masing-masing periode trimester lamanya 12 minggu (3 bulan). Trimester pertama (0-12 minggu) dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua (12-28 minggu) dari bulan ke-4 sampai ke-6, trimester ketiga (28-40 minggu) dari bulan ke-7 sampai ke-9 (Adriaansz, et. Al, 2008).

Pada beberapa wanita ada kemungkinan mengalami penyimpangan dalam perjalanan kehamilannya. Ada beberapa komplikasi yang dialami seorang wanita hamil. Komplikasi ini dapat dibagi sesuai masa kehamilannya yaitu kehamilan muda dan kehamilan trimester ketiga. Komplikasi kehamilan muda seperti hiperemesis gravidarum, keguguran kandungan, kehamilan dengan degenerasi penyakit trofoblas, kehamilan di luar kandungan (kehamilan ektopik). Sedangkan komplikasi kehamilan trimester ketiga seperti persalinan prematuritas, kehamilan ganda (kembar) kehamilan dengan perdarahan (plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan sinur marginalis, perdarahan vasa previa), kehamilan dengan ketuban pecah dini, kehamilan dengan kematian janin dalam rahim, kehamilan lewat waktu dan kehamilan dengan preeklampsia dan eklampsia (Manuaba, 2010).

Preeklamsia merupakan keadaan dimana tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai dengan protein dalam urine pada usia kehamilan di atas 20 minggu, pada wanita yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya. Tidak semua kasus preeklamsia di temukan bersamaan dengan gejala oedema, sehingga diagnosa preeklamsia di tentukan dari peningkatan tekanan darah dan hasil pemeriksaan protein dalam urine. Pre-eklamsia umumnya terjadi pada trimester III, tepatnya di atas kehamilan 20 minggu, namun dapat timbul sebelumnya seperti pada mola hidatidosa atau penyakit trofoblastik lainnya. Sebelumnya, edema termasuk ke dalam salah satu kriteria diagnosis preeklamsia, namun sekarang tidak lagi dimasukkan ke dalam kriteria diagnosis, karena pada wanita hamil umum ditemukan adanya edema, terutama di tungkai, karena adanya stasis pembuluh darah(Alladin,2012).

Preeklamsia berat adalah meningkatnya tekanan darah sistolik 160 mm Hg atau lebih tinggi, atau tekanan darah diastolik 110 mm Hg atau lebih tinggi, terjadi trombositopenia yaitu jumlah trombosit kurang dari 100.000 / microliter, gangguan fungsi hati seperti konsentrasi enzim hati yang tidak normal yaitu dua kali lebih tinggi, nyeri epigastrik, Progresif insufisiensi ginjal yaitu konsentrasi kreatinin serum lebih besar dari 1,1 mg / dL atau dua kali lipat konsentrasi kreatinin serum jika tidak ada penyakit ginjal lainnya, edema paru dan gangguan visual(ACOG, 2013).

Pada bayi dengan ibu penderita preeklamsia memiliki risiko untuk mengalami berbagai komplikasi. Janin akan kekurangan gizi akibat insufisiensi vaskularutero-plasenta yang dapat mengakibatkan retardasi pertumbuhanintrauterine sehingga dapat menyebabkan PJT (Pertumbuhan Janin Terhambat) dan akan terjadi BBLR. Dapat juga terjadi IUGR (*Intra uteri Growth Retardation*), *Fetal Distress*, Asfiksia , IUFD (*Intra Uterine Fetas*

Death) dan prematuritas. Retardasi pertumbuhan mengakibatkan bayi lebih mungkin memiliki berat lahir 4,4 % lebih rendah dibandingkan bayi yang dilahirkan ibu tanpa preeklampsia (Rasmussen, et al., 2014).

Pada ibu preeklampsia dapat menyebabkan Solusio plasenta yang biasaterjadi pada ibu dengan hipertensi akut, Hipofibrinogenemia (kekurangan sel fibrin yang merupakan protein berupa serat-serat benang yang tidak larut dalam plasma pada proses penggumpalan atau pembekuan darah), Hemolisis (pecahnya membran eritrosit atau sel darah merah). Perdarahan otak Merupakan penyebab utama kematian maternal penderita eklampsia, kelainan mata kehilangan penglihatan sementara dapat terjadi, perdarahan pada retina dapat ditemukan dan merupakan tanda gawat yang menunjukkan adanya edema paru, nekrosis hati ketahu dengan pemeriksaan fungsi hati, terutama dengan enzim, Sindrom HELLP (*hemolisis, elevated liver enzymes, dan low platelet*) yaitu gangguan pada organ hati, kelainan ginjal berupa endoteliosis glomerulus yaitu pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal tanpa kelainan struktur lainnya bisa juga terjadi anuria atau gagal ginjal (Prawirohardjo, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO), salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan janin adalah pre-eklampsia (PE), angka kejadiannya berkisar antara 0,3-0,7 pada negara berkembang dan 0,05-0,1 pada negara maju (WHO, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibudi Indonesia jauh lebih tinggi dibandingkan negara lain di ASEAN seperti di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, dan Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab

kematian ibu sangatlah beragam, akan tetapi kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan 21,4%, Preeklamsia dan Eklamsia 27,1% dan infeksi 2,76% (Depkes RI, 2015).

Berdasarkan kajian maternal 5 region (Sumatra, Jawa-Bali, Kalimantan, Sulawesi dan Indonesia bagian timur) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa preeklamsia-eklamsia merupakan penyebab tertinggi kematian maternal dalam kelompok hipertensi kehamilan (Alladin, 2012).

Di Kalimantan Selatan AKI yaitu jumlah kematian ibu sebagai komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas selama periode satu tahun per 100.000 kelahiran hidup pada periode tahun yang sama. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, kematian ibu pada 2011 mencapai 0,12% (12 orang) per 100.000 kelahiran, meningkat menjadi 0,14% (14 orang) per 100.000 kelahiran pada 2012. Kemudian 2013 naik lagi menjadi 0,17% (17 orang) orang per 100.00 kelahiran, lalu turun menjadi 0,14% (14 orang) per 100.000 kelahiran pada 2014. Pada 2015 ibu meninggal juga 0,14% (14 orang) per 100.000 kelahiran hidup (Pemprov Kalsel, 2012)

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD DR.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin, periode 2014 ada sebanyak 3.871 kunjungan ibu hamil dan dari jumlah tersebut di dapatkan ada 11% (424) ibu hamil dengan PEB, pada tahun 2015 ada 4.875 kunjungan ibu hamil dan dari jumlah tersebut di dapatkan ada 12% (592) ibu hamil dengan PEB, pada tahun 2016 ada 4.875 kunjungan ibu hamil dan dari jumlah tersebut di dapatkan 14% (704) ibu hamil dengan PEB dan pada tahun 2017 ada 4.875 kunjungan ibu hamil dan dari jumlah tersebut di dapatkan ada 16% (789) ibu hamil dengan

PEB. Dari data yang di dapatkan terdapat kenaikan angka kejadian PEB pada ibu hamil setiap tahunnya.

Dampak yang di timbulkan pada Preeklamsia berat pada ibu hamil yaitu dapat meningkatkan angka kejadian Morbiditas dan mortalitas karena keterlambatan penanganan pada ibu hamil dengan preeklamsia . Dampak dari preeklamsia berat yang tidak segera di tangani juga akan berkelanjutan menjadi eklamsia yang berarti ibu hamil tersebut akan mengalami kejang dan hal tersebut dapat meningkatkan resiko mortalitas pada ibu hamil (Chunningham, 2009).

Dalam batasan tertentu untuk mencegah eklamsia akibat preeklamsia dapat di cegah dengan asuhan antenatal yang adekuat, deteksi dini preeklamsia yang lebih dini dan penggunaan magnesium sulfat profilaktik. WHO merekomendasikan penggunaan MgSO₄ sebagai obat yang aman dan murah untuk menangani preeklamsia berat dan eklamsia. Hal tersebut di buktikan dalam penelitian Okereke, dkk pada tahun 2012 yang membandingkan penggunaan MgSO₄ dan diazepam sebagai terapi preeklamsia berat dan eklamsia , hasil yang di peroleh yaitu terapi MgSO₄ menurunkan *case fatality rate* lebih luas di banding diazepam (Okereke, dkk, 2012).

Pada kasus preeklamsia dan eklamsia, bidan berperan pada pencegahan dan deteksi dini. Walaupun hasil studi mengatakan bahwa etiologi dari preeklamsia dan eklamsia karena pengaruh kerusakan kromosom dan imunitas, bidan tetap harus mewaspadai terjadinya preeklamsia dan eklamsia berdasarkan faktor resiko yang mungkin. Asuhan yang di lakukan menitik beratkan pada pencegahan berdasarkan predisposisi serta deteksi dini (Okereke dkk, 2012).

Berdasarkan *evidence-based*, pemerintah telah menetapkan program kebijakan untuk kunjungan ANC di lakukan minimal 4x selama kehamilan dimana pada trimester 1 sebanyak 2 kali yang bertujuan untuk mendeteksi masalah yang dapat di tangani sebelum membahayakan jiwa, pada trimester 2 sama halnya dengan trimester 1 di tambah dengan adanya kewaspadaan terhadap hipertensi kehamilan, pada trimester 3 di tambah dengan deteksi kehamilan ganda namun pada 36 minggu sama dengan trimester 1 dan 2 hanya di tambahkan dengan deteksi kelainan letak dan resiko tinggi (Anggrita dkk, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengambil judul laporan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan preeklamsi berat di RSUD Dr.H.Moch Anshari Saleh Banjarmasin.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melakukan penatalaksanaan yang terjadi pada ibu hamil dengan pre-eklamsi berat di Poli Kandungan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian secara sistematis yang dilakukan pada pasien dengan Preeklamsia berat di Poli kandungan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin
- b. Mampu Melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan Preeklamsia berat di Poli kandungan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin
- c. Mampu menegakkan diagnosis pada pasien dengan Preeklamsia berat di Poli kandungan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin

- d. Mengetahui penatalaksanaan pada pasien dengan Preeklampsia berat diPoli kandungan RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin

C. Manfaat

1 Bagi Institusi

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

2.Bagi Petugas Kesehatan

Dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, keterampilan dan mutu pelayanan yang profesional oleh tenaga kesehatan untuk memberikan asuhankebidanan pada ibu hamil dengan preeklampsia berat.

3.Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan keilmuan dan pengalaman serta keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan preeklampsia berat.

4.Bagi Klien

Dapat mengetahui dan mengerti asuhan yang diberikan selama masa hamil dengan preeklampsi berat.