

BAB II

TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN

A. Konsep Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas merupakan suatu konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Kebidanan berasal dari kata “Bidan”. Kebidanan (midwifery) adalah mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balitadi dalam keluarga dan masyarakat (Cholifah, Siti dan Yanik Purwanti, 2019).

B. Kehamilan

B.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia dan penuh harapan, tetapi di sisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Mandriwati, dkk, 2017).

Kehamilan merupakan proses fisiologis bagi wanita yang dimulai dengan proses fertilisasi kemudian janin berkembang di dalam uterus dan berakhir dengan kelahiran. Pemahaman tentang konsep dasar kehamilan mulai dari fertilisasi hingga janin aterm, mendiagnosa kehamilan dan menghitung usia kehamilan sangat penting untuk dapat memberikan penjelasan kepada ibu hamil serta dapat memberikan asuhan sesuai dengan perubahan yang terjadi selama periode kehamilan. Kehamilan dimulai ketika satu sel telur yang dikeluarkan oleh salah satu ovarium pada masa ovulasi menyatu dengan satu dari ratusan juta sel sperma

yang disebut fertilisasi. Sel telur yang sudah dibuahi menjadi zigot berjalan menuju dinding uterus menanamkan diri. Penanaman zigot ke dinding uterus disebut implantasi (Widatiningsih Sri dan Hiyana Christian, 2017).

C. Hipertensi

C.1 Definisi

Hipertensi merupakan faktor risiko untuk penyakit kardiovaskular, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, stroke, dan penyakit ginjal. Untuk menghindari komplikasi tersebut, masyarakat berupaya untuk mengontrol tekanan darah dalam kisaran normal melalui metode farmakologis dan nonfarmakologis. Ada lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia, salah satunya akibat hipertensi dalam kehamilan.

Hipertensi adalah suatu kondisi di mana tekanan darah seseorang naik di atas normal sehingga menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase setiap detak jantung, yaitu periode sistolik 140 menunjukkan tahapan darah yang dipompa oleh jantung, dan periode diastolik 90 menunjukkan tahapan darah kembali ke jantung.

Hipertensi adalah penyakit medis kronis dimana tekanan darah naik di atas tekanan darah normal. Tekanan darah dibentuk oleh interaksi antara aliran darah dan resistensi pembuluh darah perifer. Saat tekanan darah naik, seperti saat ada aliran darah yang berlebihan dan tekanan darah memuncak pada waktu sistol, kemudian menurun saat aliran darah menurun selama diastol. Oleh karena itu diperoleh dua tekanan darah yaitu tekanan darah sistolik (120 mmHg) dan tekanan darah diastolik (80 mmHg).

Tekanan darah tinggi merupakan salah satu masalah kesehatan utama di setiap negara karena dapat menyebabkan serangan jantung dan stroke yang fatal. Hipertensi tergolong masalah kesehatan yang serius, karena jika memang ada gejala yang nyata, biasanya kita tidak menyadarinya. Penyakit ini akan terus memburuk sampai anda menyadari resiko yang mengancam nyawa.

C.2 Hipertensi Gestasional

Menurut definisi, hipertensi akibat kehamilan mengacu pada peningkatan tekanan darah tanpa proteinuria. Keadaan hipertensi ini mencakup wanita hamil

dengan preeklamsia tetapi tanpa proteinuria atau sebenarnya tidak termasuk wanita hamil dengan preeklamsia

Hipertensi selama kehamilan adalah peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg atau peningkatan (tekanan darah sistolik > 25 mmHg, tekanan darah diastolik > 15 mmHg) sebelum atau selama awal kehamilan. Hipertensi pada kehamilan merupakan peningkatan tekanan darah tanpa adanya tanda-tanda lain

Dengan menggunakan korosif fase V sebagai tekanan darah diastolik, bila tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih tinggi, diagnosisnya adalah hipertensi. Edema telah ditinggalkan sebagai kriteria diagnostik karena terjadi pada banyak wanita hamil normal. Dulu, meskipun nilai absolutnya 140/90 mmHg, disarankan bahwa peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 30 mmHg atau tekanan darah diastolik sebesar 15 mmHg sebagai kriteria diagnostik

Jika ternyata tekanan darah Anda sekitar 140 mmHg, bidan akan mengukurnya kembali dengan masa tenggang 6 jam. Jika tekanan darah tetap selama masa tenggang 6 jam, sebaiknya ibu hamil berkonsultasi dengan dokter di puskesmas atau di tempat lain. Kehamilan dengan hipertensi esensial terkadang dapat dikaitkan dengan preeklamsia. Bidan dapat melakukan pengawasan kehamilan secara ketat sehingga bila terjadi perubahan harus segera berkonsultasi atau merujuk pasien ke pusat pelayanan terdekat

Hipertensi kehamilan pada wanita dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih tinggi untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi tidak ada proteinuria. Jika preeklamsia tidak terjadi dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu setelah melahirkan, hipertensi akibat kehamilan juga disebut hipertensi transien., Wanita dengan hipertensi yang diinduksi kehamilan mungkin mengalami tanda-tanda lain yang berhubungan dengan preeklamsia, seperti sakit kepala, nyeri epigastrik, atau

trombositopenia, yang mempengaruhi penatalaksanaannya (5)

Diagnosis kelainan hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan :

1. Hipertensi Gestasional

- a. Tekanan darah diatas 140/90 mmHg untuk pertama kali selama kehamilan.
- b. Tidak ada proteinuria
- c. Tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu pascapartum
- d. Diagnosis akhir hanya dibuat pascapartum
- e. Dapat memiliki gejala dan tanda preeklamsia contohnya, ketidaknyamanan epigastrium atau trombositopenia.

C.3 Faktor penyebab Hipertensi

Faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang mengalami tekanan darah tinggi adalah dua faktor yang dapat dihindari atau diubah, dan beberapa faktor yang tidak dapat diubah(15)

Faktor resiko yang dapat dihindari atau diubah

a. Kegemukan (Obesitas)

Obesitas adalah presentase abnormalitas lemak yang dinyatakan dalam IMT yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadran dalam meter. Berat badan dan IMT berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Obesitas bukanlah penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Resiko relative untuk menderita pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Sedangkan pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (overweight).

b. Konsumsi garam yang tinggi

Penderita tekanan darah tinggi seringkali perlu mengurangi asupan garamnya. Hal terpenting adalah membatasi penggunaan garam untuk mencegah perkembangan tekanan darah tinggi. Rekomendasi Kementerian Kesehatan kepada masyarakat adalah 5 gram atau setara dengan satu sendok teh per hari(16). Perlu diperhatikan bahwa garam yang menyebabkan tekanan darah tinggi adalah natrium. Sodium memiliki sifat menarik cairan, jadi makan terlalu banyak garam atau makan makanan asin dapat menyebabkan tekanan darah meningkat. Orang yang sensitif terhadap natrium lebih cenderung mengikat natrium, menyebabkan retensi cairan dan tekanan darah meningkat. Karena sifatnya, ia menahan air sehingga meningkatkan volume darah dan otomatis meningkatkan tekanan darah.

c. Stress psikososial

Stres atau ketegangan jiwa(rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormone adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis. Gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag.

Stres adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya interaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis, dan social) yang ada pada diri seseorang .peningkatan tekanan darah akan lebih menonjol pada individu yang mempunyai kecenderungan emosional tinggi.

d. Pekerjaan

Stres pada pekerjaan cenderung menyebabkan terjadinya hipertensi berat. Stres yang terlalu besar dapat menyebabkan terjadinya berbagai penyakit misalnya sakit kepala, Sulit tidur, Tukak lambung.

e. Gaya Hidup

Kebiasaan merokok insiden pada ibu perokok lebih rendah, namun merokok saat hamil memiliki resiko kematian janin dan pertumbuhan janin terhambat yang jauh lebih tinggi. Aktivitas fisik selama kehamilan istirahat baring yang cukup selama kehamilan mengurangi kemungkinan/insiden hipertensi dalam kehamilan.

f. Asupan Gizi

Faktor makanan modern sebagai penyambung utama terjadinya hipertensi. Makanan yang diawetkan dan garam dapur serta bumbu penyedap dalam jumlah yang tinggi dapat meningkatkan tekanan darah karena mengandung natrium dalam jumlah yang tinggi.

Terdapat kriteria makanan yaitu makanan yang harus dihindari dan makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi. Bagi penderita hipertensi dianjurkan untuk mengonsumsi beberapa makanan seperti buah, sayur, serat, vitamin, mineral, dan karbohidrat jenis kompleks, karena makanan ini banyak mengandung vitamin yang dibutuhkan tubuh dan dapat menstabilkan tekanan darah.

g. Kurang olahraga atau aktivitas fisik

Menurut badan kesehatan dunia (WHO), aktivitas fisik didefinisikan sebagai gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energy. Bergerak/aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga dan energy (Pembakaran kalori). Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa aktivitas fisik adalah segala macam gerak yang membutuhkan energy.

Kebiasaan olahraga secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap tekanan darah seseorang. Olahraga adalah kegiatan fisik yang bersifat permainan dan perjuangan pada diri sendiri atau orang lain terhadap kekuatan-kekuatan alam tertentu. Olahraga dapat mengurangi tekanan darah melalui pengurangan berat badan sehingga jantung akan bekerja lebih ringan dan tekanan darah berkurang.

Faktor resiko yang tidak dapat dihindari atau diubah.

a. Riwayat keluarga (Genetik)

Riwayat keluarga perpanjangan silsilah dimana kehisupan dan waktu dari orang yang bersangkutan diselidiki. Riwayat keluarga menempatkan daging pada tulang silsilah. Informasi yang berkaitan dengan gangguan yang diderita oleh kerabat langsung pasien sangat berguna jika gangguan adalah genetic sedangkan riwayat hipertensi keluarga adalah dengan riwayat (ayah,ibu,saudara,kakek,dll) yang menderita hipertensi atau memiliki garis keturunan secara langsung.

Hipertensi dalam kehamilan memiliki pengaruh genetik. Ini terjadi karena riwayat keluarga tekanan darah tinggi selama kehamilan. Hipertensi kehamilan pada remaja putri dapat diturunkan, sehingga hipertensi biasanya merupakan komplikasi kehamilan. Kerentanan hipertensi pada kehamilan bergantung pada gen resesif (17)

b. Umur

Tidak dapat dihindari bahwa pada kebanyakan orang bertambahnya umur dibayangi dengan naiknya ukuran tekanan darah. Namun, tidak semua orang tua menderita tekanan darah tinggi, selama masyarakat selalu mengatur kehidupannya sesuai dengan metode pencegahan tekanan darah tinggi..

c. Jenis Kelamin

Laki-laki pada umumnya lebih cenderung menderita tekanan darah tinggi dibandingkan perempuan, hal ini mungkin karena laki-laki lebih banyak memiliki faktor pendorong seperti stres, kelelahan dan makanan yang tidak terkontrol (18)

d. Paritas

Angka kejadian tinggi pada primigravida muda dan tua Primigravida tua risiko lebih tinggi untuk preeklamsi berat.

C.4 Klasifikasi hipertensi pada kehamilan.

Bila tekanan darah > 140/90 mmHg, maka dikatakan hipertensi akibat kehamilan. Dibagi menjadi ringan sampai sedang (140-159 / 90-109 mmHg) dan berat (> 160/110 mmHg). Hipertensi pada kehamilan dibedakan menjadi: 1. Preeklamsia / eklamsia, 2) Hipertensi kronis pada kehamilan, 3) Hipertensi kronis pada preeklamsia, dan 4) Hipertensi pada kehamilan/Gestasional (19)

Tabel 2.1 Perbedaan hipertensi kronis, hipertensi gestasional, dan preeklamsia/eklamsia pada kehamilan (karthikeyan, 2015).

Temuan	Hipertensi Kronis	Hipertensi Gestasional	Pre-eklamsia atau eklamsia
Waktu onset	<20 minggu	Pertengahan kehamilan	>20 minggu
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Hemokonsentrasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Trombositopenia	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Disfungsi hati	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Kreatinin serum >1,2 mg/dl	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Peningkatan asam urat serum	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Gejala klinik	Tidak ada	Tidak ada	Ada

1. Pre-eklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia merupakan sindrom kehamilan (> 20 minggu), hipertensi (> 140/90 mmHg) dan proteinuria (> 0,3 g / hari). Itu terjadi pada 2% hingga 5% wanita hamil, dan angka kematian ibu 12% hingga 15% (19)

Preeklamsia juga disertai sakit kepala, perubahan penglihatan, sakit perut bagian atas, dan kesulitan bernapas. Beberapa faktor yang terkait dengan peningkatan risiko preeklamsia telah diidentifikasi, seperti usia, paritas, preeklamsia, riwayat keluarga, kehamilan ganda, penyakit sebelumnya (diabetes tipe I), obesitas dan resistensi insulin, hipertensi kronis, penyakit ginjal, penyakit autoimun, antiphospholipid. sindroma, penyakit

rematik), merokok, peningkatan indeks massa tubuh (BMI), peningkatan tekanan darah dan proteinuria; selain itu, beberapa faktor terkait termasuk paparan sperma terbatas, persalinan pertama, dan kehamilan setelah inseminasi ditemukan bahwa sumbangan oosit / embrio berperan penting dalam kejadian preeklamsia / eklamsia.

Faktor risiko utama preeklamsia adalah sindrom antifosfolipid, risiko relatif, preeklamsia, diabetes tipe I, kehamilan ganda, belum pernah melahirkan (nulliparity), riwayat keluarga, obesitas, usia > 40 tahun, tekanan darah tinggi (20) Sindrom antibodi antifosfolipid, preeklamsia, hipertensi kronik, diabetes tipe I, teknologi pembantu reproduksi dan IMT (indeks massa tubuh) berkaitan erat dengan kejadian preeklamsia.

Tabel 2.2 Faktor risiko yang berkaitan dengan pre-eklamsia (lowe et al.,2014)

Risk Factor	Unadjusted Relative Risk [95 %CI]
Nulliparity	2.9 [1.3-6.6]
Multiple pregnancy	2.9 [1.3-6.6]
Previous history of preeclampsia	7.2 [5.9-8.8]
Family history of preeclampsia	2.9 [1.7-4.9]
Overweight BMI 25-29,9*	1.7 [1.2-2.4]
Obese BMI>30*	2.7 [1.7-4.4]
Age>40	2.0[1.3-2.9]
Systolic Bp>130mmHg before 20 weeks	2.4[1.8-3.2]
Diastolic Bp>80 mmHg before 20 weeks	1.4[1.0-1.9]
Antiphospholipid syndrome	9.7[4.3-21.8]
Pre-existing diabetes	3.6[2.5-5]
Other risk factors	Underlying renal disease Chronic autoimmune disease Interpregnancy interval>10 years

Tabel 2.3 Faktor risiko timbulnya pre-eklamsia (Lesli and Collins,2016)

faktor risiko tinggi	faktor risiko menengah
hipertensi pada kehamilan sebelumnya	hamilan pertama
nyakit ginjal kronik	usia >40 tahun
nyakit autoimmune (sindrom antifosfolipid)	interval kehamilan >10 tahun
diabetes mellitus tipe I/II	riwayat keluarga
hipertensi Kronis	hamilan berganda

Patofisiologi pre-eklamsia

1. Implantasi plasenta abnormal (cacat pada trofoblas dan spiral arteriol)

2. Faktor angiogenik (Faktor rendahnya pertumbuhan plasenta)
3. Predisposisi genetic (ibu,ayah,trombofilias)
4. Fenomena Immunologi
5. Kerusakan endothelial vascular dan stress oksidatif

Fitur pre-eklampsia berat(21)

1. Peningkatan tekanan darah (sistolik >160 mmHg, diastolic >110 mmHg)
2. Peningkatan kreatinin (>1.1 mg/dL [$97 \mu\text{mol/L}$] atau ≥ 2 x normal)
3. Disfungsi hati (transamilase ≥ 2 x normal atas) atau nyeri pada tubuh bagian atas
4. Sakit kepala atau penglihatan kabur
5. Trombosit $<100 \times 10^3 \mu$ ($100 \times 10^9/\text{L}$)
6. Edema paru

Eklampsia merupakan kejang pada wanita dengan preeklamsia dan tidak dapat dikaitkan dengan penyebab lain. Eklampsia adalah keadaan darurat yang mengancam jiwa yang terjadi sebelum, selama, dan setelah melahirkan (antepartum,intrapartum,postpartum). Eklampsia didahului sakit kepala dan perubahan penglihatan, lalu menyerang selama 60-90 detik Prinsip manajemen kejang eklampsia.

1. Menjaga kesadaran
2. Menghindari polifarmasi
3. Melindungi jalur nafas dan meminimalkan risiko aspirasi
4. Mencegah cedera pada ibu hamil
5. Pemberia magnesium sulfat untuk mengontrol kejang
6. Mengikuti proses kelahiran normal
2. Hipertensi Kronis pada kehamilan

Hipertensi kronis pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg, terjadi sebelum kehamilan atau ditemukan sebelum 20 minggu kehamilan. Seringkali merupakan

hipertensi esensial/primer, dan didapatkan 3,6-9% kehamilan (19). Hipertensi kronis pada kehamilan adalah hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) yang telah ada sebelum kehamilan. Dapat juga didiagnosis sebelum minggu ke-20 kehamilan. Walaupun yang terdiagnosis untuk pertama kalinya selama kehamilan dan berlanjut ke periode post-partum.

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi kronis terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan, dapat bertahan lama sampai lebih dari 12 minggu pasca persalinan.

Hipertensi, obesitas dan usia merupakan faktor risiko hipertensi kronis. Hipertensi kronis pada kehamilan meningkatkan risiko pre-eklampsia, pertumbuhan janin persalinan dini, dan kelahiran dengan cesar.

Wanita hipertensi yang hamil memiliki kecenderungan mengalami pre-eklampsia, eklampsia, sindroma HELLP, detasemen plasenta, gagal hati, gagal ginjal dan sesak nafas karena cairan paru (22).

Hipertensi kronis pada kehamilan umumnya berasal dari hipertensi esensial terlihat dari riwayat keluarganya. Tetapi bias juga berasal dari kelainan ginjal parenkim, hiperplasia fibromuskular /hiperaldosteronisme hanya saja kasusnya jarang.

Tabel 2.4 Penyebab hipertensi kronis pada kehamilan (Sibai and Chames, 2008)

	Secondary (10%)			
Primary (90%)	Renal diseases	Collagen vascular diseases	Endocrine diseases	Structural disease
	Renovascular disease	Systemic Erythematous diseases	Diabetes	Aortic coarctation
	Interstitial nephritis		Hyperthyroidism	
Essential hypertension	Glomerulonephropathy	Scleroderma	Alcohol syndrome	
	Glomerulonephritis		Hyperaldosteronism	
	Renal transplant	Arteritis Nodosa	Pheochromocytoma	Arteritis
	Cystic kidney disease			

Mayoritas wanita hipertensi kronis mengalami penurunan tekanan darah menjelang akhir trimester pertama sekitar 5-10 mmHg mirip seperti siklus pada wanita normal. Bahkan ada beberapa yang menjadi normal tekanan darahnya. Kemudian tekanan darah naik kembali pada trimester ketiga sehingga mirip dengan hipertensi gestasional. Tetapi hipertensi kronis dapat bertahan lebih dari 12 minggu setelah persalinan.

3. Hipertensi kronis yang disertai pre-eklampsia

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki resiko 4-5 kali terjadi pre-eklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai pre-eklampsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian pre-eklampsia hanya 5%. Hipertensi yang disertai pre-eklampsia biasanya muncul antara minggu 24-26 kehamilan berakibat kelahiran preterm dan bayi lebih kecil dari normal (IUGR).

C.5 Gejala klinis dan diagnosis

Gejala ini tidak sama pada tiap individu, sehingga harus dilakukan penegakan diagnosis dengan cara pengukuran tekanan darah dan proteinuria. Jika, tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg dengan rata-rata pengukuran 2 kali atau lebih, pada pengukuran urin dengan metode *dipstick* didapatkan angka proteinuria sebesar $\geq 2+$, maka sudah dapat ditegakkan diagnosis hipertensi pada ibu hamil.

C.6 Patofisiologi Hipertensi pada ibu hamil

Pada ibu hamil normal plasenta menghasilkan progesterone yang bertambah hal ini menyebabkan ekresi natrium lebih banyak karena progesterone berfungsi sebagai diuretic ringan. Kehilangan natrium menyebabkan penyempitan dari volume darah kompartemen vaskuler, pada kehamilan dengan pre-eklampsia menunjukkan adanya peningkatan resistensi perifer dan vasokonstriksi pada ruang vaskuler, bertambahnya protein serum (albumin dan

globulin) yang lolos dalam urine disebabkan oleh adanya lesi didalam glomerulus ginjal, sehingga terjadi oliguria karena menurunnya aliran darah ke ginjal GFR (glomerulus filtrate rate) kenaikan berat badan dan oedem yang disebabkan penambahan cairan yang berlebih dalam ruang intrestisial mungkin berhubungan dengan adanya retensi air dan garam, terjadinya pergeseran cairan dari ruang intravaskuler ke intertisial diikuti oleh adanya kenaikan hematocrit, peningkatan protein serum menambah oedem dan menyebabkan volume darah berkurang, visikositas darah meningkat dan waktu peredaran darah menjadi lama(23)

C.7 Manifestasi klinis

(24) menjelaskan beberapa manifestasi klinis dari hipertensi kehamilan adalah sebagai berikut : Gejala yang timbul akan beragam, sesuai dengan tingkat PIH dan organ.

1. Spasme pembuluh darah ibu serta sirkulasi dan nutrisi yang buruk dapat mengakibatkan kelahiran dengan berat badan dan kelahiran premature.
2. Mengalami hipertensi berbagai level.
3. Protein dalam urin berkisar +1 hingga +4.
4. Gejala neurologi seperti pandangan kabur, sakit kepala dan hiper refleksia mungkin akan terjadi.
5. Berpotensi gagal hati.
6. Kemungkinan akan mengalami nyeri di kuadran kanan atas.
7. Meningkatnya enzim hati.
8. Jumlah trombosit menurun.

C.8 Komplikasi

- a. Iskemi uteroplasenta
 1. Pertumbuhan janin terhambat
 2. Kematian janin
 3. Persalinan premature

4. Solusio plasenta
- b. Spasme arteriolar
 1. Perdarahan serebral
 2. Gagal jantung, ginjal, hati
 3. Ablosio retina
 4. Tromboembolisme
 5. Gangguan pembekuan darah
 6. Kejang dan koma
 7. Trauma karna kejang
 8. Aspirasi cairan, darah muntahan akibat gangguan pernafasan
- c. Penanganan tidak tepat
 1. Pneumonia
 2. Infeksi saluran kemih
 3. Kelebihan cairan
 4. Komplikasi anastesi atau tindakan obstetric

C.9 Penatalaksanaan tekanan darah tinggi

Pendekatan non farmakologis merupakan penanganan awal sebelum penambahan obat-obatan penyakit tekanan darah tinggi, disamping itu perlu diperhatikan oleh seorang yang sedang dalam terapi obat. Sedangkan penyakit tekanan darah tinggi yang terkontrol, pendekatan nonfarmakologis ini dapat mengurangi dosis obat pada sebagian penderita (25).

Terapi komplementer bersifat terapi pengobatan alamiah, diantaranya adalah dengan terapi herbal, terapi nutrisi, relaksasi progresif, meditasi, terapi tawa, akupuntur, aromatherapy, dan refleksologi.

Terapi dengan tanaman herbal adalah terapi komplementer nonfarmakologi yang termasuk ke dalam Biological Based Therapy (BTT) yang telah dikembangkan dan

dipergunakan secara luas di seluruh dunia. Tanaman herbal sering disebut dengan obat tradisional. Terapi komplementer dengan terapi herbal dapat dilakukan selama satu minggu pada penderita bersangkutan. Setelah satu minggu kemudian diamati kembali apakah terjadi perubahan-perubahan yang diinginkan.

D. Sectio sesaria

D.1 Definisi Sectio caesarea

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009).

Menurut Mochtar (2011) sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan operasi sectio caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Sukowati et al, 2010).

D.2 Indikasi Tindakan Sectio Caesarea

Indikasi *sectio caesarea* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya (Oxorn dan Forte, 2010).

Dibawah ini adalah indikasi dilakukannya *sectio caesarea* :

1. Indikasi menurut Lockhart dan saputra (2014)
 - a. Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu) yang dapat menyebabkan insufisiensi plasenta atau gangguan janin.
 - b. Ketuban pecah dini yang dapat meningkatkan risiko infeksi intrauteri
 - c. Hipertensi gestasional yang dapat bertambah parah

- d. Isoimunisasi Rh yang dapat menyebabkan eritroblastosis fetalis
 - e. Diabetes maternal yang dapat menimbulkan kematian janin akibat insufisiensi plasenta
 - f. Koriomnionitis
 - g. Kematian janin
2. Indikasi menurut Manuaba (2012)
- a. Plasenta previa sentralis/lateralis
 - b. Panggul sempit
 - c. *Disproporsi sepalo pelvic*
 - d. Ruptura Uteri mengancam
 - e. Partus lama
 - f. Distosia Serviks
 - g. Malpresentasi janin: letak lintang, letak bokong, presentasi ganda, gamelli (anak pertama letak lintang), *locking of the twins*.
 - h. Distosia karena tumor
 - i. Gawat janin
 - j. Indikasi lainnya

Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio caesarea* adalah:

- a. *Prolong labour* sampai *Neglected labour*
- b. *Rupture uteri imminens*
- c. *Fetal distress*
- d. Janin besar melebihi 4000 gram
- e. Perdarahan ante partum

Indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan *sectio caesarea* adalah:

- a. Tindakan *sectio caesarea* pada letak sungsang
- b. *Sectio caesarea* berulang

- c. Kehamilan prematuritas
- d. Kehamilan dengan resiko tinggi
- e. Pada kehamilan ganda
- f. Kehamilan dengan pre-eklampsia dan eklampsia
- g. Konsep *well born baby* dan *well health mother* dengan oerientasi persalinan spontan, outlet forcep/vacum.

D.3 Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Dalam praktek kebidanan modern, tidak ada kontra indikasi tegas terhadap *sectio caesarea*, namun demikian *sectio caesarea* jarang dilakukan bila keadaan-keadaan sebagai berikut (Cunningham, 2005) :

- 1. Janin mati
- 2. Terlalu prematur untuk bertahan hidup
- 3. Ada infeksi pada dinding abdomen
- 4. Anemia berat yang belum diatasi
- 5. Kelainan *kongenital*
- 6. Tidak ada / kurang sarana / fasilitas / kemampuan

E. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Langkah I : Data Subjektif (S)

1) Keluhan Utama

Hal-hal yang menjadi alasan klien datang ke tenaga kesehatan. Pada ibu hamil dengan prev sc, pasien mengeluh mengalami prev SC (Saiffudin, 2013) dan (Sofian, 2012).

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini.

c. Riwayat Hamil Sekarang

Untuk mengetahui masalah atau keluhan pada TM 1, TM II, TM III, Duntuk mengetahui, ANC teratur atau tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat ANC, dan untuk mengetahui riwayat kehamilannya, sudah mendapat imunisasi TT (Tetanus Toxoid) atau belum, kapan dan berapa kali (Rukiyah, 2014).

d. Riwayat Penyakit yang Lalu dan Riwayat Penyakit Keluarga

Untuk mengetahui adanya penyakit seperti diabetes mellitus yang pernah ibu derita

e. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

- 1) Pola Nutrisi : Untuk mengetahui kecukupan asupan gizi selama hamil
- 2) Pola Eliminasi :Menggambarkan pola fungsi sekresi ibu
- 3) Pola Istirahat : Untuk mengetahui apakah aktivitas ibu membuat ibu merasa lelah sehingga mengganggu waktu istirahat ibu
- 4) Psikososial dan budaya : Untuk mengetahui apakah ibu menganut adat istiadat daerah setempat. Pada kasus ketuban pecah dini mitos atau adat yang ada adalah ibu hamil tidak boleh makan tape ketan terlalu banyak karena bisa menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya

2. Langkah II : Data Objektif (O)

Data objekrif adalah data yang dapat diobservasikan dan diukur. Data obyektif yang berkaitan dengan partus lama antara lain:

1) Pengukuran vital sign

Pada kasus partus lama akan dijumpai keadaan ibu dengan peningkatan suhu, denyut nadi dan tekanan darah (Mayers, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka : Adanya cloasma gravidarum akibat peningkatan MSH. Selain itu, untuk melihat ada tidaknya oedema pada daerah wajah
- 2) Mata : pemeriksaan sclera untuk menilai warna dimana normal berwarna putih, sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia.

- 3) Mulut dan gigi : Untuk mengkaji kelembaban mulut dan ada tidaknya stomatitis atau karies
- 4) Leher : Ada tidaknya pembengkakan pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening
- 5) Payudara : Pada saat kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, puting susu menonjol, areola mammae kehitaman, dan menilai kesimetrisan payudara untuk mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI
- 6) Perut
 - a) Inspeksi : dikaji bentuk, apakah ada luka bekas operasi, striae, linea
 - b) Palpasi :
 - (1) Leopold I : Untuk menentukan TFU dan bagian janin yang terdapat pada fundus.
 - (2) Leopold II : Untuk menentukan bagian apa yang terdapat pada kanan dan kiri perut ibu
 - (3) Leopold III : Untuk menentukan bagian terbawah janin.
 - (4) Leopold IV : Untuk menentukan apakah janin sudah masuk PAP atau belum
 - c) Auskultasi : Pada kasus partus lama, denyut jantung janin dapat terdengar cepat atau tidak teratur bahkan negatif saat pemeriksaan secara auskultasi dengan Doppler atau leanec (Sofian, 2012).
 - a) Vulva : Terjadi pengeluaran pervaginam atau tidak, pada kasus partus lama penting untuk pengosongan kandung kemih dan. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat kemajuan dengan menunda penurunan (Mayers, 2010)
 - b) Vaginal Toucher

Pembukaan : sudah ada pembukaan serviks atau belum.
 - c) Presentasi : untuk mengetahui presentasi bawah janin apakah kepala atau bokong
 - d) Posisi : untuk mengetahui kesan panggul normal atau tidak

7) Ekstremitas : untuk mengetahui tidak adanya edema, tidak adanya varises dan refleksi patella (+)

3) Pemeriksaan penunjang

Pada kasus partus lama dilakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui kelainan letak janin yaitu letak sungsang atau letak lintang. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar haemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak (Oxorn, 2010).

3. Langkah III : Assesment (A)

a. Diagnosa

Diagnosa: Ny. ..., umur ... tahun, G..P..A.., hamil ... minggu, dengan janin tunggal atau ganda, hidup intra atau ekstra uteri, letak janin membujur, punggung kanan, kepala sudah masuk pintu atas panggul ... bagian, dengan partus lama.

Pada kasus ibu bersalin dengan partus lama dasar diagnosa tersebut adalah:

1) Dasar Subjektif Meliputi pernyataan pasien tentang identitas, umur, jumlah kehamilan, jumlah persalinan, hari pertama menstruasi terakhir dan keluhan yang dialami saat ini.

2) Data Objektif :

(a) Hasil pemeriksaan fisik:

(1) Tanda tanda vital meliputi nadi, respirasi, suhu.

(2) Hasil kontraksi

(3) Hasil pemeriksaan dalam meliputi pembukaan dan pendataran serviks

(b) Hasil pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium

(2) Pemeriksaan USG

b. Masalah

Menurut Varney (2008) masalah yang sering muncul dalam kasus ini adalah ibu cemas dan gelisah menghadapi persalinan. Di dasar ibu sudah mengeluarkan lender dan darah serta telah menunggu lebih dari 24 jam pada

primigravida dan 18 jam pada multigravida (Sofian, 2012 dan Manuaba, 2007).

c. Kebutuhan

Kebutuhan yang muncul pada ibu bersalin dengan partus lama adalah dukungan emosional, mobilisasi, beri asupan cairan, beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan (Oxorn, 2010 dan Prawirodharjo, 2010).

5. Langkah V : Plan (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)

a. Perencanaan

Menurut Kemenkes (2013), penatalaksanaan umum pada partus lama adalah segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan secsio caesaria.

Menurut (Saifuddin, 2013 dan Oxorn, 2010) rencana asuhan komprehensif pada kasus ibu bersalin dengan partus lama meliputi:

- a. Perbaiki keadaan umum.
- b. Upaya stabilisasi dengan memberikan infus dekstrosa atau NaCl.
- c. Nilai secara cepat keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- d. Tentukan keadaan janin dengan periksa DJJ selama atau segera sesudah his dan hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- e. Jika terdapat gawat janin lakukan sectio cesarea kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacuum atau forceps.
- f. Apabila kontraksi tidak adekuat anjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan, lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi, evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- g. Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio secarea.
- h. Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
- i. Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (Cephalopelvic disproportion) atau obstruksi, ketuban utuh maka pecahkan ketuban.

- j. Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm/jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
- k. Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl.
- l. Konsultasi dokter jika persalinan berlanjut dan tidak ada kemajuan.
- m. Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan.
- n. Berikan dukungan bagi ibu dan keluarga.

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan partus lama disesuaikan dengan rencana tindakan berdasarkan prioritas utama kasus. Dilakukan oleh bidan dan berkolaborasi dengan dokter.

c. Evaluasi

Evaluasi terhadap kasus bersalin dengan partus lama diharapkan rencana asuhan benar-benar efektif dalam pelaksanaannya, yaitu prognosis baik, kematian akibat infeksi, syok dan gawat janin dapat dihindari. Persalinan dapat dilaksanakan secara normal atau section secarea apabila syarat terpenuhi (Oxorn, 2010).

a. Follow Up

Data Perkembangan Kondisi Pasien Tujuh langkah Varney dirinci menjadi 4 langkah yaitu SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, dan Plan). SOAP disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan sebagai perkembangan catatan kemajuan keadaan klien.

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah 1 Varney. Data subjektif pada kasus ibu bersalin partus lama didapatkan dari hasil wawancara langsung dengan pasien. Pasien akan mengatakan bahwa bayi belum juga keluar dari jalan lahir.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 Varney.

Data objektif pada kasus ibu bersalin dengan partus lama adalah hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, USG, dan sinar rentgen).

A: Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data. Diagnosa kebidanan yang dapat ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif adalah Ny. X umur x tahun GxPxAx umur kehamilan x minggu bersalin dengan partus lama. Masalah yang dapat timbul adalah ibu cemas, gelisah dan letih.

P: Plan

Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan dan dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dari rujukan sebagai langkah 5, 6, dan 7 Varney.