



PENANGANAN PREEKLAMPSIA PADA PASEIN PREEKLAMPSIA BERAT DENGAN PARTIAL HELLP SYNDROME DAN HIPOKALEMIA : LAPORAN KASUS

Nabilah Al Adawiyah¹, Ermianti², Restuning Widiasih³

¹ Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

² Departemen Maternitas, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

³ Departemen Maternitas, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

E-mail: nabilah19002@mail.unpad.ac.id

Article History:

Received: 28-07-2024

Revised: 16-08-2024

Accepted: 27-08-2024

Keywords: Asuhan keperawatan, Hipokalemia, Preeklampsia, Sindrom HELLP

Abstract: *Preeklampsia menjadi salah satu penyebab kematian pada ibu di Indonesia, karena dapat berkembang menjadi komplikasi seperti HELLP syndrome yang meningkatkan resiko kematian pada ibu dan janin. Sehingga tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai penatalaksanaan preeklampsia dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia yang dilakukan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut. Laporan kasus menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dilakukan dengan melakukan informed consent, pengkajian, analisis data, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Ny.A dengan diagnosa medis G3P2A0 gravida 34-35 minggu dengan preeklampsia berat disertai partial HELLP syndrome dan hipokalemia datang ke rumah sakit untuk dilakukan terminasi kehamilan dan didapatkan hasil pemeriksaan TD 178/100 mmHg dan protein urine +1, dengan keluhan nyeri kepala. Penatalaksanaan yang dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi farmakologi berupa pemberian magnesium sulfat, antihipertensi, pemberian oksitosin, pemasangan transfusi PRC, pemberian KCL serta terapi non farmakologi berupa observasi denyut jantung janin, nadi dan kontraksi setiap 30 menit dan pemeriksaan tekanan darah ibu setiap jam, pemberian posisi miring kiri pada ibu, dan masase fundus uteri untuk mencegah terjadi perdarahan postpartum. Penatalaksanaan preeklampsia dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia yang dilakukan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut sudah sesuai dengan penatalaksanaan yang terdapat dalam literature dan dapat mencegah terjadinya komplikasi lain dan kematian pada ibu dan janin.*

PENDAHULUAN

Preeklampsia masih banyak terjadi baik di seluruh dunia termasuk Indonesia. Preeklampsia terjadi pada 2% - 8% kehamilan terjadi diseluruh dunia. Preeklampsia dan eklampsia menyebabkan >50.000 kematian pada ibu, dan kematian > 500.000 bayi di seluruh dunia setiap tahunnya (Karrar, Martingano, & Hong, 2024). Sedangkan di Indonesia prevalensi preeklampsia yaitu 9,4% (Azizah, Rohmatin, & Farianingsih, 2023). Kematian pada ibu di Indonesia terjadi akibat hipertensi/ preeklampsia/ eklampsia, pendarahan dan infeksi, dimana hipertensi dan/atau preeklampsia pada kehamilan menjadi urutan pertama dari penyebab kematian di Indonesia yaitu sebesar 33% (Kemenkes, 2021).

Preeklampsia dapat diartikan sebagai hipertensi gestasional yang baru timbul (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg) yang disertai dengan proteinuria, adanya penurunan fungsi organ seperti ginjal, hati, hematologi atau neurologis, serta terjadi disfungsi uteroplacenta pada atau setelah usia kehamilan 20 minggu (Fox, Kitt, Leeson, Aye, & Lewandowski, 2019). Belum diketahui secara pasti penyebab dari preeklampsia ini (Setyawati, Widiasih, & Ermiami, 2018). Namun ibu dengan riwayat hipertensi kronis, diabetes, penyakit ginjal kronis, memiliki riwayat hipertensi di kehamilan sebelumnya pada kehamilan memiliki resiko tinggi terkena preeklampsia. Ibu hamil dengan nullipara, memiliki indeks massa tubuh (IMT) ≥ 35 kg/m², berusia ≥ 40 tahun, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan dengan jarak lebih dari 10 tahun memiliki resiko sedang terkena preeklampsia (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Ibu dengan preeklampsia dapat mengalami beberapa manifestasi klinis seperti sakit kepala, penglihatan menjadi kabur, nyeri di daerah perut bagian atas (epigastrium) yang disertai mual, muntah, sesak nafas dan adanya edema pada ekstremitas bawah yang sering diabaikan karena biasanya memang terjadi pada masa kehamilan (Karrar, Martingano, & Hong, 2024).

Preeklampsia yang tidak ditangani dengan tepat dapat berkembang menjadi berbagai komplikasi pada ibu dan janin. Salah satu komplikasi yang dapat terjadi yaitu HELLP syndrome yang merupakan kumpulan gejala pada berupa hemolysis, peningkatan enzim hati dan platelet rendah (Humtsoe, 2022). HELLP syndrome terjadi pada 0.5% sampai 0.9% pada seluruh kehamilan dan terjadi pada 10%-20% dari kehamilan dengan preeklampsia (Aulia, Islamy, & Yonata, 2020). Sekitar 70% kasus terjadi pada trimester ketiga kehamilan, dan sisanya terjadi dalam waktu 48 jam setelah melahirkan (Khalid, Mahendraker, & Tonismae, 2023). HELLP syndrome yang tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan terjadinya eklampsia, *disseminated intravascular coagulation* (DIC), pendarahan di otak, pendarahan berat, *intrauterine fetal growth restriction* (IUGR) serta berbagai komplikasi yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. HELLP syndrome menjadi prediktor dari terjadinya kematian pada ibu hamil dengan preeklampsia berat, di mana ibu yang mengalami preeklampsia berat dengan HELLP syndrome beresiko mengalami kematian 12 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami HELLP syndrome (Muhani & Besral, 2015).

Selain terjadinya preeklampsia yang diikuti dengan terjadinya HELLP syndrome, pada ibu hamil dapat terjadi hipokalemia. Hipokalemia merupakan terjadinya penurunan kadar kalium serum dalam tubuh, dimana kalium serum < 3.5 mg/dl (Naik, Talwar, Acharya, Kumar, & Shrivastava, 2021). Hipokalemia pada ibu hamil dapat disebabkan oleh muntah yang terjadi secara terus menerus selama masa kehamilan. Selain itu, hipokalemia juga dapat disebabkan oleh penurunan asupan kalium, peningkatan serapan intraseluler, hilangnya kalium dari berbagai sumber seperti diare terus-menerus, keringat

berlebihan, dan gangguan ginjal (Naik, Talwar, Acharya, Kumar, & Shrivastava, 2021). Gejala klinis dari hipokalemia tidak terlihat hingga kadar kalium kurang dari 3 mmol/L. Manifestasi klinis yang muncul diantaranya kelemahan otot, komplikasi jantung yang terlihat dari pemeriksaan EKG seperti memanjangnya gelombang QT, pendaftaran gelombang T, munculnya gelombang U, dan depresi segmen ST (Naik, Talwar, Acharya, Kumar, & Shrivastava, 2021). Selain itu hipokalemia dapat mempengaruhi otot pernapasan yang menyebabkan gagal nafas dan kematian (Castro & Sharma, 2024).

Preeklampsia yang disertai dengan HELLP syndrome serta adanya hipokalemia pada ibu hamil tentunya meningkatkan resiko terjadinya kematian baik pada ibu maupun pada janin, sehingga tenaga kesehatan khususnya perawat memiliki peran yang penting dalam mencegah terjadinya kematian pada ibu dan janin melalui pemberian asuhan keperawatan. Oleh karena tujuan dari laporan kasus ini adalah memberikan gambaran mengenai penatalaksanaan preeklampsia dengan HELLP *syndrome* dan hipokalemia yang dilakukan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan janin.

METODE PENELITIAN

Laporan kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut pada tanggal 07- 13 Desember 2023. Subjek dari penelitian dari laporan kasus ini merupakan pasien dengan diagnosa medis G3P2A0 gravida 34-35 minggu dengan preeklampsia berat disertai *partial HELLP syndrome* dengan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko pendarahan, dan risiko ketidak seimbangan elektrolit

Proses pengambilan data diawali dengan informed consent secara tertulis kepada pasien dan keluarga. Laporan kasus ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer yang digunakan didapatkan dari pengkajian melalui anamnesis pasien dan keluarga menggunakan instrumen pengkajian yang didapatkan dari Fakultas Keperawatan Unpad, pemeriksaan fisik, observasi, serta tindakan mandiri keperawatan yang dilakukan. Data sekunder didapatkan dari *medical record* (rekam medik) pasien dimana didalamnya terdapat pengkajian pasien, rencana keperawatan, tindakan medis dan keperawatan yang dilakukan, lembar observasi persalinan, lembar partograf, serta hasil pemeriksaan laboratorium.

Setelah didapatkan data dilakukan analisis data dan penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), kemudian dilakukan perencanaan berdasarkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta dilakukan implementasi dan evaluasi.)

Deskripsi Kasus

Ny.A berusia 33 tahun dengan diagnosa medis G3P2A0 gravida 34-35 minggu dengan preeklampsia berat disertai *partial HELLP syndrome* dan hipokalemia. Pasien datang ke IGD Kebidanan dan Obstetri pada tanggal 7 Desember 2023 dirujuk oleh bidan untuk dilakukan terminasi kehamilan karena memiliki hipertensi. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis, tekanan darah 178/100 mmHg, nadi 105 x/menit, respirasi 22 x/menit, SPO2: 98% dan suhu tubuh 36,6 C. Berat badan sebelum hamil 69 kg, berat badan setelah hamil 76 kg, tinggi badan 153 cm, IMT : 29,5 kg/m². Pasien tidak merasakan mules saat datang ke IGD. Pasien rutin melakukan antenatal care setiap bulannya. Pasien memiliki hipertensi sejak kehamilan 28 minggu, tidak ada riwayat pengobatan hipertensi. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi baik sebelum hamil

maupun saat kehamilan sebelumnya, selama trimester pertama pasien sering mual dan muntah serta dan sering mengkonsumsi makanan yang kurang bergizi. Orang tua pasien tidak ada yang memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus, asma, alergi, ataupun penyakit jantung. Selama kehamilan pasien mengeluh nyeri kepala dan lemas. Pada pemeriksaan kehamilan didapatkan tinggi fundus uteri (TFU): 26 cm, teraba bokong di fundus, punggung janin berada di sebelah kanan, janin sudah masuk pintu panggul atas (PAP), divergen, denyut jantung janin (DJJ) 140 x/menit. Pada pemeriksaan darah dan urine pada tanggal 7 Desember 2023 terdapat hasil yang berada yang abnormal seperti hemoglobin 12.5 g/dL, hematokrit berapa 35% dan ureum 9 mg/dL, kalium 2.6 mEq/L, leukosit 12.000/mm³, SGPT 40 U/L, SGOT 62 U/L, protein urine +1, keton urine +2 dan urobilinogen +1.

Pada tanggal 8 Desember 2023 didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 170/102, nadi 105x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,2 C dan SPO2 96 %, dan hasil pemeriksaan darah menunjukkan beberapa parameter yang abnormal seperti hemoglobin 8.7 g/dL, hematocrit 25 %, leukosit 19.540 /mm³, trombosit 31.330 /mm³, natrium 134 mEq/qL, dan kalium 2.5 mEq/qL. Pasien mengeluh lemas dan keluar darah dari jalan lahir, hingga pembalut nifas penuh, kontraksi uterus lunak.

Diagnosa keperawatan yang diangkat diantaranya resiko perfusi serebral tidak efektif d.d tekanan darah 178/100 mmHg, nadi 105 x/menit, protein urine +1, pasien mengatakan sering nyeri kepala. Resiko pendarahan d.d trombosit 31.330 /mm³, leukosit 19.54 /mm³, hemoglobin 8.7 g/dL, hematocrit 25%, keluar darah dari jalan lahir, pembalut nifas penuh, kontraksi uterus lunak. Resiko ketidakseimbangan elektrolit d.d natrium 134 mEq/qL, dan kalium 2.5 mEq/qL, selama kehamilan pasien mengatakan sering merasa lemas.

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif diantaranya kolaborasi pemberian MgSO₄ 4 gram yang dilarutkan dalam ringer laktat (RL) 100 ml diberikan melalui IV secara perlahan selama 20 menit, kemudian dilakukan maintenance dengan pemberian MgSO₄ 6 gram dalam RL 500 ml yang dihabiskan dalam 6 jam, dilakukan pemberian pemberian nifedipine 10 mg PO (per oral), dopamet 500 mg PO untuk menurunkan tekanan darah, dilakukan pemberian posisi miring ke sisi kiri pada ibu, monitoring denyut jantung janin, nadi dan kontraksi setiap 30 menit dan pemeriksaan tekanan darah ibu setiap jam, serta dilakukan terminasi kehamilan dengan pemberian drip oksitosin. Pada masalah resiko perdarahan dilakukan tindakan penyuntikan oksitosin 10 UI saat kala III, serta dilakukan masase fundus uteri selama kala III untuk mencegah terjadinya pendarahan, namun saat post partum pasien mengalami pendarahan sehingga segera dilakukan, pemberian oksitosin 20 UI dalam RL 500 ml 20 tetes/menit dan transfusi *packed red cell* (PRC), serta pemberian furosemid post transfusi dan melakukan observasi tanda-tanda vital. Untuk masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit dilakukan tindakan penatalaksanaan berupa kolaborasi pemberian KCL 25 mEq dalam 500 ml RL 28 tetes/menit yang dilakukan selama 3 siklus yang selama intrapartum dan 5 siklus selama postpartum. Setelah dilakukan tindakan untuk mengatasi berbagai masalah pada pasien, dilakukan evaluasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan dari tindakan baik mandiri maupun kolaborasi didapatkan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi ditandai dengan tidak terjadinya kejang dan penurunan kesadaran pada pasien, bayi lahir selamat dengan berat badan lahir normal, tekanan darah 130/98 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36.6 C. Resiko pendarahan teratasi ditandai dengan hemoglobin 8,2 /dL, hematokrit 24%, leukosit 19.100/mm³ dan trombosit 172.000/mm³. Resiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi

ditandai dengan respirasi 20 x/menit natrium 137 mEq/L, kalium 3.6 mEq/L dan klorida 100 mEq/L yang berada pada batas normal, sudah tidak ada keluhan lemas dan pasien dapat melakukan mobilisasi ke kamar mandi. Sehingga seluruh diagnosa keperawatan yang diangkat teratasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada pasien didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah yaitu 178/100 mmHg yang berarti pasien mengalami hipertensi saat kehamilan dan sudah terjadi sejak kehamilan 28 minggu. Hasil pemeriksaan didapatkan terdapat protein +1 di dalam urine. Pada preeklampsia pemeriksaan protein urine menjadi salah satu pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui fungsi ginjal selama kehamilan dan mengidentifikasi terjadi preeklampsia ringan atau berat yang dapat berkembang menjadi eklampsia. Pada kondisi preeklampsia, proteinuria menjadi indikator adanya bahaya pada janin yang menyebabkan berat badan lahir bayi rendah dan meningkatkan resiko kematian janin (Setyawan, 2019; Santoso, Masruroh, Amalia, & Santy, 2020). Pada preeklampsia proteinuria terjadi karena retensi pembuluh darah. Glomerular filtration rate (GFR) dan aliran darah balik pada pasien preeklampsia lebih rendah dibandingkan pada kehamilan normal di usia kehamilan yang sama. Penurunan aliran darah pada ginjal yang diakibatkan penyempitan pembuluh darah afferent dapat berakibat pada kerusakan membran glomerulus sehingga meningkatkan permeabilitas pada protein dan terjadi proteinuria (Bernika, Khoidar., Nurul, Ririn, & Ika, 2017).

Pada kasus, preeklampsia berkembang menjadi partial HELLP syndrome ditandai dengan hemoglobin 12.5 g/dL, hematokrit berupa 35% , SGPT 40 U/L, SGOT 62 U/L, dan pada pemeriksaan kedua didapatkan hemoglobin 8.7 g/dL, hematocrit 25%, serta terdapat penurunan nilai trombosit secara signifikan menjadi 31.330 /mm³ saat postpartum. Penurunan jumlah trombosit pada HELLP syndrome disebabkan oleh peningkatan penggunaan trombosit. Trombosit diaktifkan, dan menempel pada sel endotel pembuluh darah yang rusak, sehingga terjadi peningkatan pergantian trombosit dengan umur yang lebih pendek, adanya peningkatan enzim hati menunjukkan terdapat kerusakan pada hati (Haram, Svendsen, & Abildgaard, 2009), serta hemolisis yang terjadi pada HELLP syndrome adalah anemia hemolitik mikroangiopati dimana sel darah merah menjadi terfragmentasi saat melewati pembuluh darah kecil dengan kerusakan endotel dan endapan fibrin (O'Hara Padden, 1999).

Selain terlihat pada pemeriksaan laboratorium terdapat manifestasi klinis dari HELLP syndrome yang terjadi pada pasien karena yaitu nyeri kepala. Gejala tersebut sesuai dengan penelitian Kurniawati, Azubah, Septiyono, Rahmawati, & Sulistyorini (2023) dimana 53.3% responden merasakan nyeri kepala selama kehamilan di trimester akhir. Nyeri kepala pada preeklampsia eklampsia, HELLP syndrome terjadi akibat adanya peningkatan tekanan darah secara tiba tiba melebihi kapasitas autoregulasi serebrovaskular yang menyebabkan terjadinya penyempitan pada pembuluh darah di otak, meningkatkan tekanan dalam pembuluh darah, menyebabkan penurunan aliran darah ke otak, dan terjadinya kebocoran plasma dan darah ke dalam ruang di sekitar pembuluh darah (edema perivascular), sehingga terjadi nyeri pada kepala (Larasati, 2016).

Secara umum, terdapat tiga pilihan utama penatalaksanaan ibu hamil dengan preeklampsia berat dan HELLP syndrome diantaranya persalinan segera yang menjadi pilihan utama pada usia kehamilan 34 minggu atau lebih. Persalinan dalam waktu 48 jam setelah evaluasi, stabilisasi kondisi klinis ibu dan pengobatan menggunakan kortikosteroid. Pada usia kehamilan 27 hingga 34 minggu, pilihan ini tampaknya tepat dan rasional untuk

sebagian besar kasus. Serta penatalaksanaan ekspektatif (konservatif) selama lebih dari 48-72 jam dapat dipertimbangkan pada wanita hamil sebelum usia kehamilan 27 minggu. Dalam situasi ini, pengobatan kortikosteroid sering digunakan, namun regimennya sangat bervariasi. Adapun penatalaksanaan secara rinci diantaranya dengan melakukan induksi persalinan apabila usia kehamilan >34 minggu, lakukan pemeriksaan laboratorium, evaluasi kondisi ibu dan janin, mengontrol tekanan darah dengan pemberian antihipertensi, dilakukan pemberian magnesium sulfat (MgSO₄) melalui intravena, pertimbangkan penggunaan kortikosteroid untuk kematangan janin, lakukan evaluasi laboratorium setiap 6–24 jam, tergantung pada tingkat keparahan kondisi, hingga stabil, pemberian produk darah sesuai kebutuhan, serta mempertahankan penggunaan obat antihipertensi dan MgSO₄ pada masa postpartum (Ramos, Sass, & Costa, 2017).

Penatalaksanaan preeklampsia dengan HELLP syndrome yang dilakukan pada pasien selama melakukan perawatan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut diantaranya dilakukannya induksi kehamilan setelah dilakukan kontrol hipertensi karena usia kehamilan > 34 minggu untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut dari preeklampsia dan HELLP syndrome (Haram, Svendsen, & Abildgaard, 2009). Selain itu dilakukan pemberian MgSO₄ selama masa intrapartum, pemberian magnesium sulfat menyebabkan vasodilatasi melalui relaksasi dari otot polos, termasuk pembuluh darah perifer dan uterus sehingga dapat mencegah terjadinya kejang, selain pemberian magnesium sulfat dilakukan pemberian antihipertensi seperti nifedipine 10 mg PO dan dopamet 500 mg PO yang berfungsi untuk menurunkan tekanan arteri rata-rata (MAP) dan mencegah terjadinya penyakit serebrovaskular pada pasien (POGI, 2016). Dilakukan observasi tanda vital seperti tekanan darah pada ibu dan denyut jantung bayi setiap jam. Pemeriksaan tekanan darah sistol, diastol dan MAP (mean arterial pressure) dilakukan untuk mengetahui adanya tanda resiko perfusi serebral yang tidak efektif seperti TIK yang ditandai dengan muntah proyektil, kaku kuduk, peningkatan MAP dan penurunan kesadaran (Rahayu, Kiftia, & Ardha, 2022). Selain itu dilakukan pemberian posisi miring kiri pada ibu, dengan pemberian posisi miring kiri pada ibu bersalin dapat mempercepat waktu persalinan. Posisi miring membantu kiri memperbaiki posisi bayi dalam rahim dan membuka jalan lahir, selain itu posisi ini dapat mengurangi tekanan dari rahim pada aorta dan pembuluh darah lain serta meningkatkan sirkulasi darah menuju rahim dan janin (Komariyati, Alfina, Pratamaningtyas & Rahayu, 2023). Pasien mengalami pendarahan pada kondisi post partum sehingga dilakukan pemberian oksitosin yang dapat meningkatkan kontraksi uterus untuk menutup pembuluh darah yang membawa darah ke plasenta sehingga mencegah terjadinya pendarahan (Oladapo, Okusanya, Abalos, Gallos, & Papadopoulou, 2020). Selain pemberian oksitosin dilakukan pemberian transfusi packed red cell untuk mengganti darah yang sudah keluar dan memperbaiki nilai hematologi pada pasien seperti hematokrit, hemoglobin, serta trombosit, selain itu dilakukan masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi uterus. Uterus yang berkontraksi memiliki kemampuan untuk menutup pembuluh darah yang terbuka di daerah plasenta, sehingga mencegah terjadinya perdarahan postpartum (Restianti, Wagiyo, & Nurullita, 2015). Pada pasien tidak dilakukan pemberian terapi kortikosteroid karena pasien sudah memasuki usia kehamilan 34 -35 minggu.

Penatalaksanaan dilakukan mulai dari intrapartum hingga postpartum. Masa postpartum masih sangat kritis. Secara umum, pada 24 jam pertama masa postpartum dapat terjadi perburukan gambaran klinis sementara akibat konsumsi trombosit dan faktor koagulasi sehingga diperlukan pemeriksaan laboratorium dengan parameter trombosit, LDH, SGOT, bilirubin terutama setelah dilakukan intervensi. Selain itu, tekanan darah

harus selalu diobservasi dan terkontrol dengan dilakukannya pemberian antihipertensi (Ramos, Sass, & Costa, 2017). Pada kasus dilakukan kolaborasi pemberian nicardipin 2 mg yang dilarutkan dalam NaCl 100 ml 20 tetes/menit, ramipril 1x10 mg, adalat oros 1x30 mg dan concor 1x1,25 mg pada masa postpartum.

Selain preeklampsia yang berkembang menjadi partial HELLP syndrome, pada pasien terdapat kondisi hipokalemia yang harus segera ditangani. Adapun penatalaksanaan dari hipokalemia adalah dengan koreksi penyebab dari hipokalemia, koreksi dapat dilakukan secara oral maupun intravena (Salwani, 2017). Pada kasus didapatkan hasil pemeriksaan kalium 2.5 mEq/qL, dilakukan koreksi dengan indikasi kuat dimana kalium harus diberikan pada waktu yang tidak terlalu lama (Salwani, 2017). Pada pasien dilakukan koreksi hipokalemia menggunakan KCL 25 mEq yang dilarutkan dalam 500 ml RL diberikan dalam 3 siklus ketika intrapartum serta 5 siklus pada kondisi post partum yang diberikan melalui intravena. Selain itu dilakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan tinggi kalium seperti kacang-kacangan, bayam, tomat wortel, kol, kentang, daging sapi, jeruk dan mangga (Salwani, 2017) untuk meningkatkan kalium dalam tubuh pasien.

Setelah dilakukan penatalaksanaan dilakukan evaluasi dan didapatkan bahwa penatalaksanaan yang dilakukan dapat mengatasi berbagai manifestasi klinis yang muncul pada pasien. Meskipun terjadi pendarahan setelah post partum, namun kondisi tersebut segera ditangani sehingga tidak menimbulkan komplikasi baru pada pasien dan dapat mencegah kematian pada ibu dan janin.

KESIMPULAN

Penatalaksanaan utama untuk mengatasi preeklampsia dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia yang dilakukan pada pasien dengan usia kehamilan 34-35 minggu di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut yaitu dengan melakukan induksi persalinan. Selain itu, dilakukan pemberian magnesium sulfat dan antihipertensi untuk mencegah terjadinya komplikasi lain seperti eklampsia. Terdapat pemberian transfusi PRC saat terjadi pendarahan serta pemberian oksitosin untuk mencegah pendarahan lebih lanjut. Untuk mengatasi hipokalemia pada pasien dilakukan koreksi menggunakan KCL melalui intravena yang dilakukan dengan segera. Penatalaksanaan pada preeklampsia dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia sudah sesuai dengan penatalaksanaan yang terdapat dalam literatur. Selain penatalaksanaan kolaborasi pemberian terapi farmakologis diharapkan perawat dapat memberikan intervensi non farmakologis yang dapat meningkatkan keberhasilan dari pemberian terapi farmakologis dalam mengatasi preeklampsia dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia. Laporan kasus ini diharapkan dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan terutama perawat dalam melaksanakan penatalaksanaan preeklampsia yang disertai dengan partial HELLP syndrome dan hipokalemia.

DAFTAR REFERENSI

- [1] ACOG. (2020). Gestational Hypertension And Preeclampsia: The American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics And Gynecology*, 135(6), 1492–1495.
- [2] Aulia, D., Islamy, N., & Yonata, A. (2020). Hipertensi Kronis Superimposed Preeklampsia Dengan Impending Eklampsia Dan Partial Hellp Syndrome Chronic Hypertension Superimposed Preeclampsia With Impending Eklampsia And Partial Hellp Syndrome. *Medula*, 10, 359–364.

- [3] Azizah, D., Rohmatin, H., & Farianingsih. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Preeklampsia Di Puskesmas Penanggal Kabupaten Lumajang. *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 15(4), 7–13. <https://Stikes-Nhm.E-Journal.Id/Obj/Index>
- [4] Bernika, M., Khoidar, A., Nurul, A., Ririn, W., & Ika, S. (2017). Analisis Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Tekanan Darah Dan Protein Urine Pada Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2017. *Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa*, 5(2), 48–55.
- [5] Castro, D., & Sharma, S. (2024). *Hypokalemia*. Statpearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/Nbk482465/>
- [6] Fox, R., Kitt, J., Leeson, P., Aye, C. Y. L., & Lewandowski, A. J. (2019). Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, And The Cardiovascular Impact On The Offspring. *Journal Of Clinical Medicine*, 8(10), 1–22. <https://doi.org/10.3390/jcm8101625>
- [7] Haram, K., Svendsen, E., & Abildgaard, U. (2009). The Hellp Syndrome: Clinical Issues And Management. A Review. *Bmc Pregnancy And Childbirth*, 9, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-8>
- [8] Humtsoe, Z. (2022). HELLP Syndrome In Pregnancy. *Indian Journal Of Continuing Nursing Education*, 24(1), 6. https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_6_22
- [9] Karrar, S. A., Martingano, D. J., & L.Hong, P. (2024). Preeclampsia. In Statpearls. Statpearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/Nbk570611/>
- [10] Kemenkes. (2021). Peringatan Hari Preeklampsia Sedunia 2021. <https://ayosehat.kemkes.go.id/peringatan-hari-preeklampsia-sedunia-2021>
- [11] Khalid, F., Mahendraker, N., & Tonismae., T. (2023). Hellp Syndrome. In Statpearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/Nbk560615/>
- [12] Komariyati, N. Alfina, Pratamaningtyas, S., & Rahayu, D. E. (2023). Pengaruh Posisi Miring Kiri Terhadap Durasi Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Kebidanan*, 12(02), 87–93. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v12i02.283>
- [13] Kurniawati, D., Azubah, A. M., Septiyono, E. A., Rahmawati, I., & Sulistyorini, L. (2023). Tanda Dan Gejala Pada Kehamilan Dengan Preeklampsia Di Wilayah Pertanian Jember. *Sehatmas: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1064–1072. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2578>
- [14] Larasati, C. (2016). Karakteristik Pasien Preeklampsia Berat Di Rsud Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- [15] Muhani, N., & Besral, B. (2015). Pre-Eklampsia Berat Dan Kematian Ibu. *Kesmas: National Public Health Journal*, 10(2), 80. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v10i2.884>
- [16] Naik, S., Talwar, D., Acharya, S., Kumar, S., & Shrivastava, D. (2021). Hyperemesis Gravidarum Presenting As Severe Hypokalemic Periodic Paralysis And Type Ii Respiratory Failure: A Different Form Of Thyroid Storm? *Cureus*, 13(11), 9–14. <https://doi.org/10.7759/cureus.19566>
- [17] O'hara Padden, M. (1999). HELLP Syndrome: Recognition And Perinatal Management. *American Family Physician*, 60(3), 829–839.
- [18] Oladapo, O. T., Okusanya, B. O., Abalos, E., Gallos, I. D., & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous Versus Intramuscular Prophylactic Oxytocin For Reducing Blood Loss In The Third Stage Of Labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009332.pub4>
- [19] POGI. (2016). Pnpk Diagnosis Dan Tatalaksana Preeklampsia. 1–48.

- [20] Rahayu, A., Kiftia, M., & Ardhia, D. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Preeklampsia Dan HELLP Syndrome Suatu Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1, No 2, 132–140. [Http://www.jim.unsyiah.ac.id/fkep/article/view/21447](http://www.jim.unsyiah.ac.id/fkep/article/view/21447)
- [21] Ramos, J. G. L., Sass, N., & Costa, S. M. H. (2017). Preeclampsia: Definitions Of Hypertensive States During Pregnancy Pathophysiological Foundations. *Uptodate*, 39, 496–512. [Https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793357/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793357/)
- [22] Restianti, Y., Wagiyo, & Nurullita, U. (2015). Pengaruh Masase Uterus Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu Postpartum Domisili Demak Di Rsd Sunan Kalijaga Demak. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 6(1), 1–6.
- [23] Salwani, D. (2017). Diagnosis Dan Tatalaksana Hipokalemia. *Unsyiah Conference, Temu Ilmiah: Konsep Mutahir Tatalaksana Berbagai Persoalan Medis*, 57–72.
- [24] Santoso, A. P. R., Masrurroh, N., Amalia, I. N., & Santy, W. H. (2020). Relationship Between Blood Pressure And Urine Protein In Preeclampsia At Prima Husada Hospital Sidoarjo. *Medicra (Journal Of Medical Laboratory Science/Technology)*, 3(2), 54–58. [Https://doi.org/10.21070/medicra.v3i2.1081](https://doi.org/10.21070/medicra.v3i2.1081)
- [25] Setyawati, A., Widiasih, R., & Ermiami, E. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Di Indonesia. *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), 32. [Https://doi.org/10.32584/jpi.v2i1.38](https://doi.org/10.32584/jpi.v2i1.38)