

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Antenatal Care**

Dari data yang terdapat dalam buku KIA, Ny. W mulai mengalami kenaikan tekanan darah yaitu 140/90 mmHg pada usia kehamilan  $\pm$  23 minggu dan tidak kembali normal sampai usia kehamilan 37 minggu. Bidan mulai menganjurkan ibu untuk periksa kehamilan seminggu sekali mulai dari usia kehamilan 33 minggu untuk memantau tekanan darah ibu. Dalam kasus ini ibu hanya mengalami tekanan darah tinggi saja, tidak diikuti oleh proteinuria karena hasil pemeriksaan protein urine ibu negatif.

Dikenal sebagai 10 standar pelayanan atau 10T, yang harus diterapkan oleh bidan atau penyedia layanan kesehatan saat memberikan layanan perawatan antenatal. Standar Pelayanan 10T (Depkes RI, 2009) meliputi pengukuran berat badan dan tinggi badan, tekanan darah, penilaian status gizi, penilaian TFU, penilaian DJJ, vaksinasi tetanus toksoid, tablet pengganti darah/tablet Fe, pemeriksaan laboratorium, temuwicara/konseling, dan tatalaksana kasus

Menurut (Depkes, 2003), salah satu standar pelayanan asuhan kehamilan adalah standar 7 tentang pengelolaan dini Hipertensi pada kehamilan dengan bunyi standar: Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre eklamsia lainnya. Serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

Rujukan terencana adalah rujukan dengan masa persiapan yang lebih lama pada saat ibu masih relatif baik dan memiliki potensi risiko komplikasi, seperti pada saat hamil atau pada awal persalinan. Karena ini bukan keadaan darurat, rujukan ini dapat dilakukan dengan memilih metode rujukan yang lebih fleksibel, nyaman dan aman bagi pasien.

Dalam kasus Ny. W, ibu telah diberikan sesuai standar asuhan 10T yang dibuktikan dengan pencatatan pada buku KIA. Namun, untuk tatalaksana dan konseling kasus yang dilakukan pada ibu terkait tekanan darah tinggi yang tak kunjung normal, bidan tidak merencanakan rujukan berencana yang mana seharusnya dilakukan. Hal ini seharusnya dilakukan karena dalam kehamilan ini

tidak ada perbaikan tekanan darah selama melakukan pemeriksaan. Sebagaimana yang dijelaskan bahwa rujukan berencana dapat dilakukan lebih awal jika ditemui masalah yang kemungkinan akan menimbulkan risiko komplikasi. Selain itu juga tidak sesuai dengan standar 7 tentang pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan yang dikatakan harus mengenal tanda dan gejala preeklampsia dan melakukan tindakan yang tepat dengan merujuknya. Dalam kasus ini, bidan hanya menganjurkan untuk melakukan pemeriksaan rutin saja, tidak dengan rencana rujukan atau persiapan tempat persalinan.

## 5.2 Intranatal Care

Dalam kasus Ny. W, pada usia kehamilan 37 minggu ibu mengalami keluhan mulas dan melakukan pemeriksaan di puskesmas, ditemukan hasil pemeriksaan tekanan darah yaitu 160/100 mmHg, protein urine negatif dengan pembukaan 1 cm. Dari hal tersebut, ibu dilakukan tindakan rujukan ke RSUD Karawang dengan indikasi Preeklampsia Berat yang sebelumnya sudah dilakukan informed consent dengan keluarga. Bidan memberikan informasi mengenai keadaan ibu dan risiko yang terjadi pada ibu dan bayi jika melakukan persalinan di puskesmas, keluarga mengerti dan menyetujui.

Rujukan darurat adalah rujukan yang dilakukan sesegera mungkin sehubungan dengan keadaan darurat yang mendesak.

Pre-eklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan sebagai hipertensi onset baru dan proteinuria selama kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*). Meskipun kedua kriteria ini tetap menjadi definisi klasik preeklampsia, ada beberapa wanita yang datang dengan hipertensi dan penyakit multisistem lain yang menunjukkan preeklampsia berat, meskipun pasien tidak memiliki proteinuria.

Pre-eklampsia berat (SOP) di RSUD Karawang ditandai dengan tekanan darah: 140/90 mmHg menjadi 160/100 mmHg, atau kenaikan sistolik 30 mmHg dan kenaikan diastolik 15 mmHg.

Dalam kasus Ny. W penegakkan diagnosa yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori yaitu preeklampsia meskipun tidak ditemukan proteinuria pada ibu. Tindakan rujukan yang diambil merupakan bagian dari rujukan kegawatdaruratan karena dilakukan segera karena kondisi kegawatdaruratan padahal seharusnya rujukan ini

direncanakan sejak awal sejak diketahui tekanan darah ibu tinggi dan tidak mengalami penurunan.

Dalam kasus, Ny. W hamil saat berusia 39 tahun yang artinya lebih dari 35 tahun.

Berdasarkan studi yang dilakukan Dietl menemukan bahwa wanita hamil di atas usia 40 memiliki peningkatan risiko terkena tekanan darah tinggi, dan pre-eklampsia lebih sering terjadi pada wanita hamil di atas usia 40 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 59,1% kasus preeklamsia terjadi pada wanita nulipara berusia 40 tahun atau lebih. Ibu hamil sampai usia 35 tahun mengalami perubahan jaringan rahim, jalan lahir tidak fleksibel lagi, dan berisiko tinggi mengalami preeklamsia (Rochjati, 2013).

Menurut asumsi penulis, faktor usia pada Ny. W dapat menjadi salah satu penyebab dari preeklampsia yang dialami oleh ibu dan faktor dilakukannya persalinan secara caesar. Hal tersebut dikarenakan ibu hamil bukan pada saat usia produktif yaitu  $>20$  dan  $<35$  tahun.

Sebelum dilakukan rujukan, Ny. W diberikan nifedipin 10 mg peroral. Kemudian, diberikan MgSO<sub>4</sub> 40% sebagai dosis awal 4 gr secara iv bolus jam 09.55 WIB dan diberikan 6 gr+RL 500cc secara drip sebagai dosis lanjutan jam 10.10 WIB. Sebelum memberikan MgSO<sub>4</sub> bidan tidak mengecek pengeluaran urinenya terlebih dahulu.

Penatalaksanaan preeklampsia berat di puskesmas adalah dengan memberikan terapi antihipertensi 4 kali dengan selang waktu 15 menit. MgSO<sub>4</sub> kemudian disuntikkan secara perlahan secara intravena dengan dosis awal 4 g MgSO<sub>4</sub> (10 cc MgSO<sub>4</sub> 40% + 10 cc Aquades atau 20 cc MgSO<sub>4</sub> 20%). Berikan selama 5-10 menit, atau jika akses IV sulit, injeksikan 5 g MgSO<sub>4</sub> 40% (12,5 cc MgSO<sub>4</sub> 40%) secara intramuskular ke bokong kiri dan kanan. Dosis pemeliharaan 6 g MgSO<sub>4</sub> 40% (15 cc MgSO<sub>4</sub> 40%) kemudian diberikan, dilarutkan dalam 500 cc larutan Ringer laktat/Ringer asetat dan diinfuskan dengan 28 tetes/menit selama 6 jam (1 g/jam). Kondisi yang harus dipenuhi sebelum pemberian MgSO<sub>4</sub> adalah frekuensi pernapasan  $>16$ x/menit, refleks patela +/+, output urin minimal 0,5 cc/kgBB/jam, dan ketersediaan kalsium glukonat 10%.

Dalam kasus ini, penatalaksanaan yang diberikan pada ibu sebelum dirujuk sudah sesuai dengan teori yang ada, ibu diberi antihipertensi nifedipin 10 mg peroral

sebanyak 4 kali setiap 15 menit dan dilakukan pemberian MgSO<sub>4</sub> dengan dosis yang sesuai. Namun, dalam kasus ini bidan belum memperhatikan syarat-syarat pemberiannya, Ny. W tidak dipantau jumlah urine yang keluar minimalnya.

Asuhan yang diberikan saat di rumah sakit, ibu diberi dosis rumatan kembali pada pukul 14.00 WIB yaitu larutkan 6 g MgSO<sub>4</sub> 40% (15 cc MgSO<sub>4</sub> 40%) dalam 500 cc larutan Ringer laktat dan infus dengan kecepatan 28 tetes/menit (1 g/jam) selama 6 jam.

Penatalaksanaan PEB di RSUD (SOP RSUD Karawang) adalah dengan memberikan pengobatan medisinal salah satunya pemberian MgSO<sub>4</sub>.

Dalam kasus ini, pemberian MgSO<sub>4</sub> pada Ny. W setelah di rumah sakit sudah sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit.

Kemudian, dalam kasus Ny. W dokter memutuskan untuk melakukan tindakan sectio caesarea pada tanggal 10 Maret 2022 karena tekanan darah ibu tidak kunjung turun dan hasil pemeriksaan CTG non reaktif.

Penatalaksanaan PEB di RSUD (SOP RSUD Karawang) harus segera ditangani dan menentukan jenis pengobatan/tindakan (agresif atau konservatif) yang akan segera dilakukan. Tindakan aktif dilakukan ketika satu atau beberapa hal berikut muncul:

- 1) Kehamilan > 37 minggu
- 2) Adanya tanda gejala impending eklampsia
- 3) Kegagalan pengobatan konservatif
- 4) Dalam waktu 6 jam setelah pengobatan tekanan darah naik/setelah 24 jam pengobatan tidak ada perbaikan.

Pada janin

- Adanya tanda-tanda gawat janin
- Adanya tanda-tanda PJT (pertumbuhan janin terhambat)
- Laboratrik: protein urine +1 atau lebih, gangguan fungsi hati dan ginjal
- Ditemukan sindrom HELPP

Dalam kasus Ny. W mengenai tindakan operasi SC tentu tidak ada kesenjangan antara SOP PEB di RS dan kasus. Untuk ibu dengan gawat janin yang terdeteksi pada pemindaian CTG non-reaktif, ini berarti DJJ tidak meningkat setelah janin bergerak,

yang dapat menyebabkan gawat janin. Oleh karena itu, dalam hal ini, operasi caesar adalah tindakan yang tepat untuk ibu.

Operasi caesar juga didukung oleh teori Putri dan Aprina (2015) bahwa operasi caesar dapat disebabkan oleh masalah pada ibu dan bayi. Ada dua pilihan untuk operasi caesar. Pertama, keputusan untuk mendiagnosis operasi caesar lebih awal. Kedua, keputusan dibuat secara tiba-tiba karena kebutuhan darurat. darurat.

### **5.3 Postnatal Care**

Dalam perawatan pasca operasi Ny. W di ruangan Cilamaya Baru, ibu diberikan MgSO<sub>4</sub> 8 gr di boka/boki pada jam 20.40 WIB atau ± 2 jam pasca persalinan. Pemberian MgSO<sub>4</sub> itu sendiri merupakan pemberian terakhir, karena tekanan darah ibu sudah membaik dari 140/90 mmHg menjadi 130/90 mmHg dan tidak naik selama 6 jam.

Jika tanda-tanda intoksikasi berkembang dalam 24 jam setelah lahir dan tekanan darah membaik dalam 6 jam setelah lahir, pemberian MgSO<sub>4</sub> harus dihentikan.

Dari temuan kasus dan teori mengenai pemberhentian pemberian MgSO<sub>4</sub> sudah sesuai. Dalam kasus Ny. W terakhir diberikan MgSO<sub>4</sub> yaitu pada 2 jam pasca persalinan dan tidak diberikan kembali karena sudah ada perbaikan tekanan darah dalam kurun waktu 6 jam pasca persalinan tersebut.

Selama perawatan di Ruang Cilamaya Baru, Ny. W diberikan obat analgesia yaitu ketorolac 30 mg/ml, diperiksa TTV di jadwal pagi yaitu sekitar pukul 08.00-09.00 WIB, siang pukul 15.00-16.00 WIB, dan malam pukul 21.00-22.00 WIB, kateter dilepas saat keesokan harinya ± 12 jam post operasi agar ibu juga dapat belajar melakukan ambulasi yaitu duduk dan berjalan ke kamar mandi tanpa alat bantuan selang pipis, cairan infus diganti setiap kali habis atau ± 8 jam sekali dan ibu diinfus sampai hari ketiga post operasi sebelum pulang sekitar pukul 10.00 WIB, ganti balut dilakukan 3x/hari, ibu tidak diperiksa laboratorium yaitu Hb kembali pasca operasi karena tidak ada indikasi yang buruk dan ibu kehilangan darah saat operasi sc hanya ± 30 cc sehingga tidak berisiko anemia, ibu pulang dari rumah sakit pada hari ketiga post operasi karena kondisinya sudah cukup baik.

Penatalaksanaan ibu pasca sectio caesarea (Jitowiyono, 2010):

- Pemberian analgesia

- Pemeriksaan TTV setiap 4 jam
- Terapi cairan
- Kandung kemih (pengangkatan kateter dalam 12 jam setelah pembedahan)
- Ambulasi
- Perawatan luka
- Tes laboratorium
- Memulangkan pasien dari rumah sakit lebih aman di hari ke empat dan lima post operasi

Hal ini menunjukkan terdapat sedikit kesenjangan antara teori dengan temuan kasus, pemeriksaan TTV belum dilakukan setiap 4 jam sekali dan ibu tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium. Namun, mengenai tidak dilakukannya pemeriksaan laboratorium ini sendiri bukan merupakan hal yang sebenarnya menyimpang dari teori. Hal ini karena tidak ada indikasi yang mengharuskan pengecekan ulang Hb kembali karena ibu kehilangan darah sedikit.

#### **5.4 Neonatal Care**

Dalam kasus bayi Ny. W, ditemukan warna kulit yang berwarna merah kekuningan saat lahir dan kadar bilirubin 11,3 mg%.

Ikterus neonatorum adalah warna kuning yang muncul pada kulit dan mukosa akibat adanya peningkatan kadar bilirubin dalam darah.

Ikterus patologis adalah ikterus yang memiliki penyebab patologis atau di mana kadar bilirubin mencapai tingkat yang dikenal sebagai hiperbilirubinemia. Penyakit kuning yang dianggap patologis atau hiperbilirubinemia adalah: adalah:

- Ikterus berkembang pada 24 jam pertama sesudah kelahiran
- Bilirubin meningkat 5 mg% atau lebih setiap 24 jam
- Kadar bilirubin serum 10 mg% pada bayi prematur dan 12,5 mg% pada bayi cukup bulan

Dalam kasus bayi Ny. W, faktor tingginya bilirubin yaitu 11,3 mg% dan riwayat neonatorum pada anak sebelumnya menjadi landasan ditegakkannya diagnosa ikterus neonatorum pada bayi dan terjadi pada 24 jam pertama sesudah kelahiran atau dari kelahiran bayi sehingga dikategorikan patologis.

Dalam kasus, Ny. W melahirkan secara sectio caesarea. Saat kelahiran bayi dan ibu mengetahui bayinya kuning, ibu tidak terlalu merasa khawatir karena memiliki riwayat yang sama pada dua anak sebelumnya yaitu mengalami keadaan bayi kuning.

Salah satu faktor risiko terjadinya ikterus neonatorum disebabkan oleh faktor ibu seperti kelompok ras atau etnis tertentu, komplikasi kehamilan: Diabetes Melitus, Inkompatibilitas ABO dan Rh, penggunaan infuse oksitosin dalam larutan hipotonik, pemberian oksitosin pada ibu selain untuk induksi persalinan, ASI, jenis persalinan: persalinan sectio caesarea (SC). Selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor neonatus yaitu prematuritas, faktor genetik/keturunan, polisitemia, obat-obatan, asupan ASI yang rendah, hipoglikemia, hipoalbuminemia, asfiksia.

Dari penjelasan mengenai faktor risiko tersebut, kuning pada bayi Ny. W sejauh ini dialami karena ibu melakukan persalinan secara sectio caesarea dan faktor keturunan atau memiliki riwayat bayi kuning pada anak pertama dan keduanya. Dalam hal ini, tidak ada kesenjangan teori dan saling ada keterkaitan antara kuning yang terjadi pada bayi dan faktor risiko yang menyebabkannya.

Dalam kasus Ny. W, saat di rumah sakit Ny. W menolak bayinya diberi terapi sinar dan memilih cara lain dengan menyusui bayinya saja. Hal tersebut dilakukan karena pengalaman ibu saat melakukan perawatan bayi yang kuning pada anak sebelumnya sehingga ibu tidak terlalu khawatir. Saat di rumah, bayi rutin di jemur setiap 10-15 menit sekali setiap pagi dan diberikan ASI secara terjadwal 1-2 jam sekali. Berdasarkan pernyataan Ibu saat di WhatsApp, Bayi Ny. W mengalami ikterus sampai hari ke 20 atau tanggal 30 Maret 2022 yang artinya sudah sembuh dari hasil menjemurnya tiap pagi dan memberikan ASI secara rutin.

Pengobatan ikterus neonatorum patologis jika kadar bilirubin di atas 5-20 mg%, pengobatan yang dapat diberikan oleh bidan atau puskesmas adalah menelanjangi bayi dan ditutup matanya sekitar jam 7-9 pagi, diamkan selama 10 menit. Keringkan di bawah sinar matahari dan menyusui lebih sering dari biasanya. Jika Anda dirawat di rumah sakit, pengobatan seperti terapi cahaya, pemeriksaan golongan darah ibu dan anak, serta pemeriksaan kadar bilirubin dapat dipertimbangkan. Berhati-hatilah jika kadar bilirubin kuku  $> 0,5$  mg/jam (uji Coomb).

Dari teori tersebut didapatkan bahwa ada kesenjangan sedikit mengenai perawatan bayi kuning di rumah sakit. Dalam hal ini ibu menolak dilakukan pemberian terapi sinar karena lebih memilih menyusuinya saja. Namun, tindakan yang dilakukan ibu sudah tepat saat dianjurkan untuk menyusui dan menjemurnya jika sudah pulang dari rumah sakit. Dari metode memberikan ASI secara teratur dan menjemurnya tiap pagi ini membuahkan hasil yang baik, bayi ibu tidak lagi kuning pada hari ke 20.