

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN KOMPLIKASI

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat
Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Ns. Mariza Arfianti, S. Kep, M.A.N
Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.kep.Mat
Uun Kurniasih, S.Kep.,Ns.,M.M.Kes
Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep
Ns. Edita Astuti Panjaitan.,S.Kep.,M.Kep
Marlina, SST.,S.Kep.,Ns.,M.Kes
Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat



ASUHAN KEPERAWATAN

PADA IBU HAMIL DENGAN KOMPLIKASI

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat

Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

Ns. Mariza Arfianti, S. Kep, M.A.N

Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.kep.Mat

Uun Kurniasih, S.Kep.,Ns.,M.M.Kes

Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep

Ns. Edita Astuti Panjaitan.,S.Kep.,M.Kep

Marlina, SST.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN KOMPLIKASI

Penulis:

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat

Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

Ns. Mariza Arfianti, S. Kep, M.A.N

Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.kep.Mat

Uun Kurniasih, S.Kep.,Ns.,M.M.Kes

Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep

Ns. Edita Astuti Panjaitan.,S.Kep.,M.Kep

Marlina, SST.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-06-1

Cetakan Pertama:

Desember 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya, Buku Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Komplikasi ini dapat terselesaikan. Penulisan Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Komplikasi diharapkan dapat digunakan sebagai panduan dalam penanganan komplikasi pada ibu hamil yang sampai saat ini masih menjadi penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia. Penulis pun menyadari jika didalam penyusunan buku ini mempunyai kekurangan, namun penulis meyakini sepenuhnya bahwa sekecil apapun buku ini tetap akan memberikan sebuah manfaat bagi pembaca. Akhir kata untuk penyempurnaan buku ini, maka kritik dan saran dari pembaca sangatlah berguna untuk penulis kedepannya.

Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| PRAKATA | iii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| BAB I KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN DENGAN KOMPLIKASI | 1 |
| BAB II ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMSIA | 11 |
| BAB III ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN ANEMIA | 33 |
| BAB IV ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN KETUBAN PECAH DINI..... | 55 |
| BAB V ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANCAMAN ABORTUS (ABORTUS IMMINEN) | 69 |
| BAB VI ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN ABORTUS INKOMPLIT | 85 |
| BAB VII ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM | 97 |
| BAB VIII ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN DIABETES MELITUS GESTASIONAL | 117 |
| BAB IX ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN PLACENTA PREVIA .. | 133 |
| BAB X ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN SOLTIO PLASENTA | 151 |
| PROFIL PENULIS..... | 169 |
| SINOPSIS..... | 174 |

BAB I

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

PADA KEHAMILAN DENGAN KOMPLIKASI

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat



BAB I

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN DENGAN KOMPLIKASI

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat

1. Pengertian

Kehamilan dengan komplikasi adalah kehamilan dengan masalah atau kehamilan dengan komplikasi. Komplikasi kehamilan bisa terjadi akibat kondisi yang ada sejak sebelum hamil maupun setelah hamil. Berbagai komplikasi yang dialami ibu hamil bisa berbeda masing-masing individu. Gejala hingga dampaknya pun bisa bervariasi, tergantung tingkat keparahan yang dialami.

Pada beberapa kasus terparah, komplikasi kehamilan ini bisa mengancam nyawa ibu, janin, maupun keduanya. Terkadang gejalanya kerap tidak disadari oleh ibu hamil.

2. Komplikasi pada Kehamilan

Beberapa komplikasi atau masalah yang sering terjadi pada kehamilan antara lain:

a. Anemia

Salah satu komplikasi yang paling sering dialami oleh ibu hamil adalah anemia. Anemia merupakan kondisi di mana jumlah sel darah merah lebih rendah daripada kadar pada normalnya. Anemia terjadi karena kurangnya asupan zat besi atau folat pada tubuh ibu hamil. Zat besi dan asam folat diperlukan untuk membentuk hemoglobin yang berperan menyuplai oksigen untuk seluruh tubuh.

Justru yang terjadi adalah defisiensi besi. Selain itu, terdapat penyebab lain adalah perubahan hormon, genetik, gangguan pada sistem tubuh, penyakit ginjal, dan lainnya. Ibu hamil yang mengalami komplikasi anemia dapat mengakibatkan bayi lahir prematur atau berat badan bayi di bawah rata-rata.

Gejala anemia ditandai dengan pusing, lelah, sulit konsentrasi, hingga sesak napas. Untuk meminimalisir komplikasi ini, Anda bisa mengatasinya dengan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi zat besi dan folat untuk meningkatkan produksi jumlah sel darah merah.

b. Preeklamsia

Selain anemia, preeklamsia menjadi salah satu kondisi komplikasi yang sering dialami oleh ibu hamil. Preeklamsia adalah kondisi meningkatnya tekanan darah dan kelebihan protein pada urine yang biasanya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

Belum diketahui penyebab pasti kondisi ini, namun diduga adanya kelainan pada perkembangan dan fungsi plasenta. Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat memicu preeklamsia. Risiko terjadinya preeklamsi dapat dideteksi sejak dini dengan menggunakan Kartu Skor Dhiana Setyorini (KSDS) seperti pada gambar dibawah (Dhiana & Cahyono, 2021):

| KARTU SKOR DHIANA SETYORINI (DETEKSI DINI RISIKO KERACUNAN KEHAMILAN/ PREEKLAMPSI) | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|------|--|--|--|--|--|
| Nama : _____ | | | | | | | | |
| NIK : _____ | | | | | | | | |
| No reg : _____ | | | | | | | | |
| Nakes/Kader : _____ | | | | | | | | |
| Dx : _____ | | | | | | | | |
| No | Tanggal pemeriksaan | | | | | | | |
| | Faktor risiko | | Skor | | | | | |
| 1 | Penghasilan < UMR | | 1 | | | | | |
| 2 | Hamil lebih dari 1 kali | | 1 | | | | | |
| 3 | Ada Keturunan Keracunan Kehamilan | | 2 | | | | | |
| 4 | Usia < 20 th atau > 35 th | | 2 | | | | | |
| 5 | Ada Riwayat tekanan darah tinggi | | 5 | | | | | |
| 6 | Gemuk (IMT > 25) | | 6 | | | | | |
| 7 | Ada Riwayat Keracunan Kehamilan | | 8 | | | | | |
| 8 | Ada Riwayat kencing manis (DM) | | 8 | | | | | |
| TOTAL SKOR | | | | | | | | |
| KATEGORI: Risiko rendah | | | | | | | | |
| Risiko Tinggi | | | | | | | | |
| KET: Risiko Rendah | | Skor: < 8 | | | | | | |
| Risiko Tinggi | | Skor: ≥ 8 | | | | | | |
| REKOMENDASI/SARAN: | | | | | | | | |
| 1. Risiko Rendah | | : Perawatan di faskes tk I dan KIE | | | | | | |
| 2. Risiko Tinggi | | : Rujuk ke faskes tk II dan KIE | | | | | | |

Gambar 1.1 Kartu Skor Dhiana Setyorini (KSDS)

Preeklamsia bisa menimbulkan gejala berupa sakit kepala berlebihan, mual, muntah, mengalami gangguan penglihatan, nyeri pada bagian perut atas, hingga sesak napas. Bila tidak segera ditangani, kondisi ini bisa menyebabkan komplikasi yang bahaya bagi ibu dan janin. Pada kasus terparah, komplikasi ini bisa mengancam nyawa keduanya.

c. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah diabetes yang dialami oleh ibu hamil. Kondisi ini terjadi ketika gula darah meningkat pada saat hamil. Ibu hamil yang mengalami diabetes gestasional bisa berisiko alami diabetes mellitus setelah

hamil. Diabetes gestasional bisa dialami oleh wanita hamil meski tidak memiliki riwayat diabetes sebelumnya.

Risiko diabetes gestasional pada ibu hamil bisa bisa menyebabkan komplikasi lainnya seperti preeklamsia, kelahiran prematur, penyakit kuning, hingga berat badan bayi lebih besar sehingga menyulitkan persalinan. Komplikasi ini umumnya dialami pada saat usia kehamilan memasuki trimester ketiga. Gejala yang paling umum dialami biasanya sering buang air kecil, sering merasa haus, dan tubuh lebih mudah lelah.

d. Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan muntah-muntah parah. Komplikasi ini mirip dengan morning sickness. Bedanya, morning sickness hanya dialami pada awal-awal kehamilan hingga trimester pertama, sementara hiperemesis gravidarum terjadi pada akhir trimester pertama dan memuncak pada usia kehamilan 20 minggu bahkan berlanjut terus selama kehamilan.

Gejala hiperemesis gravidarum ini ditandai dengan mual yang tidak kunjung hilang, sering muntah dalam sehari, nafsu makan terganggu, berat badan turun, dehidrasi, dan pingsan.

Belum diketahui pasti mengenai penyebab komplikasi ini namun diduga faktor risikonya diduga karena kadar hormon pada saat kehamilan. Jika Anda mengalami hiperemesis gravidarum maka segera periksakan diri ke dokter agar mendapatkan penanganan yang tepat, ibu hamil tetap mendapat cairan dan nutrisi tambahan lainnya.

e. Eklampsia

Eklampsia adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kejang yang dialami ibu hamil pada saat sebelum, selama, atau pasca persalinan. Eklampsia bisa menyebabkan ibu hamil mengalami kejang, perasaan gelisah berat, hingga hilang kesadaran.

Meski jarang terjadi, komplikasi ini bisa dialami wanita pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih. Bagi ibu hamil yang mengalami eklampsia maka harus segera mendapat penanganan yang tepat. Jika tidak maka dapat membahayakan bagi ibu dan janin.

f. Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah komplikasi kehamilan di mana sebagian atau seluruh plasenta lepas dari rahim sebelum bayi lahir. Jika kondisi ini terjadi maka dapat menyebabkan asupan oksigen dan nutrisi terhambat.

Belum diketahui pasti mengenai penyebabnya namun faktor yang diduga dapat memicu komplikasi ini adalah trauma fisik dan tekanan darah tinggi. Gejala solusio plasenta ditandai dengan sakit perut, pendarahan pada vagina, hingga

kontraksi. Jika plasenta terlepas sebagian atau seluruhnya maka diperlukan persalinan dini.

g. Plasenta previa

Plasenta previa adalah komplikasi yang terjadi ketika setengah atau sebagian plasenta menutupi jalan lahir karena posisinya berada di bawah rahim. Kondisi ini umumnya terjadi pada trimester awal kehamilan.

Hingga kini belum diketahui penyebab pastinya namun terdapat beberapa faktor risiko yang bisa memicu seperti rahim abnormal dan kehamilan anak kembar.

Kondisi ini ditandai dengan pendarahan pada vagina. Jika pendarahan ringan maka Anda disarankan untuk istirahat total. Namun, jika pendarahan yang terjadi cukup berat maka prosedur operasi caesar akan diperlukan.

3. Risiko dalam Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alami, tetapi bukannya tanpa risiko, yang merupakan beban bagi seorang wanita. Pada kehamilan tiap ibu hamil akan menghadapi kegawatan baik ringan atau berat yang dapat memberikan bahaya terjadinya kematian atau kesakitan bagi ibu dan atau bayi. Sebagian besar dari kehamilan mempunyai hasil menggembirakan dengan ibu dan bayi hidup sehat. Ibu hamil dapat mengalami beberapa keluhan fisik atau mental, sebagian kecil mempunyai kesukaran selama kehamilan dan persalinan, tetapi kebanyakan ibu tersebut pulih sehat kembali sepenuhnya dengan mempunyai bayi yang normal dan sehat. Hasil yang menggembirakan tersebut tidak selalu terjadi, ada kehamilan yang berakhir dengan ibu dan atau bayi mati atau sakit. Keadaan ini dapat terjadi pada Risiko Tinggi Ibu Hamil

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Kehamilan berisiko tinggi dapat dapat menyebabkan ibu hamil dan bayinya mengalami sakit atau meninggal sebelum proses kelahiran.

a. Kategori Risiko dalam Kehamilan:

Kehamilan berisiko tinggi dapat dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

1) Kehamilan Risiko Rendah

Kehamilan yang tidak disertai oleh faktor risiko atau penyulit sehingga kemungkinan besar ibu akan melahirkan secara normal dengan ibu dan janinnya dalam keadaan hidup sehat.

2) Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko atau penyulit baik yang berasal dari ibu maupun janinnya sehingga memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat.

3) Kehamilan Risiko sangat Tinggi

Kehamilan Risiko Sangat Tinggi merupakan kehamilan dengan faktor risiko:

- a) Perdarahan sebelum bayi lahir, dimana hal ini akan memberikan dampak gawat dan darurat pada ibu dan janinnya sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu dan penanganan segera yang adekuat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi.
- b) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, dimana tingkat kegawatannya meningkat sehingga pertolongan persalinan harus di Rumah Sakit dengan ditolong oleh dokter spesialis.
(Pudji Rohjati, 1998).

b. Faktor risiko pada ibu hamil

Kehamilan berisiko pada ibu hamil, baik pada kehamilan trimester satu, dua dan tiga dapat dijelasakan sebagai berikut:

1) Primi muda

Hamil pertama kali pada usia kurang dari 20 tahun, dimana rahim, panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, kehamilan pada usia ini akan berisiko pada alat reproduksi yang belum matang untuk melakukan fungsinya. Kehamilan pada usia muda akan berdampak:

a) Keguguran

Keguguran dapat terjadi karena belum siapnya alat reproduksi (rahim) belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, kecemasan dan stress.

b) Persalinan prematur

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan kelainan bawaan terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun.

c) Mudah terjadi infeksi

Tingkat sosila ekonomi rendah, gizi yang buruk, stress, akan mudah terjadi infeksi selama kehamilan dan terlebih pada masa nifas.

d) Kekurangan zat besi atau anemia

Anemi pada masa hamil di usia muda, disebabkan kurangnya pengetahuan akan pentingnya gizi gizi selama hamil, konsumsi tablet Fe selama hamil berfungsi berfungsi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah ibu dan membentuk sel darah janin.

e) Kematian pada ibu

Remaja yang stress pada saat hamil, dan melakukan aborsi atau menggugurkan kandungannya dengan tenaga yang bukan ahli dibidangnya.

2) Primi tua.

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

- c. Gawat obstetri merupakan tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan dan nifas adalah sebagai berikut:

Penyakit pada ibu hamil

- 1) Amenia

Kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah bahkan murah, amenia dapat mengakibatkan keguguran, kematian pada ibu dan bayi serta cacat bawaan.

- 2) Malaria

Penyakit malaria dapat terjadi abortus, persalinan prematur dan intrauterine *fetal death*.

- 3) Tuberkulosis paru (TB)

Penyakit TB tidak secara langsung berpengaruh pada janin, tapi TB berat dapat menurunkan fisik ibu, energi dan Air Susu Ibu (ASI) ikut berkurang, bahaya yang dapat terjadi keguguran, bayi lahir yang belum cukup bulan. Perlakukan khusus dengan melakukan pemantauan ketat untuk nutrisi yang adekuat, pertambahan berat badan, dan fungsi paru selama kehamilan.

- 4) Gangguan kardiovaskuler

Penyakit jantung memberi dampak kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, akan berpengaruh kepada konsepsi, yang kemudian disusul oleh abortus.

- 5) Diabetes mellitus

Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu – minggu terakhir dan ditemukan glukosa dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup kemudian meninggal).

- 6) Human *Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS).

Kehamilan dengan HIV/AIDS perlunya perawatan maksimal dan ibu hamil harus meningkatkan pengetahuan mereka mengontraknya gaya hidup yang mereka jalani untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayinya. (Tyer-Viola, 2007)

- 7) Preeklamsia ringan

Tanda – tandanya yaitu edema pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan disela – sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit Bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin b1.

- d. Gawat Darurat Obstetrik merupakan risiko kematian pada ibu dan bayi terdiri dari:

1) Perdarahan masa kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi.

Perdarahan dapat terjadi pada plasenta previa dan solusio plasenta. Biasanya disebabkan karena trauma atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.

2) Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang – kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal) (Intan & Ismiyatun, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Adele Pillitteri. (2010). *Maternal and child* (6th ed.).
- Bobak. (2010). *Marternity Nursing* (4th ed.).
- Dhiana & Cahyono. (2021), Deteksi Dini Risiko PreEklampsi, MCU Jakarta
- Erina Eka Hatini, S.ST, M. (2018). Asuhan Kebidanan Kehamilan. Wineka Media.
- Fitria Dewi Ayu Ramadanti dan Mutiara Dewi Listiyanawati. (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dalam Pemenuhan Kebutuhan Psikologis*. 15, 1–8.
- Ghimire, S., Martinez, S., Hartvigsen, G., & Gerdes, M. (2023). Virtual prenatal care: A systematic review of pregnant women's and healthcare professionals' experiences, needs, and preferences for quality care. *International Journal of Medical Informatics*, 170(April 2022), 104964. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104964>
- Intan, P., & Ismiyatun, N. (2020). Deteksi Dini Kehamilan Beresiko. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 40–51. <http://jurnal.stikesendekiautamakudus.ac.id/index.php/JKM/article/view/565>
- Kemenkes, R. (2021). *Pmk 21 Tahun 2021*. 1–184.
- Leny. (2019). 1035325 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan Akademi Kebidanan Budi Mulia Palembang*, 9(2), 161–167. <https://doi.org/10.35325/kebidanan.v9i2.195>
- Lombogia, M., Ns, S. K., & Kep, M. (2017). *MATERNITAS*.
- Nuraisya, W. (2018). Deteksi Risiko Tinggi Kehamilan Pada Pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), 240. <https://doi.org/10.25077/jka.v7.i2.p240-245.2018>
- Nursanti, I. dkk. (2018). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Asuhan Keperawatan Perempuan Usia Reproduksi Dan Menopause. *Asuhan Keperawatan Perempuan Usia Reproduksi Dan Menopause*, 1–274.
- Phonyiam, R., & Berry, D. C. (2021). Racial and Ethnic Disparities in Health Care and Health Outcomes for Pregnant Women With Diabetes. *Nursing for Women's Health*, 25(6), 437–449. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.09.003>
- Pudji Rohjati (1998). Kehamilan Risiko Tinggi, Airlangga Press Surabaya
- Qudriani, M., & Hidayah, S. N. (2017). Persepsi Ibu Hamil Tentang Kehamilan Resiko Tinggi di atas usia 35 tahun. *Persepsi Ibu Hamil Tentang Kehamilan Resiko Tinggi Di Desa Begawat Kecamatan Bumijawa Kabupaten Tegal Tahun 2016*, 2, 197–202.

- RI, K. (2016). *Keperawatan Maternitas*.
- Serri Hutahaean. (2021). Perawatan Antenatal. In *Salemba Medika* (Vol. 4, Issue 1).
- Stayer, D. L., Culver, E. D., Brosius, H. M., & Stamm, J. A. (2019). Case Report of Nursing Care for a Pregnant Woman With Cystic Fibrosis. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 48(6), 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.07.007>
- Tektaş, P., & Çam, O. (2017). The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 440–446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.002>
- Tyer-Viola, L. A. (2007). Obstetric nurses' attitudes and nursing care intentions regarding care of HIV-positive pregnant women. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(5), 398–409. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00172.x>
- Wahidamunir, W. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Resiko Tinggi Kehamilan dengan Kepatuhan Kunjungan Antenatal Care. *J-HEST Journal of Health Education Economics Science and Technology*, 2(1), 38–45. <https://doi.org/10.36339/jhest.v2i1.35>
- Winarno, R., Wardiyah, A., & ... (2021). Asuhan Keperawatan Komprehensif Edukasi Tentang Pola Makan Untuk Mengurangi Mual Dan Muntah Pada Ibu Hamil Trimester Pertama. *JOURNAL OF Qualitative ...*, 1(2), 75–80. <http://ejurnal.iphorr.com/index.php/qlt/article/view/217>

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMSIA

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat



BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat

1. Pendahuluan

Sustainable Development Goals (SDGs) atau AGENDA 2030 adalah tujuan pembangunan berkelanjutan sebagai kelanjutan dari *Millenium Development Goals (MDGs)* dan kesepakatan global pergeseran transformasi program MDGs, pembangunan yang akan dicapai pada tahun 2030 (WHO, 2016). Menurut *Sustainable Development Goals (SDGs)* target angka kematian ibu (AKI) yakni 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030, laporan bulan agustus 2020 AKI sebesar 226/ 100.000 kelahiran hidup, berdasarkan data SDGs ini AKI belum sesuai target (Kemenkes, 2020). AKI mengalami penurunan, tetapi kemudian pada tahun 2020 terjadi peningkatan karena adanya pandemic Covid 19 (Anna.M. et.al 2020).

2. Definisi

Preeklampsi merupakan suatu kondisi spesifik kehamilan dimana hipertensi terjadi setelah minggu ke – 20 pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal yang ditandai dengan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria 3 g/liter yang timbul karena kehamilan (Bobak, 2004; Angsar M. D, 2010). Peningkatan tekanan darah gestasional didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg. Pada keadaan tanpa proteinuria, tetapi dicurigai sebagai preeklampsia jika peningkatan tekanan darah disertai dengan gejala sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, atau hasil laboratorium yang tidak normal terutama bila ada trombositopenia dan peningkatan tes fungsi hati (Marteen, 2004). Eklampsi adalah terjadinya konvulsi atau koma pada pasien disertai dengan tanda dan gejala pre-eklampsia, konvulsi atau koma dapat muncul tanpa didahului gangguan neurologis (Bobak., Jensen, 2005).

Kata “eklampsia” : berasal dari Yunani yang berarti “halilintar” karena gejala eklampsi yang datang dengan mendadak dan menyebabkan suasana gawat dalam kebidanan. Dikemukakan beberapa teori yang dapat menerangkan kejadian preeklampsi dan eklampsi sehingga dapat menetapkan upaya promotif dan preventif (Manuaba, 2008).

3. Etiologi

Hingga saat ini etiologi dan patogenesis dari preeklampsi masih belum diketahui dengan pasti.Telah banyak teori yang diajukan untuk mencari etiologi dan patogenesis dari preeklampsi namun hingga kini belum memuaskan sehingga

Zweifel menyebut preeklampsi sebagai *the diseases of theories* (Manuaba, 2008). Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal-hal sebagai berikut: (1) sebab bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda dan mola hidatidosa; (2) sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan; (3) sebab terjadinya perbaikan keadaan dengan kematian janin dalam uterus; (4) sebab jarangnya kejadian eklampsi pada kehamilan berikutnya; dan (5) sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuri, kejang dan koma.

4. Faktor risiko terjadinya Preeklampsi:

Penelitian Setyorini S, dkk, 2017 menyatakan bahwa faktor risiko terjadinya Preeklampsi antara lain:

a. Penghasilan kurang dari UMR

Penghasilan rendah mempunyai hubungan erat dengan preeklampsia. Sebagian diantaranya dapat dihubungkan dengan kehamilan yang terjadi pada usia lanjut dan kurangnya pemeliharaan kesehatan. Hal ini berhubungan dengan asupan gizi yang tidak seimbang saat kehamilan.

Defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Faktor gizi yang sangat berhubungan dengan terjadinya hipertensi melalui beberapa mekanisme. Aterosklerosis merupakan penyebab utama terjadinya hipertensi yang berhubungan dengan diet seseorang. Konsumsi lemak yang berlebih, kekurangan konsumsi zat gizi mikro (vitamin dan mineral) sering dihubungkan pula dengan terjadinya aterosklerosis, antara vitamin C, vitamin E dan vitamin B6 yang meningkatkan kadar homosistein. Tingginya konsumsi vitamin D merupakan faktor terjadinya aterosklerosis dimana terjadi deposit kalsium yang menyebabkan rusaknya jaringan elastis sel dinding pembuluh darah.

b. Ada keturunan Preeklampsi

Preeklampsia ada kemungkinan diturunkan, khususnya pada kehamilan pertama karena terjadi pre-eklampsia pada anak perempuan lebih tinggi, dibandingkan dengan menantu wanita. Sifat "gen" resesif sama dengan teori gen resesif herediter.

Faktor predisposisi herediter ini kemungkinan besar merupakan hasil interaksi ratusan gen yang diturunkan baik maternal maupun paternal yang dikontrol oleh banyak enzim dan fungsi metabolismik melalui sistem organ. Namun, penting untuk diketahui bahwa ekspresi fenotip akan berbeda diantara genotip yang serupa tergantung dari interaksi dengan faktor lingkungan. Faktor tersebut dibuktikan oleh beberapa peneliti bahwa preeklampsia berat adalah penyakit yang bertendensi untuk timbul pada satu keturunan (anak perempuan atau saudara perempuan), preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada

anak perempuan dari ibu pre-eklampsia, atau mempunyai riwayat preeklampsia/eklampsia dalam keluarga.

c. Kehamilan lebih dari satu kali:

Kehamilan selalu mempunyai risiko terjadinya preeklampsi, paritas adalah jumlah anak yang dikandung dan dilahirkan oleh seorang wanita. Preeklampsia dapat terjadi pada multigravida biasanya menunjukkan hipertensi yang diperberat oleh kehamilan, pada multipara penyakit ini biasanya dijumpai pada ibu dengan kehamilan multifetus dan hidrop fetalis, ibu yang menderita penyakit vaskular termasuk hipertensi kronis dan diabetes miltitus atau dengan penyakit ginjal. Pada paritas tinggi bisa terjadi preeklampsia ringan oleh karena paritas tinggi yang banyak terjadi pada ibu usia lebih 35 tahun.

Preeklampsia meningkat pada paritas multigravida, kondisi obstetrik ini berkaitan dengan peningkatan masa plasenta, seperti gestasi multijanin dan mola hidatidosa, penyakit ginjal dan diabetes melitus membuat resiko preeklampsia menjadi lebih tinggi. Adanya riwayat preeklampsi pada kehamilan sebelumnya menyebabkan hamil berikutnya lebih berisiko terjadinya preeklampsia, ibu hamil dengan riwayat hipertensi berisiko mengalami preeklampsi/ superimposed preeklampsia.

d. Usia <20 tahun dan >35 tahun

Jumlah ibu yang menderita preeklampsi yang berada pada kelompok usia <20 tahun dan > 35 tahun lebih banyak daripada ibu yang hamil normal, hal ini terjadi karena usia yang sangat muda membuat ibu belum siap untuk hamil sehingga ibu menjadi cemas. Sementara pada usia lebih dari 35 tahun penyakit degeneratif sudah banyak yang terjadi. Pada wanita yang berusia muda ini secara psikis belum siap menerima kehamilan, sehingga malu untuk keluar rumah dan juga enggan untuk memeriksakan kehamilannya. Pada ibu yang berusia lanjut mempunyai hubungan erat dengan hipertensi essensial. Ibu muda pada waktu hamil sering mengalami ketidakteraturan tekanan darah dan tidak memperhatikan kehamilannya didukung dengan psikisnya yang belum siap menghadapi kehamilan mengakibatkan tekanan darah meningkat dan terjadilah hipertensi.

Pada usia < 18 tahun, keadaan alat reproduksi belum siap untuk menerima kehamilan. Hal ini akan meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk preeklampsi dan eklamsia. Sedangkan pada usia 35 tahun atau lebih, rentan terjadinya berbagai penyakit dalam bentuk hipertensi, dan eklamsia. Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu, hal ini juga diakibatkan karena tekanan darah yang meningkat seiring dengan pertambahan usia. Sehingga pada usia 35 tahun atau lebih dapat cenderung meningkatkan risiko terjadinya preeklampsi.

Ibu yang usianya > 35 tahun dalam tubuhnya telah terjadi perubahan-perubahan akibat penuaan organ-organ, kemudian terjadi penurunan kondisi fisik secara keseluruhan seperti penurunan fungsi ginjal, fungsi hati, peningkatan tekanan darah dan diabetes mellitus, sehingga kemungkinan untuk mendapat penyakit-penyakit dalam masa kehamilan seperti preeklampsia akan meningkat. Pada usia ini > 35 tahun merupakan kehamilan yang berisiko tinggi baik dari sisi kehamilan maupun persalinannya. Karena pada usia tersebut calon ibu mungkin akan mengalami gejala pembekuan darah, risiko yang terjadi adalah keguguran, preeklampsia dan eklampsia, cacat bawaan dan BBLR.

e. Ada Riwayat Hipertensi

Salah satu faktor predisposisi terjadinya pre-eklampsia atau eklampsia adalah riwayat hipertensi kronis, atau penyakit vaskuler hipertensi sebelumnya, atau hipertensi essensial. Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah keadaan yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah dalam arteri. Hipertensi merupakan penyakit yang umumnya tidak menunjukkan gejala, atau bila ada, gejalanya tidak jelas, sehingga tekanan yang tinggi dalam arteri sering tidak dirasakan oleh penderita. Ukuran tekanan darah (tensi) dinyatakan dengan dua angka, angka yang di atas diperoleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang di bawah diperoleh ketika jantung berileksasi (diastolik).

Hipertensi dapat muncul ke permukaan dalam bentuk hipertensi sistolik terisolasi, yaitu hipertensi yang terjadi ketika tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg, jadi tekanan distolik masih dalam kisaran normal. Ada juga hipertensi maligna, yaitu hipertensi yang sangat parah, karena tekanan darah berada di atas 210/120 mmHg sehingga bila tidak diobati akan menimbulkan kematian dalam waktu 3 hingga 6 bulan.

Sepertiga diantara para wanita penderita tekanan darah tinggi setelah kehamilan 30 minggu tanpa disertai gejala lain, kira-kira 20% menunjukkan kenaikan yang lebih mencolok dan dapat disertai satu gejala preeklampsia atau lebih, seperti edema, proteinuria, nyeri kepala, nyeri epigastrium, muntah, gangguan visus (Supperimposed preeklampsia), bahkan dapat timbul eklampsia dan perdarahan otak. Wanita dengan riwayat hipertensi sebelum kehamilan berisiko lebih besar untuk mengalami preeklampsia berat/eklampsia dengan peningkatan 25%.

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil dan bersalin dipengaruhi oleh status kesehatan sebelum masa kehamilan maupun pada saat kehamilan. Dengan demikian, setiap wanita harus dapat menjaga kesehatan reproduksinya di sepanjang daur kehidupan karena akan berpengaruh terhadap kondisi ketika

ia hamil dan melahirkan. Hipertensi (tekanan darah tinggi) di dalam kehamilan terbagi atas preeklampsi ringan, preeklampsi berat, eklampsia, serta superimposed hipertensi (ibu hamil yang sebelum kehamilannya sudah memiliki hipertensi dan hipertensi berlanjut selama kehamilan). Tanda dan gejala yang terjadi serta tatalaksana yang dilakukan masing-masing penyakit di atas tidak sama.

f. Obesitas

Obesitas dapat diartikan sebagai akumulasi lemak abnormal pada tubuh seseorang yang terjadi karena asupan energi yang melebihi pengeluaran kalori. Kondisi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik, metabolisme endokrin, faktor psikologis dan budaya. Obesitas disamping dapat menyebabkan kolesterol tinggi dalam darah juga dapat menyebabkan kerja jantung lebih berat, sehingga jumlah darah yang berada dalam badan hanya sekitar 15% dari berat badan. Semakin gemuk seseorang makin banyak pula jumlah darah yang berada di dalam tubuhnya, yang berarti semakin berat kerja jantung dalam memompa. Hal ini dapat menambah terjadinya preeklampsi.

Kenaikan berat badan yang terjadi pada ibu preeklampsi berkaitan dengan puncak respon radang yang berhubungan dengan IMT yang tinggi dan kenaikan kadar lipid darah yang berhubungan dengan obesitas. Kondisi preeklampsi ini terjadi karena berkurangnya aliran darah ke organ ibu maupun janin.

Uji hubungan asosiasi diperoleh hasil bahwa jumlah kehamilan dan pertambahan berat badan merupakan faktor risiko terhadap kejadian eklampsia. Kegemukan disamping menyebabkan kolesterol tinggi dalam darah juga menyebabkan kerja jantung lebih berat, oleh karena jumlah darah yang berada dalam badan sekitar 15% dari berat badan, maka makin gemuk seorang makin banyak pula jumlah darah yang terdapat di dalam tubuh yang berarti makin berat pula fungsi pemompaan jantung, sehingga dapat menyumbangkan terjadinya preeklampsi.

g. Ada Riwayat Preeklampsi

Perempuan yang mempunyai risiko lebih besar mengalami preeklampsi adalah yang pernah mengalami preeklampsi pada kehamilan dahulu atau yang telah mengidap hipertensi kurang lebih 4 tahun. Riwayat preeklampsi merupakan faktor predisposisi yang baik untuk menentukan apakah seorang wanita kemungkinan dapat kembali mengalami preeklampsi lagi.

h. Ada riwayat Diabetes Melitus

Sekresi insulin oleh kelenjar pankreas yang tidak adekuat menyebabkan terjadinya peningkatan kadar glukosa darah. Hiperglikemia yang terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan komplikasi yang bersifat akut maupun kronis. Salah satunya adalah nefropati berhubungan dengan adanya

glomerulosklerosis yang mengakibatkan penurunan laju filtrasi glomerulus, proteinuria, hipertensi dan gagal ginjal. Mekanisme yang menjelaskan tentang hubungan diabetes melitus dengan penyakit jantung adalah adanya peningkatan tekanan darah dan efek dari metabolisme seperti hiperinsulinemia dan hiperglikemia.

Penyakit diabetes mellitus pada kehamilan adalah penyakit kelainan metabolisme dimana tubuh penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Penderita Diabetes mellitus tidak bisa memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup sehingga terjadi kelebihan gula dalam tubuh. Penyakit diabetes mellitus terjadi peningkatan substansial risiko pada ibu dan janin. Risiko pada ibu mencakup kerusakan retina, ginjal, dan jantung, infeksi saluran kemih, ketoasidosis diabetes, dan seksio sesarea.

Hipertensi sering dijumpai dan wanita diabetes dengan penyakit ginjal sehingga berisiko tinggi mengalami preeklampsia, diabetes mellitus gestasional merupakan gangguan metabolisme pada kehamilan yang ringan, tetapi hiperglikemia ringan dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklampsia.

5. Klasifikasi

a. Preeklampsia

Preeklapsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan atau diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut.

Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urin, namun jika protein urin tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia, yaitu: 1) Trombositopenia: trombosit < 100.000 / mikroliter 2) Gangguan ginjal: kreatinin serum >1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya 3) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik atau regio kanan atas abdomen 4) Edema Paru 5) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus 6) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya absent or reversed end diastolic velocity (ARDV).

b. Preeklampsia berat

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, akan dikategorikan menjadi

kondisi pemberatan preeklampsia atau disebut dengan preeklampsia berat. Kriteria gejala dan kondisi yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklampsia atau preklampsia berat adalah salah satu dibawah ini : 1) Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama 2) Trombositopenia : trombosit < 100.000/ mikroliter 3) Gangguan ginjal : kreatinin serum >1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya 4) Gangguan liver : peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik atau regio kanan atas abdomen 5) Edema Paru 6) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus 7) Gangguan pertumbuhan janin menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan absent or reversed end diastolic velocity (ARDV).

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat (Himpunan Kedokteran Feto Maternal, 2016)

c. Eklampsi.

Gejala preeklampsi berat seperti gangguan visus, nyeri kepala, nyeri epigastrium, hiperefleksi disertai dengan kejang dan diikuti koma (Manuaba, 2008).

6. Patofisiologi

Vasospasme adalah dasar patofisiologi preeklampsi-eklampsi. Konstriksi vaskuler menyebabkan resistensi aliran darah dan berperan dalam terjadinya hipertensi arteri. Kelainan vaskuler disertai hipoksia lokal jaringan di sekitarnya mungkin menyebabkan perdarahan, nekrosis, dan kelainan endogen yang lain kadang-kadang dijumpai pada preeklampsi berat. Hemokonsentrasi sering terjadi pada perempuan dengan preeklampsi berat dan eklampsi. Perempuan dengan ukuran tubuh rata-rata diperkirakan memiliki volume darah hampir 5000 ml selama beberapa minggu terakhir kehamilan normal, dibandingkan dengan sekitar 3500 ml saat tidak hamil.

Eklampsi, sebagian besar atau seluruh tambahan darah 1500 ml tersebut yang biasanya terdapat di akhir kehamilan dapat diperkirakan tidak ada. Oleh karena itu, perempuan dengan eklampsi sangat peka terhadap terapi cairan dalam

jumlah besar yang diberikan sebagai usaha untuk menambah volume darah yang berkurang untuk mencapai kadar seperti kehamilan normal. Pasien juga peka terhadap perdarahan dalam jumlah normal saat partus (Cunningham, 2010).

Menurut Manuaba (2008) konsep dasar terjadinya gestosis edema, hipertensi, dan proteinuria yang disingkat EHP atau yang disebut juga dengan preeklampsi adalah sebagai berikut: iskemia regio uteroplasenter menimbulkan dikeluarkannya hasil metabolisme PO₂ yang labil “radikal bebas” dengan ciri terdapat “electron”. Radikal bebas dapat merusak membran, khususnya sel endotel pembuluh darah sehingga akan mengubah metabolisme sel. Akibat perubahan metabolisme terjadi penurunan reproduksi prostaglandin yang dikeluarkan plasenta. Perubahan keseimbangan produksi prostaglandin yang menjurus pada peningkatan tromboksan yang merupakan vasokonstriktor yang kuat, penurunan produksi prostasiklin sebagai vasodilator, penurunan produksi angiotensin II-III yang menyebabkan makin meningkatnya sensitivitas otot pembuluh darah terhadap vasopresor.

Perubahan ini menimbulkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah dan vasavosorum sehingga terjadi kerusakan, nekrosis pembuluh darah, dan mengakibatkan permeabilitas meningkat serta peningkatan tekanan darah. Kerusakan dinding pembuluh darah menimbulkan dan memudahkan trombosit mengadakan agregasi dan adhesi serta akhirnya mempersempit lumen dan makin mengganggu aliran darah ke organ vital. Mekanisme yang terjadi untuk mengatasi timbunan trombosit adalah lisis, sehingga dapat menurunkan jumlah trombosit darah serta memudahkan terjadi perdarahan.

Kerusakan membran endotel pembuluh darah, timbunan trombosit dan vasokonstriksi pembuluh darah mengakibatkan gangguan perfusi dan metabolisme endorgan atau organ vital dalam bentuk ekstravasasi cairan menuju ekstravaskuler yang menimbulkan edema lokal tibia atau anasarca, penurunan volume darah yang menimbulkan hipovolemia, dan terjadi hemokonsentrasi darah. Selain itu, vasokonsentrasi menimbulkan gangguan metabolisme endorgan dan secara umum terjadi perubahan patologi anatomi misalnya: nekrosis, perdarahan, edema. Perubahan patologi anatomi akibat nekrosis, edema, dan perdarahan organ vital akan menambah beratnya manifestasi klinis dari masing-masing organ vital. Perubahan patologi anatomi yang terjadi pada organ vital diantaranya yaitu: perubahan pada otak, perubahan pada ginjal, perubahan pada hati.

7. Manifestasi Klinis

Teori iskemia implantasi plasenta dianggap dapat menerangkan berbagai gejala preeklampsi dan eklampsia (Manuaba, 2010; Cunningham, 2010; Indriyani, 2013):

- a. Hipertensi.

Kelainan mendasar pada preeklampsi adalah vasospasme arteriol sehingga tidaklah mengejutkan bahwa tanda peringatan yang paling dapat diandalkan adalah peningkatan tekanan darah. Kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau lebih dan kenaikan tekanan darah diastolik 15 mmHg atau lebih.

- b. Pertambahan berat.

Karakteristik preeklampsi adalah peningkatan berat badan yang mendadak melebihi 2 pon (1 kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon dalam sebulan, bukan peningkatan yang tersebar merata selama gestasi.

- c. Nyeri kepala.

Umumnya terletak di frontal tetapi kadang-kadang di oksipital, dan resisten terhadap pemberian analgesik biasa.

- d. Nyeri abdomen.

Keluhan ini mungkin disebabkan oleh peregangan kapsul hati karena edema dan perdarahan. Nyeri epigastrium muncul mengindikasikan bahwa akan segera terjadi kejang. Anoreksia dan mual.

- e. Gangguan penglihatan, kelainan ini terjadi akibat vasospasme, iskemia, dan perdarahan petekial di dalam korteks oksipitalis.

- f. Edema kaki, tangan sampai wajah

- g. Palpitasi dan mudah lelah

- h. Menurunnya kesadaran wanita hamil sampai koma

- i. Sesak nafas

- j. Sukar tidur

- k. Terjadi kejang

- l. Hasil laboratorium menunjukkan adanya proteinuria.

8. Komplikasi

Bergantung pada derajat preeklampsi yang dialami. Namun, yang termasuk komplikasi antara lain sebagai berikut:

- a. Pada ibu

- 1) Eklampsi

- 2) Solusio plasenta

- 3) Perdarahan subkapsula hepar

- 4) Kelainan pembekuan darah missal: DIC

- 5) Sindroma HELLP: hemolisis, elevated, liver, enzymes, dan low platelet

- count
- 6) Ablasio retina
 - 7) Gagal jantung hingga syok dan kematian
- b. Pada janin
- 1) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
 - 2) Prematur
 - 3) Asfiksia neonatorum
 - 4) Kematian dalam uterus
 - 5) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal
(Mitayani, 2011).

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Bobak (2004) pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah:

- a. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Hitung sel darah lengkap termasuk hitung trombosis.
 - 2) Pemeriksaan pembekuan termasuk waktu perdarahan, PT, PTT, dan fibrinogen.
 - 3) Enzim hati laktat dehidrogenase atau LDH, aspartat aminotransferase atau AST dan SGOT, alanin aminotransferase atau ALT dan SGPT.
 - 4) Kimia darah terdiri dari: BUN, kreatinin, glukosa, asam urat.
 - 5) Pemeriksaan silang darah
- b. Pemeriksaan radiologi
 - 1) NST atau nonstress tes
 - 2) CST atau contraction stress testing
 - 3) USG atau Ultrasonography
 - 4) Doppler

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan non medis

Nasihat mengkonsumsi garam dalam makanan dikurangi, lebih banyak istirahat baring ke arah punggung janin, segera datang memeriksakan diri, bila terdapat gejala sakit kepala, mata kabur, edema mendadak atau berat badan naik, pernafasan semakin sesak, nyeri pada epigastrium, kesadaran makin berkurang gerak janin melemah-berkurang, pengeluaran urine berkurang.

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Sedatif ringan seperti: phenobarbital 3 x 30 mg, valium 3 x 10 mg.
- 2) Obat penunjang seperti: vitamin B kompleks, vitamin C atau vitamin E, zat besi.

Tabel 2.1 Pengobatan pada Hipertensi dalam Kehamilan

| Obat | Dosis | Keuntungan | Kerugian | Komplikasi |
|--|--|---|--|--|
| MgSO ₄ (Peritchard, 1965) | Dosis medium IM 8g/6 jam. Penghentian MgSO ₄ bila: • ada tanda intoksikasi, • 24 jam pasca partum, • 6 jam ada perbaikan | Penderita sadar. Tekanan darah turun. Diuretik. | Pernapasan 16x/menit. Diuresis >600 cc/24 jam. | Selalu harus tersedia 1 g kalsium klorida atau kalsium glukonat di samping penderita. Janin terpengaruh |
| Valium (Lean, 1967) | Dosis awal IV 20- 30 mg. Dosis medium 20 mg/drip. Dosis maksimum 120 mg/24 jam | Cepat reaksinya dalam menurunkan kesadaran sehingga kejang berkurang | Kesadaran menurun. Melewati plasenta. Harganya mahal | Janin ikut terpengaruh. Lahir dalam depresi. |

Sumber: Manuaba (2008).

11. Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan Preeklampsia:

a. Pengkajian Keperawatan

1) Identitas

Pada pengkajian identitas dapat di temukan identitas singkat ibu hamil dan penanggung jawab seperti nama alamat tanggal sehingga dapat memudahkan proses identifikasi dalam pemberian terapi maupun melakukan pemeriksaan penunjanag. Berikut juga beberapa informasi yang di dapat pada pengkajian identitas. Kegemukan pada kehamilan mempermudah terjadinya preeklamsia. Pendapatan rendah, tingkat pendidikan rendah, dan pekerjaan yang tidak dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan hidup sehari-hari merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya preeklamsia. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan ibu hamil tidak dapat menerima informasi yang benar tentang kehamilan perawatan, seperti pemenuhan nutrisi selama kehamilan. Rendahnya pendapatan membuat ibu hamil tidak mampu memenuhi gizi selama kehamilan dan membuat mereka tidak bisa melakukan antenatal care dengan baik (Dhiana, 2017).

Pada wanita hamil primigrifida berusia kurang dari 25 tahun insidennya tiga kali lebih tinggi dibanding dengan usia yang sama dengan multigrifida. Pada wanita hamil berusia lebih dari 35 tahun dapat terjadi hipertensi laten (Wagiyo and Putrono, 2016).

2) Keluhan utama

Klien dengan hipertensi pada kehamilan di dapatkan keluhan seperti sakit kepala terutama area kuduk bahkan mata dapat berkunang kunang, pandangan mata kabur, peka terhadap cahaya, nyeri ulu hati (Wagiyo and Putrono, 2016)

3) Data riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu ibu hamil dengan preeklamsia sebagai berikut (Ratnawati, 2018) :

- (1) Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil
- (2) Kemungkinan ibu mempunyai riwayat penyakit preeklamsia pada kehamilan terdahulu
- (3) Biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas
- (4) Ibu di duga pernah menderita penyakit gaga ginjal kronik

b) Riwayat kesehatan sekarang

Berikut ini adalah riwayat kesehatan sekarang pada kehamilan dengan preeklamsia (Ratnawati, 2018 dan Wagiyo, Putrono 2016) :

- (1) Ibu merasa sakit kepala di daerah frontal
- (2) Mudah merasakan keletihan
- (3) Terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium
- (4) Gangguan virus : penglihatan kabur, skotoma, dan diplopia
- (5) Mual dan muntah, tidak ada nafsu makan
- (6) Gangguan serebral lainnya : terhuyung-huyung, reflex tinggi, dan tidak tenang
- (7) Edema pada ekstermitas
- (8) Mengalami oligouria dan hingga nokturia
- (9) Tengkuk terasa berat
- (10) Kenaikan berat badan mencapai 1 kg seminggu pada pasien

c) Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia dalam keluarga (Ratnawati, 2018). Riwayat keluarga ibu atau saudara prempuan meningkatkan terjadinya resiko empat sampai delapan kali kemungkinan terjadinya preeklamsia (Wagiyo, 2016).

4) Riwayat perkawinan

Preeklamsia pada kehamilan biasa terjadi pada wanita yang menikah dan hamil saat usia ibu kurang dari 20 tahun atau di atas 35 tahun (Ratnawati, 2018).

5) Riwayat ANC (antenatal care)

Ibu dengan kehamilan kembar memiliki risiko lebih dari dua kali terjadinya preeklamsia (Wagiyo, 2016).

6) Data sosial ekonomi

Preeklamsia banyak terjadi pada wanita dari golongan ekonomi rendah, karena kurangnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein dan tidak dapat melakukan pemeriksaan ANC yang teratur (Ratnawati, 2018)

7) Data psikologi

Ibu hamil yang mengalami preeklamsia biasanya dalam kondisi labil dan muda marah, merasa khawatir dengan keadaan dirinya dan janin dalam kandungan, ibu mengalami kecemasan karena takut anak akan lahir dengan kecacatan atau meninggal dunia, sehingga ibu takut melahirkan (Ratnawati, 2018)

8) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dengan preeklamsia meliputi (Ratnawati, 2018) :

a) Keadaan umum

Ibu hamil dengan preeklampsia biasanya mengalami kelemahan, terjadi tekanan darah tinggi dengan sistolik diatas 160 mmHg dan diastolik diatas 110 mmHg, dan berat badan meningkat mencapai 1 kg atau lebih dalam seminggu (Ratnawati, 2018).

b) Kepala

Ibu hamil dengan preeklampsia biasanya mengalami sakit kepala pada daerah frontal dan oksipital. Gangguan ini tidak sembuh dengan pemberian analgesik biasa (Ratnawati, 2018).

c) Wajah dan mata

Ibu hamil yang mengalami preeklampsia biasanya mengalami edema pada wajah. Pada mata, konjungtiva anemis, mengalami gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur, skotoma, dan diplopia yang disebabkan oleh spasme arterial, iskemia, dan edema retina (Ratnawati, 2018).

d) Dada

Karena adanya edema pada ibu hamil dengan preeklampsia biasanya terjadi keluhan sesak nafas setelah beraktivitas, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok, bunyi napas tambahan, sianosis (Wagiyo, 2016)

e) Jantung

Pada ibu hamil dengan preeklampsia terdapat gangguan fungsi kardiovaskuler yang pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya *afterload* jantung akibat hipertensi. Selain itu, adanya perubahan

hemodinamik, perubahan volume darah berupa hemokonsentrasi. (Wagiyo, 2016)

f) Abdomen

Pada ibu hamil terdapat pemeriksaan khusus abdomen yaitu menggunakan Leopold I – IV dengan keterangan sebagai berikut :

(1) Leopold I

Untuk menentukan tinggi fundus uteri (usia kehamilan) dan bagian janin yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu). Normal tinggi fundus uteri menurut (Prawirohardjo.S, 2010) :

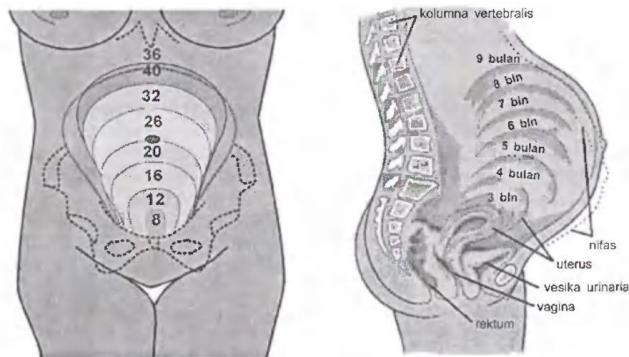
Tabel 2.2 Tabel tinggi fundus uteri (Prawirohardjo. S, 2010)

| Usia Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus Uteri (TFU) |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 12 Minggu | 3 jari diatas simfisis |
| 16 Minggu | ½ simfisis – pusat |
| 20 Minggu | 3 jari dibawah simfisis |
| 24 Minggu | Setinggi pusat |
| 28 Minggu | 3 jari diatas pusat |
| 32 Minggu | ½ pusat – processus xifoideus |
| 36 Minggu | Setinggi processus xifoideus |
| 40 Minggu | 28 jari dibawah processus xifoideus |

Sedangkan menurut Spiegelberd dalam S. Anggrita, 2015 mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :

Tabel 2.3 tinggi fundus uteri menurut Spiegelberd

| Usia Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus Uteri (TFU) |
|-------------------------|----------------------------|
| 22-28 Minggu | 24-25 cm diatas simfisis |
| 28 Minggu | 26,7 cm diatas simfisis |
| 30 Minggu | 29,5-30 cm diatas simfisis |
| 32 Minggu | 29,5-30 cm diatas simfisis |
| 34 Minggu | 31 cm diatas simfisis |
| 36 Minggu | 32 cm diatas simfisis |
| 38 minggu | 33 cm diatas simfisis |
| 40 Minggu | 37,7 cm diatas simfisis |



Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri

(2) Leopold II

Untuk menentukan dimana punggung anak dan dimana letak bagian- bagian kecil, dan menentukan denyut jantung janin (DJJ). Menurut Prawirohardjo.S, 2010 rata-rata detak jantung janin pada kehamilan cukup bulan ialah 140 x/menit dengan nilai normal antara 110- 160x/menit. Pada umur kehamilan yang lebih muda detak jantung janin sedikit lebih tinggi, rata-rata 160 x/menit pada kehamilan 20 minggu, dan akan menurun dengan cepat seiring dengan makin tuanya kehamilan. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160x/menit atau dibawah 100x/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan

(3) Leopold III

Untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP)

(4) Leopold IV

Berfungsi untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul (Fatimah, 2019)

(5) Berat bayi

Klasifikasi berat bayi lahir di bagi menjadi 3 kelompok yaitu (Soleh M, 2009) :

- (a) Berat Bayi Lahir Rendah : berat bayi yang dilahirkan <2500 gram tanpa memandang usia gestasi.
- (b) Berat Bayi Lahir Normal : bayi lahir normal dengan usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, dan berat badan lahir sekitar 2500-4000 gram.
- (c) Berat Bayi Lahir Lebih : bayi yang dilahirkan dengan berat lahir >4000 gram.

g) Genitourinaria

Ibu hamil dengan preeklampsia dapat mengalami oliguria (produksiurin kurang dari 500 cc/24 jam) dan proteinuria dengan lebih 5 g/24 jam atau 4 + dalam pemeriksaan kualitatif (Prawirohardjo.S, 2010).

h) Ekstermitas

Pada ibu hamil dengan preeklampsia akan ditemukan edema pada kaki, jari-jari tangan, dan wajah, hiper refleksia, serta klonus otot atau kontraksi berulang pada otot kaki (Ratnawati, 2018)

9) Pemeriksaan penunjang

Berikut merupakan pemeriksaan penunjang yang perl dilakukan untuk menegakkan diagnosa preeklamsia (Ratnawati, 2018) :

a) Pemeriksaan laboratorium

- (1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah : penurunan hemoglobin normalnya pada wanita hamil sekitar 12-14gr%, hematokrit meningkat nilai rujukan normal 37-43vol%, trombosit menurun nilai normalnya 150-450 ribu/mm³
- (2) Pemeriksaan urinalis : ditemukan kadar protein dalam urine
- (3) Pemeriksaan fungsi hati : bilirubin meningkat >1mg/dl, LDH meningkat, AST > 60ul, serum glutamat pirufat transaminase (SGPT) meningkat dengan nilai normal 15-45u/ml, serum glutamat oxaloacetic trasaminase (SGOT) meningkat dari nilai normal <3lu/l.
- (4) Tes kimia darah : dbiasanya ditemukan keadaan asam urat meningkat. sedangkan angka normalnya 6,7-8,7g/dl.

b) Pemeriksaan radiologi

- (1) Ultrasonografi : biasanya ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus, pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin terlambat, dan volume cairan ketuban sedikit. Menurut (Prawirohardjo.S, 2010) Perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) janin, bila dicurigai IUGR maka dilakukan NST dan profil biofisik
- (2) Kardiotografi : diketahui denyut janin bayi lemah.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Menurut (PPNI, 2016) Diagnosis keperawatan ibu dengan preeklampsia yang diambil dalam kasus ini yaitu :

Risiko cedera janin (*hypoxia intrauterine*) dibuktikan dengan adanya faktor resiko ibu dengan gangguan sirkulasi (hipertensi kehamilan) (D.0138)

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2019). Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan pada ibu dengan preeklampsia dengan diagnosis risiko cedera janin dibuktikan dengan gangguan sirkulasi (hipertensi kehamilan) terdapat dua jenis intervensi yaitu intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama meliputi pemantauan denyut jantung janin dan pengukuran gerakan janin. Pada intervensi pendukung meliputi persiapan pemeriksaan ultrasonografi (USG).

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko cedera janin menurun

2) Kriteria Hasil : berdasarkan SLKI L.10102

- a) Tafsiran berat badan janin sesuai kehamilan
- b) TFU sesuai kehamilan
- c) Tekanan darah ibu membaik (sistolik: 110-139 mmHg ; diastole: 90-110mmHg)
- d) Denyut jantung janin dalam batas normal (120-160x/menit)
- e) Gerakan janin dalam batas normal (minimal 10 kali gerakan dalam 12 jam)

3) Intervensi Utama:

a) Pemantauan Denyut Jantung Janin (1.02056)

(1) Observasi

- (a) Identifikasi status obstetrik
- (b) Identifikasi riwayat obstetrik
- (c) Identifikasi adanya penggunaan obat, diet, dan merokok
- (d) Identifikasi pemeriksaan kehamilan selanjutnya
- (e) Periksa denyut jantung janin selama 1 menit
- (f) Monitor denyut jantung janin
- (g) Monitor tanda vital ibu

(2) Terapeutik

- (a) Atur posisi klien miring kiri

Tidur miring kiri diharapkan vena kava dibagian kanan tidak tertekan oleh uterus yang membesar, sehingga aliran darah ke plasenta akan menjadi lancar (Ratnawati A, 2018)

- (b) Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin
- (c) Istirahatkan klien (Ratnawati A, 2018)

(3) Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- (4) Kolaborasi
 - Pemberian obat dexametason untuk pematangan paru janin
- b) Pengukuran Gerakan Janin (1.14554)
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin
 - (b) Monitor gerakan janin
 - (2) Terapeutik
 - (a) Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali gerakan dalam 12jam)
 - (b) Lakukan pemeriksaan CTG (cardiotocography) untuk mengetahui frekuensi dan keteraturan denyut jantung janin dan kontraksi ibu
 - (c) Catat jumlah gerakan janin dalam 12jam/hari
 - (d) Berikan oksigen 2-3L/menit, jika gerakan janin belum mencapai 10kali gerakan dalam 12 jam
 - (3) Edukasi
 - (a) Jelaskan manfaat menghitung gerakan janin dapat meningkatkan hubungan ibu dan janin
 - (b) Anjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin
 - (c) Atur posisi miring kiri saat menghitung gerakan janin, agar janin memperoleh oksigen dengan optimal dengan meningkatkan sirkulasi fetomaternal
 - (d) Anjurkan ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin tidak mencapai 10x dalam 12 jam
 - (e) Ajarkan ibu cara menghitung gerakan janin
 - (4) Kolaborasi
 - Kolaborasi dengan tim medis jika ditemukan gawat janin.
- 4) Intervensi Pendukung :
 - a) Konseling Nutrisi (1.03094)
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan di ubah
 - (b) Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara reguler
 - (c) Monitor intek output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan
 - (2) Terapiutik
 - (a) Bina hubungan terapiutik
 - (b) Sepakati lama waktu pemberian konseling
 - (c) Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistik

- (d) Pertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi
 - (3) Edukasi
 - (a) Informasikan perlunya modifikasi diet
 - (b) Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang di programkan
 - (4) Kolaborasi
 - Rujuk pada ahli Gizi
- b) Persiapan Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) (1.09988)
- (1) Observasi
 - a) Identifikasi indikasi dilakukan pemeriksaan
 - b) Identifikasi pengetahuan tentang prosedur pemeriksaan
 - c) Monitor hasil pemeriksaan
 - (2) Terapeutik
 - a) Siapkan peralatan
 - b) Siapkan pasien secara fisik dan emosional
 - c) Diskusikan hasil pemeriksaan dengan tim medis
 - d) Jadwalkan pemeriksaan ulang atau prosedur tambahan, jika perlu
 - (3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan
 - b) Anjurkan puasa minimal 8 jam, jika perlu

d. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah ibu. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data (Ratnawati, 2018)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat di modifikasi (Ratnawati, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Angsar, M. (2010). Ilmu Kebidanan Edisi 4. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Anna M, May a, Wang Lu, Kwon.deborah H, Wagoner.van, Chung.mina K, Dalton.Jarrod E, Mehra.reena. (2020). Sleep apnea screening instrument evaluation and novel model Development and Validation in the Paroxysmal atrial Fibrillation Population. *IJC Heart & Vasculature*.Vol:31, Des 2020., 1-8.
- Bobak. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4, alih bahasa: Maria A. Wijayarini. EGC, Jakarta
- Bobak, I. D., & Jensen, M. P. (2005). Buku Ajar Keperawatan Maternitas (4 ed.) EG, Jakarta
- Cunningham, F., Gary., Norman, F., Gant., Kenneth J. Leveno., Larry C. Gilstrap., John. C., Hauth Katharine, D., Wenstrom., (2010). Pregnancy Hypertension Dalam Obstetrics, 23rd edition, New York: McGraw-Hill Companies, hal. 230-237
- Dhiana S & Cahyono, I. (2017). Modul Deteksi Dini Risiko Preeklampsia. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Indriyani, D. (2013). Keperawatan Maternitas pada Area Perawatan Antenatal. Graha Ilmu, Yogyakarta
- Manuaba, I.G.B. (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.G.B. (2008). Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan. Jakarta: EGC.
- Maarten, T. M., Raijmakers., Ralf, Dechend., Lucilla, Poston. (2004). Oxidative Stress and Preeclampsia: Rationale for Antioxidant Clinical Trials. *Hypertension*. 44: 374-380.
- Mitayani. (2011). Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI (2019) Standart Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI.
- Prawirohardjo, S. (2010). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono
- Ratnawati, A. (2017). Asuhan Keperawatan Maternitas . Pustaka Baru Press .

Setyorini, D. and Cahyono., I. (2017) 'The Characteristics Of Mother Who Ever Suffered Either Preeclampsia Or Eclampsia In Surabaya', International Journal of Advanced Research, 5(5), pp. 643–646. doi: 10.21474/IJAR01/4158

Setyorini, D., Santoso, B., Martini, S., & Ernawati. (2017). Risk Factors of Preeclampsia and Eclampsia in Surabaya. Dama International Journal of Researchers, 2(7), 63–66.

Sholeh, M. (2009) Buku Ajar Neonatologi. Jakarta: FKUI.

Wagiyo, & Putrono. (2016). Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologi dan ... - Ns. Wagiyo, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat., Putrono, S.Kep., Ners., M.Kes. - Google Buku. Penerbit ANDI, Anggota IKAPI. <https://books.google.co.id/books?id=LCpLDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>

WHO. 2016. *World Health Statistics*. World Health Organization

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN ANEMIA

Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat



BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN ANEMIA

Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

1. Pendahuluan

Anemia ialah suatu permasalahan yang terjadi di seluruh dunia dan termasuk dalam kategori penyakit serius, utamanya memberikan pengaruh yang buruk pada wanita yang sedang dalam masa kehamilan. Kemudian WHO (2019) mengemukakan kematian ibu sebesar 40% pada negara berkembang ini disebabkan karena ibu mengalami anemia di waktu kehamilannya dan juga anemia ini sebagian besar dikarenakan adanya penurunan zat besi dan perdarahan yang akut, bahkan bisa juga disebabkan oleh kedua hal ini. Sementara itu, jumlah ibu hamil yang meninggal dunia karena ibu menderita anemia di Indonesia pada tahun 2016 yakni 41,7% yang kemudian hal ini menjadikan Indonesia menempati urutan ke-4 yang memiliki kasus anemia paling banyak di negara Asia Tenggara. Badan Pusat Statistik (2018) dalam hasil surveinya mengungkapkan 48,9% ibuhamil yang ada di Indoensia menderita anemia. Lalu 84,6% penyakit anemia ini terjadi di usia 15 – 24 tahun (Kemenkes RI, 2019).

Hal ini menandakan penyakit anemia yang ada di Indonesia ini cukup sangat tinggi dan hal ini memperlihatkan bahwa Indonesia mendekati permasalahan kesehatan masyarakat yang ada di kategori berat (*Severe Public Health Problem*) karena angkanya yang melebihi batas normal (40%). Ketika ibu yang hamil ini menderita anemia, dampaknya tidak hanya ibu itu sendiri, melainkan juga pada anak yang dilahirkannya nanti. Ketika bayi lahir dengan kondisi tersebut, maka biasanya mereka akan memiliki cadangan zat besi yang minim dan bahkan tidak memiliki persediaan sama sekali, yang kemudian hal ini menyebabkan bayi juga mengalami anemia saat lahir. Adapun dampak yang diberikan pada ibu hamil dengan adanya anemia ini ialah angka kesakitan serta kematian maternalyang semakin tinggi, lalu angka kesakitan serta kematian pada janin yang juga meningkat,dan juga risiko bayi lahir dengan berat badan yang rendah juga bisa dialami (Kemenkes RI, 2019).

2. Definisi

Anemia pada kehamilan ialah suatu keadaan dimana ibu yang sedang hamil memiliki kandungan hemoglobin dalam tubuh di bawah 11,0 gram/dl pada waktu trimester I dan III, atau di trimester II kadar hemoglobinya di bawah 10,5 gram/dl (Padila, 2015). Anemi pada kehamilan ini sebagian besar disebabkan dari asupan zat besi yang kurang untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Penyakit anemia yang terjadi di ibu hamil ini dinamakan juga “*potential danger to mother and child*” atau suatu hal

yang membuat ibu dan anak dalam kondisi yang berbahaya (Perry et al., 2018).

Ibu hamil yang dinyatakan menderita anemia ini ialah ibu yang jumlah hemoglobin didalam tubuhnya kurang dari 11g/dl atau hematokritnya yang di bawah dari 33%. Adapun batas minimal dari jumlah hemoglobin yang ada dalam tubuh ini ialah 11g/dl untuk trimester I akhir dan di bawah dari 10g/dl untuk trimester II dan III. Adapun nilai ini memiliki kesamaan yang sama kurang lebih dengan ibu hamil yang memperoleh suplementasi zat besi yakni 11,0 g/dl di Trimester I dan 10,5g/dl di trimester II dan III (Aspiani, 2017).

Lowdermik et al., (2013) mengungkapkan anemia sendiri dibagi dalam beberapa kategori yakni:

a. Defisiensi Zat Besi

Ibu yang menderita anemia defisiensi zat besi ini dikarenakan zat besi yang diterima tubuh ibu tidak sesuai dan tidak banyak seperti apa yang dibutuhkan dalam pertumbuhan janin yang semakin cepat. Zat besi yang hilang dalam tubuh ibu biasanya diakrenakan zat besi yang diterima ibu dialihkan ke janin sebagai eritropoiesis, darah yang hilang selama proses persalinan, serta laktasi yang jumlahnya bisa sampai dengan 900 miligram atau sama dengan darah yang berjumlah 2 liter. Prempuan pada umumnya akan merasakan kehamilan awal dengan cadangan kandungan zat besi yang rendah, sehingga kebutuhan ibu untuk menambahkan zat besi ini bisa menyebabkan defisiensi zat besi. Namun, hal ini bisa dicegah melalui pemberian suplemen besi dan juga asam folat. Selain itu, WHO juga menyatakan dan juga memberikan anjuran untuk bisa memberi ibu 60 mg zat besi dalam waktu 6 bulan sebagai cara dalam menjadikan kebutuhan fisiologis ibu dalam proses kehamilan terpenuhi. Akan tetapi, dari beberapa sumber referensi yang ada, dosis yang dianjurkan untuk ibu hamil ini ialah 100 miligram dalam waktu 16 minggu atau lebih. Kemudian, untuk daerah yang memiliki jumlah anemia yang tinggi, anjuran yang disarankan ialah suplemen diberikan sampai pada waktu 3 minggu postpartum.

b. Defisiensi Asam Folat

Selama proses kehamilan, folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil ini mengalami peningkatan 5 - 10 kali lipat, hal ini dikarenakan proses pemberian folat dari ibu pada janin yang menjadikan cadangan folat maternal dari ibu mengalami penurunan. Adanya kebutuhan yang meningkat dari asam folat ini dikarenakan kehamilan multiple, proses diet yang tidak baik, terinfeksi, mengalami anemia hemolitik. Lalu proses penyerapan dari folat juga bisa mengalami gangguan karena tingginya jumlah estrogen dan juga progesterone. Hal ini sangat umum dialami pada waktu hamil, dan juga hal ini bisa menjadi potensi dari timbulnya anemia megabolik. Anemia megabolik ini ialah anemia yang dialami karena adanya penurunan kadar asam folat yang mana hal ini menjadi penyebab paling banyak kedua setelah anemia defisiensi besi. Hal ini disebabkan karena adanya

gangguan dalam proses sintesa DNA yang dapat dilihat dari timbulnya sel megaloblastik yang khas pada anemia jenis ini. Penurunan asam folat dengan kategori rungan juga memiliki hubungan dengan anomaly kongenital janin, utamanya dalam menutup tabung neural “*neural tube defects*”. Tidak hanya itu, defisiensi asam folat ini juga bisa menjadi penyebab dari munculnya kelainan dari jantung, alat gerak, maupun organ tubuh yang lain. Cara menangani penyakit ini ialah dengan memberikan folat dengan cara oral yakni sejumlah 1 – 5 miligram tiap harinya. Ketika diberikan dalam dosis 1 miligram, anemia ini secara umum bisa berkurang walaupun pasien akan mengalami malabsorbsi. Pada ibu yang sedang dalam keadaan hamil, alangkah lebih baiknya dianjurkan untuk diberik 400 ug folat tiap harinya.

c. Anemia Aplastik

Anemia dalam klasifikasi jenis ini ialah penyakit yang dikarenakan sumsum tulang yang tidak lagi bisa melakukan produksi sel darah baru dengan jumlah yang cukup. Dalam beberapa laporan yang ada, telah ditemukan anemia aplastik yang terjadi dalam proses kehamilan, namun kedua hal ini tidak berhubungan dengan jelas. Dalam kasus eksaserbasi anemia aplastik ditemukan dalam proses kehamilan dan biasanya kondisi ini akan menjadi semakin lebih baik setelah proses kehamilan diterminasi. Dalam kasus yang lain, penyakit ini muncul dalam kehamilan dan juga bisa terjadi lagi di kehamilan yang akan datang. Persalinan yang dialami ibu ini bisa menjadikan sumsum tulang belakang kembali membaik dalam fungsinya, namun di sini juga mencakup terminasi kehamilan yang elektif, adanya terapi suportif, imunosupresi, serta adanya proses transplantasi sumsum tulang saat persalinan telah selesai.

d. Anemia Penyakit Sel Sabit

Anemia sel sabit atau dinamakan juga “*sickle cell anemia*” ini akan diikuti dengan meningkatnya kejadian pielonefritis, infark pulmonal, pneumonia, perdarahan antepartum, prematuritas, serta kematian pada janin. Anemia megaloblastic yang meningkat dan juga mudah merespon asam folat, utamanya di waktu kehamilan akhir, juga menyebabkan frekuensinya mengalami peningkatan. Bayi yang lahir dari ibu dengan anemia jenis ini ada di bawah rata-rata dan bahkan bisa memberikan akibat janin yang meninggal menjadi lebih banyak. Mortalitas dari ibu yang mengalami anemia ini akan mengalami penurunan yakni yang awalnya sebanyak 33% kemudian menjadi hanya 1,5% pada saat ini. Hal ini dikarenakan adanya proses pelayanan prenatal yang diperbaiki. Cara yang biasanya dilakukan yakni dengan melakukan transfusi darah profilaktik masih belum bisa dinyatakan efektif, namun pada beberapa pasien ketika diterapkan cara tersebut bisa memberikan hasil yang bagus. Adapun beberapa kategori dari anemia ketika di masa kehamilan ialah:

- 1) Normal: bila Hb ≥ 11 g/dl

- 2) Anemia ringan: bila Hb 9-10 g/dl
- 3) Anemia sedang: bila Hb 7-8 g/dl
- 4) Anemia berat: bila Hb < 7 g/dl

3. Etiologi

Indriyani & Asmuji (2014) mengungkapkan penyebab anemia yaitu:

- a. Volume plasma yang meningkat, namun jumlah dari eritrosit yang ada tidak sesuai dengan proses meningkatnya volume plasma tersebut.
- b. Penurunan zat besi yang kemudian menjadikan kadar hemoglobin dalam tubuh menjadi menurun, yang mana zat besi di sini ialah suatu hal yang bisa membantu proses pembentukan dari hemoglobin itu sendiri
- c. Ekonomi, dimana ibu yang sedang hamil ini tidak bisa memiliki asupan gizi serta nutrisi yang baik serta ibu yang tidak tahu mengenai pola makan yang sesuai.
- d. Darah yang hilang karena perdarahan saat menstruasi yang sangat banyak atau bisajuga karena luka
- e. Ibu mengalami jarak kehamilan yang berdekatan
- f. Menstruasi yang dialami ibu sebelum masa kehamilan ini sangat berat
- g. Hamil yang dialami di usia remaja

4. Patofisiologi

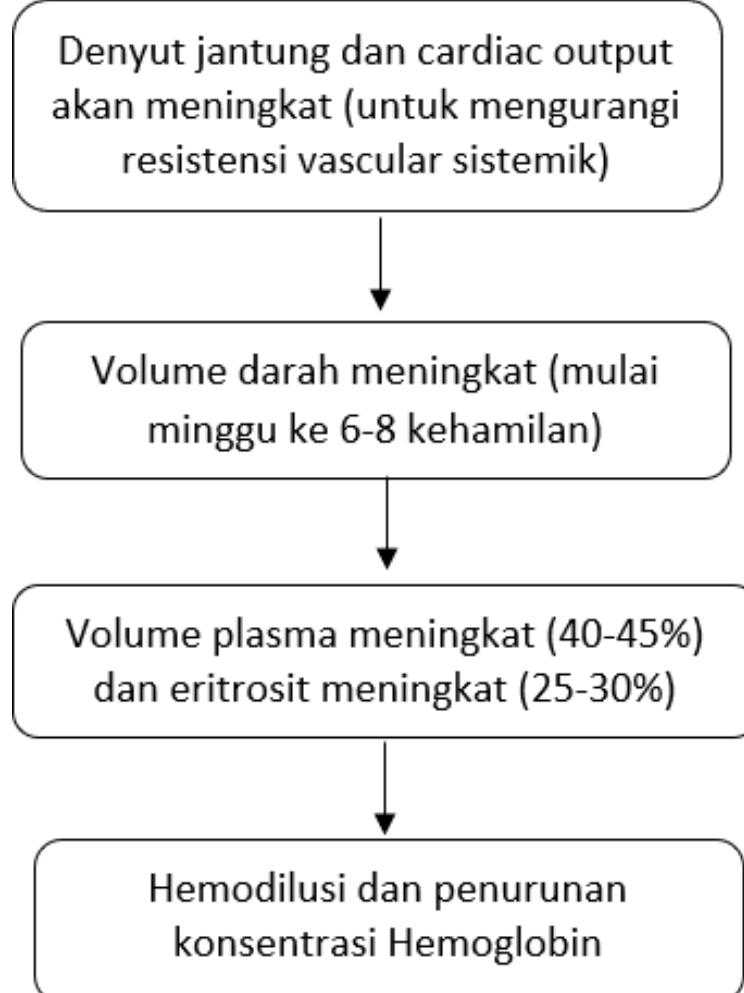
Anemia pada kehamilan ini bisa dipengaruhi dari beberapa faktor yakni kurangnya asupan zat besi, darah yang keluar terlalu banyak, eritrosit di dalam tubuh yang hancur diwaktu yang belum ditentukan, kebutuhan zat besi yang mengalami peningkatan (Peace & Banayan, 2021). Ketika ibu ada di fase kehamilan ini, oksigen yang diperlukan dalam tubuh ini sangat tinggi dan kebutuhannya lebih banyak dibandingkan dengan sebelumnya yang kemudian hal ini membuat pembentukan dari eritropenin terus meningkat. Hal ini mengakibatkan bertambahnya volume plasma dan juga peningkatan dari sel darah merah. Akan tetapi peningkatan ini terjadi dalam jumlah yang lebih besar dibanding dari meningkatnya eritrosit yang kemudian menjadikan Hb dalam tubuh menjadi menurun (Friel, 2021).

Volume plasma yang mengalami ekspansi ini menjadikan kadar dari Ht (Hematocrit), Hb ataupun eritrosit mengalami penurunan. Adapun dugaan yang diketahui ialah anemia fisiologis dalam proses kehamilan ini memiliki tujuan sebagai sarana viskositas dari darah maternal yang kemudian menjadikan perfusi dari plasenta inimengalami peningkatan dan kemudian memberikan bantuan pada proses transfer oksigen dan juga nutrisi untuk janin.

Volume plasma yang mengalami ekspansi ini dialami dari minggu ke-6 dari masa kehamilan dan kemudian sampai pada titik maksimumnya ini di minggu ke-24, namun halini bisa terus mengalami peningkatan sampai dengan minggu ke-37. Ketika mencapai titikpaling tinggi ini, volume plasma yang ada menjadi 40% lebih tinggi pada

ibu yang sedang hamil. Kemudian, hematokrit, hemoglobin, serta eritrosit yang mengalami penurunan jumlah ini biasanya bisa dilihat di waktu minggu ke 7 sampai dengan 8 dalam masa kehamilan dan kemudian menjadi semakin turun di minggu 16 – 22 pada waktu titik keseimbangan bisa dicapai.

Eritrosit yang ada dalam pertukaran darah ini mengalami peningkatan jumlah yakni menjadi 450 mililiter, kemudian volume plasma juga mengalami peningkatan yakni 1.000 mililiter. Hal ini kemudian menjadikan darah menjadi encer sebab eritrosit yang ada memiliki jumlah yang tidak seimbang dari plasma darah yang terus bertambah. Maka, volume plasma yang ada menjadi turun waktu ketika usia kehamilan ini sudah dikatakan cukup bulannya dan kemudian keadaan menjadi normal lagi saat sudah 3 bulan dari masakelahiran. Peningkatan yang terjadi ini ialah antara lain 30% plasma darah, 18% sel darah, serta 19% hemoglobin. Pada waktu kehamilan awal, plasma darah mengalami peningkatan volume yang sangat besar dari usia gestasi 6 minggu dan kemudian semakin mengalami perlambatan. Lalu eritrosit sendiri semakin bertambah waktu trimester II dan kemudian naik lagi sampai ke puncak di trimester III (Garzon et al., 2020).



5. Manifestasi Klinis

Padila (2015) menyatakan ada beberapa tanda yang bisa memperlihatkan terjadinya anemia pada ibu yang sedang hamil yakni:

- a. Mudah lelah
- b. Energi yang semakin menurun
- c. Nafas menjadi sesak
- d. Wajah dan badan terlihat pucat dan kulit menjadi dingin
- e. Tekanan darah menjadi rendah
- f. Nafas menjadi lebih cepat
- g. Nadi meningkat
- h. Kulit berwarna kuning dinamakan juga "*jaundice*" ketika anemia ini terjadi karena adanya sel darah merah yang rusak
- i. Kepala menjadi sakit
- j. Kesulitan untuk bisa konsentrasi
- k. Rambut menjadi rontok
- l. Malaise

6. Komplikasi

Komplikasi yang dialami ibu hamil ini bisa memberikan dampak untuk ibu hamil itu sendirid dan juga janinnya.

a. Komplikasi anemia pada ibu hamil

Aspiani (2017) menyatakan anemia yang dialami ibu hamil ini bisa menjadikan kesehatan dari ibu menjadi terganggu dari awal sampai dengan masa nifas itu berlangsung. Adapun komplikasinya ini ialah:

- 1) Anemia yang dialami ibu di waktu kehamilan ini bisa menjadi penyebab terjadinya abortus, persalinan yang premature, pertumbuhan janin menjadi terhambat, meningkatnya infeksi yang dialami ibu, adanya kemungkinan mengalami dekompensasi jantung ketika Hb yang nilainya di bawah dari 6,0 g/dl, mola hidatidosa, hiperemis gravidarum, ante partum mengalami perdarahan, atau bisa juga ketuban yang pecah sebelum waktunya.
- 2) Selain itu, anemia juga bisa menjadi suatu penyebab dari terganggunya proses persalinan, contohnya gangguan pada HIS, yakni Kala I yang dialami ibu menjadi sangat lama, kemudian kala II menjadi semakin lama dan kemudian ibu menjadi lelah yang akhirnya mengharuskan proses persalinan dilakukan dengan operasi, kemudian kala III retensi plasenta serta perdarahan post-partum yang dikarenakan adanya atonia uterus, ataupun perdarahan postpartum sekunder serta atonia uterus yang terjadi di kala IV.
- 3) Sub involusi uteri juga bisa terjadi di sini yang kemudian bisa berakibat pada perdarahan postpartum, mungkin mengalami kejadian dekompensasi jantung sesaat setelah proses persalinan ini dilakukan, berisiko mengalami infeksi

ketika ada di fase puerperium dan juga risiko infeksi pada payudara yang mengalami peningkatan.

b. Komplikasi anemia pada janin

Lowdermik et al., (2013) mengungkapkan janin yang sedang ada dalam kandungan ibu juga bisa mengalami bahaya ketika ibu menderita anemia. Hal ini dikarenakan nutrisi, oksigen, serta plasenta yang diberikan pada bayi akan mengalami penurunan di tubuh janin yang kemudian bisa menyebabkan beberapa hal ini:

- 1) Janin memiliki risiko meninggal dunia karena adanya kejadian intra-uteri
- 2) Kehamilan menjadi memiliki risiko abortus
- 3) Bayi yang lahir memiliki berat yang di bawah berat normal
- 4) Bayi berisiko mengalami cacat bawaan
- 5) Risiko bayi terkena infeksi juga semakin meningkat
- 6) Kematian perinatal
- 7) Bayi berisiko memiliki intelegensi yang ada di kategori rendah

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium terdiri dari :

- a. Hb: biasanya Hb pada trimester pertama dan ketiga kurang dari 11 g/dl dan pada trimester dua kurang dari 10,5 g/dl
- b. Hematokrit: < 37% (normal 37-41%)
- c. Eritrosit: < 2,8 juta/mm³ (normal 4,2-5,4 juta/mm³)
- d. Trombosit: < 200.000 (normal 200.000 – 400.000/meq)

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Ibu hamil memiliki hak untuk menentukan pilihan bahwa mereka bisa memiliki Hb yang normal selama masa kehamilannya dan juga memiliki hak untuk bisa mendapatkan proses pengobatan yang aman serta efektif, yang mana pengobatan ini akan mengecek kondisi ibu hamil ini benar-benar mempunyai kandungan Hb dalam darah yang normal dan juga melakukan pencegahan dari proses transfusi darah. Oksigen yang ditingkatkan melalui proses transfusi darah ini sudah ditolak penggunaannya dari dekade terakhir. Tidak hanya itu, transfusi yang dilakukan ini menjadi tindakan yang memberikan risiko adanya masalah baru, yakni contohnya transmisi dari virus maupun bakteri (Lowdermik et al., 2013).

Suplemen zat besi (tablet Fe) yang diberikan pada ibu yang sedang hamil ini tidak memperlihatkan adanya gejala kurangnya zat besi dari tubuh ibu. Ibu justru memiliki kadar Hb di atas 10,0 g/dl yang mana hal ini menunjukkan adanya dampak positif yang ditimbulkan yakni prevalensi anemia ketika proses

kehamilan dan 6 minggu postpartum mengalami penurunan. Adapun biasanya efek samping yang ditimbulkan ialah terjadinya homokonsentrasi yakni kelebihan kadar Hb sampai lebih dari 13,0 g/dl, yang mana hal ini lebih sering dialami oleh ibu yang meminum suplemen zat besi tiap hari dibanding ibu yang sama sekali tidak meminum suplemennya. Ketika melakukan penanganan pada anemia, tenaga profesional kesehatan ini harus bisa memberikan strategi yang disesuaikan dengan kondisi yang ibu hamil alami. Ketepatan penanganan ini bisa menjadikan tolak ukur kehamilan fisiologis ini mengalami peningkatan serta memberikan pencegahan kebutuhan ibu untuk diberikan tindakan yang lebih lanjut lagi (Aspiani, 2017).

b. Penatalaksanaan keperawatan di rumah

Cara yang dilakukan untuk bisa membuat ibu hamil ini sembuh dari anemia yang dideritanya ialah dengan mengkonsumsi nutrisi yang baik untuk bisa melakukan pencegahan dari anemia yang terjadi. Ketika ibu sedang ada dalam masa kehamilan, ibu harus makan makanan yang memiliki kandungan zat besi yang tinggi (contohnya ialah sayuran hijau, daging merah, telur, kacang-kacangan,ereal, dll) yang bisa memberikan bantuan pada tubuh ibu sehingga zat besi yang ada dalam tubuh ini bisa tercukupi dan juga terjaga sehingga bisa melakukan fungsinya dengan baik. Tidak hanya itu, vitamin yang diberikan pada ibu ini juga suatu hal yang baik untuk bisa meyakinkan tubuh ibu memiliki kandungan zat besi serta asam folat yang cukup serta tubuh ibu juga dipastikan memperoleh minimal 27 miligram zat besi tiap harinya, yakni dengan makan makanan yang memiliki kadar zat besi yang tinggi (Indriyani & Asmuji, 2014).

9. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Anemi

a. Pengkajian

1) Identitas klien

Mencakup nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan yang dilakukan, agama, pendidikan, suku bangsa, serta diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Keluhan ini ialah hal-hal yang dikeluhkan dan dirasakan oleh ibu seperti mudah lelah, pusing, mata yang berkunang-kunang

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Hal yang bisa dilihat di sini ialah riwayat kehamilan yang sangat dekat jaraknya, adanya penyakit yang dialami seperti infeksi yang mungkin bisa menjadi penyebab dari anemia ini.

b) Riwayat kehamilan dan persalinan

Ini biasanya ada pada kehamilan usia muda dan kehamilan yang jaraknya berdekatan.

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola makan

Selama hamil, ibu kurang makan makanan yang memiliki banyak kandungan nutrisi seperti sayuran hijau, daging merah dan juga tidak meminum tablet zat besi yang diberikan.

b) Pola aktivitas/istirahat

Ibu hamil dengan penyakit anemia ini akan mudah lelah, letih, malaise yang mana kemudian mereka menjadi lebih banyak tidur dan istirahat dibanding dengan melakukan aktivitas.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Ibu hamil akan nampak kelelahan, lesu, tekanan darah yang menjadi turun, denyut nadi juga mengalami penurunan, dan nafas yang menjadi lambat.

b) Kepala

- (1) Rambut menjadi rontok dan ada bintik hitam di wajah ibu
- (2) Mata memiliki konjungtiva anemis dan sklera yang tidak ikterik
- (3) Mulut, di sini bibir ibu menjadi pucat dan juga kekeringan di membran mukosa

c) Abdomen

- (1) Inspeksi: perut sewaktu hamil yang menjadi besar namun tidak selaras dengan usia kehamilannya saat ini
- (2) Palpasi: pada bagian janinnya tidak bisa diraba dengan jelas
- (3) Auskultrasi: jantung berdetak dengan jumlah 120-130 kali/menit
- (4) Ekstremitas
CRT > 2 detik, ada varises yang ditemukan di bagian kaki, edema tidak ditemukan, serta bagian akral yang biasanya menjadi dingin.

d) Vagina vulva

Ibu diperiksa di bagian vulva untuk bisa melihat apakah ada warna kebiruan di bagian mukosa vagina, dan juga adakah leukorhea ataupun keputihan yang semakin meningkat.

e) Panggul

Di sini, pemeriksa akan melakukan pemeriksaan panggul dengan cara meraba dimensi dari rahim internal yang membesar. Informasi ini kemudian akan menjadi bahan untuk membantu prediksi dari usia kehamilan, baik itu memberikan konfirmasi Taksiran Persalinan (TP) yang didasarkan pada HPHT ataupun memberikan suatu informasi dalam HPHT yang ditentukan. Penentuan TP yang dilakukan lebih awal ini sangat penting dikarenakan nantinya akan ada keputusan yang harus ditentukan terkait intervensi yang diberikan yang berhubungan dengan waktu serta

pengelolaan dalam kehamilan yang berlandaskan dari usia kehamilan yang dilihat dari TP itu sendiri. Pelvimetri klinis yakni mengukur dimensi yang dilakukan dari tulang panggul, kemudian melewati palpasi selama pemeriksaan panggul internal yang bisa dilakukan selama pemeriksaan awal panggul. Tujuan dilakukannya hal ini ialah untuk bisa melakukan identifikasi dari variasi yang ada di struktur panggul yang mungkin saja menjadi penyebab yang bisa memberikan hambatan ataupun halangan dari janin ini melewati panggul tulang selama kelahiran vagina (Padila, 2015).

10. Diagnosis

PPNI (2017) mengemukakan diagnosis keperawatan ini bisa timbul di ibu yang sedanghamil dan mengalami anemia, adapun diagnosisnya ialah:

- 1) Adanya intoleransi dari kegiatan b.d atau kondisi yang tidak seimbang dari suplai dan juga oksigen yang dibutuhkan
- 2) Nutrisi b.d mengalami penurunan dikarenakan asupan makanan yang kurang
- 3) Nausea atau adanya rasa yang tidak enak waktu makan dan minum
- 4) Kondisi yang letih dan lesu secara fisiologis
- 5) Adanya risiko infeksi b.d hemoglobin yang menurun
- 6) Resiko perdarahan b.d kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan
- 7) Ansietas b.d perubahan status kesehatan

11. Intervensi

Tabel Intervensi Keperawatan ibu hamil dengan anemia menurut PPNI (2018)

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan ibu hamil dengan anemia menurut PPNI (2018)

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|---|---|---|
| Intoleransi aktivitas b.d adanya kondisi yang tidak seimbang dari pemberian dan dengan kebutuhan dari oksigen tentang kewaspadaan | SLKI (PPNI, 2017b): Ketika tindakan keperawatan sudah dilakukan, harapannya toleransi pada aktivitas bisa mengalami peningkatan, yang mana bisa dilihat dari: <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi yang menjadi mengalami penurunan 2. Kelelahan yang dirasakan ibu juga menurun 3. Dispnea ketika melakukan aktivitas juga mengalami penurunan 4. Dispnea ketika sudah selesai beraktivitas mengalami penurunan 5. Penurunan pada perasaan lemah | <p>SIKI: <i>Manajemen Energi</i></p> <p>1) Mengidentifikasi gangguan yang dialami dari fungsi tubuh yang bisa menjadi akibat dari kelelahan</p> <p>2) Melakukan pemantauan pada kelelahan fisik dan emosinya</p> <p>3) Melakukan latihan rentang gerak yang pasif dan atau aktif</p> <p>4) Menganjurkan untuk melakukan tirah baring</p> <p>5) Mengkolaborasikan bersama para ahli gizi mengenai cara yang dilakukan dalam melakukan peningkatan asupan makanan</p> <p><i>Terapi Aktivitas</i></p> <p>1) Mengidentifikasi makna dari aktivitas rutin, contohnya bekerja dan juga waktu luang</p> <p>2) Melakukan penjadwalan pada aktivitas yang dilakukan menjadi kegiatan rutin harian</p> <p>3) Memberikan penguat positif ketika ibu ikut serta dalam kegiatan</p> <p>4) Memberikan saran untuk bisa melakukan aktivitas dalam hal fisik, sosial, spiritual, serta kognitif untuk bisa memelihara fungsi serta kesehatan</p> <p>5) Memberikan saran untuk bisa ikut serta di suatu kegiatan kelompok terapi apabila sesuai</p> <p>6) Memberikan saran pada keluarga untuk bisa menguatkan ibu hamil secara positif ketika mereka mau ikut serta dalam kegiatan tersebut</p> |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|---|---|---|
| Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan | <p>Ketika intervensi keperawatan ini sudah dilakukan dalam waktu 1x24 jam, maka kemudian status nutrisi menjadi semakin baik yang mana kriterianya dari hasilnya ialah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turunnya perasaan mudah kenyang 2. Penurunan rasa nyeri di bagian abdomen 3. Sariawan yang menurun 4. Rambut rontok menurun 5. Diare menurun | <p><u>Manajemen Nutrisi Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi status nutrisi 2) Mengidentifikasi alergi yang dimiliki dan juga makanan yang tidak bisa ditoleransi 3) Mengidentifikasi makanan yang disukai ibu 4) Mengidentifikasi kalori yang diperlukan dan juga jenis nutriennya 5) Mengidentifikasi apakah diperlukan pemasangan selang nasogastric 6) Melakukan pemantauan pada asupan makanan 7) Melakukan pemantauan pada berat badan ibu 8) Memantau hasil dari pemeriksaan laboratorium <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oral hygiene dilakukan pada waktu sebelum makan apabila diperlukan 2) Ibu diberikan pendampingan dalam memilih pedoman diet contohnya piramida makanan 3) Menyajikan makanan yang menarik dan juga dengan suhu yang sesuai 4) Memberikan makanan yang kaya akan serat untuk bisa melakukan pencegahan dari terjadinya konstipasi 5) Memberikan makanan yang memiliki kandungan kalori dan juga protein yang tinggi 6) Memberikan suplemen makanan apabila memang dibutuhkan 7) Tidak lagi memberikan makan dengan selang nasogastric ketika ibu sudah bisa mentoleransi asupan oralnya |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|------------------------------|---------------|---|
| | | <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Ibu diberikan saran mengenai posisi duduk apabila bisa dilakukan</p> <p>2) Ibu diajarkan untuk melakukan diet yang sesuai dengan program</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1) Mengkolaborasikan pemberian medikasi yang dilakukan pada waktu sebelum makan, contohnya ialah memberikan pereda nyeri, antiemetic, ketika memang diperlukan</p> <p>2) Melakukan kolaborasi bersama ahli gizi untuk bisa menetapkan jumlah kalori serta jenis nutrisi yang tubuh butuhkan, apabila memang ini diperlukan</p> |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|---|---|---|
| Nausea b.d rasa makan/minum yang tidak enak | <p>Ketika intervensi keperawatan sudah dilakukan dalam waktu 3x24 jam, maka tingkat nausea ini akan mengalami penurunan, Adapun hasilnya ini ditunjukkan dengan:</p> <p>1) Rasa ingin muntah atau mual yang mengalami penurunan</p> | <p><u>Manajemen Mual Observasi</u></p> <p>1) Mengidentifikasi pengalaman rasa mual tersebut</p> <p>2) Mengidentifikasi isyarat non-verbal ketika rasa tidak nyaman ini terjadi, contohnya ialah bayi, anak atau mereka yang tidak bisa melakukan komunikasi dengan efektif</p> <p>3) Mengidentifikasi dampak yang bisa diberikan dari mual ini dengan kualitas hidup ibu, seperti nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab pada peran, dan lainnya</p> <p>4) Mengidentifikasi faktor yang bisa menyebabkan rasa mual, contohnya pengobatan serta prosedur</p> <p>5) Mengidentifikasi antiemetik yang bisa digunakan untuk melakukan pencegahan pada rasa mual</p> <p>6) Memantau rasa mual, contohnya frekuensi, durasi serta tingkat keparahannya</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>1) Mengendalikan faktor lingkungan yang bisa menyebabkan mual, contohnya ialah bau yang tidak sedap, suara maupun rangsangan visual yang dirasa menganggu</p> <p>2) Mengurangi atau menghilangkan keadaan yang bisa menyebabkan mual ini terjadi, contohnya rasa cemas, takut, serta lelah</p> <p>3) Memberikan makanan dengan jumlah yang sedikit yang dikemas dengan menarik</p> <p>4) Memberikan makanan yang dingin, cairan bening, tidak memiliki bau dan warna apabila memang hal ini</p> |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|------------------------------|---------------|--|
| | | <p>diperlukan visual yang dirasa menganggu</p> <p>5) Mengurangi atau menghilangkan keadaan yang bisa menyebabkan mual ini terjadi, contohnya rasa cemas, takut, serta lelah</p> <p>6) Memberikan makanan dengan jumlah yang sedikit yang dikemas dengan menarik</p> <p>7) Memberikan makanan yang dingin, cairan bening, tidak memiliki bau dan warna apabila memang hal ini diperlukan</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Menganjurkan ibu untuk bisa beristirahat dan juga tidur dengan cukup</p> <p>2) Menyarankan untuk sering melakukan pembersihan pada mulut, kecuali apabila memang hal ini bisa menimbulkan rangsangan mual</p> <p>3) Menyarankan makanan yang kaya akan karbohidrat dan juga lemak yang rendah</p> <p>4) Menyarankan untuk menggunakan teknik non-farmakologis untuk bisa mencegah mual, seperti biofeedback, hypnosis, relaksasi, dan lainnya</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>Melakukan kolaborasi dengan memberikan obat antiemetik apabila memang dibutuhkan</p> |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|--|--|--|
| Keletihan b.d kelesuan fisiologis (anemia dalam kehamilan) | <p>Ketika intervensi keperawatan sudah dilakukan dalam waktu 3x24 jam, maka tingkat keletihan ini akan mengalami penurunan, Adapun hasilnya ini ditunjukkan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kepulihan dari energi yang mengalami peningkatan 2. Peningkatan pada tenaga 3. Peningkatan pada kemampuan yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan rutin 4. Penurunan pada verbalisasi rasa lelah 5. Penurunan perasaan lesu 6. Penurunan gangguan dalam berkonsentrasi 7. Penurunan rasa sakit di bagian kepala 8. Penurunan sakit pada bagian tenggorokan 9. Mengi menurun 10. Peningkatan motivasi 11. Penurunan pada sianosis | <p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami gangguan yang bisa menjadi penyebab dari kelelahan 2. Memantau kelelahan fisik dan fungsional 3. Memantau pola serta jam tidur 4. Memantau lokasi serta rasa tidak nyaman yang terjadi selama aktivitas dilakukan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman serta memiliki stimulus yang rendah seperti cahaya suara, serta kunjungan 2. Melakukan latihan dalam rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Memberikan kegiatan distraksi yang menyenangkan 4. Memfasilitasi duduk di bagian sisi tempat tidur, apabila tidak bisa berpindah ataupun berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyarankan untuk melakukan tirah baring 2. Menganjurkan untuk melakukan kegiatan yang bertahap |

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|-----------------------|--|---|
| | 12. Gelisah menurun 13. Penurunan pada frekuensi nafas 14. Rasa bersalah yang dirasakan mengalami penurunan 15. Nafsu makan mengalami perbaikan 16. Pola pernafasan menjadi lebih baik 17. Perbaikan pada libido 18. Perbaikan pada pola istirahat | 3. Mengajurkan untuk memanggil perawat ketika terjadi tanda maupun gejala kelelahan yang tidak kunjung mengalami penurunan 4. Mengajarkan strategi coping untuk bisa menjadikan kelelahan semakin berkurang <u>Kolaborasi</u> 1. Melakukan kolaborasi bersama dengan ahli gizi mengenai cara yang bisa dilakukan dalam melakukan peningkatan dari asupan makanan |

12. Implementasi

Tabel 3.2 Implementasi Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Anemia

| Hari/Tgl/ Jam | Implementasi Keperawatan | | |
|------------------|---|--|----------------------|
| | Diagnosa Keperawatan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
| | Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tentang kewaspadaan perdarahan. | 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 3. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 4. Mengajurkan tirah baring 5. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. | S: O: A: P: |
| | Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan | 1. Mengidentifikasi statusnutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai | S: O: A: P: |

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Memonitor asupanmakanan 7. Memonitor berat badan 8. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium | |
| | Nausea b.d rasa makan/minum yang tidak enak | <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pengalaman mual 2. Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 5. Mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Memonitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) | S: O: A: P: |
| | Kelelahan b.d kelesuan fisiologis (anemia dalam kehamilan) | <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan fungsional 3. Memonitor pola dan jam tidur 4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya,suara, kunjungan) 5. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 6. Memberikan aktivitasdistraksi yang menyenangkan 7. Menganjurkan tirah baring 8. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 9. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. | S: O: A: P: |

13. Evaluasi

Adapun hasil yang terlihat dari kriteria hasil ketika tindakan keperawatan selesai dilakukan ialah:

- 1) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tentang kewaspadaan perdarahan.
Dengan hasil:
 - a) Denyut nadi yang menjadi mengalami penurunan
 - b) Kelelahan yang dirasakan ibu juga menurun
 - c) Dispnea ketika melakukan aktivitas juga mengalami penurunan
 - d) Dispnea ketika sudah selesai beraktivitas mengalami penurunan
 - e) Penurunan pada perasaan lemah
- 2) Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan
Dengan hasil:
 - a) Turunnya perasaan mudah kenyang
 - b) Penurunan rasa nyeri di bagian abdomen
 - c) Sariawan yang menurun
 - d) Rambut rontok menurun
 - e) Diare menurun
- 3) Nausea b.d rasa makan/minum yang tidak enak
Dengan hasil:
Perasaan ingin muntah menurun
- 4) Keletihan b.d kelesuan fisiologis (anemia dalam kehamilan)
Dengan hasil:
 - a) Verbalisasi kepulihan dari energi yang mengalami peningkatan
 - b) Peningkatan pada tenaga
 - c) Peningkatan pada kemampuan yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan rutin
 - d) Penurunan pada verbalisasi rasa lelah
 - e) Penurunan perasaan lesu
 - f) Penurunan gangguan dalam berkonsentrasi
 - g) Penurunan rasa sakit di bagian kepala
 - h) Penurunan sakit pada bagian tenggorokan
 - i) Mengi menurun
 - j) Peningkatan motivasi
 - k) Penurunan pada sianosis
 - l) Gelisah menurun
 - m) Penurunan pada frekuensi nafas
 - n) Rasa bersalah yang dirasakan mengalami penurunan
 - o) Nafsu makan mengalami perbaikan
 - p) Pola pernafasan menjadi lebih baik
 - q) Perbaikan pada libido
 - r) Perbaikan pada pola istirahat

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. TIM.
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Prevalensi Anemia Pada Ibu Hamil*. https://www.bps.go.id/indikator/indikator/view_data/0000/data/1333/sdg_2/1
- Friel, L. A. (2021). Anemia in Pregnancy. *MSD Manual Professional Version*. <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/pregnancy-complicated-by-disease/anemia-in-pregnancy>
- Garzon, S., Cacciato, P. M., Certelli, C., Salvaggio, C., Magliarditi, M., & Rizzo, G. (2020). Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: Novel Approaches for an Old Problem. *Oman Medical Journal*, 35(5). <https://doi.org/10.5001/omj.2020.108>
- Indriyani, D., & Asmuji. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Upaya Promotif dan Preventif Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi*. Ar-Ruzz Medika.
- KemenkesRI. (2019). *Anemia dalam Kehamilan*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1132/anemia-dalam-kehamilan#:~:text=Kejadian%20anemia%20atau%20kekurangan%20darah,menurut%20Kemenkes%20RI%20tahun%202019.
- Lowdermik, Cashion, & Perry. (2013). *Keperawatan Maternitas* (8th ed.). Elsevier Morby.
- Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Nuha Medika.
- Peace, J., & Banayan, J. (2021). Anemia in pregnancy: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *International Anesthesiology Clinics*, 59(3), 15–21. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000320>
- Perry, S. E., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Alden, K. R., & Cashion, M. C. (2018). *Maternal Child Nursing Care* (E. F. Olshansky (ed.); Sixth Edit). Elsevier.
- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2017b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- WHO. (2019). *Anaemia*. https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA

IBU HAMIL DENGAN KETUBAN PECAH DINI

Ns. Mariza Arfianti, S. Kep, M.A.N



BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA IBU HAMIL DENGAN KETUBAN PECAH DINI

Ns. Mariza Arfanti, S. Kep, M.A.N

1. Pendahuluan

Ketuban pecah dini terjadi pada 5-10% kehamilan (Silbert-Flagg, 2018). Di Indonesia, ketuban pecah dini memerlukan perhatian yang cukup besar karena prevalensinya yang cukup tinggi dan meningkat. Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu di Indonesia (POGI, 2016).

2. Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu persalinan tanpa melihat usia gestasi (Ward & Hisley, 2016). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum usia gestasi 37 minggu (Silbert-Flagg, 2018)

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut KPD aterm atau *premature rupture of membranes*(PROM) dan sebelum usia gestasi 37 minggu atau KPD preterm atau *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) (POGI, 2016).

3. Etiologi

Ada beragam mekanisme yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh melemahnya membrane amnion dan tekanan yang menyebabkan uterus berkontraksi. Infeksi intraamnion biasanya dikaitkan dengan kejadian ketuban pecah dini. Faktor resiko utama ketuban pecah dini adalah adanya riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, serviks pendek, perdarahan vagina trimester kedua atau ketiga, overdistensi uterus, kekurangan nutrisi tembaga dan asam askorbat, gangguan jaringan ikat, indeks massa tubuh rendah, status sosial ekonomi rendah, merokok, dan penggunaan obat-obatan terlarang. Meskipun terdapat berbagai etiologi, seringkali tidak ditemukan penyebab yang jelas pada ibu yang mengalami ketuban pecah dini. (Lee & Silver, 2001). Ketuban pecah dini juga dapat terjadi karena kematian sel (apoptosis) terprogram (M. Harirah et al., 2012; Saglam et al., 2013).

4. Patofisiologi

Salah satu penyebab ketuban pecah dini adalah kelemahan membran ketuban. Kelemahan matriks ekstrasel dari lapisan amnion terjadi karena degradasi kolagen. Pada ketuban pecah dini, peningkatan aktifitas kolagenolitik terjadi sebagai akibat dari penurunan jumlah jaringan kolagen dan disrupsi struktur kolagen. Degradasi kolagen ini disebabkan oleh enzim, matrix metalloproteinase (MMP) (Areia & Moura, 2015; Mercer, 2003)

Ketika ketuban pecah akibat kelemahan membran atau peningkatan tekanan pada uterus, cairan amnion keluar sehingga menyebabkan terjadinya oligohidramnion yang dapat menyebabkan prolaps dan kompresi tali pusat. Membran amnion yang ruptur juga menjadi jalan masuk bakteri ke cavitas intrauterin, meningkatkan resiko infeksi dan sepsis.

Faktor lain yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini adalah terjadinya kematian sel terprogram atau apoptosis. Apoptosis berperan di dalam terjadinya ketuban pecah dini dimana ditemukan sel yang mengalami apoptosis di lapisan membran amnion dan korion, terutama disekitar robekan membran yang dikenal sebagai zona lemah paraservikal (M. Harirah et al., 2012; Saglam et al., 2013). Apoptosis dimulai dari aktivasi enzim Caspase-3 yang kemudian menyebabkan perubahan morfologi di dalam sel dan proses biokimia yang menyebabkan terjadinya proses dari awal sampai berakhirnya apoptosis (Equils et al., 2010).

5. Manifestasi Klinis (Gokce & Herkiloglu, 2021)

- a. Keluarnya secara tiba-tiba cairan bening atau kuning dari vagina
- b. Keluar cairan dari vagina dalam jumlah sedikit dalam waktu yang lama
- c. Perasaan basah pada vagina dan celana dalam
- d. Jika sudah terjadi infeksi dapat ditemukan demam, takikardi, discharge purulen, uterus lunak
- e. Jika terjadi distress janin dapat ditemukan takikardi fetal, atau penurunangerakan janin

6. Komplikasi

- a. Chorioamnionitis

Beberapa wanita mengalami chorioamnionitis akut beberapa hari setelah mengalami ketuban pecah dini. Pada pemeriksaan darah ditemukan infeksi Streptoccus Grup B dan berkembang menjadi sepsis (Linehan et al., 2016).

- b. Abruptio plasenta

- c. Post-partum endometritis

- d. Malpresentasi

- e. Kompresi tali pusat

Kehilangan cairan amnion pada ketuban pecah dini dapat mengakibatkan prolaps

tali pusat sehingga dapat menimbulkan tekanan (kompresi) pada tali pusat sehingga dapat mengganggu suplai O₂ dan nutrisi ke janin (Silbert- Flagg, 2018).

f. Oligohidramnion

g. Infeksi janin intrauterin

Setelah membrane ketuban pecah, terdapat port de entry kuman ke janin sehingga dapat menimbulkan infeksi pada janin (Silbert-Flagg, 2018). Ketuban pecah dini lebih dari 18 jam dapat menimbulkan sepsis pada janin (Ward & Hisley, 2016).

h. Respiratory Distress Syndrome

i. Necrotizing enterocolitis

j. Intraventricular hemorrhage

k. Sindrom Potter

Terjadinya kelainan bentuk muka janin dan hipoplasia pulmonal pada janin yang terjadi akibat tekanan uterus karena air ketuban sangat sedikit (Silbert-Flagg, 2018)

7. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosa medis ketuban pecah dini didapatkan dari anamnesa dan visualisasi adanya cairan amnion pada pemeriksaan fisik. Namun, jika masih diragukan maka dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berikut ini:

a. Tes pH cairan vagina

Tes pH dilakukan pada cairan di forniks posterior vagina. pH cairan amnion biasanya 7,1-7,3 sedangkan sekret vagina 4,5-6 (POGI, 2016).

b. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG dilakukan untuk melengkapi diagnosis dengan menilai indeks cairan amnion. Jika cairan amnion berkurang tanpa adanya abnormalitas ginjal janin atau pertumbuhan janin yang terhambat, maka dicurigai ketuban pecah. (POGI, 2016).

c. Pemeriksaan laboratorium

Jika diagnosa ketuban pecah dini belum jelas maka dapat dilakukan tes nitrazin dan tes fern. (POGI, 2016). Tes nitrazin dilakukan untuk membedakan apakah cairan yang keluar adalah cairan vagina atau cairan amnion. Jika mengenai kertas nitrazin, cairan amnion akan menyebabkan reaksi alkali sehingga kertas berubah menjadi biru. Pada tes Fern, dilakukan pemeriksaan mikroskopis. Cairan amnion akan menunjukkan penampakan cairan tinggi estrogen, sedangkan cairan urin tidak (Pillitteri, 2010).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dilakukan dengan mempertimbangkan usia gestasi, ada atau tidaknya infeksi, dan kemampuan kompensasi pada ibu atau janin.

a. Pada usia kehamilan < 24 minggu

Pada usia kehamilan < 24 minggu, mempertahankan kehamilan adalah pilihan terbaik karena persalinan pada usia kehamilan < 24 minggu akan meningkatkan morbiditas pada neonatus seperti hyperbilirubinemia dan gangguan pernapasan (POGI, 2016). Maka ibu melakukan bed rest total di rumah ataupun di rumah sakit. Ketika janin mencapai viable, kortikosteroid diberikan untuk mempercepat pematangan paru. Pemberian antibiotik profilaksis spektrum luas dilakukan selama periode penundaan persalinan ini untuk menurunkan resiko infeksi (Silbert-Flagg, 2018).

b. Pada usia kehamilan 34-38 minggu

Pada usia kehamilan lebih dari 34 minggu, mempertahankan kehamilan akan meningkatkan resiko korioamnionitis dan sepsis, maka mempertahankan kehamilan lebih buruk daripada melakukan persalinan (POGI, 2016). Jika persalinan belum mulai dalam 24 jam maka dapat dilakukan induksi persalinan sehingga janin dilahirkan sebelum terjadi infeksi. (Silbert-Flagg, 2018).

9. Asuhan Keperwatan pada Ibu dengan Ketuban Pecah Dini

a. Pengkajian

1) Data demografi (nama, usia, pendidikan, status marital)

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien memiliki riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, atau riwayat penyakit yang lain

b) Riwayat Kesehatan sekarang

Apakah ada tanda dan gejala ketuban pecah dini seperti keluarnya cairan secara tiba-tiba dari vagina, keluarnya cairan dalam jumlah sedikit dalam waktu yang lama, perasaan basah pada vagina atau celana dalam. Apakah ibu demam, takikardi, apakah gerakan janin berkurang.

c) Riwayat Kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang mengalami ketuban pecah dini sebelumnya

d) Riwayat kehamilan dan persalinan

Usia gestasi, sudah berapa kali hamil atau melahirkan

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum: sakit ringan atau sakit berat

b) Kesadaran: compos mentis, apatis, somnolen, stupor, atau koma

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah : dapat normal, meningkat atau menurun pada keadaan sepsis

(2) Nadi : dapat meningkat pada infeksi

(3) Suhu : dapat meningkat pada infeksi

- (4) Pernapasan : dapat normal atau meningkat
- d) Pemeriksaan Fisik Head to toe
- (1) Kepala : rambut: kuantitas, penyebaran, tekstur, kulit kepala:benjolan atau lesi, tulang tengkorak: ukuran dan kontur, muka/wajah: simetri dan ekspresi wajah
- (2) Leher
Posisi trachea, kelenjar tyroid, vena jugularis
- (3) Thorax
Inspeksi : bentuk dada, kedalaman dan upaya bernapas
Palpasi : periksa adanya nyeri tekan, taktil fremitus
Perkusi : tentukan batas jantung dan paru
Auskultasi : auskultasi bunyi napas
- (4) Payudara
Inspeksi : ukuran, kesimetrisan, penampilan kulit, putingsusu
Palpasi : konsistensi, nyeri tekan, pengeluaran kolostrum
- (5) Abdomen
Inspeksi : kesimetrisan, apakah terdapat massa,apakah ada bekas luka operasi
Palpasi : kekakuan/nyeri tekan, massa, tinggi fundus uteri, posisi presentasi janin, penurunan kepala
Perkusi : tentukan batas hepar
Auskultasi : bising usus, periksa denyut jantung janin apakah terjadi fetal distress
- (6) Panggul : ukuran panggul, bentuk panggul
- (7) Genitalia
Periksa pengeluaran cairan pervaginam (jumlah, warna)
- (8) Ekstremitas : pergerakan, apakah ada edema, warna kulit,apakah ada varises, reflek patella
- 4) Pemeriksaan Penunjang
- Hasil pemeriksaan pH cairan vagina
 - Hasil pemeriksaan indeks cairan amnion
 - Hasil pemeriksaan tes Nitrazin atau tes Fern
- b. Diagnosis (PPNI, 2017)**
- Resiko cedera pada ibu
 - Resiko cedera pada janin
 - Resiko infeksi
 - Ansietas

c. Intervensi (PPNI, 2018b, 2018a)

| | |
|--|--|
| <p>Resiko cedera pada ibu Luaran: Tingkat cedera menurun</p> <p>Kriteria hasil: Kejadian cedera menurun</p> | <p>Perawatan kehamilan resiko tinggi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor resiko kehamilan - Identifikasi Riwayat obstetrik - Identifikasi sosial demografi - Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dampingi ibu saat merasa cemas - Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil - Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan resiko janin mengalami kelahiran prematur - Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran - Anjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan Kesehatan - Anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup - Ajarkan cara menghitung Gerakan janin - Ajarkan aktivitas yang aman selama hamil - Ajarkan mengenali tanda bahaya <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda bahaya kehamilan</p> |
| <p>Resiko cedera pada janin Luaran: Tingkat cedera menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut jantung janin membaik - Aselerasi normal - Deselerasi membaik - Variabilitas membaik | <p>Pemantauan DJJ Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa DJJ selama 1 menit - Monitor DJJ - Monitor TTV ibu <p>Pengukuran Gerakan janin (mulai umur kehamilan 28 minggu)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor Gerakan janin Terapeutik - Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 gerakan dalam 12 jam) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur pemantauan - Sampaikan hasil pemeriksaan jika perlu |

| | |
|--|--|
| <p>Resiko Infeksi</p> <p>Luaran: Tingkat infeksi menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun - Kadar sel darah putih menurun | <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik aseptik - Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis jika perlu - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan sesuai kondisi klien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan jika perlu |
| <p>Ansietas</p> <p>Luaran: Tingkat ansietas menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kekhawatiran menurun - Perilaku gelisah menurun - Konsentrasi membai - Pola tidur membaik | <p>Reduksi ansietas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk meningkatkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Anjurkan keluarga bersama pasien, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu <p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan - Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur <p>Teknik relaksasi</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan secara rinci intervensirelaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisinyaman - Anjurkan rileks dan merasakansensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih | |
|--|--|--|

d. Implementasi

| Diagnosa keperawatan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|--------------------------|--|----------------------|
| Resiko cedera pada ibu | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resikokehamilan - Mengidentifikasi riwayatobstetrik - Mengidentifikasi Riwayat sosial demografi - Memonitor status fisik dan psikososial selama kehamilan - Mendiskusikan ketidaknyamanan selama hamil - Mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran - Menjelaskan resiko janin mengalami kelahiran prematur - Menginformasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran - Menganjurkan melakukan perawatan diri untuk meningkatkan Kesehatan - Menganjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahatyang cukup - Mengajarkan cara menghitunggerakan janin - Mengajarkan cara mengenalitanda bahaya - Melakukan kolaborasi jika ditemukan bahaya kehamilan | S: O: A: P: |
| Resiko cedera pada janin | <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemantauan denyutjantung janin - Memonitor gerakan janin - Menjelaskan prosedurpemantauan - Menyampaikan hasil pemeriksaan jika perlu | S: O: A: P: |
| Resiko infeksi | <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik - Mempertahankan teknik aseptik - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Melakukan kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis - Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan - Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda | S: O: A: P: |

| | | |
|----------|---|----------------------|
| | <p>vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi klien - Mendokumentasikan hasil pemantauan - Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Menginformasikan hasil pemantauan | |
| Ansietas | <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah - Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal) - Menciptakan suasana terapeutik untuk meningkatkan kepercayaan - Memani pasien untuk mengurangi kecemasan - Memahami situasi yang membuat ansietas - Mendengarkan dengan penuh perhatian - Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Menganjurkan keluarga bersama pasien, jika perlu - Mengkolaborasikan pemberian obat anti ansietas - Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Memonitor respon terhadap terapi relaksasi - Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan - Memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Menganjurkan mengambil posisi nyaman - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih | S: O: A: P: |

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria hasil yang telah dibuat, yaitu:

- 1) Resiko cedera pada ibu
- 2) Kriteria hasil:
Kejadian cedera menurun
- 3) Resiko cedera janinKriteria hasil:
 - a) Denyut jantung janin membaik
 - b) Aselerasi normal
 - c) Deselerasi membaik
 - d) Variabilitas membaik
- 4) Resiko infeksiKriteria hasil:
 - a) Demam menurun
 - b) Kadar sel darah putih menurun
- 5) Ansietas
Kriteria hasil:
 - a) Verbalisasi kekhawatiran menurun
 - b) Perilaku gelisah menurun
 - c) Konsentrasi membaik
 - d) Pola tidur membaik

DAFTAR PUSTAKA

- Areia, A. L., & Moura, P. (2015). Amniotic Membrane in Health and Disease: An Obstetrical Perspective. In *Amniotic Membrane* (pp. 77–104). <https://doi.org/10.1097/01.ico.0000178220.12977.7e>
- Equils, O., Hobel, C., & Simmons, C. F. (2010). *Patent Application Publication (10) Pub . No .: US 2010 / 0292345 A1 Patent Application Publication.* 1(19), 2–7. <https://patentimages.storage.googleapis.com/3b/c9/82/c283c7b24afe69/US20100019677A1.pdf>
- Gokce, S., & Herkiloglu, D. (2021). Premature rupture of membranes. *World Journal of Advance Research and Review*, 363–370.
- Lee, T., & Silver, H. (2001). Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membranes. *Clinics in Perinatology*, 28(4), 721–734. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(03\)00073-3](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(03)00073-3)
- Linehan, L. A., Walsh, J., Morris, A., Kenny, L., O'Donoghue, K., Dempsey, E., & Russell, N. (2016). Neonatal and maternal outcomes following midtrimester preterm premature rupture of the membranes: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0813-3>
- M. Harirah, H., A. Borahay, M., Zaman, W., S. Ahmed, M., G. Hager, I., & D. V. Hankins, G. (2012). Increased Apoptosis in Chorionic Trophoblasts of Human Fetal Membranes with Labor at Term. *International Journal of Clinical Medicine*, 03(02), 136–142. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2012.32027>
- Mercer, B. M. (2003). Preterm Premature Rupture of the Membranes. *Preterm Birth: Prevention and Management*, 101(1), 178–193. <https://doi.org/10.1002/9781444317619.ch19>
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (J. Rodenberger & H. Caprari (eds.); 6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- POGI, H. K. F. M. (2016). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran KETUBAN PECAH DINI. *Clinical Characteristics and Outcome of Twin Gestation Complicated by Preterm Premature Rupture of the Membranes*.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan*.

Saglam, A., Ozgur, C., Derwig, I., Unlu, B. S., Gode, F., & Mungan, T. (2013). The role of apoptosis in preterm premature rupture of the human fetal membranes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(3), 501–505. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2774-3>

Silbert-Flagg, J. (2018). Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family. In N. McIntyre (Ed.), *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* (Eight, Vol. 4, Issue 2). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2022v4n2p01-03>

Ward, S., & Hisley, S. (2016). *Maternal-Child Nursing Care: Optimazing outcomes for mother, children, and families* (Second). F .A. Davis Company.

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANCAMAN ABORTUS (ABORTUS IMMINEN)

Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.kep.Mat



BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANCAMAN ABORTUS

(ABORTUS IMMINEN)

Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.kep.Mat

1. Pendahuluan

Perdarahan pada awal kehamilan merupakan kondisi abnormal yang harus dicaritahu penyebabnya. Perdarahan yang terjadi dapat menyebabkan kekurangan oksigen pada janin, karena kita tahu bahwa darah berfungsi membawa oksigen. Angka kejadian perdarahan pada awal kehamilan sekitar 25% terjadi pada trimester pertama (Leifer, 2012). Perdarahan yang terjadi pada kehamilan merupakan kondisi yang dapat mengancam kehidupan. Perdarahan dapat terjadi pada awal kehamilan maupun pada kehamilan lanjut. Perdarahan yang terjadi pada awal kehamilan merupakan indikasi adanya gangguan pada kehamilan dapat berupa abortus, kehamilan ektopik dan kehamilan mola (Ricci, 2008). Pada kesempatan ini akan kita bahas tentang perdarahan pada awal kehamilan: Ancaman Abortus (Abortus imminen).

2. Definisi

Abortus adalah terhentinya kehamilan sebelum fetus dapat hidup diluar uterus, usia gestasi kurang dari 20 minggu dan berat badan janin kurang dari 500 gram. Abortus (miscarriage) terjadi secara spontan pada trimester pertama dan seringkali perempuan tidak menyadari bahwa dirinya hamil, (Ricci, 2008) (Murray & McKinney, 2013)

Ancaman abortus (Abortus imminen) merupakan kondisi dimana terjadi perdarahan spontan pervaginam pada awal kehamilan. Perdarahan dapat berupa "bercak /flek" disertai kontraksi uterus ringan namun terkadang tidak disertai kontraksi uterus, nyeri pinggang belakang dan nyeri seperti di tekan pada pelvic dan tidak disertai dilatasi servix {(Murray & McKinney, 2013) (Nepyivoda & Ryvak, 2020)}

3. Etiologi abortus imminen

Kelainan genetic, kelainan ovum, kelainan sperma, kelainan implantasi, tumor intra uteri, abnormalitas embrionik dan kelainan kromosom.

Faktor Predisposisi:

- a. Faktor maternal : Penyakit kronis (diabetes melitus, nepritis Kronis), malnutrisi, kelainan organ reproduksi, gangguan sistem endokrin (Hypothyroidism, PCOS) Ketidak cocokan darah (ABO dan Rh)
- b. Faktor Infeksius Virus (Rubella, Cytomegalovirus, listeria, infeksi mycoplasma dan toxoplasmosis), Bakteri, jamur dan parasite.

- c. Faktor demografi: Usia ibu kurang dari 20 th dan lebih dari 35 th
- d. Faktor lain: Cedera, alkohol, tembakau, cocaine dan obat-obatan terlarang
{(Ricci, 2008) (Leifer, 2012) (Murray & McKinney, 2013) (TC & GH, 2014) (Citra et al., 2020) (Nepyivoda & Ryvak, 2020)}

4. Patofisiologi

Kehamilan pada trimester pertama merupakan kondisi yang sangat rawan, dengan adanya berbagai penyebab dan faktor-faktor predisposisi diatas, menyebabkan kehamilan menjadi bermasalah. Muncul perdarahan spontan pada awal kehamilan. Perdarahan dapat hanya berupa flek atau bercak saja, namun dapat pula perdarahan banyak. Perdarahan pada abortus imminen (ancaman abortus) kadang disertai dengan kontraksi uterus ringan, namun kadang pula perdarahan tidak disertai dengan kontraksi uterus. Pada abortus imminen ini tidak terdapat dilatasi servix (tidak ada pembukaan servix). Abortusimminen dapat dipertahankan dengan pembatasan aktivitas dan terapi koservatif {(Ricci, 2008) (Pillitteri, 2010). (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2012)}

5. Manifestasi Klinis

Terjadi perdarahan pervaginam pada awal kehamilan, perdarahan berupa flek atau bercak, namun terkadang perdarahan agak banyak. Perdarahan terjadi secara tiba-tiba dan hilang kurang dari satu minggu. Kontraksi uterus ringan dan terasa sedikit nyeri pada pelvic seperti ditekan.

6. Komplikasi

- a. Perdarahan, yang diikuti dengan abortus spontan. Perdarahan dapat berlangsung terus menerus, terlebih bila klien mengalami kelainan pembekuan maka perdarahan dapat berlanjut menjadi DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*)
- b. Infeksi, yang ditandai dengan adanya demam, nyeri daerah abdomen, discharge pervaginam.
- c. Septic abortion, terjadi sepsi bila kejadian infeksi tidak tertangani dengan baik maka akan berkembang menjadi sepsis. Kejadian sepsis perlu ditangani dengan seksama dan perlu perawatan ICU guna monitoring cardiac outputnya.
- d. Kecemasan, kesedihan dan berduka, bila ternyata kehamilannya tidak dapat dipertahankan lagi.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Serum hCG
- b. Kadar Progesteron
- c. USG transvaginal
- d. Darah lengkap

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan abortus imminen tergantung pada tiga faktor yaitu: Penyebab abortus, usia kehamilan dan kondisi ibu. Secara umum penanganan abortus imminen sebagai berikut:

- a. *Bed rest* dan diberikan psikoterapi untuk mengatasi kecemasan ibu
 - b. Batasi aktivitas seksual.
 - c. Asupan nutrisi yang adekuat, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan janin
 - d. Hidrasi adekuat, memenuhi kebutuhan cairan ibu dan janin
 - e. Terapi hormone hCG, untuk menstimulasi fungsi hormone fetoplacenta
 - f. Terapi progesterone efektif untuk mencegah kontraksi uterus dapat diberikan per oral, prevaginal atau intramuscular.
 - g. Obat-obat sedative untuk relaksasi
 - h. Obat spasmolytic (papaverine, drotaverine, Magnesium sulfate)
 - i. Vitamin E dan C
 - j. Corticosteroid (Dexamethasone, methylprednisolone)
- (Pillitteri, 2010) (Murray & McKinney, 2013) (Li et al., 2017) (Nepyivoda & Ryvak, 2020).

9. Asuhan Keperawatan ibu hamil Abortus Imminen

- a. Pengkajian
 - 1) Data demographi (Nama, Usia, Pendidikan, status marital)
 - 2) Riwayat kehamilan dan perdarahan
 - a) Kapan ibu mengetahui bahwa dirinya hamil?
 - b) Kapan hari pertama haid terakhir (HPHT)
 - c) Kapan dilakukan tes kehamilan (PP tes, USG)
 - d) Berapa minggu perkiraan usia kehamilan saat ini
 - e) Berapa lama perdarahan terjadi
 - f) Apakah saat ini masih terjadi perdarahan
 - g) Bagaimana jenis perdarahan, flek / bercak/banyak
 - h) Bila perdarahan banyak adakah sekitar 1/4 pembalut, ½ pembalut atau penuh satu pembalut
 - i) Apakah perdarahan disertai adanya lendir, dan air ketuban
 - j) Adakah kontraksi rahim (mules)
 - k) Apakah ibu tahu golongan darah dan Rh
 - 3) Faktor Predisposisi

- a) Faktor biofisikal
 - (1) Adakah kelainan genetic
 - (2) Adakah kelaian kromosom
 - (3) Apakah hamil tunggal atau kembar
 - (4) Adakah kelainan bawaan
 - (5) Adakah ketidak sesuaian ABO dan Rhesus darah
 - (6) Berapa ukuran janin saat ini
 - (7) Adakah pengobatan yang sedang dijalani terkait kondisi kehamilannya
 - (8) Bagaimana riwayat persalinan yang lalu dan riwayat lahir premature
 - (9) Adakah riwayat penyakit kardiovaskuler
 - (10) Adakah riwayat penyakit hipertensi kronis
 - (11) Adakah riwayat cervix inkompeten
 - (12) Adakah riwayat kelainan placenta
 - (13) Adakah riwayat infeksi kronis
 - (14) Adakah riwayat diabetes melitus
 - (15) Adakah riwayat penyakit asma
 - (16) Bagaimana status nutrisi saat ini
 - (17) Adakah overweight /Underweight
 - (18) Adakah gangguan menelan
- b) Faktor Psikososial
 - (1) Apakah ibu merokok
 - (2) Adakah ibu minum-minuman beralkohol
 - (3) Apakah ibu rutin minum kopi
 - (4) Apakah ibu mengkonsumsi obat – obatan terlarang
 - (5) Adakah support system dari orang-orang terdekat (Suami, keluarga, sahabat)
 - (6) Adakah krisis situasional : perpisahan/perceraian
 - (7) Adakah riwayat kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)
 - (8) Adakah riwayat stress psikis
 - (9) Adakah ibu menjalani kebiasaan yang tidak aman bagi kehamilan (misalnya memijat.mengurut daerah abdomen dll)
- c) Faktor sosiodemografi
 - (1) Bagaimana status sosial ekonomi
 - (2) Bagaimana pemeriksaan antenatal, rutin atau tidak sama sekali
 - (3) Berapakah usia ibu, apakah kurang dari 15 tahun atau lebih dari 35 th
 - (4) Bagaimana paritasnya, berapa kali melahirkan, apakah ini kehamilan pertama atau kehamilan lebih dari 5 kali

- (5) Bagaimana ststus maritalnya, Wanita tidak menikah lebih berisiko
- (6) Etnik, etnik tertentu lebih berisiko
- d) Faktor lingkungan
 - (1) Apakah ibu tinggal di lingkungan yang infeksius
 - (2) Apakah ibu tinggal didaerah yang terdapat paparan radiasi
 - (3) Apakah Ibu seiring terpapar dengan pestisida
 - (4) Apakah ibu tinggal/bekerja dilingkungan yang banyak menggunakan obat-obatan terlarang
 - (5) Apakah ibu tinggal / bekerja didaerah yang banyak asap rokok
 - (6) Bagaimana mekanisme coping ibu terhadap stress {(Gilbert & Harmon, 2003)(Ricci, 2008)(Pillitteri, 2010)(Li et al., 2017) (Nepyivoda & Ryvak, 2020) }
- b. Diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
 - 1) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian janin dalam kandungan (D.0080)
 - 2) Berduka berhubungan dengan antisipasi kematian janin dalam kandungan (D.0081)
 - 3) Distress Spiritual berhubungan dengan kematian janin dalam kandungan (D0082)
- c. Intervensi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

| | |
|--|---|
| 1 | <p>Diagnosis keperawatan Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian janin dalam kandungan (D.0080)</p> |
| | <p>Luaran: Tingkat ansietas menurun (L.09093)Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapimeturun. ➤ Keluhan pusing menurun. ➤ Konsentrasi membaik. ➤ Tanda-tanda vital membaik |
| Intervensi : Reduksi ansietas (I.09314) | |
| 1) Observasi: | |
| | <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, wkt, stressor) b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. c) Monitor tanda-tanda ansietas, baik verbal maupun non verbal |

| | |
|---|--|
| | 2) Teurapeutik: |
| | <p>a) Ciptakan suasana teurapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan / hadirkan orang terdekat (<i>Significant others</i>)</p> <p>c) Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>d) Dengarkan keluhan/harapan pasien dengan penuh perhatian</p> <p>e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>g) Motivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>h) Diskusikan perencanaan yang realistik tentang peristiwa yang akan datang</p> |
| | 3) Edukasi: |
| | <p>a) Jelaskan prosedur tindakan dan sensasi yang mungkin dialami</p> <p>b) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.</p> <p>c) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien.</p> <p>d) Anjurkan pasien melakukan kegiatan yang tidak kompetitif.</p> <p>e) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>h) Latih teknik relaksasi</p> |
| | 4) Kolaborasi: |
| | <p>a) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas (Jika perlu)</p> |
| 2 | <p>Diagnosis: Berduka berhubungan dengan antisipasi kematian janin dalam kandungan (D.0081)</p> |
| | <p>Luaran: Tingkat berduka membaik (L.09094) Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbalisasi menerima kehilangan meningkat. ➤ Verbalisasi harapan meningkat. ➤ Verbalisasi perasaan sedih menurun ➤ Verbalisasi perasaan bersalah/ menyalahkan orang lainmenurun. |
| | Intervensi: Dukungan proses berduka (I.09274) |
| | <p>1) Observasi:</p> <p>a) Identifikasi kehilangan yang dihadapi</p> <p>b) Identifikasi proses berduka yang dialamidenifikasi sifat keterikatan pada orang yang meninggal</p> <p>c) Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>2) Teurapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tunjukkan sikap menerima dan empati b) Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan c) Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orangterdekat d) Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial. e) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yangnyaman. f) Diskusikan strategi coping yang dapat digunakan. |
| | <p>3) Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, supreasi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan. b) Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan c) Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan d) Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap. |
| 3 | <p>Diagnosis:</p> <p>Distress Spiritual berhubungan dengan kematian janin dalam kandungan (D0082)</p> |
| | <p>Luaran: Status spiritual membaik (L.09091) Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat ➢ Verbalisasi perasaan bersalah menurun ➢ Verbalisasi menyalahkan diri sendiri menurun. ➢ Verbalisasi perasaan takut menurun. |
| Intervensi: Dukungan spiritual (I.09276) | |
| | <p>1) Obesrtvasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan. b) Identifikasi pandangan tentang hubungan spiritual dengan kesehatan. c) Identifikasi harapan dan kekuatan pasien d) Identifikasi ketaatan dalam beragama |
| | <p>2). Teurapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian. b) Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat c) Yakinkan bahwa perawatn bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan. d) Sediakan privasi an waktu tenang untuk aktivitas spiritual. e) Diskusikan tentang makna dan tujuan hidup (jika perlu) f) Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah |
| | <p>3). Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman dan atau oranglain. b) Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung. c) Ajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing. |
| | <p>4). Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Atur kunjungan dengan rohaniwan (Ustat, Pendeta, Patur,Biksu) |

d. Implementasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

| | | | | |
|------------|---|--|---|---------|
| 1 | Diagnosis Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian janin dalam kandungan (D.0080) | | | |
| Luaran | Tingkat ansietas menurun (L.09093) Kriteria hasil: ➤ Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi menurun. ➤ Keluhan pusing menurun. ➤ Konsentrasi membaik. ➤ Tanda-tanda vital membaik | | | |
| Intervensi | Tgl / Pkl | Implementasi | | Perawat |
| | 25/11 2022 Pkl. 09.00 | 1) Observasi: a) Mengidentifikasi perubahan tingkat ansietas pasien (kondisi, wkt, stressor) b) Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam mengambil keputusan. c) Memonitor tanda-tanda ansietas pada pasien baik verbal maupun non verbal | Nita | |
| | Tgl..... Pkl..... | 2) Terapeutik: a) Menciptakan suasana teurapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan pasien b) Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan . c) Mendengarkan keluhan/harapan pasien dengan penuh perhatian d) Menempatkan barang pribadi pasien yang memberikan kenyamanan | Perawat | |
| | | e) Memotivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan f) Berdiskusi dengan pasien dan membuat perencanaan yang realistik tentang peristiwa yang akan dating | | |
| | Tgl..... Pkl..... | 3) Edukasi: a) Menjelaskan kepada pasien prosedur tindakan dan sensasi yang mungkin akan dialami b) Mendampingi dokter saat menginformasikan mengenai | Perawat | |

| | | <p>diagnosis, pengobatan dan prognosis.</p> <p>c) Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.</p> <p>d) Menganjurkan pasien melakukan kegiatan yang tidak kompetitif.</p> <p>e) Menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>f) Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan (merajut)</p> <p>g) Melatih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>h) Melatih teknik relaksasi</p> | |
|------------|--------------------|--|--|
| | Tgl. Pkl..... | <p>4) Kolaborasi:</p> <p>a) Melakukan kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian obat anti ansietas (Jika perlu)</p> | Perawat |
| 2 | | <p>Diagnosis:</p> <p>Berduka berhubungan dengan antisipasi kematian janin dalam kandungan (D.0081)</p> | |
| Luaran | | <p>Tingkat berduka membaik (L.09094)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbalisasi menerima kehilangan meningkat. ➤ Verbalisasi harapan meningkat. ➤ Verbalisasi perasaan sedih menurun ➤ Verbalisasi perasaan bersalah/ menyalahkan orang lain menurun. | |
| Intervensi | Tgl/Pkl. | Implementasi | Perawat |
| | Tgl.... Pkl.... | <p>1) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mengidentifikasi ancaman kehilangan yang dihadapi pasien b) Mengidentifikasi proses berduka yang dialami pasien c) Mengidentifikasi reaksi awal terhadap kehilangan | |
| | Tgl... Kpl:... | <p>2) Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menunjukkan sikap menerima dan empati b) Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan c) Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga dan orang terdekat | Perawat |

| | | <p>d) Memfasilitasi pasien melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma social.</p> <p>e) Memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman.</p> <p>f) Berdiskusikan dengan pasien tentang strategi coping yang dapat digunakan</p> | |
|------------|---|--|--|
| | Tgl.... Pkl | <p>3) Edukasi:</p> <p>a) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, supreasi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan.</p> <p>b) Mengajurkan kepada pasien untuk mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan</p> <p>c) Menganjurkan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</p> <p>d) Mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap.</p> | |
| 3. | Diagnosis: Distress Spiritual berhubungan dengan kematian janin dalam kandungan (D0082) | | |
| Luaran | Status spiritual membaik (L.09091 Kriteria hasil: ➤ Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat ➤ Verbalisasi perasaan bersalah menurun ➤ Verbalisasi menyalahkan diri sendiri menurun. Verbalisasi perasaan takut menurun. | | |
| Intervensi | Tgl/Pkl | Implementasi | Perawat |
| | Tgl..... Pkl..... | <p>1) Observasi:</p> <p>a) Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan.</p> <p>b) Mengidentifikasi pandangan tentang hubungan spiritual dengan kesehatan.</p> <p>c) Mengidentifikasi harapan dan kekuatan pasien</p> <p>d) Mengidentifikasi ketaatan dalam beragama</p> | |

| | | | |
|----|----------------------|---|------------------------|
| | Tgl..... Pkl..... | <p>2) Teurapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian. b) Memberikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat c) Meyakinkan pasien bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan. d) Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual. e) Mendiskusikan tentang makna dan tujuan hidup (jika perlu) f) Memfasilitasi pasien untuk melakukan kegiatan ibadah. <p>3) Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menganjurkan pasien berinteraksi dengan keluarga, teman dan atau orang lain. b) Menganjurkan pasien berpartisipasi dalam kelompok pendukung. c) Mengajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing | Perawat |
| | Tgl.... Pkl..... | <p>4) Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menganjurkan pasien berinteraksi dengan keluarga, teman dan atau orang lain. b) Menganjurkan pasien berpartisipasi dalam kelompok pendukung. c) Mengajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing | Perawat |
| 4. | Tgl..... Pkl.I | <p>5) Kolaborasi:</p> <p>6) Mengatur kunjungan dengan rohaniwan(Ustat, Pendeta, Patur, Biksu)</p> | Perawat |

e. Evaluasi

| No | Diagnosis | Luaran | Evaluasi | Perawat |
|----|--|---|--|-----------------------------------|
| 1 | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian janin dalam kandungan (D.0080) | Tingkat ansietas menurun (L.09093) Kriteria hasil: ➤ Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi menurun. ➤ Keluhan pusing menurun. ➤ Konsentrasi membaik. ➤ Tanda-tanda vital membaik | Subyektif: ➤ Pasien mengatakan sudah tidak khawatir lagi. ➤ Pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi. ➤ Pasien mengatakan sudah bisa lebih konsentrasi Objektif: ➤ Nadi: 88x/menit ➤ TD: 120/80 mmHg ➤ Respirasi : 18x/menit ➤ Suhu: 36,5°C Analisis: Masalah telah tertasi Planning: Intervensi dihentikan | Perawat |
| 2 | Berduka berhubungan dengan antisipasi kematian janin dalam kandungan (D.0081) | Tingkat berduka membaik (L.09094) Kriteria hasil: ➤ Verbalisasi menerima kehilangan meningkat. ➤ Verbalisasi harapan meningkat. ➤ Verbalisasi perasaan sedih menurun ➤ Verbalisasi perasaan bersalah/ menyalah kanorang lain menurun | Subjektif: ➤ Pasien mengatakan sudah bisa menerima kehilangan yang dialami. ➤ Pasien mengatakan sudah lebih berserah pada Tuhan dan berharap yang terbaik saja. ➤ Pasien mengatakan sudah ikhlas dan tidak sedih lagi. ➤ Pasien mengatakan sudah menerima kenyataan yang ada dan tidak menyalahkan diri sendiri maupun orang lain lagi. Objektif: ➤ Pasien tampak lebih tenang ➤ Wajah tampak berseri Analisis: Masalah telah teratasi. Planning: Intervensi dihentikan | Perawat |

| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|
| 3 | <p>Distress Spiritual berhubungan dengan kematian janin dalam kandungan (D0082)</p> | <p>Status spiritual membaik (L.09091)</p> <p>Lriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat ➤ Verbalisasi perasaan bersalah menurun ➤ Verbalisasi menyalahkan diri sendiri menurun. <p>Verbalisasi perasaan takut menurun.</p> | <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan sudah lebih memahamimakna hidup dan tujuan hidupnya. ➤ Pasien mengatakan bahwa semua terjadi atas kehendak Tuhan. ➤ Pasien mengatakan sudah tidak menyalahkan diri sendiri lagi. ➤ Pasien mengatakan sudah tidak takut lagi. <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien tampak lebih tenang. ➤ Wajah pasien tampak berseri ➤ Nadi: 80x/menit ➤ TD: 110/70mmHg ➤ Respirasi: 18 x/menit ➤ Suhu: 36°C <p>Analisis: Masalah telah tertasi Planing: Intervensi dihentikan</p> | <p>Perawat</p> <p>.....</p> |
|---|---|--|---|-----------------------------|

DAFTAR PUSTAKA

- Citra, W., Akademi, S., Budi, K., Prabumulih, M., & Artikel, I. (2020). Hubungan antara Umur dan Paritas dengan Kejadian Abortus Imminens di RS.AR Bunda Kota Prabumulih Tahun 2019 A B S T R A K. In *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan AkademiKebidanan Budi Mulia Palembang* (Issue 10).
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. S. (2003). *Manual High Risk Pregnancy & Delivery* (M. S. Ledbetter & L. K. Muench, Eds.; Third Edition). Mosby.
- Leifer, G. (2012). *Maternity Nursing: An Introductory Text*. Elsevier/Saunders. <https://books.google.co.id/books?id=Jzu3uAACAAJ>
- Li, J., Gao, J. S., Wang, C., Y Ng, E., & Wu, X. K. (2017). Evidence-based interventions of threatened miscarriage. *World Journal of Traditional Chinese Medicine*, 3(1), 50–59.<https://doi.org/10.15806/j.issn.2311-8571.2016.0038>
- Littleton-Gibbs, L., & Engebretson, J. (2012). *Maternity Nursing Care*. Cengage Learning. <https://books.google.co.id/books?id=C8oJzgEACAAJ>
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2013). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Nepyivoda, O. M., & Ryvak, T. B. (2020). Threatened miscarriage and pregnancy loss: contemporary aspects of the problem. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 73(5), 1021–1027. <https://doi.org/10.36740/wlek202005134>
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. <https://books.google.co.id/books?id=apeLf0mPx1QC>
- Ricci, S. S. (2008). *Essentials of Maternity, Newborn & Women's Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://books.google.co.id/books?id=pxdAPgAACAAJ>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SDKIDPP PPNI, Ed.; 1 Cetakan III Revisi, Vol. 1). PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SIKI DPPPPNI, Ed.; 1 Cetakan II, Vol. 1). PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SLKI DPPPPNI, Ed.; 1 Cetakan II, Vol. 1). PPNI.

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN ABORTUS INKOMPLIT

Uun Kurniasih, S.Kep.,Ns.,M.M.Kes



BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN ABORTUS INKOMPLIT

Uun Kurniasih.,S.Kep.,Ns.,M.MKes

1. Pendahuluan

Abortus merupakan masalah Kesehatan masyarakat karena memberikan dampak pada kesakitan dan kematian ibu. Salah satu penyebab utama kematian ibu. Salah satu penyebab kematian ibu adalah perdarahan berua komplikasi yang disebabkan oleh abortus inkomplit. Abortus inkomplit merupakan salah satu penyebab kematian neonatal dan maternal di Indoensia. Risiko terjadinya abortus meningkat 10% pada Wanita dengan partus paritas dan usia ibu. Abortus meningkat 10% pada wanita dengan paritas primipara dan grandemultipara, sedangkan pada usia abortus meningkat sebesar 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan meningkat sebesar 26% pada usia lebih dari 40 tahun (Cunningham et al., 2013).

Di Indonesia kasus abortus terjadi sebanyak 2,3 juta pertahun. Sementara itu angka kematian ibu yang disebabkan abortus lebih didomisili oleh abortus inkomplit, ini disebabkan karena abortus inkomplit dapat mengakibatkan perdarahan dan bila tidak ditangani akan terjadi perdarahan yang hebat dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian pada ibu (Manuaba, 2001).

2. Definisi

Abortus inkomplit adalah Sebagian konsepsi hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin 500 gram.

3. Etiologi

Menurut buku Protokol for High- Risk Pregnancies yang ditulis John T. Queenan, MD., pasien dengan abortus 50% tidak diketahui penyebabnya. Faktor-faktor yang menyebabkan abortus inkomplit (Irianti et al., 2014)

a. Faktor fetal

Keguguran pada hamil muda disebabkan abnormalitas zigot, atau plasenta. Selain itu abnormalitas pada krolosom diturunkan dari gen dan kedua orangtuanya. Sekitar 95% dari kelainan kromosom disebabkan oleh kegagalan gametogenesis. Autosomaltrisomi adalah kelainan kromosom yang paling sering ditemukan pada abortus trimester awal. Adanya riwayat abortus sebelumnya akan meningkatkan risiko fetalaneuploidy dari 1 % menjadi 2%. Kelainan monosomy X akan menyebabkan sindrom Turner, dimana biasanya mengalami keguguran dan kemungkinan kecil janin tidak akan bertahan sampai TM 3. Triploid sering

dihubungkan dengan Mola Hidatidosa parsial. Janin dengan jumlah kromosom normal (Euploidy) (46 XY/XX) cenderung lebih lama daripada janin dengan Aneuploidy.

b. Faktor imunologi

Hubungan ibu dan janin bisa hancur oleh sel natural killer yang diaktivasi oleh kekebalan yang dibuat oleh sistem imun termasuk masalah hormon dan hiperkoagulabilitas darah yang disebabkan oleh peningkatan antibodi antikardiolipin yang mempunyai peran dalam merangsang keguguran. Faktor lainnya disebabkan karena rokok, obat-obatan, stres, diet, faktor lingkungan, dan infeksi.

c. Faktor Ibu

Faktor ibu yang dapat menyebabkan keguguran yaitu ibu yang mempunyai penyakit mendadak misalnya radang paru-paru, tipes perut, radang ginjal, malaria. Selain itu, toksin, bakteri dan virus juga dapat menyebabkan kematian janin melalui plasenta.

4. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadi tindakan pendarahan dalam decidua basali kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan disekitarnya. Hal tersebut dapat menyebabkan hasil konsepsi terlepas. Sebagian sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya sehingga menyebabkan nyeri. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi biasanya dilepaskan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua lebih dalam, sehingga hasil konsepsi mudah dilepaskan. Pada kehamilan 8 sampai 14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah janin disusul dengan plasenta. Perdarahan jumlahnya tidak banyak jika plasenta terlepas dengan lengkap (Rahmawati, 2011).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis abortus inkomplikat antara lain sebagai berikut :

- a. Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu
- b. PP tes positif
- c. Pendarahan pervaginam, pendarahan yang bisa sedikit atau banyak biasanya berupa darah beku, sudah ada keluar jaringan ada keluar jaringan.
- d. Rasa mual atau nyeri perut di daerah atas simfisis, sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus, kadang nyeri digambarkan menyerupai nyeri saat persalinan (Prawirohardjo, 2016).

6. Komplikasi

Komplikasi akibat abortus inkomplit antara lain: Perdarahan, perforasi, syok, infeksi sampai dengan kematian. Perdarahan bisa dihentikan dengan cara melakukan tindakan kuret , yang tujuannya untuk membersihkan jaringan yang tersisa di uterus kemudian perforasi dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hirofleksi. Saat terjadi perforasi posisi hirofleksi. Saat terjadi perforasi laporotomi segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan yang terjadi. Selain itu infeksi genitalia eksterna yaitu staphylococci, sedangkan pada vagina ada lactobacili. Selain itu komplikasi dapat terjadi kematian, kematian ibu sekitar 60 hingga 70 % disebabkan oleh perdarahan, abortus berkontribusi terhadap kematian sekitar 15 % (Leveno, 2016)

7. Pemeriksaan Penunjang

Meliputi pemeriksaan tes kehamilan, laboratorium, dan pemeriksaan USG untuk mengetahui apakah janin masih hidup

- a. Tes kehamilan : positif bila janin masih hidup, bahkan 2–3 minggu setelah abortus
- b. Pemeriksaan doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
- c. Pemeriksaan kadar fibrinogen pada missed abortion (Jannah, 2012).

8. Penatalaksanaan

Apabila abortus inkompletus disertai syok karena perdarahan maka segera diberikan cairan NaCl atau cairan Ringer yang disusul dengan transfusi. Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dilakukan tindakan kuretase. Tindakan kuretase harus dilakukan secara hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan adalah dengan karet vakum menggunakan kanulla plastic. Pasca tindakan disuntikkan ergometrium (IM) untuk mempertahankan kontraksi uterus (Prawirohardjo, 2010).

9. Asuhan Keperawatan ibu dengan Abortus Inkomplit

a. Pengkajian

1) Identitas klien

Identitas ini meliputi: nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2) Data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dari klien. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh petugas kesehatan secara independen tapi melalui suatu interaksi atau

komunikasi secara langsung dengan klien.

3) Alasan masuk Rumah Sakit

Untuk mengetahui alasan yang membuat pasien datang yang berhubungan dengan abortus inkomplik. Keluhan utama untuk mengetahui masalah yang sedang dihadapi berkaitan dengan masa kehamilan, misalnya ada pengeluaran darah dari jalan lahir, pada kasus abortus biasa terjadi pengeluaran darah dari jalan lahir, badan terasa lemas, nyeri perut dan penglihatan kunang-kunang.

4) Riwayat penyakit sekarang

Ada tidaknya riwayat penyakit yang diderita sekarang

5) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, dan kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

6) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga ada yang menderita penyakit seperti asma, hepatitis, diabetes melitus serta penyakit menular seperti TBC dan hepatitis.

7) Riwayat menstruasi

Melibuti : haid pertama, siklus haid, lamanya haid, jumlah darah yang keluar, pernahkan mengalami nyeri haid.

8) Riwayat pernikahan

Untuk mengetahui status pernikahan, lamanya pernikahan, menikah atau tidak menikah, berapa kali perkawinan dan berapa jumlah anak yang dilahirkan.

9) Riwayat KB

Kaji apakah pasien pernah mengikuti KB kontrasepsi, jenis kontrasepsi, berapa lama pemakaian, rencana KB setelah kuret dan kontrasepsi apa yang digunakan.

10) Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui selama masa kehamilan, apakah ibu terdapat penyakit, dan upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit tersebut.

11) Pemeriksaan fisik (Head to Toe)

a) Status generalis

(1)Keadaan umum: Setelah dilakukan kuret biasanya hasil yang didapatkan sedang. Adapun tanda-tanda dari post kuret yaitu adanya nyeri, dan lemas.

(2)Kesadaran: komosmentis, apatis, somnolen, atau koma.

b) Vital Sign

(1)Tekanan darah, dilakukan pemeriksaan tekanan darah, sistolik 90- 130

mmHg dan diastolik 70-90mmHg, tekanan darah pada abortus normal atau menurun.

- (2) Suhu tubuh, normalnya 36,5°-37,5°C.
- (3) Nadi, untuk mengetahui denyut nadi pasien dilakukan pemeriksaan, normal nadi 60-100 x/ menit. Pada pasien yang mengalami keguguran biasanya denyut nadi normal, cepat dan lambat. (Irianti, 2014)
- (4) Respirasi Rate, periksa frekuensi pernafasan yang dihitung dalam menit, normalnya 16-24 x/ menit. Pada kasus abortus biasanya didapatkan hasil pernapasan lebih lambat.

c) Tinggi Badan

Bila badan kurang dari 145 cm perlu diwaspadai kemungkinan ibu mempunyai panggul yang sempit.

d) Lingkar Lengan Atas

Normal LILA pada ibu hamil 2,35 cm, jika kurang dari 2,35 cm maka dianggap status gizi kurang.

e) Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan kepala meliputi mata, hidung, mulut dan gigi, leher, rambut

f) Pemeriksaan dada

Ada tidaknya nyeri dada, pergerakan pernapasan, payudara membesar, areola ukuran lebih luas.

g) Pemeriksaan abdomen

Untuk mengetahui keadaan kontraksi uterus, TFU

h) Genitalia

Meliputi kebersihan, raba kulit di daerah selakangan, pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar.

i) Ektremitas

Untuk mengetahui apakah terdapat varises

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- 1) Nyeri Akut
- 2) Ansietas
- 3) Resiko perdarahan

c. Intervensi

Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

| No. | Diagnosa | Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|-----|--|--|---|--|
| 1. | <p>D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus Defenisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengeluh Nyeri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak meringis bersikap protektif Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berpikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaphoresis | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun menjadi skala 1-3 (Ringan) Meringis menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik | <p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringankan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentangnyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor efek samping penggunaan analgetik Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat dantidur Jelaskan strategi meredakan nyeri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi | <p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui intensitasnya yang di rasakan Untuk mengetahui tingkatnya yang dirasakan Untuk mengetahui reaksi non verbal Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat memperberat nyeri Untuk mengetahui tingkat pengetahuan terkait nyeri Untuk mengetahui faktor yang dapat mempengaruhi nyeri Untuk mengetahui efek samping yang mungkin terjadi pada penggunaan analgetik Untuk mengurangi tingkat nyeri Untuk menghindari nyeri bertambah berat Untuk memenuhi pola istirahat Untuk |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | | | pemberian analgetik | mengurangi tingkat nyeri Agar dapat lebih rileks 12)Untuk meredakan nyeri |
| 2. | <p>D.0023</p> <p>Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>Defenisi: penurunan volume cairan intravaskuler, intertisial, dan/atau intraseluler.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Data subjektif: - Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi meningkat • Nadi terabalemah • Tekanan darah • Menurun • Tekanan nadi menyempit • Turgor kulit menurun • Membran mukosa kering • Volume urin menurun • Hematokrit meningkat <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa lemah • Mengeluh haus <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengisian vena menurun • Status mental berubah • Suhu tubuh meningkat • Konsentrasi urin meningkat • Berat badan turun tiba-tiba | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik, Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan nadi dari menurun menjadi meningkat • Turgor kulit meningkat • Output urine dari menurun menjadi meningkat • Berat badan dari sedang menjadi menurun • Intake cairan dari memburuk menjadi membaik | <p>Menajemen Hipovolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output cairan 2. Hitung kebutuhan cairan 3. Berikan asupan cairan oral 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl.RL) | <p>Menajemen Hipovolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keseimbangan cairan 2. Untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien 3. Untuk memenuhi asupan cairan 4. Agar cairan pasientercukupi 5. Agar tidak terjadi kekurangan cairan cairan 6. Agar pemenuhan cairan tercukupi |

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| | Gejala dan Tanda Minor Data subjektif : - Data objektif : - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Takipneia - Kulit terasa hangat | | | |
| 3. | D.0039 Resiko Syok Defenisi : beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Faktor Risiko: - Hipoksemia - Hipoksia - Hipotensi - Kekurangan volumecairan - Sepsis - Sindrom respon inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome (SIRS) | Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Syok Menurun. Dengan Kriteria Hasil : - Kekuatan nadi meningkat - Output urin meningkat - Akral dingin menurun - Pucat menurun - Haus menurun | Pencegahan Syok 1. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 2. Monitor status cairan (Masukan dan haluaran, turgor kulit dan CRT) 3. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 4. Periksa riwayat alergi 5. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 6. Pasang jalur IV 7. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi 8. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 9. Jelaskan tanda dan gejala awal Syok 10. Anjurkan melapor jika menemukan/ merasakan tanda dan gejala awal syok 11. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 12. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 13. Kolaborasi | Pencegahan Syok 1. Untuk mengetahui kebutuhan oksigen 2. Untuk melihat tanda-tanda syok 3. Untuk menilai tingkat kesadaran pasien 4. Untuk menghindari tidak terjadinya alergi 5. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen 6. Agar tidak terjadi Syok 7. Untuk menghindari alergi obat 8. Untuk menghindari syokberulang 9. Agar pasien dapat mengerti gejala awal syok 10. Agar dapat ditangani sesegera mungkin 11. Untuk Menghindari terjadinya syok 12. Untuk mengurangi tingkat syok Untuk menghindari terjadinya komplikasi yang lebih berat |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| | | | pemberian transfusi darah, jika perlu | |
| 4. | <p>D.0142</p> <p>Risiko Infeksi</p> <p>Defenisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit kronis - Efek prosedur invasif - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi PH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama) - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih membaik | <p>Pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 6. Jelaskan tanda dan gejala Infeksi <p>Kolaborasi Imunisasi, Jika perlu</p> | <p>Pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari terjadinya infeksi 2. Untuk menghindari penyebaran mikroorganisme 3. untuk mengurangi tingkat resiko terjadinya infeksi 4. Untuk mengurangi tingkat infeksi 5. Untuk menghindari terjadinya komplikasi 6. Agar pasien dapat Mengetahui tanda Dan gejala infeksi <p>Untuk terhindar dari komplikasi yang mungkin terjadi</p> |

10. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu independent implementations, interdependent/collaborative dan dependent implementations (Nursalam, 2011).

11. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Nursalam, 2011).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

- a. S : Data Subjektif Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O : Data Objektif Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. A : Analisis Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.
- d. P : Planning Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2013). *Obstetri Williams*. EGC.
- Irianti, B., Halida, E. M., Duhita, F., Prabandari, F., Yulita, N., Yulianti, N., Hartiningtiyawati,S., & Anggraini, Y. (2014). *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti: Paradigma Baru dalam Asuhan Kebidanan Buku 1* (F. Husin (ed.)). Sagung Seto.
- Jannah, N. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Andi Offset. Leveno, K. J. (2016). *Manual William Komplikasi Kehamilan Edisi 23*. EGC.
- Manuaba, I. B. G. (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. EGC.
- Nursalam. (2011). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (SDKI)*.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (1st ed.).Prawirohardjo, S. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. PT. Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan*. PT. Bina Pustaka. Rahmawati, E. N. (2011). *Ilmu Praktis Kebidanan*. Victory Inti Cipta.

BAB VII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep



BAB VII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep

1. Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu masa yang sangat dinantikan oleh sebagian besar pasangan sebagai awal dari melanjutkan keturunan. Namun, tidak semua kehamilan berjalan normal tanpa masalah. Berbagai keluhan selama kehamilan dapat dialami oleh ibu hamil yang salah satunya adalah mual dan muntah. Mual dan muntah yang dialami oleh ibu hamil *merupakan* suatu kondisi yang dianggap wajar. Keluhan mual dan muntah umumnya dialami oleh ibu hamil pada awal kehamilan hingga usia kehamilan tiga bulan (Atiqoh, 2020). Mual muntah pada awal kehamilan disebut dengan *morning sickness*. Keluhan mual muntah yang terjadi secara berlebihan disebut dengan hiperemesis gravidarum.

Hiperemesis gravidarum bukan hanya mual muntah biasa namun merupakan kondisi di mana seorang ibu hamil mengalami mual dan muntah yang begitu hebat hingga memuntahkan segala masukan makanan maupun minuman. Peningkatan frekuensi mual dan muntah yang terjadi dapat menyebabkan komplikasi yang membahayakan baik pada ibu maupun janin yang dikandung. Hiperemesis gravidarum bukan sebagai penyebab langsung kematian pada ibu hamil, namun kondisi ini memerlukan perawatan di rumah maupun di rumah sakit.

Angka kehamilan setiap tahun di seluruh dunia sekitar 210 juta kehamilan dimana dari jumlah ini terdapat 20 juta wanita mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan. Sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, dan lebih dari 500.000 meninggal, insidensi terjadinya kasus hiperemesis gravidarum sebesar 0,8 sampai 3,2% dari seluruh kehamilan atau sekitar 8 sampai 32 kasus per 1.000 kehamilan di dunia, hampir 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia (Sumarni, 2017). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa setidaknya terdapat 20% dari ibu hamil di Indonesia yang mengalami muntah terus menerus dan diare (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Hiperemesis gravidarum yang tidak segera diatasi dapat mengganggu aktivitas pekerjaan sehari-hari, dehidrasi, penurunan berat badan dan dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Pemahaman tentang hiperemesis gravidarum perlu ditingkatkan pada ibu hamil dan keluarga sehingga dengan pemahaman yang benar maka ibu hamil dapat segera mencari pelayanan kesehatan untuk perawatan. Perawatan dan pengobatan yang tepat diperlukan

untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat hiperemesis gravidarum.

2. Definisi

Hiperemesis gravidarum merupakan suatu kondisi dengan keluhan mual dan muntah berlebihan yang dialami oleh ibu hamil pada usia kehamilan 8 – 12 minggu sehingga dapat mengganggu aktifitas sehari-hari serta penurunan keadaan umum (Susanti, 2019).

Hiperemesis biasanya mulai terjadi pada kehamilan minggu ke-4 hingga minggu ke-6, kemudian tingkat keparahan meningkat pada minggu ke-8 hingga minggu ke-12, dan biasanya berakhir pada minggu ke-20 (Nurbaity et al., 2019).

3. Etiologi

Penyebab pasti hiperemesis gravidarum belum diketahui, namun telah banyak yang mengemukakan teori tentang penyebab hiperemesis gravidarum seperti peningkatan kadar hormon *chorionic gonadotropin* dan estrogen, kadar hormon tiroksin, infeksi *Helicobacter pylori*, faktor sosial, psikologis, gangguan fungsi hati, kantung empedu, pancreatitis dan ulkus peptikum (Atiqoh, 2020; Pratiwi, 2018).

Selain itu, telah diidentifikasi berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kejadian hiperemesis gravidarum. Beberapa hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi hiperemesis gravidarum, antara lain:

1) Umur

Umur ibu hamil mempengaruhi terjadinya hiperemesis gravidarum. Faktor umur ini berkaitan dengan perkembangan organ reproduksi maupun psikologisnya. Pada umur <20 tahun dimungkinkan belum siap pada sistem reproduksi, psikologis dan sosial ibu hamil. Sedangkan mual muntah pada usia >35 tahun diakibatkan oleh adanya masalah psikologis yang tidak siap hamil atau bahkan sudah tidak menginginkan anak lagi. Ibu hamil dengan usia berisiko akan mengalami hiperemesis gravidarum 5,52 kali lebih tinggi dibandingkan ibu hamil dengan usia kehamilan yang lebih aman (Alvionita, 2022).

2) Persepsi ibu hamil dan keluarga

Persepsi ibu hamil tentang hiperemesis gravidarum akan mempengaruhi pengetahuannya dalam pencegahan dan perawatan. Pengetahuan yang baik tentang kehamilan dan masalah-masalah yang menyertainya dapat membantu ibu hamil untuk mengenal secara dini masalah yang dialaminya dan dapat segera mengambil sikap untuk mengatasi masalahnya tersebut melalui upaya pencarian pertolongan kesehatan (Rofiah et al., 2019).

3) Stres

Stres pada ibu hamil memberikan pengaruh terhadap kejadian hiperemesis gravidarum. Secara alamiah, hormon progesteron pada ibu hamil akan meningkat untuk menjaga ketebalan dinding rahim, namun akibat lainnya

adalah mual dan muntah. Hormon progesteron pada orang yang mengalami stres juga mengalami peningkatan sebagai respon fisiologis pada saat stress karena hormon tersebut berfungsi sebagai penenang. Namun, peningkatan hormon progesteron ini dapat memicu timbulnya mual dan muntah pada ibu hamil (Sulistyowati et al., 2014).

4) Dukungan suami

Dukungan yang diberikan suami kepada istri saat hamil akan memberikan rasa tenang dan rasa nyaman. Dukungan suami dapat diberikan berupa pendampingan selama istri hamil, mendukung program pemeriksaan dan terapi serta memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis (Anwar Ibrahim et al., 2021; Rofiah et al., 2019).

5) Pola makan

Konsumsi karbohidrat yang tinggi pada ibu hamil berupa karbohidrat dari makanan pokok maupun karbohidrat dari konsumsi gula dapat meningkatkan kejadian mual dan muntah. Konsumsi karbohidrat dapat menyebabkan disitmia lambung yang memicu keluhan mual dan muntah. Konsumsi protein diperlukan oleh ibu hamil namun pada beberapa kasus terjadi peningkatan keluhan mual dan muntah akibat dari sensitifitas terhadap bau amis pada protein hewani sehingga banyak ibu hamil menghindari protein hewani (Nurbaity et al., 2019).

6) Status paritas

Paritas merupakan banyak kelahiran hidup yang dipunyai oleh ibu. Paritas atau frekuensi ibu melahirkan sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan anak. Paritas dua sampai tiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian meternal. Paritas tinggi mempunyai angka kematian maternal yang tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi kematian maternal. Primigravida mengalami keluhan mual muntah berlebihan akibat dari belum mampu beradaptasi dengan perubahan hormon, keluhan tersebut selain karena hormonnya meningkat juga disebabkan oleh kurangnya pengalaman sehingga merasa lebih menderita (Anwar Ibrahim et al., 2021).

4. Patofisiologi

Peningkatan hormon estrogen pada kehamilan trimester I dapat memicu terjadinya mual dan muntah. Bila mual dan muntah berlebihan atau terjadi terus-menerus dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk pemenuhan kebutuhan energi tubuh. Metabolisme lemah yang tidak sempurna menyebabkan ketosis dengan tertimbunnya asam aseto-asetik, asam hidroksida butirik dan aseton darah, hal inilah yang menyebabkan napas bau aseton. Muntah berlebihan juga menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Kadar natrium dan klorida dalam darah berkurang. Tidak hanya itu, dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, sehingga aliran darah ke jaringan

berkurang. Hal ini menyebabkan jumlah zat makanan dan oksigen ke jaringan berkurang, juga tertimbunnya zat metabolik yang toksik. Robekan pada selaput lendir esofagus dan lambung sebagai akibat dari peningkatan asam lambung dapat menyebabkan perdarahan gastrointestinal (Ayu, 2016).

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala utama pada penderita hipermesisis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan atau lebih dari 10 kali perhari. Penurunan berat badan hingga lebih dari 10% dari berat badan sebelum hamil dapat terjadi sebagai akibat dari kurangnya intake nutrisi. Selain itu ibu hamil dapat mengalami kekurangan cairan atau dehidrasi, asidosis metabolik akibat kelaparan, alkilosia akibat kehilangan asam klorida, dan hipokalemia (Nurbaiti et al., 2019). Hiperemesis gravidarum digolongkan sesuai dengan berat ringannya gejala yang dialami oleh pasien (Widayana et al., 2013) yaitu :

a. Hiperemesis tingkat I.

Mual dan muntah terjadi terus menerus sehingga mempengaruhi keadaan umum pasien. Selain itu pasien mengeluhkan lemah, tidak ada nafsu makan, nyeri di epigastrium dan berat badan menurun. Frekuensi nadi meningkat namun teraba lemah, tekanan darah menurun, lidah kering, mata cekung dan turgor kulit menurun.

b. Hiperemesis tingkat II.

Pasien terlihat semakin lemah dan cenderung apatis. Tanda-tanda dehidrasi semakin nampak berupa turgor kulit membekuk, lidah terlihat kering dan kotor, frekuensi nadi meningkat namun teraba lemah, tekanan darah semakin turun dan pada beberapa kasus mengalami peningkatan suhu tubuh. Berat badan semakin berkurang, mata cekung, mata ikterik, oliguria, konstipasi, hemokonsentrasi dan napas bau aseton.

c. Hiperemesis tingkat III.

Kondisi lanjut dari hiperemesis yaitu terjadi penurunan keadaan umum yang lebih buruk bahkan kesadaran menurun mulai dari somnolen hingga koma, muntah berhenti, frekuensi nadi meningkat namun teraba lemah, suhu meningkat dan tekanan darah menurun. Kondisi fatal sebagai akibat lanjut dari defisiensi nutrien yaitu terjadinya nystagmus, diplopia dan gangguan mental.

6. Komplikasi

Hiperemesis gravidarum yang tidak segera ditangani dengan tepat tidak hanya berdampak buruk pada ibu hamil namun juga dapat menyebabkan gangguan pada janinnya. Kekurangan zat-zat gizi penting akibat dari hiperemesis dapat menyebabkan berat badan bayi lahir rendah, abortus, kelahiran prematur maupun malformasi anatomi pada janin atau janin mengalami kecacatan. Angka kejadian

intra uterin growth retardation (IUGR) atau pertumbuhan janin yang terhambat, meningkat pada ibu dengan hiperemesis gravidarum (Nurbaity et al., 2019). Komplikasi fatal dapat pula terjadi berupa gangguan mental yang disebut Encephalopathy Wernicke.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita hiperemesis gravidarum bertujuan untuk mengetahui penyebab dan akibat dari hyperemesis, antara lain:

- a. Pemeriksaan darah lengkap menunjukkan keadaan hiponatremia, hipokloremia.
- b. Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menemukan tanda-tanda dehidrasi dan pemeriksaan berat jenis urin, ketonuria, peningkatan blood urea nitrogen, kreatinin dan hematokrit (Widayana et al., 2013).
- c. Pemeriksaan urine menunjukkan penurunan kadar klorida urin (Rofi'ah et al., 2019)
- d. Ultrasonografi untuk menentukan usia kehamilan, adanya gestasi multiple, mendeteksi abnormalitas janin serta melokalisasi posisi plasenta (Nurarif Amin Huda & Kusuma Hardhi, 2016).

8. Penatalaksanaan

Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum perlu menjalani perawatan dan pengobatan di rumah sakit. Pemberian terapi bertujuan untuk menghentikan keluhan mual dan muntah, mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat muntah berlebihan, serta menambah asupan nutrisi dalam tubuh (Rofi'ah et al., 2019). Penatalaksanaan hiperemesis gravidarum antara lain:

- a. Terapi farmakologis
Obat-obatan yang dapat diberikan diantaranya suplemen multivitamin, antihistamin, dopamin antagonis, serotonin antagonis, dan kortikosteroid. Vitamin yang diberikan seperti vitamin B1 dan B6.
- b. Cairan parenteral
Cairan intravena perlu diberikan ketika intake cairan secara oral tidak mencukupi kebutuhan tubuh karena muntah yang berlebihan.
- c. Terapi nutrisi
Pasien yang mampu makan per-oral maka diberikan nutrisi dengan memodifikasi diet yang diberikan supaya nutrisi dapat masuk. Pemberian makanan dalam porsi kecil dan sering diharapkan dapat mencukupi kebutuhannya. Jenis makanan yang diberikan adalah makanan tinggi karbohidrat, rendah protein dan rendah lemak. Sajian makanan sebisa mungkin tidak menimbulkan bau yang menyengat untuk mencegah efek mual.

d. Terapi non-farmakologis

Pemberian terapi nonfarmakologis yang dapat menjadi pilihan adalah dengan pemberian minuman ekstrak jahe atau aromaterapi jahe (Syafitri & Yanti, 2022). Aroma terapi lemon juga dapat digunakan untuk menurunkan frekuensi mual dan muntah pada ibu hamil (Rofi'ah et al., 2019)

9. Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum

a. Pengkajian Keperawatan

1) Identitas umum

Ibu hamil pada usia yang beresiko (umur <20 tahun atau >35 tahun) cenderung mengalami hiperemesis gravidarum. Status primigravida lebih berisiko mengalami hiperemesis gravidarum.

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah, lemah.

3) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu meliputi penyakit sebelumnya yang pernah dialami oleh pasien, perawatan apa yang telah dilakukan untuk mengatasi penyakitnya tersebut dan bagaimana penyakit tersebut berpengaruh terhadap kesehatannya secara umum. Seperti penyakit gastritis yang dialami sebelum hamil dapat menjadi lebih parah ketika pasien mengalami hiperemesis gravidarum. Riwayat infeksi saluran pencernaan akibat dari *Helicobacter pylori* dapat memicu terjadinya hiperemesis (Widayana et al., 2013)

4) Riwayat kehamilan

Pengkajian riwayat kehamilan meliputi kehamilan yang ke berapa, usia kehamilan saat ini atau perlu ditanyakan hari pertama haid terakhir serta keluhan kehamilan yang lalu. Pada primigravida, mola hidatidosa dan kehamilan ganda dapat meningkatkan terjadinya hiperemesis karena berkaitan dengan peningkatan kadar hormon *chorionic gonadotropin* (HCG).

5) Riwayat persalinan sebelumnya

Perawat perlu mengkaji riwayat persalinan sebelumnya, jenis persalinan, jumlah kelahiran, jumlah kelahiran hidup, penyulit persalinan dan perawatan persalinan sebelumnya.

6) Pengkajian fisik

Pengkajian fisik pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum terutama difokuskan pada keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, tanda-tanda dehidrasi, perubahan berat badan maupun besarnya kehamilan (Widayana et al., 2013)

a) Keadaan umum pasien terlihat lemah.

- b) Tanda-tanda vital yang dapat ditemukan antara lain tekanan darah menurun, frekuensi nadi meningkat namun teraba lemah.
 - c) Tanda-tanda dehidrasi antara lain membran mukosa pasien terlihat pucat dan kering, frekuensi dan jumlah urin berkurang.
 - d) Berat badan dapat mengalami penurunan hingga 10% dari berat badan sebelum hamil, bising usus terdengar hiperaktif dan secara umum pasien terlihat lebih kurus.
 - e) Ukuran tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan umur kehamilan dapat terjadi bila janin tidak mengalami pertumbuhan dengan baik sebagai akibat dari kurangnya asupan nutrisi.
- 7) Pola persepsi kesehatan
- Perawat perlu mengkaji persepsi dan pengetahuan ibu hamil dan keluarga tentang hiperemesis gravidarum. Pada umumnya pasien dan keluarga mengerti bahwa keluhan mual dan muntah merupakan kondisi yang lazim terjadi pada ibu hamil, namun seringkali pasien tidak mengerti bahwa keluhan mual muntah pada ibu hamil tidak sama dengan keluhan mual muntah pada hiperemesis. Pasien dan keluarga seringkali tidak mau periksa ke rumah sakit, karena menganggap mual muntah tersebut hanya hal biasa (Rofi'ah et al., 2019)
- 8) Pola nutrisi metabolismik
- Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum merasakan mual dan muntah yang berlebihan. Pasien juga mengeluhkan tidak adanya nafsu makan yang akan menghambat jumlah makanan yang masuk. Kurangnya intake makanan menyebabkan ibu hamil mengalami penurunan berat badan hingga 10% dari berat badan sebelum hamil.
- 9) Pola eliminasi
- Perubahan pola eliminasi dapat terlihat dengan berkurangnya frekuensi buang air kecil sebagai akibat dari kurangnya intake cairan.
- 10) Pola aktifitas – latihan
- Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum seringkali mengeluhkan lemah sehingga mengalami penurunan kemampuan dalam beraktifitas sehari-hari.
- 11) Pola tidur – istirahat
- Kebutuhan tidur pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum seringkali terganggu oleh perasaan mual dan muntah yang terus menerus
- 12) Pola kognitif – perceptual
- Perlu dilakukan pemeriksaan terhadap fungsi indera baik penglihatan, pendengaran, peraba, penciuman maupun pengcapnya. Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum lebih sensitif terhadap aroma yang tidak sedap sehingga memicu mual dan muntah.
- 13) Pola persepsi diri – konsep diri

Perlu dilakukan pengkajian tentang bagaimana persepsi diri pasien dalam hal fisik, psikologis maupun psikologis.

14) Pola peran – hubungan

Pola peran – hubungan menggambarkan keefektifan hubungan dan peran dengan individu, keluarga, komunitas dan komponen lainnya.

15) Pola seksualitas – reproduksi

Pengkajian pola seksual dilakukan untuk mengetahui apakah hiperemesis mempengaruhi pola seksualitasnya

16) Pola coping – toleransi stress

Pola coping adalah kemampuan seseorang dalam menghadapi situasi yang menyebabkan stres. Kondisi stress pada ibu hamil dapat memperparah keluhan mual dan muntah

17) Pola nilai kepercayaan

Keyakinan terhadap Tuhan dapat memberikan dukungan selama mengalami masalah.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Masalah kesehatan mengacu pada respons klien terhadap kondisi sehat-sakit sedangkan proses kehidupan mengacu pada respon klien terhadap kondisi yang terjadi selama rentang kehidupannya dimulai dari fase pembuahan hingga menjelang ajal dan meninggal yang membutuhkan diagnosis keperawatan dan dapat diatasi atau diubah dengan intervensi keperawatan (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan berikut ini adalah diagnosis keperawatan yang lazim terjadi pada ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum, antara lain:

1) Nausea (D.0076)

Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab:

- a) Kehamilan
- b) Aroma tidak sedap
- c) Rasa makanan / minuman yang tidak enak
- d) Faktor psikologis

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- a) Mengeluh mual
- b) Merasa ingin muntah
- c) Tidak berminat makan

Objektif : tidak tersedia

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a) Merasa asam di mulut
- b) Sensasi panas/dingin
- c) Sering menelan

Objektif:

- a) Saliva meningkat
- b) Pucat
- c) Diaforesis
- d) Takikardia
- e) Pupil dilatasi

2) Defisit nutrisi (D.0019)

a) Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

b) Penyebab:

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- (5) Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)

c) Gejala dan tanda mayor:

- (1) Subjektif : (tidak tersedia)
- (2) Objektif: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

d) Gejala dan tanda minor:

- (1) Subjektif:
 - (a) Cepat kenyang setelah makan
 - (b) Kram/nyeri abdomen
 - (c) Nafsu makan menurun

- (2) Objektif:
 - (a) Bising usus hiperaktif
 - (b) Otot pengunyah lemah
 - (c) Otot menelan lemah
 - (d) Membran mukosa pucat
 - (e) Sariawan

- (f) Serum albumin turun
 - (g) Rambut rontok berlebihan
 - (h) Diare
- 3) Hipovolemia (D.0023)
- a) Definisi: Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan / atau intraselular.
 - b) Penyebab:
 - (1) Kehilangan cairan aktif
 - (2) Kegagalan mekanisme regulasi
 - (3) Peningkatan permeabilitas kapiler
 - (4) Kekurangan intake cairan
 - (5) Evaporasi
 - c) Gejala dan tanda mayor:
 - (1) Subjektif: tidak tersedia
 - (2) Objektif:
 - (a) Frekuensi nadi meningkat
 - (b) Nadi teraba lemah
 - (c) Tekanan darah menurun
 - (d) Tekanan nadi menyempit
 - (e) Turgor kulit menyempit
 - (f) Membran mukosa kering
 - (g) Volume urin menurun
 - (h) Hematokrit meningkat
 - d) Gejala dan tanda minor:
 - (1) Subjektif:
 - (a) Merasa lemah
 - (b) Mengeluh haus
 - (2) Objektif:
 - (a) Pengisian vena menurun
 - (b) Status mental berubah
 - (c) Suhu tubuh meningkat
 - (d) Konsentrasi urin meningkat
 - (e) Berat badan turun tiba-tiba
- 4) Ansietas (D. 0080)
- a) Definisi: kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman
 - b) Penyebab:

- (1) Krisis maturasional
 - (2) Kekhawatiran mengalami kegagalan
 - (3) Kurang terpapar informasi
- c) Gejala dan tanda mayor:
 - (1) Subjektif:
 - (a) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - (b) Merasa bingung
 - (2) Objektif:
 - (a) Tampak gelisah
 - (b) Tampak tegang
 - (c) Sulit tidur
 - d) Gejala dan tanda minor:
 - (1) Subjektif:
 - (a) Mengeluh pusing
 - (b) Anoreksia
 - (c) Palpitasi
 - (d) Merasa tidak berdaya
 - (2) Objektif:
 - (a) Frekuensi napas meningkat
 - (b) Frekuensi nadi meningkat
 - (c) Tekanan darah meningkat
 - (d) Diaforesis
 - (e) Muka tampak pucat
 - (f) Suara bergetar
 - (g) Kontak mata buruk

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan serangkaian tindakan berupa segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mencegah dan memulihkan kesehatan klien(PPNI, 2018).

Tabel 7.1 Intervensi keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum

| Diagnosis | Tujuan | Intervensi |
|-----------------|--|--|
| Nausea (D.0076) | SLKI (PPNI, 2018b): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Nafsu makan meningkat | SIKI (PPNI, 2018a): Manajemen mual (I.03117): <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Monitor mual 4. Monitor asupan nutrisi dan kalori <i>Terapeutik:</i> 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <i>Edukasi:</i> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat rendah lemah 3. Ajarkan teknik norfarmakologis untuk mengatasi mual <i>Kolaborasi:</i> 1. Kolaborasi pemberian antiemetik <i>jika perlu</i> Manajemen mual (I.03118): <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi karakteristik muntah 2. Periksa volume muntah 3. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit <i>Terapeutik:</i> 1. Kontrol faktor lingkungan 2. Atur posisi mencegah aspirasi 3. Berikan dukungan fisik saat muntah 4. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah <i>Edukasi:</i> 1. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah 2. Anjurkan memperbanyak |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| | | <p>istirahat</p> <p>3. Anjurkan menggunakan Teknik non farmakologis (biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur, aromaterapi)</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu |
| Defisit nutrisi (D.0019) | <p>SLKI (PPNI, 2018b): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. Pengetahuan tentang pilihan makanan sehat meningkat | <p>SIKI (PPNI, 2018a): Manajemen nutrisi (I.03119):</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk (saat makan) 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p> |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Hipovolemia (D.0023) | <p>SLKI (PPNI, 2018b): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Membran mukosa membaik <p>Intake cairan membaik</p> | <p>SIKI (PPNI, 2018a): Manajemen hipovolemi (I.03116):</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan intravena sesuai kebutuhan |
| Ansitas (D.0030) | <p>SLKI (PPNI, 2018b): Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kekhawatiran menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Keluhan pusing menurun 5. Pola tidur membaik | <p>SIKI (PPNI, 2018a): Reduksi ansietas (I.09314):</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perubahan tingkat ansietas 2. Monitor tanda-tanda ansietas <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Diskusikan perencanaan realistik <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan secara faktual tentang masalah yang dialami 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan 4. Latih kegiatan pengalihan 5. Latih Teknik relaksasi <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu |

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana. Perawat membantu klien atau pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Sari, 2019).

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan keperawatan. Pelaksanaan tindakan pada pasien hiperemesis gravidarum memperhatikan perubahan atau perkembangan pasien di setiap diagnosis keperawatan.

1) Nausea (D.0076)

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosis nausea disesuaikan dengan rencana tindakan yaitu manajemen mual dan manajemen muntah.

Tindakan yang dilakukan pada manajemen mual yaitu:

- a) mengidentifikasi pengalaman mual
- b) mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup
- c) memonitor mual meliputi waktu terjadi, penyebab terjadi mual
- d) memonitor asupan nutrisi dan kalori meliputi jumlah dan jenisnya
- e) mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual
- f) memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- g) menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- h) menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- i) mengajarkan teknik norfarmakologis untuk mengatasi mual
- j) melakukan kolaborasi pemberian antiemetik *jika perlu*

Tindakan yang dilakukan pada manajemen muntah yaitu:

- a) mengidentifikasi karakteristik muntah
- b) memeriksa volume muntah
- c) memonitor keseimbangan cairan dan elektrolit
- d) mengontrol faktor lingkungan
- e) mengatur posisi mencegah aspirasi
- f) memberikan dukungan fisik saat muntah
- g) memberikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah
- h) menganjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah
- i) menganjurkan memperbanyak istirahat
- j) menganjurkan menggunakan Teknik non farmakologis (biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur, aromaterapi)
- k) melakukan kolaborasi pemberian antiemetik jika diperlukan

2) Defisit nutrisi (D.0019)

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi adalah dengan manajemen nutrisi yang disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Tindakan dalam manajamen nutrisi antara lain:

- a) mengidentifikasi status nutrisi
- b) mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c) mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- d) memonitor asupan makanan
- e) memonitor berat badan
- f) memfasilitasi menentukan pedoman diit
- g) menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- h) memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- i) memberikan suplemen makanan, *jika perlu*
- j) menganjurkan posisi duduk (saat makan)
- k) mengajarkan diit yang diprogramkan
- l) melakukan kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
- m) melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah dan jenis nutrien yang dibutuhkan

3) Hipovolemia (D.0023)

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah hipovolemia adalah dengan manajemen hipovolemia yang disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Tindakan dalam manajamen hipovolemia antara lain:

- a) memeriksa tanda gejala hipovolemia
- b) memonitor intake dan output cairan
- c) menghitung kebutuhan cairan
- d) memberikan asupan cairan oral
- e) menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- f) menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
- g) melakukan kolaborasi pemberian cairan intravena sesuai kebutuhan

4) Ansietas (D.0030)

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas adalah dengan reduksi ansietas yang disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Tindakan dalam reduksi ansietas antara lain

- a) mengidentifikasi perubahan tingkat ansietas
- b) memonitor tanda-tanda ansietas
- c) menciptakan suasana terapeutik
- d) menemani pasien untuk mengurangi kecemasan
- e) mendengarkan dengan penuh perhatian

- f) mendiskusikan perencanaan realistik
- g) menginformasikan secara faktual tentang masalah yang dialami
- h) mengajukan keluarga untuk tetap bersama pasien
- i) mengajukan mengungkapkan perasaan
- j) melatih kegiatan pengalihan
- k) melatih teknik relaksasi
- l) melakukan kolaborasi pemberian anti-ansietas, *jika perlu*

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk melihat sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien setelah dilakukan tindakan dengan kondisi pasien sebelum tindakan. Evaluasi dapat dilakukan di setiap selesai melakukan tindakan dan pada setiap akhir capaian waktu yang diharapkan sesuai dengan perencanaan. Keberhasilan dilihat dari kriteria hasil yang telah ditetapkan pada saat perencanaan.

Evaluasi keperawatan pada pasien hiperemesis gravidarum disesuaikan dengan kriteria hasil pada masing-masing diagnosis keperawatan, sebagai berikut:

1) Nausea (D.0076)

Evaluasi dilakukan dengan memberikan penilaian terhadap tingkat nausea sesuai tujuan yaitu tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun dan nafsu makan meningkat

2) Defisit nutrisi (D.0019)

Evaluasi dilakukan dengan memberikan penilaian terhadap status nutrisi sesuai tujuan yaitu status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat dan pengetahuan tentang pilihan makanan sehat meningkat

3) Hipovolemia (D.0023)

Evaluasi dilakukan dengan memberikan penilaian terhadap status cairan sesuai tujuan yaitu status cairan membaik dengan kriteria hasil kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, membranmukosa membaik, dan intake cairan membaik

4) Ansietas (D.0030)

Evaluasi dilakukan dengan memberikan penilaian terhadap tingkat ansietas sesuai tujuan yaitu tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi kekhawatiranmenurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, pola tidur membaik

DAFTAR PUSTAKA

- Alvionita, V. (2022). Faktor Risiko Umur Ibu Dan Psikologis Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum. *Jidan (Jurnal Ilmiah Kebidanan)*, 2(1), 50–55.
- Anwar Ibrahim, I., Syahrir, S., Anggriati, T., Studi Kesehatan Masyarakat, P., & Islam Negeri Alauddin Makassar, U. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hyperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Di Rsud Syekh Yusuf Tahun 2019. In *Public Health Nutrition Journal* (Vol. 1, Issue 2).
- Atiqoh, Rn. (2020). *Kupas Tuntas Hiperemesis Gravidarum (Mual Muntah Berlebih Dalam Kehamilan)* (I. Utami, Ed.). Onepeach.Media.
- Ayu, N. (2016). Patologi Dan Patofisiologi Kebidanan. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Ri. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.
- Nurarif Amin Huda, & Kusuma Hardhi. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc, Dalam Berbagai Kasus Edisi Revisi Jilid 2*. Mediaktion Jogja.
- Nurbaity, A. D., Candra, A., & Fitrianti, D. Y. (2019). Faktor Risiko Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Di Semarang. *Journal Of Nutrition College*, 8(3), 123–130.
- Ppni. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonsia: Definisi Dan Indikator Diagnostik* (1st Ed.). Dpp Ppni.
- Ppni. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi Dan Tindakan Keperawatan* (Ii, Vol. 1). Dpp Ppni.
- Ppni. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st Ed.). Dpp Ppni.
- Pratiwi, I. G. (2018). Pajanan Infeksi Helicobacter Pylori Dengan Hyperemesis Gravidarum. *Mikia: Mimbar Ilmiah Kesehatan Ibu Dan Anak (Maternal And Neonatal Health Journal)*, 1–4.
- Rofi'ah, S., Widatiningsih, S., & Arfiana, A. (2019). Studi Fenomenologi Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester I. *Jurnal Riset Kesehatan*, 8(1), 41. <Https://Doi.Org/10.31983/Jrk.V8i1.3844>
- Sari, K. J. (2019). *Pedoman Dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan*.
- Sulistyowati, S., Soesanto, E., & Purwanti, I. A. (2014). Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Tri Mester I Di Bps Ny. Sayidah Kendal. *Jurnal Kebidanan*, 3(1), 14–18.
- Sumarni. (2017). Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan Dan Pendekatan. *The Indonesian Journal Of Public Health*, 12(1), 129–141.

- Susanti, E. (2019). Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal Pada Ny "S" Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat Ii Di Rs Tni Angkatan Laut Jala Ammari Pada Tanggal 27 Mei-18 Juli 2018. In *Jurnal Midwifery* (Vol. 1).
- Syafitri, R., & Yanti, L. (2022). Kesehatan Wedang Jahe Untuk Penanganan Hiperemesis Gravidarum. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(4), 32–36.
- Widayana, A., Meghadana, I. W., & Kemara, K. P. (2013). Diagnosis Dan Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum. *E-Jurnal Med Udayana*, 658–673.

BAB VIII

ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN DIABETES MELITUS GESTASIONAL

Ns. Edita Astuti Panjaitan.,S.Kep.,M.Kep



BAB VIII

ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN DIABETES MELITUS GESTASIONAL

Ns. Edita Astuti Panjaitan.,S.Kep.,M.Kep

1. Pendahuluan

Satu dari sepuluh wanita menderita diabetes melitus (DM). Diabetes penyebab kematian wanita tertinggi no. 9 di dunia. 1–14% dari semua kehamilan (data di Indonesia:1,9-3,6%) Frekuensi DMG yang tidak terdiagnosis 10-25% menjadi penyumbang tingginya angka kesakitan dan kematian, baik ibu maupun bayi. Diabetes melitus gestasional adalah keadaan intoleransi karbohidrat yang memiliki awitan atau pertama kali ditemukan pada kehamilan.(Goyal et al. 2020)

Pada kehamilan terjadi peningkatan produksi hormon-hormon antagonis insulin, antara lain: progesteron, estrogen, human placenta lactogen, dan kortisol. Peningkatan hormone hormon tersebut menyebabkan terjadinya resistensi insulin dan peningkatan kadar glukosa darah.

DM Gestasional menyebabkan komplikasi yang signifikan dan berpotensi bagi ibu dan janin termasuk preeklampsia, eklampsia, polihidramnion, makrosomia janin, trauma kelahiran, kelahiran operatif, komplikasi metabolik neonatal dan kematian perinatal. DM Gestasional meningkatkan morbiditas neonatus, yaitu hipoglikemia, ikterus, polisitemia, dan makrosomia.Hal ini terjadi karena bayi dari ibu DM Gestasional mensekresi insulin lebih besar sehingga merangsang pertumbuhan bayi dan makrosomia. DM Gestasional juga dapat meningkatkan risiko bagi ibu 3-5% untuk menjadi DM di masa mendatang. Wanita dengan DM Gestasional hampir tidak pernah memberikan keluhan, sehingga perlu dilakukan skrining. Deteksi dini sangat diperlukan untuk menjaring DM Gestasional agar dapat dikelola sebaik-baiknya terutama dilakukan pada ibu dengan faktor risiko. Dengan adanya deteksi dini pada ibu hamil juga dapat membantu untuk meningkatkan kesejahteraan ibu baik selama kehamilan ataupun sesudah masa kehamilan. (Sarwar et al. 2010)

2. Definisi

Diabetes gestasional adalah hiperglikemia dengan nilai glukosa darah di atas normal tetapi di bawah nilai diagnostik diabetes. Diabetes gestasional terjadi selama kehamilan. Wanita dengan diabetes gestasional memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi selama kehamilan dan saat melahirkan. wanita dan anak-anak mereka juga berisiko lebih tinggi terkena diabetes tipe 2 di masa depan. Diabetes gestasional

didiagnosis melalui skrining prenatal, bukan melalui gejala yang dilaporkan. (who n.d.)

Wanita hamil yang tidak memiliki riwayat diabetes sebelumnya tetapi memiliki kadar gula darah yang tinggi selama kehamilan dapat disebut sebagai diabetes melitus gestasional. Berdasarkan kriteria diagnosa terakhir mengenai diabetes melitus gestasional disebutkan bahwa DMG memiliki efek sebesar 18% selama kehamilan (Elsayed et al. 2023)

Ada 2 istilah dalam diabetes pada kehamilan (Hafidz and Rujukan 2017)

- a. *Gestational Diabetes Mellitus* (GDM) adalah diabetes yang terjadi saat kehamilan dan tidak memiliki penyakit diabetes sebelum hamil.
- b. *Pre Gestational Diabetes Mellitus* (PGDM) adalah diabetes yang terjadi pada ibu hamil dengan memiliki riwayat diabetes sebelumnya, bisa DM tipe 1 atau tipe 2.

3. Etiologi

- a. Usia lebih 30 tahun
- b. Obesitas ($IMT >30 \text{ kg/m}^2$)
- c. Riwayat keturunan diabetes pada keluarga
- d. Pernah mengalami diabetes sebelum kehamilan
- e. Glukosuria (kadar gula berlebih dalam urine) saat hamil
- f. Mengalami abortus berulang
- g. Pernah melahirkan bayi makrosomia ($BB >4000 \text{ gram}$)
- h. Riwayat preeklampsia (Yuliani, Hadisaputro, and Nugraheni 2019)

4. Patofisiologi

Sebagian kehamilan ditandai dengan adanya resistensi insulin dan hiperinsulinemia yang pada beberapa perempuan akan menjadi faktor predisposisi terjadinya diabetes selama kehamilan. Resistensi ini berasal dari hormon diabetogenik hasil sekresi plasenta yang terdiri dari atas hormon pertumbuhan (*growth hormon*), *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH), plasenta laktogen, dan progesterone. Hormon ini dan perubahan endokrinologik serta metabolismik akan menyebabkan perubahan dan menjamin pasokan bahan bakar dan nutrisi ke janin sepanjang waktu. Akan terjadi diabetes mellitus gestasional apabila fungsi pankreas tidak cukup untuk mengatasi keadaan resistensi insulin yang diakibatkan oleh perubahan hormon diabetogenik selama kehamilan.

Kadar glukosa yang meningkat pada ibu hamil sering menimbulkan dampak yang kurang baik terhadap bayi yang dikandungnya. Bayi yang lahir dari ibu dengan diabetes melitus biasanya lebih besar, dan bisa terjadi juga pembesaran dari organ-organinya (hepar, kelenjar adrenal, jantung). Segera setelah lahir, bayi dapat mengalami hipoglikemia karena produksi insulin janin yang meningkat, sebagai reaksi terhadap kadar glukosa ibu yang tinggi. Oleh karena itu, setelah bayi dilahirkan, kadar

glukosanya perlu dipantau dengan ketat. Ibu hamil penderita diabetes melitus yang tidak terkontrol dengan baik akan meningkatkan resiko terjadinya keguguran atau bayi lahir meninggal. Bila diagnosis diabetes melitus sudah dapat ditegakkan sebelum kehamilan, tetapi tidak terkontrol dengan baik, maka janin beresiko mempunyai kelainan kongenital. Pada awal kehamilan, glukosa menembus plasenta mencapai fetus secara difusi, sedangkan asam amino berdifusi secara aktif. Ini berarti bahwa alanin (asam amino glukoneogenik) menurun dalam plasma ibu sebagai respon terhadap proses transportasi aktif tersebut. Kedua peristiwa ini akan menyebabkan penurunan kadar gula darah ibu antara 55-65 mg% pada awal kehamilan, dan mungkin pula disertai penurunan kadar insulin, sedangkan kadar glukagon dan hormon pertumbuhan normal. Pada proses penyesuaian ini, ibu tersebut dapat terjadi ketogenesis. Pada penderita diabetes yang hamil ketonemia harus dihindarkan. Dalam hal ini, dianjurkan pada setiap penderita diabetes gestasional perlu diberikan tambahan karbohidrat 25 gram saat akan tidur untuk mencegah ketosis pada malam hari. Semakin bertambah usia kehamilan, produksi Human Plasenta Lactogen (HPL) atau human chorionic somatomotropin meningkat karena pembentukannya oleh plasenta meningkat. Kedua hormon ini adalah antagonis insulin dan sebagai akibatnya penggunaan glukosa oleh ibu menjadi melambat. Pada wanita hamil normal, sel betha pulau-pulau langerhans akan menyesuaikan diri terhadap perubahan ini dengan meningkatkan sekresi insulin. Besarnya plasenta juga berpengaruh terhadap kadar HPL yang beredar dalam darah ibu. Bila ditemukan hipertrofi plasenta, hal ini menunjukkan diabetesnya tidak terkontrol baik, menyebabkan kadar HPL meninggi dalam darah ibu. Sebaliknya, kadar HPL plasma yang rendah dapat ditemukan pada plasenta yang kecil yang dijumpai sebagai akibat komplikasi pregestasional diabetes terhadap pembuluh darah yang berlangsung lama sehingga mempengaruhi pertumbuhan plasenta. Salah satu peranan HPL adalah untuk melindungi fetus dari aktivitas insulin yang berlebihan meskipun jumlah pemberian glukosa ke fetus tetap berlangsung. Setelah melahirkan dan pengeluaran plasenta, kadar HPL ibu cepat menghilang dan perubahan pengaturan hormonal akan kembali normal (Bobak et al. 2004).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang dirasakan berupa: polidipsi, poliuri, polifagia, penurunan BB, lemah, mengantuk (somnolen) dan dapat timbul ketoasidosis. Hal ini disebabkan karena glukosa tidak sampai ke sel-sel mengalami starvasi (lapar). Sehingga untuk memenuhi klien akan terus makan. Tetapi walaupun klien banyak makan, tetap saja makanan tersebut hanya akan berada sampai pada pembuluh darah. (Ticconi et al. 2020)

- a. *Poliuri* (banyak kencing)
Hal ini disebabkan oleh karena kadar glukosa darah meningkat sampai melampaui daya serap ginjal terhadap glukosa sehingga terjadi osmotic diuresis yang mana gula banyak menarik cairan dan elektrolit sehingga klien mengeluh banyak kencing.
- b. *Polidipsi* (banyak minum)
Hal ini disebabkan pembakaran terlalu banyak dan kehilangan cairan banyak karena poliuri, sehingga untuk mengimbangi klien lebih banyak minum.
- c. *Polipagi* (banyak makan)

6. Komplikasi

- a. Pada ibu
 - 1) Peningkatan risiko terjadinya preeklampsia
Preeklampsia adalah berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema atau keduanya yang disebabkan oleh kehamilan atau dipengaruhi oleh kehamilan yang sekarang. Biasanya keadaan ini timbul setelah umur kehamilan 20 minggu tetapi dapat pula berkembang sebelum saat tersebut pada penyakit trofoblastik. Preeklampsia biasanya terjadi pada primigravida.
 - 2) Peningkatan risiko seksio sesaria
Hal ini terjadi karena bayi yang baru lahir dari ibu dengan DMG akan memiliki berat badan yang lebih besar dari berat badan bayi baru lahir normal.
 - 3) Terjadinya diabetes melitus tipe 2 setelah melahirkan
- b. Pada Janin
 - 1) Makrosomia
Bayi baru lahir dengan berat badan yang berlebihan, yaitu sekitar 4.000-4.500 g atau lebih besar dari 90% menurut usia kehamilan setelah mengoreksi jenis kelamin atau etnis.
 - 2) Trauma persalinan
Trauma persalinan timbul karena bayi mengalami mikrosomia sehingga menjadi faktor penyulit dalam proses persalinan.
 - 3) Polisitemia
Polisitemia adalah peningkatan jumlah eritrosit karena pembentukan eritrosit yang berlebihan oleh sumsum tulang. Akibat dari polisitemia adalah darah menjadi kental dan kecepatan aliran darah ke pembuluh darah kecil menjadi berkurang. Jika kecepatan aliran darah ke pembuluh darah maka oksigen yang masuk akan berkurang dan bayi tampak kebiruan.
 - 4) Hipoglikemia
Hipoglikemia pada bayi baru lahir diakibatkan karena kadar glukosa menurun pada jam-jam pertama kehidupan bayi setelah dilahirkan akibat aliran glukosa dari plasenta yang telah terputus dan dipengaruhi juga oleh

- hiperinsulin pada bayi tersebut.
- 5) Hipokalsemia
Hipokalsemia terjadi karena ketidaknormalan kadar kalsium pada ibu yang disalurkan ke janin. Kadar kalsium yang tinggi pada ibu selama kehamilan direspon oleh janin dengan hipoparatiroid yang kemudian terjadi hipokalsemia.
 - 6) Hipomagnesemia
Hipomagnesemia belum diketahui pasti etiologinya, biasanya ada kaitannya dengan hipokalsemia. Hal lain yang memungkinkan adalah penyimpanan sekunder magnesium dalam otot yang tidak cukup akibat defisiensi melalui transfer plasenta dan hipoparatiroidisme neonatus.
 - 7) Hiperbilirubinemia neonatal
Adanya warna kuning pada kulit dan sklera bayi baru lahir yang disebabkan oleh jumlah produk pemecahan bilirubin berlebihan karena imaturitas fisiologis hati.
 - 8) Sindroma distres respirasi
Bayi dengan hiperinsulin karena tingginya kadar gula darah ibu mengakibatkan gangguan pernapasan. Hal itu terjadi karena jumlah insulin yang banyak pada bayi menghambat enzim lesin yang diperlukan untuk produksi surfaktan. Surfaktan adalah lapisan yang melapisi paru-paru dan memungkinkan bayi untuk bernapas ketika lahir.
 - 9) Resiko bayi lahir cacat
Resiko bayi lahir cacat berupa kelainan jantung bawaan dan spina bifida terjadi karena sebagian kelainan itu muncul saat trimester pertama. Ibu dengan DMG akan mengalami peningkatan gula darah yang pesat pada masa tersebut.
 - 10) Mortalitas
Hal ini terjadi karena ukuran bayi yang terlalu besar pada janin saat berada di kandungan atau aliran darah pada bayi tinggi asam laktat dan kurang oksigen.(Neiger 2017)

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang diperlukan adalah pemeriksaan kadar gula darah atau skrining glukosa darah, ultrasonografi untuk mendeteksi adanya kelainan bawaan dan makrosomia, Hemoglobin glikosida (HbA_{1c}) yang menunjukkan kontrol diabetik (HbA_{1c} lebih besar dari 6% khususnya sebelum kehamilan, membuat janin berisiko anomali kongenital).

- a. Uji Tantangan Glukosa (Glucose Challenge Test, GCT).
 - 1) Waktu
 - GCT seringkali dilakukan sebagai uji tapis rutin untuk DMG pada semua kehamilan minggu ke-24 sampai ke-28. GCT harus dilakukan lebih dini jika terdapat gejala. Beberapa sumber menganjurkan untuk dilakukan uji tapis pada kunjungan prenatal pertama jika terdapat faktor resiko. Ulangi pada minggu ke-24 sampai ke-28 jika hasil uji sebelumnya negatif.
 - 2) Prosedur
 - Kadar glukosa darah dilakukan 1 jam setelah diberikan beban glukosa oral 50g.
 - 3) Interpretasi
 - Abnormal jika kadarnya 140 mg/dl atau lebih. Meskipun kadar di bawah 140 mg/dl memiliki nilai prediktif negatif yang tinggi, tetapi ada beberapa yang hasilnya positif palsu. Uji toleransi glukosa 3 jam puasa harus dilakukan jika GCT >130 mg/dl.
- b. Uji Toleransi Glukosa (Glucose Tolerance Test, GTT)

 - 1) Waktu
 - Sebagai tindak lanjut untuk hasil GCT abnormal.
 - 2) Prosedur
 - Pasien harus makan makanan mengandung sedikitnya 150 g karbohidrat selama 2 hari. Pasien memiliki kadar glukosa serum yang diperoleh setelah berpuasa semalaman dan kemudian makan 100 g larutan glukosa. Kadar glukosa serum kemudian diperiksa pada jam pertama, kedua, dan ketiga.
 - 3) Interpretasi
 - Jika dua pembacaan atau lebih abnormal, pasien memerlukan pengajaran tentang diabetes. Jika glukosa darah tidak dapat dikendalikan dengan diet, pasien perlu diresepkan insulin.

- c. Adanya kadar glukosa darah yang tinggi secara abnormal. Kadar gula darah pada waktu puasa > 140 mg/dl. Kadar gula sewaktu >200 mg/dl.
- d. Glukosa darah: darah arteri / kapiler 5-10% lebih tinggi dari pada darah vena, serum/plasma 10-15% dari pada darah utuh, metode dengan deproteinisasi 5% lebih tinggi dari pada metode tanpa deproteinisasi.
- e. Glukosa urin: 95% glukosa direabsorpsi tubulus, bila glukosa darah > 160-180% maka sekresi dalam urine akan naik secara eksponensial, uji dalam urine: + nilai ambang ini akan naik pada orang tua. Metode yang populer: carik celup memakai GOD/glukoksidase.
- f. Benda keton dalam urin: bahan urine segar karena asam asetoasetat cepat didekarboksilasi menjadi aseton. Metode yang dipakai Natroprusid, 3-hidroksibutirat tidak terdeteksi.

- g. Pemeriksaan lain: fungsi ginjal (ureum, kreatinin), Lemak darah: (kolesterol, HDL, LDL, trigleserida), Fungsi hati, antibodi anti sel insula langerhans (islet cellantibody).

Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes:
Merekomendasikan skrining untuk mendeteksi Diabetes Gestasional : (Ouyang et al. 2023)

a. Risiko Rendah :

Tes glukosa darah tidak dibutuhkan apabila :

- 1) Angka kejadian diabetes gestational pada daerah tersebut rendah.
- 2) Tidak didapatkan riwayat diabetes pada kerabat dekat.
- 3) Usia < 25 tahun.
- 4) Berat badan normal sebelum hamil.
- 5) Tidak memiliki riwayat metabolisme glukosa terganggu.
- 6) Tidak ada riwayat obstetrik terganggu sebelumnya.

b. Risiko Sedang :

Dilakukan tes gula darah pada kehamilan 24 – 28 minggu terutama pada wanita dengan ras Hispanik, Afrika, Amerika, Asia Timur, dan Asia Selatan.

c. Risiko Tinggi :

Wanita dengan obesitas, riwayat keluarga dengan diabetes, mengalami glukosuria (air seni mengandung glukosa). Dilakukan tes gula darah secepatnya. Bila diabetes gestasional tidak terdiagnosis maka pemeriksaan gula darah diulang pada minggu 24 – 28 kehamilan atau kapanpun ketika pasien mendapat gejala yang menandakan keadaan hiperglikemia (kadar gula di dalam darah berlebihan).

8. Penatalaksanaan

- a. Penyusunan diet merupakan terapi utama
- b. Masukan kalori harus 30 sampai 35 kkal/kg/hari. Masukan harus dikurangi menjadi 24 kkal/kg/hari jika pasien gemuk.
- c. Pasien harus menghindari kue, permen, dan karbohidrat keja cepat lainnya.
- d. Komposisi diet harus terdiri dari karbohidrat 50 % sampai 60 , protein 20 % sampai 25 %, dan lemak 20 % dengan kandungan serat yang tinggi.
- e. Olahraga terbukti memiliki manfaat tambahan bersama dengan terapi diet.
- f. Kontrol secara ketat gula darah, sebab bila kontrol kurang baik upayakan lahir lebih dini, pertimbangkan kematangan paru janin. Dapat terjadi kematian janin mendadak. Berikan insulin yang bekerja cepat, bila mungkin diberikan melalui drips.
- g. Hindari adanya infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya. Lakukan upaya pencegahan infeksi dengan baik.

h. Pada bayi baru lahir dapat cepat terjadi hipoglikemia sehingga perlu diberikan infus glukosa.

i. Penanganan DMG yang terutama adalah diet, dianjurkan diberikan 25 kalori/kgBB ideal, kecuali pada penderita yang gemuk dipertimbangkan kalori yang lebih mudah.

j. Cara yang dianjurkan adalah cara Broca yaitu BB ideal = (TB-100)-10% BB.

k. Kebutuhan kalori adalah jumlah keseluruhan kalori yang diperhitungkan dari:

1) Kalori basal 25 kal/kg BB ideal

2) Kalori kegiatan jasmani 10-30%

3) Kalori untuk kehamilan 300 kalor

4) Perlu diingat kebutuhan protein ibu hamil 1-1.5 gr/kgBB

Jika dengan terapi diet selama 2 minggu kadar glukosa darah belum mencapai normal atau normoglikemia, yaitu kadar glukosa darah puasa di bawah 105 mg/dl dan 2 jam pp di bawah 120 mg/dl, maka terapi insulin harus segera dimulai.

l. Kontrol kadar gula darah

Pemantauan dapat dikerjakan dengan menggunakan alat pengukur glukosa darah kapiler. Perhitungan menu seimbang sama dengan perhitungan pada kasus DM umumnya, dengan ditambahkan sejumlah 300-500 kalori per hari untuk tumbuh kembang janin selama masa kehamilan sampai dengan masa menyusui selesai. Pengelolaan DM dalam kehamilan bertujuan untuk :

1) Mempertahankan kadar glukosa darah puasa < 10 mg/dl

2) Mempertahankan kadar glukosa darah 2 jam pp < 120 mg/dl

3) Mempertahankan kadar Hb glikosilat (Hb A1c) < 6%

4) Mencegah episode hipoglikemia

5) Mencegah ketonuria/ketoasidosis diabetic

6) Mengusahakan tumbuh kembang janin yang optimal dan normal.

Dianjurkan pemantauan gula darah teratur minimal 2 kali seminggu (ideal setiap hari, jika mungkin dengan alat pemeriksaan sendiri di rumah). Dianjurkan kontrol sesuai jadwal pemeriksaan antenatal, semakin dekat dengan perkiraan persalinan maka kontrol semakin sering. Hb glikosilat diperiksa secara ideal setiap 6-8 minggu sekali. Kenaikan berat badan ibu dianjurkan sekitar 1-2,5 kg pada trimester pertama dan selanjutnya rata-rata 0,5 kg setiap minggu. Sampai akhir kehamilan, kenaikan berat badan yang dianjurkan tergantung status gizi awal ibu (ibu BB kurang 14-20 kg, ibu BB normal 12,5-17,5 kg dan ibu BB lebih/obesitas 7,5-12,5 kg).

m. Terapi Insulin

Jika pengelolaan diet saja tidak berhasil, maka insulin langsung digunakan. Insulin yang digunakan harus preparat insulin manusia (human insulin), karena insulin yang bukan berasal dari manusia (non-human insulin) dapat menyebabkan terbentuknya antibodi terhadap insulin endogen dan antibodi ini dapat

menembus sawar darah plasenta (placental blood barrier) sehingga dapat mempengaruhi janin. Pada DMG, insulin yang digunakan adalah insulin dosis rendah dengan lama kerja intermediate dan diberikan 1-2 kali sehari. Pada DMG, pemberian insulin mungkin harus lebih sering, dapat dikombinasikan antara insulin kerja pendek dan intermediate, untuk mencapai kadar glukosa yang diharapkan. Obat hipoglikemik oral tidak digunakan dalam DMG karena efek teratogenitasnya yang tinggi dan dapat diekskresikan dalam jumlah besar melalui ASI.

n. Pengamatan Obstetrik

- 1) Ultrasonografi dini untuk perkiraan usia kehamilan yang tepat.
- 2) Pantau setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu, kemudian setiap minggu.
- 3) Periksa glukosa darah puasa dan periksa pemantauan di rumah pada setiap kunjungan. Jika kadar glukosa puasa $> 105 \text{ mg/dl}$, pasien harus dirawat di rumah sakit untuk memastikan kepatuhan dietnya.
- 4) Jika glukosa puasa tetap $> 110 \text{ mg/dl}$, terapi insulin merupakan indikasi.
- 5) Periksa adanya ketonuria setiap hari untuk memastikan konsumsi kalori yang mencukupi.
- 6) Jika dicurigai adanya makrosomia, lakukan pemeriksaan ultrasonografi. Jika perkiraan berat janin $> 4000 \text{ g}$, dapat dipikirkan seksio sesaria saat aterm. Amniosentesis bermanfaat untuk mengetahui maturitas paru – paru janin sebelum seksio sesaria, karena bayi dari ibu diabetic memiliki maturitas paru yang lebih lambat dibandingkan bayi dari ibu nondiabetik dengan usia kehamilan yang serupa.
- 7) Pada diabetes gestasional harus diperiksa GTT oral 75 g setiap 6 minggu pascapartum untuk menyingkirkan kemungkinan intoleransi karbohidrat yang menetap. Beritahukan pasien bahwa ia memiliki resiko sekitar 35 % untuk menderita diabetes pada saat tertentu dalam hidupnya.

o. Latihan Fisik

Latihan fisik dianjurkan untuk pasien diabetes bukan hanya untuk menurunkan berat badan, namun untuk menjaga metabolisme glukosa dalam tubuh. Oleh karena itu latihan fisik juga berguna untuk mencegah diabetes. Contoh latihan fisik yang dianjurkan adalah jalan santai, bersepeda santai dan yoga.

Saran latihan fisik pada penderita diabetes adalah mengecek kadar gula sebelum latihan fisik, terutama apabila penderita diabetes tipe 1 tidak patuh terhadap pengobatan. Penderita diabetes tipe 1 sebaiknya menunda latihan fisik apabila kadar gula darah sedang sangat tinggi ($>300 \text{ mg/dl}$) atau sangat rendah ($<70 \text{ mg/dl}$). Latihan fisik yang terlalu lama justru dapat mengacaukan titik pengaturan metabolisme glukosa dalam tubuh. Jika kadar insulin plasma pada

penderita diabetes tipe 1 sebelum latihan fisik adalah tinggi, latihan fisik dapat menyebabkan hipoglikemi, bahkan saat sudah tidak ada aktivitas otot. Di sisi lain, jika kadar insulin plasma sebelum latihan fisik adalah rendah, latihan fisik dapat meningkatkan kadar gula darah dan menyebabkan kondisi ketoasidosis (gula tidak bisa dimetabolisme sehingga menghasilkan keton yang bersifat racun bagi tubuh). (Ouyang et al. 2023)

p. Penatalaksanaan Diabetes Gestasional Intrapartum:

- 1) Persalinan SC adalah pilihan yang tepat jika TBJ > 4000 gram.
- 2) Sumber primer hormon anti insulin adalah plasenta maka tidak terdapat tata laksana lebih lanjut yang dibutuhkan pada periode segera setelah persalinan.
- 3) Semua ibu dengan DG harus menjalani skrining 6 – 8 mg pasca salin karena memiliki resiko terkena DM diluar kehamilan.

9. Asuhan Keperawatan Pada Ibu hamil Dengan Diabetes Gestasional

a. Pengkajian

- 1) Identitas
- 2) RKD (Riwayat Kesehatan Dahulu)
- 3) Riwayat diabetes
- 4) Riwayat anak lahir besar
- 5) Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK)
- 6) Adanya keluarga yang menderita DM
- 7) Riwayat Kesehatan Sekarang (RKS)
- 8) Ditemui adanya tanda-tanda DM, seperti polidipsi, polifagi, poliuri, dan lain-lain
- 9) Saluran urinarius
- 10) Dapat mengalami riwayat poliuri, Infeksi Saluran Kemih (ISK), nefropati makanan dan cairan, polidipsia, polifagia, mual, muntah, serta penurunan berat badan.
- 11) Keamanan
- 12) Integritas kulit lengan, paha dapat berubah karena injeksi insulin yang sering, terdapat kerusakan penglihatan/retinopati, serta riwayat gejala-gejala infeksi dan atau positif terhadap infeksi perkemihan.
- 13) Status Kebidanan
- 14) Tinggi fundus mungkin lebih tinggi atau rendah dari normal terhadap usia gestasi (hidramnion, ketidaktepatan pertumbuhan janin); riwayat neonatus besar terhadap usia gestasi (LGA); hidramnion; anomali kongenital; dan kematian janin yang tidak jelas penyebabnya.
- 15) Sosial ekonomi

- 16) Masalah faktor sosial ekonomi dapat meningkatkan resiko komplikasi, ketidakadekuatan, atau kurangnya sistem pendukung yang bertanggung jawab.
- 17) Pemeriksaan diagnostik
- 18) Hemoglobin glukosa (HbA1c) kadar glukosa serum acak, kadar keton urine, protein urine dan kreatin (24 jam), tes fungsi tiroid, hemaglobin, hemaktokrit, kadar estriol, tes toleransi glukosa, albumin glukosa, elektrodiagram, kultur vagina, tes nonstrs (NST), ultrasonografi, contraction stress test (CST), oxytocyn challenge test (OCT), amniosintesis, serta kriteria profil biofisik.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Resiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan Manajemen hiperglikemia
- 2) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan tingkat pengetahuan.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

c. Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
|----|--|---|---|
| 1 | <p>Resiko ketidakstabilan b/d kadar glukosa darah</p> <p>Definisi : Resiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes b. Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah c. Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes d. Penambahan berat badan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, tingkat keletihan teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mual berkurang - Perubahan status mental membaik - Peningkatan kadar glukosa darah membaik - Kelemahan berkurang - Pusing berkurang | <p>Manajemen hiperglikemia</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat mis: penyakit kambuhan 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau buruk |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 2 | <p>Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan.</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Penyebab : Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien</p> <p>Tanda mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal <p>Gejala minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram / nyeri abdomen c. Nafsu makan menurun <p>Tanda minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bising usus hiperaktif b. Membran mukosa pucat c. Serum albumin turun d. Rambut rontok berlebihan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, status nutrisi teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat - Kekuatan otot menelan meningkat - Perasaan cepat kenyang menurun - Sariawan menurun - Diare menurun - Nafsu makan membaik - Berat badan membaik - Membran mukosa membaik | <p>Manajemen Nutri :</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan Kalori dan Jenis nutrient 5. Monitor asupan makan 6. Monitor berat badan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan program diet 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein 4. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p><i>Edukasi :</i></p> <p>Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu. |
| | <p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan tingkat pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik | <p>Edukasi Kesehatan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesipan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keteratasan kognitif b. Gangguan fungsi kognitif c. Kekeliruan mengikuti anjuran d. Kurang terpapar informasi e. Kurang mampu mengingat <p>Tanda Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Gejala Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan) | <p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun - Perilaku membaik | <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat |
|--|---|--|--|

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencangkup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Rismawati et al. n.d.)

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Rismawati et al. n.d.)

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak et al. 2004. "Buku Ajar Keperawatan Maternitas."
- Elsayed, Nuha A. et al. 2023. "Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2023." *Diabetes Care* 46(December 2022): S1–4.
- Goyal, Alpesh et al. 2020. "American Diabetes Association 'Standards of Medical Care—2020 for Gestational Diabetes Mellitus': A Critical Appraisal." *Diabetes Therapy* 11(8): 1639–44. <https://doi.org/10.1007/s13300-020-00865-3>.
- Hafidz, Effi M, and Dasar D A N Rujukan. 2017. "L Algoritma." *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* 2(2): 87–97. <http://www.ejournal.undip.ac.id/index.php/jPKI/article/view/2592>.
- Neiger, Ran. 2017. "Long-Term Effects of Pregnancy Complications on Maternal Health: A Review." *Journal of Clinical Medicine* 6(8).
- Ouyang, Peilin et al. 2023. "Risk Prediction of Gestational Diabetes Mellitus in Women with Polycystic Ovary Syndrome Based on a Nomogram Model." *BMC Pregnancy and Childbirth*: 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05670-x>.
- Rismawati, Sariestya et al. ANALISIS PENYEBAB TERJADINYA ANEMIA PADA IBU HAMIL.
- Sarwar, N. et al. 2010. "Diabetes Mellitus, Fasting Blood Glucose Concentration, and Risk of Vascular Disease: A Collaborative Meta-Analysis of 102 Prospective Studies." *The Lancet* 375(9733): 2215–22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60484-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60484-9).
- Ticconi, Carlo et al. 2020. "Pregnancy-Related Complications in Women with Recurrent Pregnancy Loss: A Prospective Cohort Study." *Journal of Clinical Medicine*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. "Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik Keperawatan, Edisi 2. Jakarta : DPP PPNI." *Keperawatan*.
- Yuliani, Diki Retno, Suharyo Hadisaputro, and Sri Achadi Nugraheni. 2019. "Distribution of Preeclampsia Risk Factors in Pregnant Woman With Mild Preeclampsia in Banyumas District." *Jurnal Kebidanan* 9(2): 135.

BAB IX

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN PLACENTA PREVIA

Marlina, SST.,S.Kep.,Ns.,M.Kes



BAB IX

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN PLACENTA PREVIA

Marlina, SST.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

1. Pendahuluan

Kehamilan merupakan hal yang sangat diharapkan setiap pasangan suami istri, dimana mereka tentu mendambakan bayi yang sehat baik fisik maupun mentalnya. Setiap ibu hamil tentu menginginkan kehamilan yang sehat, melahirkan dengan selamat dan memiliki bayi yang sehat. Untuk melahirkan secara sehat diperlukan asupan nutrisi seimbang selama dalam kandungan janin mendapatkan nutrisi dari plasenta (Dewi, Surya, & Mahendra, 2021)

Plasenta sangat berperan penting selama kehamilan bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses melahirkan. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta itu sendiri ataupun gangguan implantasi dari plasentanya. Gangguan tersebut berupa kelainan letak implantasinya dan kelainan dari kedalaman implantasinya. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini adalah keadaan yang disebut sebagai plasenta previa (Fauziyah, 2021)

Jenis plasenta previa terdiri dari previa sentralis 20%, lateralis 30% dan letak rendah 50%. Salah satu penyebab terjadinya plasenta previa adalah kerusakan dari endometrium pada persalinan sebelumnya dan gangguan pembuluh darah pada desidua yang dianggap sebagai mekanisme terjadinya plasenta previa.

Ada beberapa faktor yang dapat mengakibatkan ibu hamil mengalami plasenta previa diantaranya yaitu usia, paritas, riwayat seksio sesaria dan riwayat abortus (Andika, Oktarina, Eliagita, & Mustakimah, 2022).

Berdasarkan data yang diperoleh pada Association Of South East Asian Nations (ASEAN) tentang angka kematian ibu di antaranya Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia dan Vietnam sama-sama 160 per kelahiran hidup, sedangkan di Indonesia mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup (Andika, Oktarina, Eliagita, & Mustakimah, 2022).

Di Indonesia berdasarkan Hasil Riskesdas 2018 jumlah presentasi plasenta previa berjumlah 23,2 %. Dengan daerah tertinggi dengan kasus plasenta previa DI Yogyakarta sebesar 37,8 %, urutan kedua pada daerah Jawa Timur dengan presentase 29,5 % dan pada urutan ketiga di daerah DKI Jakarta dengan presentase sebesar 28,7%. Sedangkan angka kejadian plasenta previa di Aceh sebesar 18,1 % (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Penyebab umum kematian maternal di Indonesia adalah perdarahan (30,1 –

35, 1%), hipertensi (21,5 – 27, 1%), infeksi (5,5 – 7,3%), abortus (0-4,2%), partus lama (0,1%), sisanya disebabkan penyakit lain yang memburuk saat kehamilan atau persalinan. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri atas perdarahan saat hamil, melahirkan dan perdarahan setelah melahirkan. Perdarahan pada masa hamil merupakan kasus gawat darurat yang kejadian berkisar 3% dari semua persalinan, penyebabnya antara lain plasenta previa, solusio plasenta, dan perdarahan yang belum jelas sumbernya (Dewi, Surya, & Mahendra, 2021).

Dampak yang terjadi pada ibu yang mengalami plasenta previa adalah perdarahan post partum dan syok karena kurang kuatnya kontraksi segmen bawah Rahim, infeksi dan trauma dan uterus/ servik. Sedangkan dampak yang terjadi pada bayi seperti prematuritas dengan angka kematian cukup tinggi (Taupan, 2019).

Peran perawat dalam menangani kasus plasenta previa ialah sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat merumuskan diagnosa keperawatan agar intervensi dan implementasi dapat dilaksanakan dengan tepat sesuai dengan kebutuhan pasien, kemudian di evaluasi dilakukan untuk memantau tingkat perkembangan asuhan keperawatan secara sederhana sampai dengan kompleks. Peran perawat antara lain peran sebagai advokat klien, peran edukator, peran koordinator, peran kolaborator, peran konsultan, dan peran pembaharu (Hidayat, 2020).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik mengambil studi kasus tentang plasenta previa agar dapat menerapkan asuhan keperawatan secara maksimal dan optimal maka diperlukan pengetahuan sekaligus pemahaman tentang konsep dasar penyakit plasenta previa dan proses keperawatannya, Maka penulis tertarik untuk mengangkat dan membahas lebih lanjut ke dalam membuat buku yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Kasus Plasenta Previa.

2. Pengertian Plasenta Previa

Plasenta previa adalah kondisi di mana plasenta melakukan implantasi pada segmen bawah rahim baik menutupi maupun berada di sekitar osteum uteri internum (Akbar:, Tjokroprawiro, & Hendarto, 2020).

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggul atau menimbulkan kelainan dalam Rahim (Fauziyah, 2021).

Plasenta previa merupakan implantasi plasenta di bagian bawah sehingga menutupi ostium uteri interstitium, serta menimbulkan perdarahan saat pembentukan segmen bawah Rahim (Jainurakhman, et al., 2021).

Berdasarkan pengertian diatas penulis berpendapat plasenta previa adalah plasenta yang terletak tidak pada posisinya yaitu pada rahim bawah sehingga dapat menutupi sebagian atau keseluruhan jalan lahir.

3. Klasifikasi Plasenta Previa

Menurut (Rohan & Suyoto, 2015) klasifikasi plasenta previa sebagai berikut :

- a. Plasenta previa totalis apabila seluruh pembukaan (*ostium internus servisis*) di tutup oleh jaringan plasenta.
- b. Plasenta previa lateralis yaitu plasentanya menutupi sebagian dari ostium serviks
- c. Plasenta previa marginalis, apabila jaringan plasenta berada tepat di pinggir pembukaan (*ostium internus servisis*).
- d. Plasenta letak rendah, yaitu plasenta yang letaknya tidak normal pada segmen bawah rahim akan tetapi belum menutupi pembukaan jalan lahir berada 3-4 cm diatas pinggir permukaan apabila dilakukan vagina tauce plasenta tidak akan teraba.

4. Etiologi Plasenta Previa

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit ditentukan, namun ada beberapa faktor penyebab dapat meningkat resiko terjadinya plasenta previa misalnya bekas operasi infeksi rahim, kehamilan ganda, pernah plasenta previa, atau kelainan rahim.. Plasenta previa meningkat kejadianya pada keadaan yang endometrium kurang baik, misalnya karena atrofi endometriurnya kurang baiknya vaskularisasi desuda (Sukarni & Margaret, 2015).

Keadaan ini dapat terjadi pada wanita yang pernah melahirkan lebih dari satu kali, mioma uteri, koretasi yang berulang, umur diatas 45 tahun, bekas operasi seksio sesarea, perubahan inflamasi atau atrofi, misalnya pada wanita perokok atau pemakaian kokain. Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta yang tumbuh lebih luas sehingga menutupi ostium uteri internum. Apabila endometriurnya kurang sehat maka hasil konsepsi atau bakal janin akan mencari tempat implantasi yang lebih baik, yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Plasenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan yang luas, seperti pada *eritroblastosis*, dm atau kehamilan multiple.

Menurut (Triana, Damayanti, Afni, & Yanti, 2015) penyebab plasenta previa sebagai berikut:

- a. Plasenta previa merupakan implementasi di semen bawah rahim dapat disebabkan oleh endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi, endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin dan *vili korealis* pada korion Gundul yang persisten.
- b. Endometrium yang *inferior*

- c. Korpus intem yang bereaksi lambat
- d. Strassman mengatakan bahwa faktor terpenting adalah vaskularisasi yang kurang pada residua yang menyebabkan *atrofi* dan peradangan
- e. Brown mengatakan bahwa faktor terpenting ialah *vili korealis persisten* pada *residua kapsularis*.

Menurut (Triana, Damayanti, Afni, & Yanti, 2015) Ada beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan plasenta previa yaitu :

- a. Usia > 35 tahun atau usia < 20 tahun
- b. Banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan (paritas)
- c. Endometrium cacat, seksio cesarean, kuretase.
- d. Jarak antara persalinan pertama dan kedua < 2 tahun
- e. Hipoplasia endometrium
- f. Korpus luteum bereaksi lambat
- g. Tumor – tumor, seperti mioma uteri, polip pada dinding rahim.
- h. Kehamilan kembar
- i. Riwayat plasenta previa sebelumnya
- j. Terdapat jaringan parut
- k. Merokok

5. Patofisiologi Plasenta Previa

Perdarahan pada masa hamil akibat plasenta previa terjadi sejak 5 bulan kehamilan pada saat rahim sudah membesar sehingga terjadi perubahan pada segmen bawah rahim. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena perobekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan dapat terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal (Sukarni & Wahyu, 2015)

6. Manifestasi klinis Plasenta Previa

Menurut (Nugroho, Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan, 2019) tanda dan gejala pada Plasenta Previa ada 2 yaitu:

- a. Anamnesa
 - 1) Adanya Perdarahan pada jalan lahir berupa darah yang berwarna merah segar tidak disertai penyebab ataupun nyeri.
 - 2) Pada wanita hamil lebih dari satu kali pada kehamilan setelah 20 minggu
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Pada Pemeriksaan palpasi leopold III presentasi janin biasanya belum masuk pintu atas panggul

- 2) Pemeriksaan menggunakan spekulum: untuk melihat perdarahan yang berasal dari ostium uteri eksternum.

Menurut (Fauziyah, 2021) tanda gejala dari plasenta previa adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan pervagina

Darah berwarna merah terang pada umur kehamilan trimester kedua awal atau awal trimester ketiga merupakan tanda utama plasenta previa. pada perdarahan pertama bila jumlahnya sedikit tidak berakibat fatal sedangkan pada perdarahan berikutnya akan terjadi perdarahan dengan jumlah yang banyak

- b. Pada ibu

Apabila keadaan umum ibu lemah dan jumlah darah yang keluar sedikit demi sedikit atau dalam jumlah banyak dalam waktu yang singkat, maka akan menimbulkan anemia sampai syokhemoragik

- c. Pada janin

Apabila bagian terbawah janin belum bisa masuk ke pintu atas panggul maka dapat menyebabkan gangguan pada letak janin , Asfiksia, distress pada janin sehingga dapat berakibat fatal janin bisa meninggal dalam kandungan.

7. Pemeriksaan Klinis Plasenta Previa

Menurut (Nugroho, Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam, 2015) pemeriksaan klinis dari plasenta previa adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan USG untuk diagnosis letak plasenta
- b. Pemeriksaan darah seperti hemoglobin dan hematocrit

Menurut Sukarni & Wahyu (2015) pemeriksaan klinis dari plasenta previa adalah sebagai berikut :

- a. *Ultrasonography (USG)*
- b. *Computed Tomography (CT Scan)*
- c. Pemeriksaan Hemoglobin, Hematokrit, Clotting Time, Golongan darah
- d. Vagina Touce pada saat akan dilakukan operasi
- e. Pemeriksaan in spekulo
- f. deteksi letak plasenta secara tidak langsung dapat juga dilakukan dengan cara:
Radiografi, Radio Sotop.

8. Penatalaksanaan Plasenta Previa

Menurut (Akbar:, Tjokoprawiro, & Hendarto, 2020) penatalaksanaan dari plasenta previa antara lain :

- a. Pemeriksaan darah lengkap (Hemoglobin, golongan darah)
 - 1) Bila terjadi gangguan hemodinamik, segera lakukan stabilisasi terlebih dahulu.

- 2) Pasang IV line, berikan kristaloid dan darah (jika diperlukan).
 - 3) Penatalaksanaan spesifik untuk plasenta previa bergantung pada dua faktor, yaitu umur kehamilan dan maturitas janin serta beratnya perdarahan.
- b. Perawatan konservatif
- 1) Dilakukan pada janin preterm, tidak ada gawat janin, perdarahan yang tidak aktif dan tanda – tanda persalinan.
 - 2) Injeksi *steroid* untuk pematangan paru pada janin umur kehamilan antara 24-34 minggu.
 - 3) Apabila perdarahan tidak berhenti dalam waktu 2 hari dan kondisi janin membaik dapat rawat jalan dengan konseling yang baik.
 - 4) Pasien dengan plasenta previa totalis harus menjalani *pelvic rest*, tidak boleh koitus.
 - 5) Siapkan persalinan pada 37/38 minggu.
- c. Perawatan aktif
- 1) Perawatan aktif yang dimaksud adalah melakukan persalinan pada kondisi janin aterm atau adanya perdarahan pervagina aktif, kegawatan janin dan tanda – tanda persalinan.
 - 2) Pada plasenta previa totalis dimana janin tidak dapat lahir pervagina maka dilakukan terminasi perabdominam.
 - 3) Pada kasus plasenta previa parsialis dilakukan terminasi perabdominam pada janin hidup. Pada janin mati atau viable dapat dilakukan persalinan pervagina.
 - 4) Dianjurkan melakukan persalinan perabdominam pada kondisi bayi hidup dengan plasenta letak terendah dengan jarak 1-10 mm dari *Ostium Uteri Internum* (OUI). Sedangkan jika berjarak 11-20 mm, persalinan seksio sesaria juga harus dilakukan meskipun ada kemungkinan berhasil pada persalinan normal.
 - 5) Pada plasenta letak rendah (jarak dari OUI > 2 cm) dapat dilakukan *trial of labor*.
 - 6) Persalinan peraabdominal yang dilakukan harus melakukan persiapan darah, untuk perisapan jika didapatkan plasenta di anterior dan terpotong. Sehingga disarankan insisi klasik pada uterus.
 - 7) Jika irisan menembus plasenta janin harus segera dilahirkan dan juga melakukan clamping pada tali pusat
 - 8) Jika perdarahan masih berlanjut maka diperlukan tindakan histerektomi.

Menurut (Nugroho, Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan, 2019) penatalaksanaan dari plasenta previa antara lain :

- 1) Tindakan pembedahan dengan seksio sesaria
- 2) Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap kekiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan

- tekanan rongga perut (misalnya batuk, mengedan karena sulit buang air besar)
- 3) Pasang infus NaCl fisiologis, bila tidak memungkinkan beri cairan peroral
 - 4) Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi pasien secara teratur tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi atau syok akibat perdarahan
 - 5) Bila terjadi renjatan hipopolemik, segera lakukan pemberian cairan dan transfusi darah
 - 6) Pada kasus plasenta previa penanganannya tergantung dari banyaknya perdarahan , umur kehamilan dan jenis plasenta previa
 - 7) Tidak di anjurkan melakukan pemeriksaan dalam atau tampon vagina, karena akan perdarahan yang banyak dan dapat menjadi infeksi.
- d. Bila usia kehamilan kurang 37 minggu/ berat badan janin kurang 2500 gram, perdarahan sedikit, keadaan ibu dan anak baik maka biasanya penanganan konservatif sampai umur kehamilan aterm.
- 1) Tirah baring.
 - 2) Adona 1 -2 x 100 mg / hari.
 - 3) Drip duvadilan (D5) 2 ampul 8 – 10 tetes/ menit (12 jam observasi).
 - 4) Bila perdarahan terus terjadi maka dilanjutkan dengan duvadilan 1 x $\frac{1}{2}$ tablet/ hari dan dilanjutkan pemeriksaan ultrasono grafi, tetapi bila darah tetap maka dilanjutkan drip seperti yang diatas.
 - 5) Bila selama 3 hari tak ada perdarahan pasien mobilisasi bertahap
 - 6) Bila setelah pasien berjalan tetap tidak ada perdarahan pasien boleh pulang.
 - 7) Pasien di anjurkan agar tidak koitus, tidak berkerja keras dan segera ke rumah sakit jika terjadi perdarahan
- e. Jika perdarahan banyak dan diperkirakan membahayakan ibu dan janin maka diperlukan:
- 1) Pemberian cairan ringer laktat
 - 2) Vitamin K 1 ampul IM
 - 3) Kalmetason 1 ampul
 - 4) Siapkan operasi seksio sesar
- f. Bila umur kehamilan 37 minggu/ lebih dari berat badan janin 2500 gram pada kondisi ini maka dilakukan penanganan secara aktif yaitu segera lahirkan janin, baik secara pervagina/perabdominal.
- 1) Pertolongan persalinan pervaginam dapat dilakukan pada plasenta previa marginalis, plasenta previa letak rendah dan plasenta previa lateralis dengan pembukaan 4 cm/lebih.
 - 2) Pada kasus tersebut bila tidak banyak perdarahan maka dapat dilakukan pemecahan kulit ketuban agar bagian bawah anak dapat masuk pintu atas panggul menekan plasenta yang berdarah.

- 3) Jika his lemah tidak teratur dapat diberikan pitosin drip. jika perdarahan masih terjadi maka pertolongan persalinan dilakukan dengan tindakan operasi.
- 4) Persalinan dengan seksio sesaria diindikasikan untuk plasenta previa totalis, janin hidup ataupun kematian janin dalam kandungan (KJDK).

9. Komplikasi Plasenta Previa

Menurut (Akbar; Tjokoprawiro, & Hendarto, 2020) penatalaksanaan dari plasenta previa antara lain :

- a. Plasenta akreta, inkreta dan perkreta
- b. Adanya vasa previa
- c. Malpresentasi
- d. Perdarahan
- e. Syok hipovolemik
- f. Peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal
- g. Persalinan preterm

Menurut (Rohan & Suyoto, 2015) komplikasi plasenta previa sebagai berikut :

- a. Pada ibu dapat terjadi :
 - 1) Perdarahan hingga syok akibat perdarahan
 - 2) Anemia karena perdarahan
 - 3) Endometritis pasca persalinan
 - 4) Plasenta abruptio
 - 5) Perdarahan sebelum atau selama melahirkan yang dapat menyebabkan histerektomi (operasi pengangkatan rahim)
 - 6) Perdarahan post partum
 - 7) Plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta
 - 8) Robekan – robekan jalan lahir
 - 9) Prolaps plasenta

Apabila terjadi Prolaps plasenta maka harus dikeluarkan secara manual dan bila perlu dilakukan kuretase
- b. Pada janin dapat terjadi
 - 1) Prematur atau kelahiran bayi sebelum waktunya (<37 minggu)
 - 2) Asfiksia berat
 - 3) Kecacatan pada bayi
 - 4) Prolaps tali pusat

Komplikasi ibu yang sering terjadi adalah perdarahan postpartum dan syok karena kurang kuatnya segmen bawah Rahim, infeksi dan trauma dan uterus/serviks. Komplikasi bayi yang terjadi adalah prematuritas dengan angka kematian yang cukup tinggi (Nugroho, Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan, 2019).

10. Asuhan Keperawatan pada ibu Hamil dengan Plasenta Previa

a. Pengkajian Keperawatan

(Fauziyah, 2021) menyatakan bahwa untuk mendekripsi plasenta previa pada usia kehamilan memasuki terdeteksi pada trimester kedua kehamilan, dengan membesarnya usia kehamilan maka rahim juga akan membesar sehingga lokasi letak plasenta juga dapat bergeser. Ini dapat dilakukan pemeriksaan USG namun pada kasus plasenta previa parsial tidak dapat terdeteksi dengan jelas sampai melahirkan.

1) Anamnesis

Pada anamnesis dapat dinyatakan beberapa antepartum seperti umur kehamilan saat terjadinya perdarahan, apakah ada rasa nyeri, warna dan bentuk terjadinya perdarahan, frekuensi serta banyaknya perdarahan. Pada wanita yang sudah pernah hamil lebih dari satu kali perdarahan pervaginam yang terjadi tidak menimbulkan rasa nyeri dan tidak ada penyebab timbulnya perdarahan. Perdarahan ini dapat terjadi pada usia kehamilan setelah memasuki minggu ke 22.

2) Pemeriksaan luar

a) Inspeksi

Dapat dilihat perdarahan yang akan keluar pervaginam, banyak atau sedikit, darah beku dan sebagiannya. jika terjadi perdarahan maka konjungtiva akan terlihat anemis

b) Palpasi

Janin sering belum cukup bulan, jadi fudus uteri masih rendah, sering di jumpai kesalahan letak janin bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih goyang blm dapat masuk ke pintu atas panggul.

c) Ultrasonografi

Menegakkan diagnose plasenta previa dapat pula dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Pemeriksaan ini sangat aman dilakukan karena tidak menimbulkan efek samping dan tidak menimbulkan trauma pada ibu dan janinnya. terhadap ibu janin USG kedua menunjukkan penempatan plasenta previa. Pemeriksaan melalui Transvaginal ultrasonografi juga dapat dilakukan untuk mencapai hasil yang sangat yaitu dapat mencapai 100%. Transabdominal ultrasonografi dengan keakuratan berkisar 95%. Dengan USG dapat diketahui letak plasenta yang tertanam dalam Rahim. setelah di USG dapat juga di ketahui jarak plasenta apabila plasenta dengan tepi berjarak kurang dari 5 cm berarti plasenta berada di Rahim bagian bawah yang sebut dengan plasenta letak rendah. Apabila setelah di lakukan pemeriksaan tersebut masih juga

adanya perdarahan maka perlu dilakukan pemeriksaan secara manual menggunakan speculum atau disebut dengan inspekuo.

d) Pemeriksaan Inspekuo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah penyebab perdarahan yang terjadi berasal dari dalam Rahim, serviks atau vagina. Apabila perdarahan berasal dari dalam Rahim maka di duga adanya plasenta previa.

Menurut (Nureni & Wianti, 2018) pemeriksaan fisik dan laboratorium plasenta previa meliputi :

a) Pemeriksaan Abdomen

Apabila abdomen teraba kaku dan tidak adanya kontraksi Rahim, Bunyi jantung janin biasanya normal. Bagian presentasi konvergen pada pintu atas panggul (PAP). letak janin tidak normal misalnya letak bokong, oblik atau lintang) hal ini menunjukkan plasenta berada di bagian bawah Rahim.

b) Pemeriksaan pelvis

Pemeriksaan ini perlu dilakukan dengan seksama agar sumber perdarahan dapat diketahui lebih jelas, pemeriksaan dilakukan pada vulva untuk mengevaluasi sumber perdarahan karena perdarahan dapat juga terjadi genetalia eksternal.

Perdarahan traktus urinarius atau rectum. Pemeriksaan pervagina atau rektal dapat merangsang perdarahan hebat. Oleh karena itu pemeriksaan vagina touce tidak lagi dilakukan kecuali pasien berada di kamar operasi. Apabila perdarahannya minimal dan tampaknya bukan plasenta previa, pemeriksaan yang hati – hati dengan speculum dapat menyingkap kemungkinan perdarahan vaginal atau serviks (sebagai akibat rupturnya varises, erosi serviks, atau tumor – tumor serviks).

c) Periksaan laboratorium

Sementara pemriksaan laboratorium didapatkan :

- (1) Hitung darah lengkap harus dilakukan terhadap setiap pasien dengan tujuan menilai derajat anemia.
- (2) Urinalisis biasanya normal.
- (3) Golongan darah dan Rhesus: 2 sampai 4 unit darah harus dipersiapkan untuk kemungkinan transfusi. Apabila terjadi perdarahan yang hebat perlu segera dilakukan transfusi darah.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nugroho, Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah Dan Penyakit Dalam, 2015) diagnosa yang muncul pada plasenta previa sebagai berikut :

- 1) Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan Vaskuler dalam jumlah yang banyak

- 2) Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan perdarahan
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan respon tubuh terhadap aktivitas
- 4) Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang pemajaman sumber informasi, keterbatasan kognitif.
- 5) Resiko cedera pada janin berhubungan dengan malposisi janin

c. Perencanaan Keperawatan

Adapun Perencanaan keperawatan pada kasus plasenta previa Dalam kutipan (Nugroho, Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam, 2015) adalah sebagai berikut :

Tabel 9.1 Perencanaan Keperawatan

| No | Diagnosa | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi |
|----|--|--|--|
| 1 | Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan vaskuler dalam jumlah yang banyak | Tujuan : Kebutuhan cairan terpenuhi Kriteria hasil: a. Tensi dan nadi dalam batas normal b. Hb normal c. Perdarahan pervagina | 1. Kaji dan observasi penyebab Kehilangan vaskuler 2. Monitor tanda – tanda dehidrasi : penurunan kesadaran, nadi, tensi, anuria 3. Monitor tanda – tanda perdarahan 4. Hindari vagina touché/ periksa dalam 5. Ukur intake output tiap shift 6. Pantau kadar hematokrit dan Hb 7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan pemeriksaan labor |
| 2 | Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan perdarahan | Tujuan : Kecemasan teratasi 1 -2 hari Kriteria hasil : a. Mekanisme coping yang adekuat, komunikasi yang efektif serta kooperatif dengan petugas kesehatan | 1. Kaji tingkat dan penyebab kecemasan 2. Orientasikan pada lingkungan dengan penjelasan sederhana 3. Diskusi dengan pasien menggunakan bahasa yang mudah di pahami 4. Beri informasi yang cukup mengenai perawatan dan pengobatan yang dilakukan dan direncanakan 5. Beri dorongan untuk mengekspresikan perasaan 6. Beri pendampingan, libatkan keluarga, bila perlu libatkan pendamping pasien 7. Ajarkan teknik relaksasi bernafas dengan irama lambat meditasi, membaca 8. Perlihatkan rasa empati pada pasien 9. Singkirkan stimulasi yang berlebihan menjaga ketengangan lingkungan, batasi kontak dengan orang lain/ keluarga yang mengalami kecemasan |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 3 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan respon tubuh terhadap aktivitas | Tujuan : Aktivitas maksimal dapat tercapai Kriteria hasil : a. Respon terhadap aktivitas perdarahan berkurang | 1. Jelaskan aktfitas yang boleh dilakukan oleh klien selama sakit 2. Anjurkan Pasien untuk mengatur jadwal Istirahat 3. Bantu pemenuhan aktivitas yang tidak dapat/ tidak boleh dilakukan klien, kalo perlu libatkan keluarga. 4. Hindari perkerjaan berat dan jalan jauh 5. Perhatikan adanya perdarahan jika ada segera berobat 6. Hati – hati dalam melakukan hubungan suami istri |
| 4 | Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan minim interpretasi informasi | Tujuan : Kurang pengetahuan teratasi Kriteria hasil : a. Menunjukkan peringatan interest yangditunjukkan isu verbal dan nonverbal b. Menunjukkan respons dalam proses belajar mengajar dengan banyak bertanya | 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien 2. Jelaskan pastofisiologi dari proses penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi 3. Jelaskan pada pasien manifestasi Klinis tentang penyakitnya 4. Diskusikan perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mencegah ke kambuhan 5. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 6. Anjurkan klien untuk segera melapor ke fasilitas kesehstan bila tanda dan gejala berkurang |
| 5 | Resiko cedera pada janin berhubungan dengan malposisi janin | Tujuan : Resiko cedera pada janin teratasi Kriteria hasil : a. Toleransi aktivitas meningkat b. Perdarahan menurun | 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstentrik 3. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 4. Monitor denyut jantung janin 5. Monitor tanda vital ibu 6. Atur posisi pasien 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan informasikan hasil pemantauan |

d. Implementasi Keperawatan

Dalam tahapan proses keperawatan Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat yang merupakan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tata cara berkomunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak – hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam

melaksanakan implementasi keperawatan ada 2 jenis tindakan yang dapat dilakukan yaitu secara mandiri dan kolaborasi (Hidayat, 2020).

Pelaksanaan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapi sehingga status kesehatannya dapat sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan dapat berjalan dengan baik maka seorang perawat harus mempunyai kemampuan secara pengetahuan, kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain, terampil dalam melakukan tindakan keperawatan secara komprehensif sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (Rukmini, 2021).

Adapun tujuan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan hasil rencana dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi untuk mengatasi kondisi kesehatan pasien dalam periode singkat.
- 2) Mempertahankan daya tahan tubuh klien.
- 3) Mencegah terjadinya komplikasi.
- 4) Menemukan perubahan sistem tubuh.
- 5) Memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien.
- 6) Menyesuaikan dengan implementasi dokter.

Secara garis besar terdapat tiga katagori dari implementasi keperawatan, antara lain sebagai berikut :

1) Cognitif implementations

Berupa edukasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dalam melakukan aktivitas setiap harinya, mengajarkan klien teknik komunikasi yang baik, memberikan respon yang positif terhadap pertanyaan klien, melakukan kerjasama yang baik untuk menciptakan lingkungan yang kondusif antar tim perawat, pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

2) Interpersonal implementations

Melibuti koordinasi setiap kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menyusun jadwal terapeutik, menentapkan jadwal personal, tunjukan rasa empati, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi bagi klien, Memberikan contoh yang baik, dan lain-lain.

3) Technical implementations

Berupa tindakan keperawatan yang langsung di berikan kepada klien, melakukan pengkajian secara terus menerus untuk menemukan data baru, mengevaluasi setiap perubahan perilaku klien, melakukan aktifitas harian perawat secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

e. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Basri, Utami, & Mulyani, 2020) tujuan evaluasi adalah untuk menentukan efisiensi asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respons klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan. Evaluasi dapat dilakukan sejak awal tahap pengkajian data dan dapat menjadi indikator kemajuan klien terhadap tujuan kriteria hasil. Evaluasi dicatat untuk :

- 1) Mengkomunikasikan status klien dan hasilnya yang berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat.
- 2) Memberikan informasi yang adekuat kepada pasien tentang kondisi kesehatannya sehingga pasien dan keluarga dapat mengambil keputusan untuk memulai dan menghentikan asuhan keperawatan
- 3) Menjelaskan perencanaan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan pada catatan penilaian ulang dalam menentukan kembali diagnosis keperawatan.

Tahapan dalam mendokumentasikan hasil Evaluasi adalah sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan data dan pembentukan pernyataan kesimpulan merupakan dua langkah penting dalam pendokumentasiand evaluasi. Untuk pendokumentasiand evaluasi diperlukan kelengkapan data evaluasi sehingga dapat bermanfaat dalam menyusun ringkasan dalam laporan asuhan keperawatan.
- 2) Partisipasi klien sangat di butuhkan agar tercapainya tujuan asuhan keperawatan. pada beberapa kasus masih banyak klien yang mengharapkan tujuan yang tidak mungkin, dicapai dikarenakan tidak ada sumber-sumber yang di perlukan. Dalam keadaan yang lain, variable intervensi mengubah pandangan klien (sering kali merupakan kasus dengan proses penyakit). Perawat perlu membantu klien memformulasikan dan tujuan yang dilakukan.
- 3) Kesadaran faktor lingkungan, sosial, dan dukungan keluarga. Faktor – faktor ini sangat berarti selama evaluasi dan di indentifikasi dalam fase penilaian proses keperawatan, terutama transfer atau proses implementasi. Dukungan Keluarga sangat di butuhkan agar tercapainya asuhan keperawatan sehingga evaluasi keperawatan dapat di dokumentasikan dengan baik.

(Mufdillah, 2009) menyatakan bahwa metode SOAP Merupakan teknik penilaian sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses penilaian dalam melaksanakan manajemen keperawatan.

1) S (Data Subjektif)

Merupakan pendokumentasiand manajemen keperawatan menurut Halen Varney langkah pertama (pengkajian data),terutama data yang diperoleh dari keluhan pasien untuk melaksanakan manajemen keperawatan. Data subjektif ini berhubungan dengan keluhan yang dirasakan pasien. Data subjektif ini akan menjadi penguatkan bagi perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan.

2) O (Data Objektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen keperawatan menurut Halen Varney pertama (pengkajian data), terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostic lain.

3) A (Assessment)

Merupakan pendokumentasian manajemen keperawatan menurut Halen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini: diagnosis/masalah keperawatan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/ masalah potensial dan untuk memenuhi kebutuhan pasien perlu segera dilakukan identifikasi tindakan yang sesuai sehingga memudahkan perawat menentukan tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

4) P (Planning)

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini untuk dilaksanakan pada hari berikutnya. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dari data subjektif dan data objektif sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai dengan kondisi pasien.

Dalam *planning* juga harus mencantumkan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan dalam proses evaluasi Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan menggunakan metode SOAP.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar:, M. I., Tjokroprawiro, B. A., & Hendarto, h. (2020). *Seri Buku Ajar Obstetri dan Ginekologi Obstetri Praktis Komprehensif*. Jawa Timur: Airlangga University Press.
- Andika, P., Oktarina, M., Eliagita, C., & Mustakimah, N. B. (2022). Hubungan Usia dan Paritas Ibu dengan Kejadian Plasenta Previa Di Rumah Sakit Umum Siti Aisyah Kota Lubuklingau. *chmk Midwifery Scientific*, vol 5 no1.
- Basri, B., Utami, T., & Mulyani, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Dewi, N. K., Surya, I. G., & Mahendra, I. N. (2021). KARAKTERISTIK IBU BERSALIN DENGAN PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH TAHUN 2018-2019. *Medika udayana*, vol 10 no 1.Hidayat, A. A. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan(Edisi Kedua)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia, K. K. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Jainurakhman, J., Arianto, S., Mataputun, D. R., Silalahi, L. E., Kurneawan, D., Rahayu, c. E., et al. (2021). *Asuhan Kperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Nugroho, T. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2019). *Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurei, R., & Wianti, A. (2018). *Asuhan Kperawatan Gannguan Maternitas*. Cirebon: Love Rinz Publishing.
- Rohan, & Suyoto. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sukarni, I., & Margaret. (2015). *Kehamilan Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sukarni, I., & Wahyu. (2015). *Buku Ajar Kperawata Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Taupan, N. (2019). *Obsgyn Obstetri dan Ginekologi untuk kebidanan dan keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Triana, A., Damayanti, I. P., Afni, R., & Yanti, J. S. (2015). *Buku Ajar Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Yogyakarta: The Publish.

BAB X

ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL

DENGAN SOLUTIO PLASENTA

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB X

ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN SOLUTIO PLASENTA

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat

1. Pendahuluan

Solutio plasenta adalah separasi premature plasenta dengan implantasi normalnya di uterus (korpus uteri) dalam masa kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum janin lahir. Dalam plasenta terdapat banyak pembuluh darah yang memungkinkan pengantaran zat nutrisi dari ibu ke janin, jika plasenta ini terlepas dari implantasi normlanya dalam masa kehamilan maka akan mengakibatkan perdarahan yang hebat (Bobak, 2018).

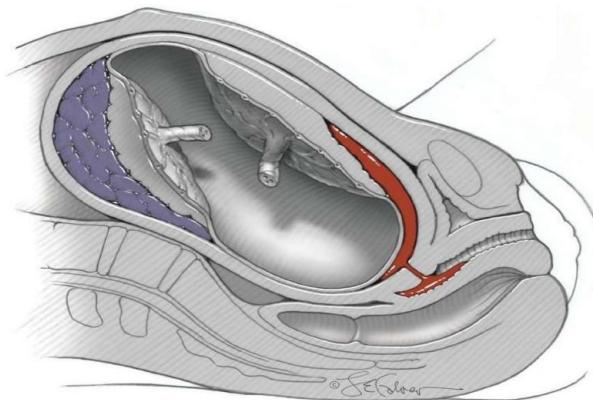
Perdarahan pada solutio plasenta sebenarnya lebih berbahaya daripada plasenta previa, karena pada kejadian tertentu perdarahan yang tampak keluar melalui vagina hampir tidak ada atau tidak sebanding dengan perdarahan yang berlangsung internal. Hal ini yang membuat solutio plasenta lebih berbahaya karena perdarahan atau jumlah darah yang keluar seringkali sulit diperhitungkan, padahal janin telah mati dan ibu berada dalam keadaan syok (Mitayani, 2019).

2. Pengertian

Solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta dengan implantasi normal sebelum waktunya pada kehamilan yang berusia diatas 28 minggu (Rasjidi, 2019). Menurut Prawirohardjo, (2019), solutio plasenta yaitu terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, dengan umur kehamilan diatas 22 minggu dan berat janin lebih dari 500 gram.

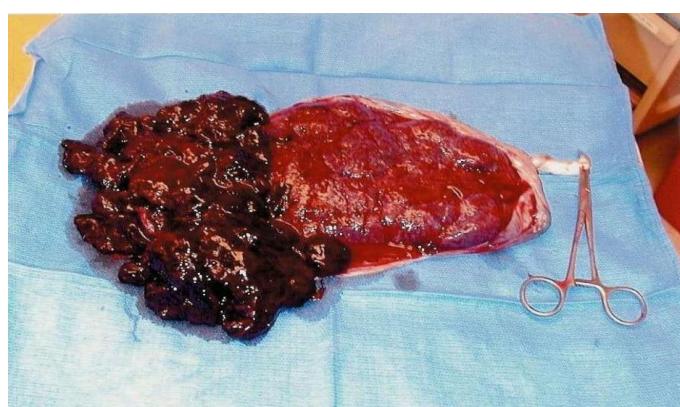
Solutio plasenta adalah suatu keadaan dalam kehamilan, dimana plasenta yang tempat implantasinya normal (pada fundus dan korpus uteri) terkelupas atau terlepas sebelum kala III (Mochtar, 2018). Selain itu yang dimaksud solutio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari implantsi normalnya (korpus uteri) sebelum janin lahir, dengan disertai perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin di atas 500 gram (Manuaba, 2018).

Solutio plasenta adalah pemisahan dini plasenta dari lapisan rahim sebelum selesainya kala dua persalinan (Schmidt et al., 2022). Solutio plasenta merupakan salah satu penyebab perdarahan pada paruh kedua kehamilan dan merupakan komplikasi kehamilan yang relatif jarang namun serius dan membahayakan kesejahteraan ibu dan janin (Schmidt et al., 2022). Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal sebelum waktunya.



Gambar 10.1 Skema solutio plasenta

Sumber: (Cunningham et al., 2014)



Gambar 10.2 Solutio plasenta

Sumber: (Resnik et al., 2018)

3. Penyebab

Sebab yang jelas terjadinya solutio plasenta belum diketahui, menurut (Mochtar, 2018) diantaranya:

Akibat turunnya tekanan darah secara tiba-tiba oleh spasme dari arteri yang menuju ke ruangan interviler, maka terjadilah anoksemia dari jaringan bagian distalnya. Sebelum ini menjadi nekrotis, spasme hilang dan darah kembali mengalir ke dalam intervili, namun pembuluh darah distal tadi sudah demikian rapuhnya serta mudah pecah, sehingga terjadi hematoma yang lambat laun melepas plasenta dari rahim. Darah yang tekumpul dibelakang plasenta disebut hematoma retroplasenter. Faktor-faktor yang mempengaruhinya antara lain:

- a. Faktor vaskuler (80-90%), yaitu toksema gravidarum, glumerulonefritis kronika, dan hipertensi esensial. Karena desakan darah tinggi, maka pembuluh darah mudah pecah, kemudian terjadi hematoma retroplasenter dan plasenta sebagian terlepas
- b. Faktor trauma
 - 1) Pengecilan yang tiba-tiba dari uterus pada hidramnion dan gemeli.

- 2) Tarikan pada tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin yang banyak/bebas, versi luar atau pertolongan persalinan.
- c. Faktor paritas
Lebih banyak dijumpai pada multi daripada primi.
- d. Pengaruh lain seperti anemia, malnutrisi, tekanan uterus pada vena kava inferior.
- e. Trauma langsung seperti jatuh, kena tendang dan lain-lain.

4. Patofisiologi

Terjadinya solutio plasenta dipicu oleh perdarahan ke dalam desidua basalis yang kemudian terbelah dan meningkatkan lapisan tipis yang melekat pada myometrium sehingga terbentuk hematoma desidual yang menyebabkan pelepasan, kompresi dan akhirnya penghancuran plasenta yang berdekatan dengan bagian tersebut. Ruptur pembuluh arteri spiralis desidua menyebabkan hematoma retro plasenta yang memutuskan lebih banyak pembuluh darah, sehingga pelepasan plasenta makin luas dan mencapai tepi plasenta, karena uterus tetap berdistensi dengan adanya janin, uterus tidak mampu berkontraksi optimal untuk menahan pembuluh darah tersebut. Selanjutnya darah yang mengalir keluar dapat melepaskan selaput ketuban (Nugroho, 2018).



5. Tanda dan Gejala

Menurut (Prawirohardjo, 2019)

a. Solutio plasenta ringan

Pada keadaan yang sangat ringan tidak ada gejala, kecuali hematoma yang berukuran beberapa sentimeter terdapat pada permukaan maternal plasenta. Rasa nyeri pada perut masih ringan dan darah yang keluar masih sedikit, sehingga belum keluar melalui vagina, tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu maupun janin masih baik. Pada inspeksi dan auskultasi tidak dijumpai kelainan kecuali pada palpasi terasa nyeri lokal pada tempat terbentuk hematoma dan perut sedikit tegang namun bagian-bagian janin masih dapat dikenal. Kadar fibrinogen darah masih dalam batas normal berkisar 350 mg%.

b. Solutio plasenta sedang

Gejala-gejala dan tanda-tanda sudah jelas seperti rasa nyeri pada perut yang terus-menerus, DJJ biasanya sudah menunjukkan gawat janin, perdarahan yang tampak keluar lebih banyak, takikardia, hipotensi, kulit dingin dan keringatan, oliguria mulai ada, kadar fibrinogen darah berkurang sekitar 150-250mg/100ml, dan mungkin kelainan pembekuan darah dan gangguan fungsi ginjal sudah mulai ada. Rasa nyeri akut timbul, kemudian menetap tidak bersifat hilang timbul seperti pada his yang normal. Perdarahan pervaginam jelas dan berwarna kehitaman, pasien pucat karena mulai ada syok sehingga keringat dingin. Keadaan janin biasanya sudah gawat atau *distress fetal*

c. Solutio plasenta berat

Perut sangat nyeri dan tegang serta keras seperti papan (defance musculaire) disertai perdarahan yang sangat hitam. Palpasi di daerah rahim tidak mungkin dilakukan lagi. Fundus uteri lebih tinggi daripada seharusnya oleh karena telah terjadi penumpukan darah di dalam rahim pada kategori *concealed haemorrhage*. Pada inspeksi rahim kelihatan membulat dan kulit permukaan abdomen kencang dan kilat. Pada auskultasi DJJ tidak terdengar lagi akibat gangguan anatomi dan fungsi dari plasenta. Keadaan umum menjadi buruk dan terjadi syok. Hipofibrinogenemia dan oliguria boleh jadi telah ada sebagai akibat komplikasi pembekuan darah intravaskuler yang luas, dan gangguan fungsi ginjal. Kadar fibrinogen darah rendah yaitu kurang dari 150mg% dan telah ada trombositopenia.

6. Klasifikasi

Menurut (Schmidt et al., 2022), klasifikasi solutio plasenta didasarkan pada temuan klinis berikut:

a. Kelas 0 (tanpa gejala)

1) Ditemukan adanya bekuan darah pada plasenta yang dilahirkan

b. Kelas 1 (ringan)

- 1) Tidak ada tanda-tanda perdarahan vagina atau sedikit perdarahan vagina
 - 2) Sedikit nyeri tekan pada rahim
 - 3) Tekanan darah ibu dan detak jantung dalam batas normal
 - 4) Tidak ada tanda-tanda gawat janin
- c. Kelas 2 (sedang)
- 1) Perdarahan vagina dalam jumlah sedang
 - 2) Nyeri tekan uterus yang signifikan disertai kontraksi tetanik
 - 3) Perubahan tanda-tanda vital: takikardia pada ibu serta perubahan tekanan darah ortostatik
 - 4) Adanya bukti gawat janin
 - 5) Perubahan profil pembekuan: hipofibrinogenemia
- d. Kelas 3 (berat)
- 1) Perdarahan vagina dalam jumlah yang banyak
 - 2) Rahim tetanik/konsistensi seperti papan saat palpasi
 - 3) Terjadinya syok maternal
 - 4) Perubahan profil pembekuan: hipofibrinogenemia dan koagulopati
 - 5) Kematian janin

Klasifikasi 0 – 1 disebut dengan pemisahan parsial atau marginal, sedangkan klasifikasi 2 – 3 disebut dengan pemisahan lengkap atau terpusat (Schmidt et al., 2022).

7. Faktor Risiko

Menurut (Brandt & Ananth, 2023), faktor risiko terjadinya solutio plasenta terbagi atas:

- a. Faktor genetik
- b. Faktor sosiodemografi, meliputi:
 - 1) Usia ibu (>35 tahun)
 - 2) Paritas >3
- c. Faktor medis/obstetrik, meliputi:
 - 1) Hipertensi kronik
 - 2) Diabetes mellitus gestasional
 - 3) Hipertensi gestasional
 - 4) Preeklampsia/eklampsia
 - 5) Polihidramnion
 - 6) Oligohidramnion
 - 7) Ketuban pecah dini
 - 8) *Chorioamnionitis*
 - 9) Kehamilan ganda
- d. Faktor perilaku, meliputi:

- 1) Konsumsi alkohol
- 2) Merokok
- 3) Kokain dan penggunaan obat-obatan terlarang
- 4) Depresi dan ansietas

8. Penatalaksanaan

Menurut (Manuaba, 2018)

a. Konservatif

Menunda pelahiran mungkin bermanfaat pada janin masih imatur serta bila solutio plasenta hanya berderajat ringan. Tidak adanya deselerasi tidak menjamin lingkungan intrauterine aman. Harus segera dilakukan langkah-langkah untuk memperbaiki hipovolemia, anemia dan hipoksia ibu sehingga fungsi plasenta yang masih berimplantasi dapat dipulihkan. Tokolisis harus dianggap kontraindikasi pada solutio plasenta yang nyata secara klinis.

b. Aktif

Janin yang masih hidup dilahirkan secara cepat dengan seksio sesaria. Seksio sesaria terkadang membahayakan ibu, karena dapat menyebabkan hipovolemia berat dan koagulopati konsumtif. Apabila janin meninggal lebih dianjurkan persalinan pervaginam, kecuali apabila perdarahan hebat atau terdapat penyulit persalinan yang menghalangi persalinan pervaginam.

9. Komplikasi

Menurut (Schmidt et al., 2022), solutio plasenta dapat menyebabkan berbagai komplikasi antara lain:

- a. Perdarahan aktif
- b. Kematian janin
- c. Kematian ibu
- d. Bayi lahir prematur
- e. Koagulopati
- f. Histerektomi (pengangkatan rahim)
- g. Operasi caesar berarti persalinan selanjutnya akan dilakukan melalui operasi caesar
- h. Kekambuhan pada persalinan selanjutnya
- i. Peningkatan risiko terjadinya penyakit jantung

10. Hasil Penelitian mengenai Solutio Plasenta

- a. Hubungan paritas ibu (primipara dan multipara) terhadap kejadian solutio plasenta

Implikasi antara paritas dan peningkatan kejadian solutio plasenta masih belum diketahui secara pasti. Namun, beberapa penelitian mengemukakan adanya

hubungan antara paritas dan solutio plasenta. Hasil penelitian oleh (Kartika et al., 2017) menunjukkan jika ibu dengan paritas multipara lebih besar mengalami risiko terjadinya solutio plasenta dibandingkan dengan ibu dengan paritas primipara. Hal tersebut dikarenakan pada paritas multipara, keadaan endometrium kurang baik seperti kurangnya vaskularisasi yang dapat menyebabkan kerusakan dinding sinus-sinus vena yang mensuplai jaringan plasenta sehingga risiko terjadinya perdarahan lebih besar. Namun, hasil penelitian berbeda ditemukan oleh (Wulandari, 2018) yang menyatakan jika ibu dengan paritas primipara dan multipara tidak memiliki kemungkinan untuk mengalami solutio plasenta.

b. Hubungan merokok terhadap kejadian solutio plasenta

Hasil penelitian oleh (Malia et al., 2023) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku merokok dengan terjadinya solutio plasenta. Penyebab terjadinya solutio plasenta pada ibu hamil dengan perilaku merokok yaitu disebabkan akibat terjadinya nekrosis desidua pada batas plasenta. Perilaku merokok juga dapat menyebabkan penurunan aliran darah plasenta. Hal ini terjadi akibat adanya perubahan pada zat vasoaktif seperti prostasiklin dan nitrit oksida, atau juga akibat adanya kerusakan sel endotel (Odendaal et al., 2020). Nikotin pada rokok juga memiliki efek vasokonstriksi yang dapat terjadi pada arteri uterine dan arteri umbilikalis serta meningkatkan konsentrasi hemoksihemoglobin yang mengganggu oksigenasi. Hipoksia yang terjadi kemudian menyebabkan mikroinfark pada pinggiran plasenta yang menimbulkan fokus nekrotik. Fokus nekrotik ini kemudian berkembang dan menyebabkan solusio plasenta (Odendaal et al., 2020).

c. Hubungan kejadian asfiksia neonatorum dengan riwayat solutio plasenta

Hasil penelitian oleh (Pratiwi, 2019), menunjukkan jika terdapat hubungan yang signifikan antara asfiksia neonatorum dengan solutio plasenta dengan nilai *Odds Ratio* = 0,179. Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa ibu dengan solutio plasenta berpeluang 0,179 kali lebih besar melahirkan bayi dengan asfiksia dibandingkan dengan yang tidak mengalami solutio plasenta. Solutio plasenta memiliki hubungan terhadap asfiksia karena plasenta merupakan tempat pertukaran gas antara ibu dan janin yang dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin akan terjadi bila terdapat gangguan pada plasenta. Dalam banyak kejadian, perdarahan berasal dari kematian sel (apoptosis) yang disebabkan oleh iskemia dan hipoksia (Pratiwi, 2019).

d. Hubungan kejadian IUFD (*Intrauterine Fetal Death*) dengan solutio plasenta

Menurut (Mardania et al., 2019), terdapat hubungan antara kejadian IUFD (Intrauterine Fetal Death) dengan solutio plasenta. Solutio plasenta dapat menyebabkan tingkat kematian perinatal sekitar 20 – 60% dimana dapat menyebabkan terjadinya IUFD. Hal tersebut dikarenakan solutio plasenta dapat menyebabkan ruptur pada arteri spiralis dan vena-vena marginalis sehingga menimbulkan perdarahan. Oleh karena itu, apabila jumlah darah akibat terlepasnya plasenta mencapai 1000 ml atau lebih, pada beberapa kasus hampir semua janinnya telah meninggal (Mardania et al., 2019).

11. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Rasjidi, 2019) pengkajian keperawatan untuk pasien dengan solutio plasenta:

- 1) Identitas pasien secara lengkap
- 2) Keluhan utama
 - a) Pasien mengatakan perdarahan yang disertai nyeri
 - b) Rahim keras seperti papan dan nyeri tekan karena isi rahmi bertambah dengan dorongan yang berkumpul dibelakang plasenta, sehingga rahim tegang, permukaan abdomen mengkilat
 - c) Perdarahan yang berulang-ulang
- 3) Riwayat penyakit sekarang

Darah terlihat merah kehitaman karena membentuk gumpalan darah, darah yang keluar sedikit/banyak, tergantung area pelepasan plasenta, terus menerus. Akibat dari perdarahan pasien lemas dan pucat, mengeluh nyeri. Sebelumnya pasien mengalami hipertensi esensialis atau preeklampsi, tali pusat pendek, trauma uterus.
- 4) Riwayat penyakit masa lalu

Kemungkinan pasien pernah menderita penyakit hipertensi / preeklampsi, tali pusat pendek atau trauma uterus. Disamping itu memiliki riwayat anemia, malnutrisi, mengalami trauma daerah abdomen, multigravida, glomerulusnephritis,
- 5) Riwayat penyakit keluarga

Kemungkinan adanya riwayat keluarga dengan solutio plasenta.
- 6) Riwayat obstetri

Tanyakan usia menarche, siklus haid, lama haid, keluhan saat haid, HPHT, serta riwayat kehamilan sebelumnya. Dapat terjadi kekambuhan solutio plasenta jika memiliki riwayat dengan solutio plasenta di kehamilan sebelumnya.
- 7) Riwayat psikologis

Pasien cemas karena mengalami perdarahan disertai nyeri, serta tidak mengetahui asal dan penyebabnya. Selain itu harapan memiliki keturunan. Selain kecemasan, adanya gejala depresi dan stress prenatal juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya solutio plasenta (Kawanishi et al., 2019).

- 8) Pemeriksaan fisik
 - a) Keadaan umum
 - (1) Kesadaran: comosmentis sampai dengan apatis
 - (2) Postur tubuh: biasanya gemuk
 - (3) Raut wajah: biasanya pucat
 - b) Tanda-tanda vital
 - (1) Tekanan darah: normal sampai turun (syok)
 - (2) Frekuensi nadi: normal sampai meningkat (>90x/menit)
 - (3) Frekuensi napas: normal / meningkat (> 24x/menit)
 - (4) Suhu: normal/ meningkat (>37°C)
 - c) Pemeriksaan *cepalo caudal /head to toe*
 - (1) Kepala: kulit kepala biasanya normal / tidak mudah mengelupas, rambut biasanya rontok / tidak rontok
 - (2) Muka: biasanya pucat, tidak edema, ada/tidak cloasma
 - (3) Hidung: biasanya ada pernapasan cuping hidung
 - (4) Mata: conjungtiva anemis
 - (5) Dada: bentuk dada normal, frekuensi napas meningkat, napas cepat dan dangkal
 - (6) Abdomen:
 - (a) Inspeksi: perut besar, terlihat strie pada area perut, terlihat linea alba dan ligra
 - (b) Palpasi: permukaan abdomen keras/rahim keras, fundus uterus naik
 - (c) Auskultasi: tidak terdengar DJJ, tidak ada gerakan janin
 - (7) Genitalia
Hiperpigmentasi pada vagina, vagina berdarah/keluar darah yang merah kehitaman, terdapat varises pada kedua paha/femur
 - (8) Ektremitas
Akral dingin, tonus otot menurun
- 9) Pemeriksaan penunjang
 - a) Darah: Hb menurun, hematokrit menurun, trombosit menurun, fibrinogen menurun, elektrolit terganggu, koagulopati
 - b) USG: untuk mengetahui posisi dan kondisi plasenta, usia gestasi, keadaan janin
 - c) Kardioktokografi: untuk mengetahui kesejahteraan janin

Pada tahap pengkajian ini masih dapat dilengkapi data yang ada pada bagian konsep dasar, yaitu tanda gejala, faktor resiko dan atau sudah ada gambaran adanya komplikasi.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas yang berhubungan dengan situasi kesehatan. Rumus diagnosis keperawatan adalah: (PPNI, 2017)

- 1) D.0009 Perfusi perifer tidak efektif b.d. penurunan konsentrasi hemoglobin (perdarahan) d.d. konjungtiva anemis, CRT >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, kadar Hb menurun
- 2) D.0077 Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (kontraksi uterus) d.d. klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat
- 3) D.0039 Risiko syok d.d. kekurangan volume cairan (perdarahan)

Diagnosis yang dirumuskan disesuaikan dengan data dan atau keluhan yang didapat saat pengkajian pasien dengan solusio plasenta.

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan jenis terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan keahlian dan penilaian klinis untuk mempromosikan, mencegah, serta memulihkan kesehatan klien, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018).

Perencanaan keperawatan untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif memiliki tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama perawatan dirumah sakit, maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: kekuatan nadi perifer meningkat, kadar HB meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan (PPNI, 2018), antara lain:

- 1) Observasi
 - a) Monitor tanda-tanda vital serta status hidrasi
Rasional: tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas yang lemah serta suhu tubuh yang tinggi menunjukkan adanya gangguan sirkulasi darah
 - b) Observasi tingkat perdarahan setiap 15-20 menit
Rasional: mengantisipasi terjadinya syok

- 2) Terapeutik
 - a) Catat intake dan output
Rasional: produksi urin yang kurang dari 30ml/jam menunjukkan penurunan fungsi ginjal
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan
Rasional: asupan cairan yang baik dapat mengatasi gangguan pada sirkulasi serta dapat mencegah terjadinya risiko syok
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi dalam pemberian terapi infus isotonic
Rasional: cairan infus isotonic dapat mengganti volume darah yang hilang akibat perdarahan
 - b) Kolaborasi dalam pemberian transfusi darah apabila Hb rendah
Rasional: transfusi darah dapat mengganti volume darah yang hilang akibat perdarahan

Perencanaan keperawatan untuk diagnosis nyeri akut memiliki tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama perawatan dirumah sakit, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan (PPNI, 2018), antara lain:

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri
Rasional: mengetahui gambaran nyeri yang dirasakan oleh pasien
 - b) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Rasional: faktor internal maupun eksternal (lingkungan) seperti pencahayaan, suara bising, serta suhu di lingkungan sekitar dapat mempengaruhi nyeri yang dirasakan oleh pasien
- 2) Terapeutik
 - a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, dll)
Rasional: teknik nonfarmakologis dapat membuat pasien menjadi lebih rileks
 - b) Fasilitasi istirahat dan tidur
Rasional: istirahat dan tidur merupakan salah satu cara untuk mengalihkan nyeri
 - c) Berikan pasien posisi yang nyaman (miring ke kiri/kanan)
Rasional: posisi miring dapat mencegah penekanan pada vena cava

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri pada pasien

Rasional: memberikan informasi mengenai penyebab nyeri yang dideritanya akan membuat pasien kooperatif dengan tindakan yang akan diberikan

- b) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: mengajarkan teknik nonfarmakologis pada pasien dapat mendorong pasien agar dapat mengurangi rasa nyeri secara mandiri

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: obat analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan pasien dengan memblok impuls nyeri

Perencanaan keperawatan untuk diagnosis risiko syok memiliki tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama perawatan dirumah sakit, maka tingkat syok menurun dengan kriteria hasil: kekuatan nadi meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, pengisian kapiler membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, frekuensi napas membaik (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan (PPNI, 2018), antara lain:

1) Observasi

- a) Monitor status kardiopulmonal

Rasional: pasien yang mengalami syok cenderung memiliki frekuensi dan kekuatan nadi yang lemah, frekuensi napas lambat, serta tekanan darah dibawah batas normal (hipotensi)

- b) Monitor status oksigenasi

Rasional: pasien dengan syok akan membuat status oksigenasi terganggu

- c) Kaji adanya perdarahan setiap 15-30 menit

Rasional: mengetahui adanya gejala syok sedini mungkin

2) Terapeutik

- a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional: pemberian oksigen dapat mengatasi sesak pada pasien yang mengalami syok

- b) Pasang jalur IV

Rasional: pemasangan IV *line* bertujuan untuk memenuhi status cairan pasien

3) Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala serta penyebab/faktor risiko syok

Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai syok

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian IV/transfusi darah

Rasional: mempertahankan volume cairan sehingga sirkulasi bisa adekuat.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tugas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dari masalah status kesehatan yang dialami. Metode implementasi harus memperhitungkan kebutuhan klien, variabel tambahan yang akan mempengaruhi kebutuhan keperawatan, serta aktivitas komunikasi (Mitayani, 2019).

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai rencana. Tindakan keperawatan dilakukan pada kebutuhan dan kondisi pasien saat ini. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan tim kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan. Tujuannya agar pasien dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri dan meningkatkan kemampuannya dalam menghadapi suatu masalah (Keliat *et al.*, 2018).

Pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif, tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat antara lain: 1) Memonitor tanda-tanda vital serta status hidrasi. 2) Mengobservasi tingkat perdarahan setiap 15-20 menit. 3) mencatat intake dan output. 4) Menganjurkan untuk meningkatkan asupan cairan. 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi infus isotonik dan transfusi darah apabila Hb rendah.

Pada diagnosis keperawatan nyeri akut, tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat antara lain: 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. 2) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri. 3) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 4) Memfasilitasi istirahat dan tidur. 5) Memberikan pasien posisi yang nyaman (miring ke kiri/kanan). 6) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri pada pasien. 7) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 8) Kolaborasi pemberian analgetik.

Pada diagnosis keperawatan risiko syok, tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat antara lain: 1) Memonitor status kardiopulmonal. 2) Memonitor status oksigenasi. 3) Mengkaji adanya perdarahan setiap 15-30 menit. 4) Memberi oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%. 5) memasang jalur IV. 6) Menjelaskan

tanda dan gejala serta penyebab/faktor risiko syok. 7) Kolaborasi pemberian IV/transfusi darah.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk menentukan apakah tujuan tindakan keperawatan yang telah dilakukan terpenuhi atau perlu strategi yang berbeda (Mitayani, 2019). Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tujuan dan outcome dapat tercapai (PPNI, 2019).

- 1) Perfusi perifer tidak efektif
 - a) Perfusi perifer adekuat
 - b) Konjungtiva ananemis
 - c) Akral hangat
 - d) Hb meningkat (normal)
 - e) Pengisian kapiler < 3 detik
 - f) Turgor kulit elastis
 - g) Pasien tidak pucat dan lemas
- 2) Nyeri akut
 - a) Nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Sikap protektif menurun
 - d) Gelisah dan kesulitan tidur menurun
 - e) Tanda-tanda vital membaik
- 3) Risiko syok
 - a) Kesadaran meningkat (compos mentis)
 - b) Akral hangat
 - c) Pengisian kapiler < 3 detik
 - d) Pasien tidak pucat dan lemas
 - e) Tanda-tanda vital membaik
 - f) Perdarahan berkurang

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. EGC.
- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059>
- Cunningham, F. G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., & Dashe, J. (2014). *William Obstetrics* (24th Ed). The McGraw-Hill Companies.
- Kartika, S. D., Program, A. B., Pendidikan, S., Fakultas, D., Universitas, K., Purwokerto, M., Raya, J., Waluh, D., Box, P. O., & Banyumas, K. (2017). Hubungan Antara Multiparitas Terhadap Terjadinya Perdarahan Antepartum Di RSIA Aprilia Cilacap. *Sainteks*, 13(1).
- Kawanishi, Y., Yoshioka, E., Saijo, Y., Itoh, T., Miyamoto, T., Sengoku, K., Ito, Y., Ito, S., Miyashita, C., Araki, A., Endo, T., Cho, K., Minakami, H., & Kishi, R. (2019). The relationship between prenatal psychological stress and placental abruption in Japan, the Japan Environment and Children's Study (JECS). *PLoS ONE*, 14(7), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219379>
- Keliat., et al. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (basic course)*. EGC.
- Malia, S. M., Islamy, N., & Triyandi, R. (2023). Merokok Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Solusio Plasenta. *Medula*, 13(1), 162–165. <http://www.journalofmedula.com/index.php/medula/article/view/564/448>
- Manuaba, B. I. (2018). *Kepaniteraan klinik obstetric & Ginekologi*. EGC.
- Mardania, N., Studi, P., Kedokteran, F., Sawitri, E., & Ngo, N. F. (2019). Gambaran Faktor Risiko Intrauterine Fetal Death (Iufd). *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, 4(2).
- Mitayani. (2019). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Salemba Medika.
- Mochtar, R. (2018). *Sinopsis Obstetri*. EGC.
- Odendaal, H., Wright, C., Schubert, P., Boyd, T. K., Robbers, D. J., Brink, L., Nel, D., & Groenewald, C. (2020). Associations of maternal smoking and drinking with fetal growth and placental abruption. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 253. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.018>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: definisi dan tindakan keperawatan*. DPP PPNI.

- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: definisi dan kriteria hasil*. DPP PPNI.
- Pratiwi, D. (2019). Determinan Kejadian Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Ilmu Kesehatan Karya Bunda Husada*, 5(2). <https://doi.org/10.56861/jikkbh.v5i2.29>
- Prawirohardjo, S. (2019). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka.
- Rasjidi, I. (2019). *Sectio Saesarea dan Laparotomi Kelainan Adneksa*. Sagung Seto Jakarta.
- Resnik, R., Lockwood, J. C., Moore, T., Copel, J., & Silver, M. R. (2018). *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice* (8th Ed). Elsevier.
- Schmidt, P., Skelly, C. L., & Raines, D. A. (2022). Placental Abruptio (Abruptio Placentae). *StatPearls Medical Journal*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
- Taufan Nugroho. (2018). *Obsgyn Obstetri dan Ginekologi*. Nuha Medika.
- Wulandari, I. A. (2018). Hubungan Paritas Ibu (Primipara Dan Multipara) Terhadap Kejadian Solusio Plasenta Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 2(1). <https://doi.org/10.37337/jkdp.v2i1.86>

PROFIL PENULIS



Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Sutomo Surabaya lulus tahun 1991 kemudian lanjut Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair lulus tahun 2002. S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas beliau selesaikan tahun 2007 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kemudian penulis melanjutkan kuliah Program Doktoral (S3) Ilmu Kesehatan Di FKM Unair lulus tahun 2017. Penulis aktif sebagai pembicara seminar dan fasilitator pelatihan gawat darurat maternal neonatal. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat Beberapa buku sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya Deteksi Dini Risiko Preeklamsi Dan Eklampsi, Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Modul Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Manajemen, Modul Manajemen Keperawatan, Modul Etika Keperawatan dan beberapa buku lainnya. Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Maternitas Indonesia baik di tingkat pusat maupun Wilayah Jawa Timur, tahun 2010-2017 menjadi ketua Ikatan Perawat Maternitas Indonesia Wilayah Jawa Timur selama 2 priode dan sekarang menjadi pengurus di Tingkat Pusat dan Tingkat Wilayah. e-mail: indhiatelu@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat lahir di Kediri, pada 24 November 1988. Penulis memulai karirnya sejak menamatkan pendidikan profesi Ners pada tahun 2012 dari Universitas Airlangga Surabaya. Karir dimulai sebagai dosen pengajar di STIKes Husada Jombang (2012-2014). Sejak tahun 2015 hingga sekarang Penulis aktif sebagai dosen keperawatan maternitas di STIKes RS Husada Jakarta. Tahun 2016 penulis melanjutkan kuliah Magister dan Spesialis Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2019. Penulis aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat.



Ns. Mariza Arfianti, S.Kep, M.A.N lahir di Bengkulu pada tanggal 30 Maret 1985. Penulis menamatkan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dan tahun 2016 penulis menyelesaikan program Master of Art in Nursingdi Arellano University pada peminatan Maternal and Child Nursing. Sejak tahun 2016 sampai saat ini penulis aktif mengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dehasen Bengkulu.



Yuanita Ani Susilowati, M.Kep., Ns.Sp.cep.Mat, lahir di Klaten Jawa Tengah pada tanggal 27 Juli 1967. Karir sebagai dosen diawali pada tahun 2010. Ani itu sebutan akrabnya kuliah keperawatan pertama di AKPER St.carolus Jakarta. Pendidikan sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di raih di UNPAD Bandung pada tahun 2003. Gelar Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas diraih di Universitas Indonesia pada tahun 2015.

Tamat Akper mendapat tugas mengajar di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) di RS Lela, Maumere-NTT selama kurang lebih dua tahun. Meniti karir sebagai perawat di RS Santo Yusup Bandung pada tahun 1992 sampai dengan 2010, selama rentang waktu tersebut bertugas di bangsal Bedah, bangsal penyakit dalam, bangsal kebidanan dan terakhir di Unit Gawat Darurat. Pada tahun 2010, Ketua Perkumpulan Perhimpunan Santo Borromeus (PPSB) memindah tugaskan di Pendidikan STIKes Santo Borromeus. Riwayat karir sebagai kepala bagian bangsal bedah, sebagai koordinator pelayanan keperawatan di UDG dan sebagai Pembantu Ketua III bidang Kemahasiswaan.

PROFIL PENULIS



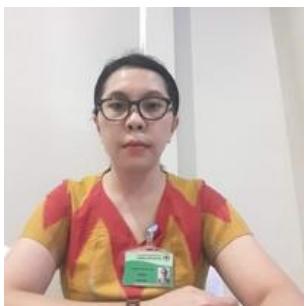
Un Kurniasih, S.Kep.,Ns.,M.M.Kes, lahir di Cirebon pada tanggal 17 September 1977, menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Akper Yapkesbi Cirebon, lulus tahun 1998, melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Cirebon tamat tahun 2003, melanjutkan pendidikan profesi Ners di STIKes Cirebon tamat tahun 2011, melanjutkan Pendidikan Magister Manajemen Kesehatan di IMNI Jakarta tamat tahun 2012. Sejak tahun 2007 sampai dengan sekarang sebagai tenaga pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon. Pada tahun 2018 menulis Buku Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas 1 dengan ISBN:978-602-451-187-6. dan menerbitkan beberapa jurnal di bidang kesehatan yang diterbitkan di jurnal nasional terakreditasi/internasional.



Yeni Yulistanti, S.Kep. Ns. M.Tr.Kep adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang. Lahir di Gunungkidul, 28 Juli 1978. Memulai karir di bidang keperawatan sejak lulus dari PAM Keperawatan Yogyakarta tahun 1999, menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi ners di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2007 dan menyelesaikan S2 Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2019. Penulis aktif sebagai pembicara seminar, fasilitator dalam kegiatan penyuluhan kesehatan reproduksi dan pembinaan sekolah pra nikah di wilayah Kota Magelang. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

Penulis saat ini sebagai pengurus organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) DPD Kota Magelang di bidang Pendidikan dan Pelatihan untuk masa bakti 2022-2027. e-mail: yeniyulistanti@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep. adalah dosen di STIKes Mitra Keluarga Bekasi. Lahir di Onan Tukka 09 Juni 1984, Riwayat Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Maternitas (S2) di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2016-2018. Pengalaman kerja penulis, perawat Thallasemia di Lembaga EIJKMEN RSCM (2007-2010), Perawat pelaksana di RS. PGI Cikini Jakarta (2010-2011), Koprodi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu (2011-2016). 2019-sekarang bekerja di STIKes Mitra Keluarga sebagai dosen tetap di devisi keperawatan Maternitas dan Unit PPPM Prodi Keperawatan. Saat ini penulis fokus melakukan kegiatan P3M di bidang keperawatan Maternitas dan menjadi narasumber dalam kegiatan seminar ilmiah. *e-mail: editapanjaitan@stikesmitrakeluarga.ac.id*



Marlina, SST, S.Kep., Ns., M.Kes. adalah Dosen di Poltekkes Kemenkes Aceh. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Pemda aceh Uatra lulus tahun 2001 kemudian lanjut DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran universitas Sumatera Utara 2005. S1 Keperawatan di Stikes Bumi Persada Lhokseumawe tahun 2016, Profesi Ners di Stikes Darusalam Lhokseumawe 2018, S2 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara tahun 2014. Penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di kabupaten Aceh Utara. *e-mail: lynadanlyna@gmail.com*

PROFIL PENULIS



Ulti Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat. Penulis memiliki profesi sebagai perawat. Proses pendidikan yang dilalui mulai dari Akademi Perawat (Akper) DepKes Jakarta, lulus tahun 1985. Lanjut pendidikan S1 keperawatan, dan meneruskan bidang ilmu keperawatan pada jenjang Magister/S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas/SpMat. Semua pendidikan ini ditempuh di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Sejak lulus dari Akper sebagai Dosen dan saat ini di Poltekkes Kemenkes Jakarta I

Sebagai dosen menjalankan Tridharma, melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat dan sebagai narasumber/fasilitator. Karya yang sudah ada artikel dalam jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Selain mengajar Keperawatan, juga mengajar MK PBAK (Pendidikan Budaya Anti Korupsi). Disamping itu sebagai Asesor LAMPT-Kes, anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), anggota ADPAKI sampai saat ini.

Email Penulis: ultyhanafi@yahoo.co.id

SINOPSIS

Buku Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan Komplikasi ini disusun untuk memudahkan mahasiswa keperawatan dan kebidanan dalam memberikan asuhan pada ibu hamil yang mengalami komplikasi. Buku ini terdiri dari 10 topik yaitu:

1. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan Dengan Komplikasi
2. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Preeklamsia
3. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Anemia
4. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Ketuban Pecah Dini
5. Asuhan Keperawatan Pada Ancaman Abortus (Abortus Imminen)
6. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Abortus Inkomplit
7. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum
8. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Diabetes Melitus Gestasional
9. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Placenta Previa
10. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Solusio Placenta

Buku ini sangat istimewa karena penulisnya adalah pada dosen yang sangat professional dibidang keperawatan maternitas, termasuk diantaranya para spesialis keperawatan maternitas. Buku ini sangat direkomendasikan untuk dipelajari dan menjadi referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan komplikasi.

Buku Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan Komplikasi ini disusun untuk memudahkan mahasiswa keperawatan dan kebidanan dalam memberikan asuhan pada ibu hamil yang mengalami komplikasi. Buku ini terdiri dari 10 topik yaitu:

1. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan Dengan Komplikasi
2. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Preeklamsia
3. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Anemia
4. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Ketuban Pecah Dini
5. Asuhan Keperawatan Pada Ancaman Abortus (Abortus Imminen)
6. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Abortus Inkomplit
7. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum
8. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Diabetes Melitus Gestasional
9. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Placenta Previa
10. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Solusio Placenta

Buku ini sangat istimewa karena penulisnya adalah pada dosen yang sangat professional dibidang keperawatan maternitas, termasuk diantaranya para spesialis keperawatan maternitas. Buku ini sangat direkomendasikan untuk dipelajari dan menjadi referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan komplikasi.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



ISBN 978-623-8411-06-1

