



**KEPERAWATAN MATERNITAS II
(NSA 417)**

**MODUL 7
PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN**

Universitas
Esa Unggul
DISUSUN OLEH
Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2019/2020**

PENYAKIT PADA MASA KEHAMILAN

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan ibu hamil dengan masalah anemia, hipertensi, dan sindrom hellps

B. Uraian dan Contoh

Anemia Pada Kehamilan

Anemia merupakan masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia terutama bagi kelompok wanita usia reproduksi (WUS). Menurut WHO secara global prevalensi anemia pada ibu hamil di seluruh dunia adalah sebesar 41,8%. Salah satu penyebab anemia pada kehamilan yaitu paritas dan umur ibu. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian adalah seluruh ibu hamil di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tanjung Agung Kabupaten OKU pada periode Agustus – Oktober 2017 didapatkan sampel berjumlah 277 orang. Analisa data menggunakan uji statistik Chi-Square, dengan derajat kepercayaan 95%. Pada analisa univariat, Dari 277 responden yang mengalami kejadian anemia pada ibu hamil sebanyak 118 responden (42,6%) dan 159 responden (57,4%) yang tidak mengalami kejadian anemia pada ibu hamil, paritas beresiko sebanyak 226 responden (81,6%) dan paritas tidak beresiko sebanyak 51 responden (18,4%), umur beresiko sebanyak 199 responden (71,8%) dan umur tidak beresiko sebanyak 78 responden (28,2%). Analisa statistik menunjukkan adanya korelasi antara kejadian anemia pada ibu hamil dengan paritas (p value 0,023) dan usia (p value 0,028). Petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan promosi kesehatan dengan memberikan informasi tentang pentingnya mengkonsumsi tablet zat besi yang tepat, makan makanan yang mengandung sumber zat besi, dan pentingnya vitamin C untuk meningkatkan penyerapan zat besi di dalam tubuh.

Anemia adalah suatu keadaan di mana jumlah eritrosit yang beredar atau konsentrasi hemoglobin menurun. sebagai akibat, ada penurunan transportasi oksigen dari paru-paru ke jaringan perifer. Selama kehamilan, anemia lazim terjadi dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi, sekunder terhadap kehilangan darah sebelumnya atau asupan besi yang tidak adekuat. Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr% (Wiknjosastro, 2002). Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr% pada trimester II (Saifuddin, 2002). Anemia dalam kehamilan yang disebabkan karena kekurangan zat besi, jenis pengobatannya relatif mudah, bahkan murah. Anemia diindikasikan bila hemoglobin (Hb) kurang dari 12 g/dl pada wanita yang tidak hamil atau kurang dari 10 g/dl pada wanita hamil.

Etiologi

Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi (Safuddin, 2002). Menurut Mochtar(1998) penyebab anemia pada umumnya adalah sebagai berikut:

1. Kurang gizi (malnutrisi)
2. Kurang zat besi dalam diet
3. Malabsorpsi
4. Kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain
5. Penyakit-penyakit kronik seperti Tb paru, cacing usus, malaria dan lain-lain

Gejala Anemia Pada Ibu Hamil

1. Ibu mengeluh cepat lelah,
2. Sering pusing,
3. Mata berkunang-kunang,
4. Malaise
5. Lidah luka,
6. Nafsu makan turun (anoreksia),
7. Konsentrasi hilang,
8. Nafas pendek (pada anemia parah)
9. Keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda.

Pengobatan

1. Transfusi sel darah merah.
2. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi.
3. Suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah.
4. Menghindari situasi kekurangan oksigen atau aktifitas yang membutuhkan oksigen.
5. Obati penyebab perdarahan abnormal bila ada.
6. Diet kaya besi yang mengandung daging dan sayuran hijau.

Hipertensi Pada Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian maternal. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM diantaranya adalah hipertensi, diabetes, penyakit jantung, stroke, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). PTM merupakan penyebab kematian hampir 70% di dunia. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013, tampak kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, stroke, dan penyakit sendi/rematik/encok. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut (Kemenkes RI, 2018).

Hipertensi yang diinduksi kehamilan memiliki risiko lebih besar mengalami persalinan premature, IUGR (intrauterine growth retardation), kesakitan dan kematian, gagal ginjal akut, gagal hati akut, pendarahan saat dan setelah persalinan, HELLP (hemolysis elevated liver enzymes and low platelet count), DIC (disseminated

intravascular coagulation), pendarahan otak dan kejang (Khosravi et al., 2014; Mudjari and Samsu, 2015). Oleh karena itulah dokter obsetri dalam penatalaksanaan hipertensi pada kehamilan harus melibatkan internis, kardiologis dan nefrologis terutama apabila dijumpai kelainan target organ atau didapatkan hipertensi akselerasi (Malha et al., 2018).

Komplikasi Hipertensi Pada Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi pre-eklampsia, eklampsia, hipertensi kronis pada kehamilan, hipertensi kronis disertai preeklampsia, dan hipertensi gestational (Roberts et al., 2013). Penyakit kardio-serebrovaskular adalah salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas, dengan angka kematian 17 juta di seluruh dunia setiap tahunnya atau 31% dari seluruh mortalitas. Di eropa, angka ini bahkan mencapai 42%. Penyakit kardiovaskular kerap diasosiasikan dengan gaya hidup (merokok, kurangnya aktivitas fisik, perilaku makan yang tidak sehat, dan stress) dan beberapa faktor risiko lain seperti hipertensi, dislipidemia, obesitas, usia lanjut, riwayat penyakit kardiovaskular pada keluarga, dan disfungsi endothelium. Koeksistensi dari beberapa faktor risiko akan meningkatkan risiko kardiovaskular (Turana et al., 2017; Nambiar, 2015).

Klasifikasi Hipertensi Pada kehamilan

Hipertensi pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg. Dibagi menjadi ringan-sedang ($140 - 159 / 90 - 109$ mmHg) dan berat ($\geq 160/110$ mmHg) (Malha et al., 2018). Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi: 1) pre-eklampsia/eklampsia, 2) hipertensi kronis pada kehamilan, 3) hipertensi kronis disertai pre eklampsia, dan 4) hipertensi gestational (Roberts et al., 2013; Malha et 2018).

Pengobatan Hipertensi Pada Kehamilan

Studi tentang pengobatan hipertensi pada kehamilan menggunakan sistematik review dan meta analisis yang melibatkan 14 studi (1804 wanita hamil) didapatkan bahwa penggunaan obat antihipertensi ternyata tidak mengurangi atau meningkatkan risiko kematian ibu, proteinuria, efek samping, operasi caesar, kematian neonatal, kelahiran prematur, atau bayi lahir kecil. Penelitian mengenai obat antihipertensi pada kehamilan masih sedikit (Ogura et al., 2019). Hipertensi pada kehamilan harus dikelola dengan baik agar dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu / janin, yaitu dengan menghindarkan ibu dari risiko peningkatan tekanan darah, mencegah perkembangan penyakit, dan mencegah timbulnya kejang dan pertimbangan terminasi kehamilan jika ibu atau janin dalam keadaan bahaya (Mudjari and Samsu, 2015).

Kelahiran bayi adalah pengobatan yang pasti, tetapi perlu mempertimbangkan kesehatan ibu, janin, usia kehamilan. Pre-eklampsia berat membutuhkan kontrol dan pemantauan tekanan darah secara teratur. Pada kondisi kritis dokter anestesi dapat dilibatkan (Karthikeyan, 2015). Penderita hipertensi pada kehamilan dan pre-eklampsia ringan disarankan melakukan partus pada minggu ke-37. Pada pre-eklampsia berat disarankan profilaksis magnesium sulfat dan waspada terjadinya

hipertensi pasca persalinan (Leeman et al., 2016; Williams et al., 2018). Obat yang umum digunakan dalam pengobatan hipertensi pada kehamilan adalah labetalol, methyldopa, nifedipine, clonidine, diuretik, dan hydralazine. Labetalol adalah obat yang paling aman. Diuretik dan CCB (nifedipine) mungkin aman tetapi data minimal dan tidak digunakan sebagai firstline drug (Karthikeyan, 2015). Menurut ACC/AHA 2017 dan ESC/ESH 2018 obat antihipertensi pada kehamilan yang direkomendasikan hanya labetalol, methyldopa dan nifedipine, sedangkan yang dilarang adalah ACE inhibitor, ARB dan direct renin inhibitors (Aliskiren) (Whelton et al., 2017; Williams et al., 2018).

Sindrom Hellps Eklamsia

HELLP Syndrome atau sindroma HELLP adalah kumpulan gejala yang mencakup hemolisis, peningkatan enzim liver, dan jumlah platelet yang kurang dari batas bawah. Bersama dengan preeklampsia, sindroma HELLP adalah penyebab morbiditas dan mortalitas tertinggi pada ibu hamil di dunia. HELLP biasanya berkembang secara tiba-tiba dalam kehamilan (Usia Kehamilan/UK 27-37 minggu) atau pada masa puerperium. Sebagai salah satu bentuk kriteria dari preeklampsia berat, HELLP memiliki onset yang juga mengawali proses gangguan pada perkembangan dan fungsi plasenta, dan iskemia yang memicu stress oksidatif, yang secara akumulatif akan mengganggu endothelium melalui aktivasi platelet, vasokonstriktor, dan menyebabkan terganggunya kehamilan normal yang ditunjukkan dengan abnormalitas relaksasi vaskular. Walaupun sebagian besar pasien dengan sindrom HELLP menunjukkan tanda berupa hipertensi dan proteinuria, kedua tanda PEB tersebut tidak memiliki hubungan yang konsisten dengan parameter laboratorium dari vaskulopati yang merupakan penyebab dasarnya. Kumpulan gejala dapat tampak ambigu, namun juga dapat terfokus pada system gastrointestinal. Kesamaan antara HELLP dan Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) ditekankan oleh beberapa peneliti. Gangguan hemodinamik yang terjadi pada pasien HELLP syndrome dapat merupakan hasil dari mekanisme patofisiologi yang berujung pada preeklampsia secara umum.

Manifestasi Klinis Hellps

Pasien dengan preeklampsia-eklampsia dan sindrom HELLP dapat datang dengan berbagai tanda dan gejala yang sama sekali tidak mengarah ke diagnosis. Wanita hamil biasanya hadir di trimester ketiga dengan keluhan malaise (90%), epigastrium atau nyeri kuadran kanan atas (90%), mual atau muntah (50%), atau gejala mirip viru yang tidak spesifik. Meskipun sebagian besar pasien ini hadir pada trimester ketiga, tidak jarang pasien datang pada akhir trimester kedua atau pada periode postpartum. Untuk alasan ini, wanita hamil dengan gejala yang mengkhawatirkan harus menjalani pemeriksaan diagnostik termasuk hitung darah lengkap, jumlah trombosit, evaluasi enzim hepar, dan dipstik urin untuk protein, terlepas dari tekanan darah mereka. Adanya hasil protein yang abnormal pada uji dipstik urin harus diikuti dengan evaluasi kuantitatif untuk protein dalam uji 24 jam spesimen urin. 10 Nyeri abdomen sering terjadi dan dapat ditemukan pada sekitar 50% pasien. Nyeri perut biasanya ditemui di daerah kuadran kanan atas, epigastrik

atau substernal dan sering dikaitkan dengan kelainan laboratorium yang mendefinisikan sindrom HELLP. Nyeri perut umumnya tidak ada pada gangguan lain yang unik pada kehamilan seperti kolestasis dan hiperemesis, namun sering ditemukan di HELLP dan acute fatty liver of pregnancy (AFLP) atau sindrom perlemakan hati akut pada kehamilan.⁹ Meskipun sindrom HELLP mungkin memiliki gejala yang mirip dengan preeklamsia dan merupakan salah satu kriteria yang dapat menentukan preeklamsia berat, sindrom ini dapat berkembang pada wanita yang mungkin tidak memiliki tanda atau gejala preeklamsia lainnya. Preeklamsia bukanlah prasyarat untuk sindrom HELLP dan hipertensi, jika ada, tidak harus parah. Hipertensi berat didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg. Hemolisis, didefinisikan sebagai adanya anemia hemolitik mikroangiopati, adalah ciri khas dari triad sindrom HELLP. Temuan klasik hemolisis mikroangiopatik termasuk penurunan yang signifikan dalam kadar hemoglobin, peningkatan serum bilirubin tidak langsung, kadar haptoglobin serum yang rendah, peningkatan kadar laktat dehidrogenase (LDH) dan apus perifer abnormal (schistocytes, sel duri, dan echinocytes). Ambiguitas yang sama ada pada penggunaan tes fungsi hati yang abnormal untuk mendefinisikan sindrom HELLP. Tidak ada konsensus mengenai tingkat peningkatan enzim hati yang digunakan untuk mendiagnosis sindrom HELLP. Jumlah trombosit yang rendah adalah kelainan lain yang diperlukan untuk membuat diagnosis sindrom HELLP. Namun, tidak ada kriteria yang menentukan untuk jumlah trombosit yang rendah. Diferensial diagnosis dari sindrom HELLP adalah sindrom respon inflamasi sistemik (SIRS), disseminated intravascular coagulation (DIC), thrombocytopenic purpura (TTP), sindrom uremik hemolitik (HUS) dan AFLP.

Manajemen Hellp Syndrom

Prioritas pertama adalah menilai dan menstabilkan kondisi ibu, terutama kelainan koagulasi. Langkah selanjutnya adalah evaluasi kesejahteraan janin dan usia kehamilan. Akhirnya, keputusan harus dibuat mengenai apakah pengiriman segera diindikasikan atau tidak. Terdapat konsensus yang berpendapat bahwa persalinan yang cepat diindikasikan jika sindrom berkembang setelah 34 minggu kehamilan atau lebih awal jika ada disfungsi multi-organ, DIC, infark hepar atau perdarahan, gagal ginjal, dugaan abrupsio plasenta, atau status janin yang tidak meyakinkan untuk bertahan. Ada ketidaksepakatan yang signifikan mengenai manajemen wanita dengan sindrom HELLP sebelum 34 minggu kehamilan, yaitu kematangan paru janin belum tercapai pada UK tersebut. Beberapa penulis merekomendasikan memperpanjang kehamilan sampai 34 minggu kehamilan atau sampai adanya perkembangan sebagai indikasi ibu atau janin untuk persalinan. Meskipun tampaknya bahwa manajemen kehamilan mungkin bermanfaat, hasil perinatal secara keseluruhan tampaknya tidak membaik bila dibandingkan dengan kasus usia kehamilan yang sama yang dilahirkan dalam waktu 48 jam setelah diagnosis sindrom HELLP.

C. Latihan

1. Apa saja gejala anemia pada ibu hamil?
2. Apa saja factor penyebab utama ibu hamil mengalami hipertensi?
3. Apa saja gejala dari sindrom hellp pada ibu hamil?
4. Sebutkan tindakan keperawatan help sindrom setelah melahirkan guna mengatasi gejala yang muncul pada ibu dan bayi ?
5. Apa bahaya komplikasi sindrom hellp yang mungkin akan timbul?

D. Kunci Jawaban

1. Gejala Anemia Pada Ibu Hamil
 - a. Ibu mengeluh cepat lelah,
 - b. Sering pusing,
 - c. Mata berkunang-kunang,
 - d. Malaise
 - e. Lidah luka,
 - f. Nafsu makan turun (anoreksia),
 - g. Konsentrasi hilang,
 - h. Nafas pendek (pada anemia parah)
 - i. Keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda
2. Penyebab utama ibu hamil mengalami hipertensi, yaitu:
 - a. Mengonsumsi garam berlebihan
 - b. Tingkat stres berlebihan
 - c. Merokok
 - d. Kebiasaan minum alkohol dan kafein
3. Gejala sindrom help pada ibu hamil, yaitu:
 - a. Sakit kepala
 - b. Mual, muntah, nyeri ulu hati setelah makan
 - c. Perasaan tidak nyaman dan nyeri tekan pada bagian perut kanan atas
 - d. Nyeri pada punggung saat menarik nafas dalam
 - e. Gangguan penglihatan
 - f. Perdarahan
 - g. Pembengkakan tubuh
4. Prioritas pertama adalah menilai dan menstabilkan kondisi ibu, terutama kelainan koagulasi. memperpanjang kehamilan sampai 34 minggu kehamilan atau sampai adanya perkembangan sebagai indikasi ibu atau janin untuk persalinan. Meskipun tampaknya bahwa manajemen kehamilan mungkin bermanfaat, hasil perinatal secara keseluruhan tampaknya tidak membaik bila dibandingkan dengan kasus usia kehamilan yang sama yang dilahirkan dalam waktu 48 jam setelah diagnosis sindrom HELLP.
5. Persalinan yang cepat diindikasikan jika sindrom berkembang setelah 34 minggu kehamilan atau lebih awal jika ada disfungsi multi-organ, DIC, infark hepar atau perdarahan, gagal ginjal, dugaan abrupsio plasenta, atau status janin yang tidak meyakinkan untuk bertahan

E. Daftar Pustaka

1. Available online at <http://ejournal.stikesaisyah.ac.id/index.php/jika/>
2. Nanda.2009, diagnosa keperawatan 2009-2011.Jakarta:EGC
3. Morgan Geri, dkk. 2009. Obstetri dan Ginekologi panduan praktik. Jakarta:EGC
4. Loowdermilk,dkk.2005 Buku Ajar KeperawatanMaternitas.Jakarta:EGC
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2018. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Kemenkes RI.
6. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/aa7e671096861350934aa9fad6820a23.pdf
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. Infodatin Hipertensi. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI
8. Jayakusuma, AAN. 2004. Manajemen Resiko pada Pre Eklampsia (Upaya Menurunkan Kejadian Pre Eklampsia dengan Pendekatan Berbasis Resiko). Denpasar: Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan, Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FK Unud/RS. Sanglah
9. WWW.HealthCommunities.com,Acute Respiratory Distress Syndrome.ARDS Treatment.Last Update 17 May 2011



Universitas
Esa Unggul