

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil pemeriksaan tanggal 03 Juli 2018 pada Ny.M umur 30 tahun G2P1A0 di dapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh sakit kepala yang hebat karena pada pemeriksaan tanggal 03 juli 2018 di praktik bidan ibu mengatakan bahwa TD nya tinggi yaitu 140/100. Sakit kepala yang ibu rasakan sudah sejak 3 hari yang lalu sehingga ibu sulit untuk melakukan aktifitas seperti biasanya. Ibu mengatakan sakit yang dia berfokus hanya di kepala bagian atas.. Durasi sakit kepala yang ibu rasakan kurang lebih 10 menit berjeda setiap hari biasanya sakit kepala datang pada saat pagi hari. HPHT ibu pada tanggal 23 November 2017 di dapatkan bahwa usia kehamilan ibu adalah 32 minggu dan taksiran persalinan pada tanggal 30 Agustus 2018. Ibu dan keluarga juga tidak memiliki riwayat hipertensi.

Pada data objektif di dapatkan hasil TD darah ibu tinggi yaitu 180/120 mmHg, pada pemeriksaan fisik di temukan adanya odem pada ekstremitas bawah dan pada pemeriksaan penunjang dengan menggunakan dipstick di dapatkan hasil protein urin ibu positif ++. Di tinjau dari hasil anamnesa pada data subjektif sesuai dengan keluhan yang ibu rasakan dan pada data objektif yang di dapatkan ada nya kenaikan TD yaitu 180/120 mmHg serta pemeriksaan urin ibu positif ++ maka diagnosa yang tepat pada Ny.M adalah preeklamsi berat dan penatalaksanaan yang di berikan yaitu pemasangan infus RL 500 cc pada jam 21.00 WITA dengan 28 tpm, pemberian obat antihipertensi yaitu nipedifine 10 mg per oral pada jam 21.05 WITA, Pemasangan DC pada jam 21.10 WITA, pemberian MgSO4 dosis awal 10 cc atau 4 gram dalam MgSO4 40% di aplus dengan aquades 10 cc di berikan secara bolus IV selama 5 menit untuk mencegah terjadinya kejang pada jam 21.15 WITA, MgSO4 dosis maintenance

15 cc atau 6 gram dalam MgSO<sub>4</sub> 40% di berikan dalam larutan infus RL 500 ml dengan 28 tpm harus habis dalam waktu 6 jam.

Pada catatan perkembangan tanggal 04 Juli 2018 di ruang nifas di dapatkan data subjektif yaitu keluhan yang ibu rasakan tidak ada dan sakit kepala yang ibu rasakan sudah tidak ada. Tekanan darah ibu sudah menurun yaitu 140/90 sehingga ibu sudah bisa di perbolehkan untuk pulang dan beristirahat di rumah.

Berdasarkan teori menurut Alladin 2012, 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.

Berdasarkan *American Congress Of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) 2013, Preeklamsia berat adalah meningkatnya tekanan darah sistolik 160 mm Hg atau lebih tinggi, atau tekanan darah diastolik 110 mm Hg atau lebih tinggi, tanda yang juga mendukung penegakkan diagnosis PEB juga adanya hasil pemeriksaan lab yang mana 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.

Menurut POGI 2016, MgSO<sub>4</sub> di rekomendasikan sebagai terapi lini pertama terhadap preeklamsia. Perbandingan MgSO<sub>4</sub> dengan nimodipin dari hasil penelitian ini di dapatkan hasil yang bermakna pengurangan kejadian eklamsia pada kelompok MgSO<sub>4</sub> dan telaah sistemik yang di lakukan oleh Duley juga menunjukan kejadian kejang lebih rendah pada penggunaan MgSO<sub>4</sub>.

Perbedaan MgSO<sub>4</sub> dengan Fenitoin dan diazepam atau lyctic cocktail di dapatkan hasil terdapat perbedaan bermakna pada penggunaan MgSO<sub>4</sub> terhadap berkurangnya angka kejadian kejang berulang dan kematian maternal di bandingkan antikonvulsan lainnya. Guideline RCOG merekomendasikan dosis loading dose MgSO<sub>4</sub> 4g gr selama 5-10 menit di lanjutkan dengan dosis pemeliharaan 1-2 g/ jam 24 jam post partum atau setelah kejang.

POGI 2016 juga menyebutkan bahwa nifedipine adalah salah satu calcium *channel blocker* yang sudah di gunakan sejak dekade terakhir untuk mencegah persalinan preterm dan sebagai antihipertensi. Berdasarkan RCT, penggunaan nifedipine oral menurunkan tekanan darah lebih cepat di bandingkan labetalol intravena, kurang lebih 1 jam setelah awal pemberian. Nifedipine selain bekerja sebagai vasodilatator arterioral ginjal yang selektif dan natriuretik dan meningkatkan produksi urin. Di bandingkan labetalol yang tidak berpengaruh pada indeks kardiak, nifedipine meningkatkan indeks kardiak yang berguna untuk pasien dengan preeklamsia berat.

Menurut Prawirohardjo 2013, Penderita preeklamsia berat harus segera masuk rumah sakit untuk rawat inap dan dianjurkan tirah baring miring ke satu sisi (kiri). Dalam pemberian terapi pada preeklamsia ada dua hal yaitu pemberian MgSO<sub>4</sub> sebagai antikonvulsan (anti kejang) dan anti hipertensi . Pemberian terapi MgSO<sub>4</sub> dan antihipertensi. Cara pemberian MgSO<sub>4</sub> Loading dose yaitu 4 gram MgSO<sub>4</sub> di berikan secara intravena (40 % dalam 10 cc) di campurkan dengan aquades 10 cc dan di suntikkan selama  $\pm$  5 menit. MgSO<sub>4</sub> bisa di berikan melalui IM yaitu Bokong kanan dan bokong kiri dengan dosis 8 mg MgSO<sub>4</sub> 40% yang berarti 20 cc atau 4 mg (10 cc) pada bokong kanan dan 4 mg (10 cc) pada bokong kiri di berikan selama 5 menit. *Maintenance dose* diberikan melalui infus drip 6 gram atau 15 cc MgSO<sub>4</sub> 40% dalam larutan Ringer Laktat 500 cc diberikan 28 tpm. Pemeberian antihipertensi masih banyak pendapat dari

berbagai negara tentang penentuan batas (*cut off*) tekanan darah, untuk pemberian antihipertensi. Misalnya Belfort mengusulkan *cut off* yang dipakai adalah 160/110 mmHg. Jenis obat antihipertensi yang diberikan di Indonesia adalah Nifedipin. Dosis awalnya 10-20 mg, diulangi 30 menit bila perlu. Dosis maksimum 120 mg per 24 jam.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pada data subjektif yang didapatkan sudah dapat berdasarkan keluhan yang ibu rasakan ada kaitan dengan preeklamsia berat yang disebutkan oleh Alladin (2012) bahwa preeklamsia berat timbul pada usia kehamilan >20 minggu yang ditandai dengan kenaikan tekanan darah dan protein urin. Hal itu juga berkaitan dengan jurnal penelitian ACOG (2013) yang menyebutkan bahwa tanda gejala preeklamsia berat adalah kenaikan tekanan darah 160/110 mmHg dimana pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan bahwa TD pasien 180/120 mmHg. Tetapi POGI (2016) tidak menyebutkan adanya hubungan antara riwayat penyakit pada keluarga yang ibu ceritakan bahwa ayahnya mengalami hipertensi jadi hal tersebut tidak termasuk dalam faktor resiko dari penyebab terjadinya preeklamsia. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny.M yaitu pemasangan infus RL 500 ml, pemberian MgSO<sub>4</sub> sebagai antikonvulsan dan antihipertensi sudah sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2013) tentang penatalaksanaan preeklamsia berat ada dua hal utama yaitu pemberian MgSO<sub>4</sub> sebagai antikonvulsan untuk mencegah terjadinya kejang dan antihipertensi untuk membantu menurunkan tekanan darah. Jadi antara teori dan kasus yang didapatkan di lapangan sudah berkaitan.