

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D
USIA 29 TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 35-36 MINGGU
DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT
DI PUSKESMAS TAROGONG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

NADISYA SITI AZ'ZAHRA
NIM KHG.B20043



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-3 KEBIDANAN
2023**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk menyelesaikan program studi D3 Kebidanan (baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain).
2. Karya Tulis ini adalah murni gagasan, rumusan saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2023

Yang membuat pernyataan



Nadisya Siti Az'zahra
KHG.B20043

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 29
TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS TAROGONG**

NAMA : NADISYA SITI AZ'ZAHRA

NIM : KHG.B20043

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D-3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing



Titi Purwitasari H, M.Keb
NIK: 043.298.0910.084

Menyetujui,

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., MKM.
NIK: 043298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 29
TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS TAROGONG**

NAMA : NADISYA SITI AZ'ZAHRA

NIM : KHG.B20043

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D-3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023
Mengesahkan,

**Pembimbing : Titi Purwitasari H, M.Keb
NIK: 043.298.0910.084**


(.....)

**Penguji I : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
NIK: 043.298.1109.064**


(.....)

**Penguji II : Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd
NIK: 043298.1009.063**


(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



**Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., MKM.
NIK: 043298.1004.031**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Alloh SWT, berkat Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 29 TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS TAROGONG”** karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna mencapai gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penulisan penulis menyadari akan segala kesalahan dan kekurangan baik dalam penggalan materi, penulisan maupun bahasanya, karya tulis ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun penulis sangat mengharapkan demi untuk menyempurnakan karya tulis ini agar menjadi lebih baik.

Selama penyusunan tugas akhir ini banyak pihak yang telah memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE, M.Si Selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb.M.K.M Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan
5. Titi Purwitasari H, M.Keb Selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran
6. Lina Humaeroh, SST., M.Kes Selaku penguji I yang telah menguji dan membimbing
7. Fitri Hanriyani, SST., M.Pd Selaku penguji II yang telah menguji dan membimbing
8. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat
9. Ibu Dina Mardiana. SST., SKM., M.kes selaku pembimbing lapangan yang telah membimbing
10. Ny. D selaku pasien asuhan saya, yang telah bersedia bekerja sama dan berpartisipasi
11. Teristimewa kepada bapak R.Asep Septiana dan ibu Tanti Hestiawati selaku Orang Tua saya yang telah memberikan dukungan tanpa henti dan materil yang tidak terhitung.
12. Kepada bapak H. Budi dan Ibu Hj. Ai Erlinawati atas banyaknya dukungan dan selalu menyemangati dalam hal apapun.
13. Terimakasih kepada Muhammad Rofik atas semua do'a dan dukungannya yang sudah diberikan.
14. Untuk Selma Nurul ismi dan Husniatin Nurul Fadillah yang selalu saling memberikan dukungan dan do'a.

15. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Program Studi D-3 Kebidanan

STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi.

Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penulis semoga Alloh SWT senantiasa melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin.

Garut, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Metodologi.....	5
1.4 Waktu dan tempat.....	5
1.5 Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Kehamilan.....	7
2.1.1 Definisi Kehamilan.....	7
2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Trimester III	8
2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan.....	9
2.2 Hipertensi Dalam Kehamilan	11
2.2.1 Jenis – jenis Hipertensi Dalam Kehamilan.....	12
2.3 Preeklampsia	13
2.3.1 Definisi Preeklampsia.....	13
2.3.2 Etiologi Preeklampsia.....	14
2.3.3 Manifestasi Klinis Preeklampsia	15
2.3.4 Patofisiologi Preeklampsia	16
2.3.5 Klasifikasi Preeklampsia.....	16
2.3.6 Komplikasi Preeklampsia	18
2.3.7 Diagnosis	19
2.3.8 Faktor Penyebab Preeklampsia.....	19
2.3.9 Penanganan Preeklampsia.....	27

2.4 Magnesium Sulfat (MgSO ₄)	29
2.4.1 Syarat Pemberian MgSO ₄	29
2.4.2 Cara Pemberian Dosis Awal	30
2.4.3 Cara Pemberian Dosis Pemeliharaan	30
2.4.4 Pemberian MgSO ₄	30
2.4.5 Antihipertensi	30
2.5 Sindrom HELLP	31
2.5.1 Diagnosis	31
2.5.2 Klasifikasi Sindrom HELLP	32
2.6 Manajemen Kebidanan	32
2.6.1 Proses Manajemen Kebidanan	33
2.7 Kewenangan Bidan dalam Pelayanan Preeklampsia	34
2.8 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)	35
2.8.1 Definisi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)	35
BAB III TINJAUAN KASUS	38
3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. D Usia 29 Tahun G3P1A1 Gravida 35-36 Minggu dengan Preeklampsia Berat Di Puskesmas Tarogong	38
A. Data Subjektif	38
B. Data Objektif	43
C. Analisa	46
D. Penatalaksanaan	46
BAB IV PEMBAHASAN	52
4.1 Data Subjektif	52
4.2 Data Objektif	53
4.3 Analisa	54
4.4 Penatalaksanaan	55
4.5 Pendokumentasian	56
4.6 Matrik	57
BAB V PENUTUP	61
5.1 Kesimpulan	61
5.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klarifikasi IMT	26
Tabel 2. 2 Antihipertensi.....	30
Tabel 3.1 Lembar Observasi kehamilan.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penatalaksanaan Preeklampsia	27
Gambar 2.2 Penatalaksanaan Preeklampsia	28
Gambar 2.3 Penatalaksanaan Preeklampsia Berat	28

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), sekitar 287.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2020. Hampir 95% dari semua kematian ibu pada tahun 2020 terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan sebagian besar dapat dicegah. Angka kematian ibu (AKI) di negara berpenghasilan rendah adalah 430 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020, sedangkan di negara berpenghasilan tinggi adalah 12 per 100.000 kelahiran hidup. Komplikasi utama yang menyebabkan kematian ibu adalah perdarahan hebat, infeksi, hipertensi selama kehamilan, preeklampsia dan eklampsia, komplikasi persalinan dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2022).

Berdasarkan data Kemenkes RI tahun 2020 menunjukkan kasus kematian ibu di Indonesia sejumlah 4.627. Penyebab mayoritas kematian ibu disebabkan oleh perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus dan penyakit peredaran darah sebanyak 230 kasus. Berdasarkan hal tersebut penyebab kematian ibu salah satunya karena perdarahan, tekanan darah tinggi saat hamil, infeksi, gangguan peredaran darah (Kemenkes 2021).

Kasus Kematian Ibu di Jawa Barat tahun 2021 sebanyak 1.188 kasus, dengan kematian terbanyak 40% akibat Covid-19 pada tahun 2021. Sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa kehamilan dan persalinan,

dan mayoritas ibu meninggal pada usia subur yaitu antara 20 sampai 35 tahun, dan masih banyak yang berusia di atas 35 tahun, proporsinya 36% (Jabar 2022).

Berdasarkan data dari profil Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2022 kematian ibu terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47,52% dibandingkan dengan 2021 yaitu di angka 112 kasus (DinKes Garut 2022).

Menurut laporan PONED Puskesmas Tarogong, tidak ada kematian ibu antara Februari dan April 2023, namun masih ada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat. Oleh karena itu, perlu adanya standar perawatan ibu hamil dengan preeklampsia berat untuk mencegah komplikasi yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi (laporan Poned Tagong 2023).

Secara global preeklampsia merupakan suatu masalah pada ibu dan bayi, 10% ibu hamil diseluruh dunia mengalami preeklampsia dan menjadi penyebab 76.000 kematian ibu dan 500.000 kematian bayi setiap tahunnya. Berdasarkan hasil penelitian Haslan dan Trisutrisno pada tahun 2022 bahwa preeklampsia sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin terhambat. Preeklampsia menyebabkan kemungkinan pertumbuhan janin terhambat sebanyak 48%.

Berdasarkan penelitian Bardja tahun 2020 bahwa faktor risiko kejadian Preeklampsia Berat pada ibu hamil disebabkan karena usia, paritas, pendidikan, riwayat preeklampsia, riwayat penyakit keluarga, kenaikan berat badan, jumlah janin dan konsumsi kalsium.

Preeklampsia didiagnosis setelah usia kehamilan lebih dari 20

minggu ketika tekanan darah sistolik minimal 140 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih. Pemeriksaan yang dilakukan dua kali setiap 4 jam pada wanita dengan tekanan darah normal sebelumnya. Diagnosis preeklampsia saat ini dikembangkan tidak hanya berdasarkan tekanan darah tinggi dan nilai protein positif. Preeklampsia dapat didiagnosis dengan peningkatan tekanan darah dengan atau tanpa proteinuria dan nilai abnormal pada trombositopenia, gagal ginjal, disfungsi hati, dan edema paru (Horn dan Vatten 2017).

Salah satu untuk mendeteksi adanya komplikasi pada ibu hamil harus adanya kepatuhan kunjungan *antenatal care* (ANC) secara teratur dan sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan yaitu minimal sebanyak 6 kali kunjungan dalam masa kehamilan 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua dan 3 kali pada trimester ketiga (Permenkes RI 2021).

Petugas tenaga kesehatan memegang peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya yang harus petugas kesehatan ditujukan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan termasuk dalam upaya penanganan kasus preeklampsia. Peranan bidan yaitu sebagai provider kesehatan lini pertama dalam tata laksana awal kasus preeklampsia dan eklampsia, sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang diberikan kepada bidan. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul **“ASUHAN KEHAMILAN PADA NY.D USIA 29 TAHUN G3P1A1**

GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS TAROGONG 2023”

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kehamilan pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. D 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. D 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong.
3. Menegakan Analisa pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. D 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong.
5. Melakukan Pendokumentasian pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Tarogong.

1.3 Metodologi

1. Metode Kajian Pustaka

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan media kajian Pustaka dengan cara mencari materi pada buku-buku pedoman.

2. Wawancara

Teknik ini dilakukan melalui komunikasi secara langsung dengan klien untuk memperoleh data yang berhubungan dengan permasalahan klien yang akan dijadikan kasus, sehingga data yang di peroleh lebih akurat.

3. Observasi

Yaitu dengan observasi dalam melakukan asuhan kebidanan langsung kepada klien, dan juga pemeriksaan fisik dengan Teknik inspeksi dan palpasi guna untuk memperoleh data objektif.

1.4 Waktu dan tempat

Dilakukan di Puskemas Tarogong Kecamatan Tarogong Kabupaten Garut, pada tanggal 16 Februari 2023.

1.5 Manfaat

1. Bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan gambaran terkait penanganan yang sudah dilakukan oleh bidan dalam asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal khususnya preeklampsia.

2. Bagi Pendidik

Hasil asuhan kebidanan ini akan dijadikan referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan data dasar untuk Karya Tulis Ilmiah.

3. Bagi Tempat Praktik

Asuhan kegawatdaruratan maternal khususnya mengenai preeklampsia dan mempelajari kesenjangan yang terjadi dilapangan terutama dalam penanganan preeklampsia pada ibu hamil.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Menurut Nugrawati dan Amriani, 2021 mengatakan bahwa kehamilan suatu proses yang fisiologis dan alamiah, dimana setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat, telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan mengalami kehamilan (Risyati dan Maharani 2021).

Syaiful et al, 2019 dan Yuliani, Musdalifah dan Suparmi, 2017 mengatakan kehamilan dimulai dengan proses bertemunya sel telur dan sel sperma sehingga terjadi fertilisasi, dilanjutkan implantasi sampai lahirnya janin. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester I usia kehamilan 0 – 13 minggu, trimester II usia kehamilan 14 – 27 minggu dan trimester III usia kehamilan 28 – 40 minggu (Diki dan Saragih Elfirayani 2021).

2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Trimester III

Perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan trimester III yaitu :

a. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan. Hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan kebiru-biruan (tanda *Chadwicks*). Pada bulan terakhir kehamilan, cairan vagina akan mulai meningkat dan lebih kental.

b. Payudara

Payudara akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI. Perkembangan tersebut pengaruh dari hormon estrogen, progesterone dan *somatomammotropin*. Pada kehamilan 12 minggu ke atas, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut dengan kolostrum.

c. Sirkulasi darah

Setelah kehamilan diatas 30 minggu, kecendrungan peningkatan tekanan darah vena tungkai mengalami distensi karena obstruksi aliran balik vena akibat tingginya tekanan darah vena yang kembali dari uterus pada vena cava. Keadaan ini menyebabkan varises vena tungkai dan pada vena vulva pada wanita yang rentan.

d. Sistem pencernaan

Pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat dapat menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*), daerah lambung terasa panas, *morning sickness*, dan mual muntah.

e. Sistem respirasi

Pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil yang kesulitan untuk bernafas karena bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru-paru ibu.

f. Sistem perkemihan

Akhir kehamilan biasanya muncul keluhan *uninary frequency*, dimana peningkatan sensitivitas kandung kemih karena pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urin (Widyarti 2021).

2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, apabila tidak terdeteksi dapat mengancam keselamatan ibu dan janin bahkan mengakibatkan kematian. Menurut Mwilike tanda bahaya kehamilan terdiri dari perdarahan pervaginam, sakit kepala, gangguan penglihatan, bengkak pada muka dan tangan dan berkurangnya gerakan janin. Dijelaskan sebagai berikut :

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan yang bersifat fisiologis maupun patologis. Perdarahan yang bersifat fisiologis terjadi diawal kehamilan yang terjadi karena proses implantasi. Perdarahan pervaginam bersifat patologis pada awal kehamilan <22 minggu, biasanya keluar merah disertai nyeri yang dicurigai dengan abortus, kehamilan ektopik, atau kehamilan mola. Perdarahan pervaginam >22 minggu sampai belum persalinan, keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan banyak dan terus menerus disertai nyeri, biasanya dikarenakan plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri, atau ada bekuan darah.

2. Sakit kepala

Sakit kepala yang hebat secara menetap dan tidak berkurang dengan istirahat pada ibu hamil merupakan tanda bahaya. Kondisi selama kehamilan disertai tekanan darah tinggi mengarah pada gejala preeklampsia.

3. Penglihatan atau pandangan kabur

Kehamilan yang berbahaya adalah perubahan visual mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bitnik-bintik (spot) dan berkunang-kunang.

4. Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius apabila bengkak yang muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah

setelah istirahat, disertai sakit kepala hebat, pandangan mata kabur, hal ini merupakan tanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

5. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat.

6. Gerakan bayi yang berkurang

Gerakan janin pada usia kehamilan 20-24 minggu bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu makan dan minum dengan baik. Ibu hamil perlu diperiksa ke fasilitas Kesehatan jika terjadi penurunan/Gerakan yang berhenti (Nunuk dan Khair Ummul 2023).

2.2 Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan adalah hipertensi yang terjadi ketika hipertensi pertama kali terdeteksi pada ibu yang diketahui normotensif (memiliki tekanan darah normal) setelah 20 minggu kehamilan tanpa adanya proteinuria yang signifikan atau ciri-ciri preeklampsia lainnya.

Tekanan darah ibu meningkat di atas 140/90 mmHg pada setidaknya dua kejadian yang rentang waktunya tidak lebih dari satu minggu. Hipertensi dalam kehamilan terjadi apabila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg dan tekanan diastolik 15 mmHg di atas normal (Kemenkes,2018).

2.2.1 Jenis – jenis Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Hipertensi Kronik

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul dan sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan

Diagnosis

1. Tekanan darah $>140/90$ mmHg
2. Sudah ada riwayat hipertensi sebelum hamil atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan <20 minggu.
3. Tidak ada proteinuria
4. Dapat disertai keterlibatan organ lain, seperti jantung dan ginjal.

b. Hipertensi Gestasional

Yaitu hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 minggu dan menghilang setelah persalinan.

Diagnosis

1. Tekanan darah $>140/90$ mmHg
2. Tidak ada riwayat hipertensi sebelum kehamilan tekanan darah normal kehamilan <12 minggu
3. Tidak ada proteinuria
4. Dapat disertai dengan tanda gejala preeklampsia

c. Preeklampsia – eklampsia

Kedua penyakit ini dikenal sebagai pregnancy-specific dan merupakan jenis pregnancy-induced hypertension/PIH karena muncul hanya dengan adanya kehamilan dan berakhir dengan

terminasi kehamilan. Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah usia gestasi 20 minggu disertai dengan proteinuria pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal (normotensif). Berdasarkan manifestasi klinik, preeklampsia diklasifikasikan menjadi preeklampsia dan preeklampsia berat. Eklampsia adalah kejadian kejang pada wanita dengan preeklampsia yang tidak berkaitan dengan penyebab lain.

d. **Hipertensi Kronik dengan Superimposed Preeklampsia**

Merupakan timbulnya proteinuria pada wanita hamil yang sebelumnya telah mengalami hipertensi. Proteinuria hanya timbul setelah 20 minggu untuk epidemiologi dari hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia sampai sekarang tidak diketahui secara pasti karena untuk penegakan diagnosis dari hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia.

2.3 Preeklampsia

2.3.1 Definisi Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit multisistem yang terjadi selama kehamilan dan ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan edema, dan mungkin berhubungan dengan proteinuria. Biasanya terjadi pada 20 minggu atau lebih atau pada trimester ketiga, paling sering pada 37 minggu atau bisa terjadi tepat setelah lahir. Preeklampsia adalah sindrom khusus kehamilan yang terutama terkait dengan gangguan perfusi organ yang disebabkan oleh vasospasme dan aktivitas endotel, bermanifestasi sebagai hipertensi dan

proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang hingga berat, yang dapat menyebabkan eklampsia (Diana 2018).

Preeklampsia dapat diketahui pada kehamilan lebih dari 20 minggu dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih, atau tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih yang diketahui dari hasil pemeriksaan pada dua kesempatan dengan interval waktu 4 jam pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal. Diagnosa preeklampsia juga dapat ditegakan pada kehamilan dengan peningkatan tekanan darah yang disertai dengan proteinuria lebih besar dari 300 mg/ 24 jam. Saat ini, diagnosis preeklampsia berkembang tidak hanya berdasarkan peningkatan tekanan darah dan adanya nilai positif pada protein. Preeklamsia dapat didiagnosis berdasarkan peningkatan tekanan darah dengan atau tanpa proteinurine dengan salah satu nilai abnormal pada trombositopenia, gangguan fungsi ginjal, fungsi hati dan oedema paru (Horn dan Vatten 2017).

2.3.2 Etiologi Preeklampsia

Menurut Genetics, 2016 penyebab spesifik preeklampsia belum diketahui secara jelas pada kehamilan, volume darah biasanya meningkat untuk menompang janin dan tubuh ibu harus menyesuaikan diri untuk menangani cairan ekstra. Pada beberapa wanita, tubuh tidak bereaksi secara normal terhadap perubahan cairan kehamilan, yang menyebabkan tanda dan gejala preeklampsia. Alasan untuk reaksi abnormal terhadap perubahan kehamilan ini bervariasi pada setiap wanita dan tergantung pada tahap kehamilan dimana kondisi tersebut berkembang.

Studi menunjukkan bahwa preeklampsia berhubungan dengan plasenta, hubungan antara suplai darah ibu dan janin. Jika ada hubungan yang tidak memadai antara plasenta dan arteri rahim, plasenta tidak mendapat cukup darah. Plasenta merespon dengan melepaskan berbagai zat, termasuk bahan kimia yang mempengaruhi lapisan pembuluh darah (endotel vascular). Dengan mekanisme yang tidak jelas, pembuluh darah ibu menyempit secara tidak normal, menyebabkan hipertensi. Pembuluh darah yang menyempit ini juga mempengaruhi organ lain, yang mengarah ke tanda dan gejala preeklampsia lainnya. Di ginjal, pembuluh darah yang menyempit menyebabkan pelepasan protein yang tidak normal dalam urin (Suprpto 2022).

Menurut Rahyani, 2020 bahwa penyebab preeklampsia saat ini tidak diketahui secara pasti, faktor dari ibu primigravida ditemukan 85% preeklampsia terjadi pada kehamilan pertama. Preeklampsia juga bisa disebabkan karena distensi rahim berlebih yaitu berupa hidramnion dan gemelli (Marisa dan Hariyanto Sufendi 2022).

2.3.3 Manifestasi Klinis Preeklampsia

Saraswati, 2016 gambaran klinis preeklampsia mulai dengan kenaikan berat badan diikuti edema kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah, dan terakhir terjadi proteinuria.

Tanda dan gejala yang biasa ditemukan pada preeklampsia biasanya sakit kepala hebat. Sakit ulu hati karena regangan selaput hati oleh perdarahan atau edema atau sakit karena perubahan pada lambung dan

gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur bahkan kadang bisa darah dan edema (Marisa dan Hariyanto Sufendi 2022).

2.3.4 Patofisiologi Preeklampsia

Rahyani, 2020 patofisiologi preeklampsia terjadi akibat dari keadaan imun atau alergi pada ibu. Preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta, yang mengakibatkan pelepasan substansi plasenta sehingga menyebabkan disfungsi *endotel vascular* ibu yang luas. Disfungsi endotel vascular menyebabkan peningkatan total perifer sistem dan menimbulkan hipertensi. Vasokonstriksi juga dapat menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriol disertai perdarahan mikro pada tempat endotel. Vasokonstriksi arteri spiralis akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi uteroplacenter yang selanjutnya akan menimbulkan maladaptasi plasenta (Marisa dan Hariyanto Sufendi 2022).

2.3.5 Klasifikasi Preeklampsia

Menurut Lukas, 2016 preeklampsia dibedakan menjadi dua yaitu preeklampsia dan preeklampsia berat dijelaskan sebagai berikut :

1. Preeklampsia

Preeklampsia adalah dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg disertai minimal 1 dari gejala lain seperti proteinuria dipstick $> +1$ atau >300 mg/24 jam, serum kreatinin $>1,1$ mg/dL, edema paru, peningkatan enzim hati >2 kali, Trombosit >100.000 , nyeri kepala, nyeri epigastrium dan gangguan visual.

2. Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg, proteinuria dipstick $> +1$ atau >300 mg/24 jam, serum kreatin $>1,1$ mg/dL, edema paru, peningkatan enzim hati >2 kali, trombosit <100.000 , nyeri kepala, nyeri epigastrium dan gangguan visual (Nurul dan Darmiati 2022).

Yang pertama, Hipertensi Gestasional, hipertensi ini menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklampsia namun tanpa proteinuria. TD sistolik ≥ 140 mmHG atau diastolic ≥ 90 mmHg ditemukan pertama kali sewaktu hamil dan memiliki gejala atau tanda lain preeklampsia seperti dyspepsia atau trombositopenia. Kedua, Sindrom preeklampsia dan eklampsia merupakan hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria, sedangkan eklampsia merupakan preeklampsia yang disertai dengan kejang-kejang dan/atau koma. TD sistolik ≥ 140 atau TD diastolik ≥ 90 mmHg dengan proteinuria >300 mg/24 jam. Ketiga, hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia, preeklampsia yang terjadi pada ibu hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil. Keempat hipertensi kronik hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg) yang telah di diagnosis sebelum kehamilan terjadi atau hipertensi yang timbul sebelum mencapai usia kehamilan 20 minggu (Prawirohardjo 2020).

2.3.6 Komplikasi Preeklampsia

Menurut Mayo clinic, 2021 ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada ibu yang mengalami preeklampsia sebagai berikut :

1. Kejang atau eklampsia, yaitu yang dapat merusak organ-organ vital secara permanen, termasuk otak, mata, hati dan ginjal.
2. Edema paru, kondisi ini bisa mengakibatkan terjadi kelebihan cairan di paru-paru.
3. Stroke, terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terganggu atau sangat berkurang, sehingga jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan makanan.
4. Tromboemboli, merupakan penyumbatan pembuluh darah disebabkan bekuan darah yang mengalir dari bagian lain di tubuh ibu.
5. Sindrom HELLP, yang merupakan singkatan dari hemolisi (penghancuran sel darah merah), peningkatan enzim hati dan jumlah trombosit yang rendah. Sindrom HELLP dapat dengan cepat mengancam jiwa. Gejala yang ditemukan termasuk mual dan muntah, sakit kepala, sakit perut kanan atas. Sindrom HELLP sangat berbahaya karena menyebabkan rusaknya beberapa system organ. Kondisi ini dimungkinkan untuk berkembang tiba-tiba bahkan sebelum hipertensi terdeteksi, atau dimungkinkan juga untuk berkembang tanpa adanya gejala sama sekali.
6. Mengakibatkan juga kematian jika tidak segera ditangani (Nurul dan Darmiati 2022).

Dampak Preeklampsia pada bayi adalah sebagai berikut :

1. Berat janin kecil, lebih kecil dari janin pada kondisi normal
2. Melahirkan sebelum waktunya (prematur)
3. Janin meninggal dalam kandungan (Dini dan Dkk 2020).

2.3.7 Diagnosis

Diagnosis preeklampsia dapat ditetapkan apabila ada hipertensi awitan baru yang ditemukan pada usia kehamilan >20 minggu. Saat ini proteinuria tidak menjadi syarat untuk diagnosis preeklampsia. Hipertensi yang disertai manifestasi klinis preeklampsia berat dapat ditetapkan sebagai preeklampsia meskipun tanpa proteinuria (Audiza Luthffia, 2021).

Metode *dipstick* tidak lagi disarankan untuk diagnosis kecuali pendekatan lain tidak tersedia. Protein 1+ dianggap sebagai *cut off* untuk diagnosis proteinuria. Saat ini, diagnosis preeklampsia berat tidak lagi tergantung pada adanya proteinuria. Manajemen preeklampsia tanpa proteinuria tidak boleh ditunda. *Task Force on Hypertension in Pregnancy* juga menyarankan untuk mengeliminasi kriteria proteinuria masif, yang didefinisikan sebagai proteinuria >5 g, karena kurangnya bukti bahwa kuantitas protein berhubungan dengan luaran kehamilan preeklampsia (Ganot et al. 2017).

2.3.8 Faktor Penyebab Preeklampsia

Faktor maternal lain yang menjadi faktor risiko preeklampsia ialah pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Bergaram tinggi

merupakan faktor terjadinya hipertensi bahkan preeklampsia pada ibu hamil (Bingan dan Palupi 2022).

Menurut Nurbaniwati, 2018 Faktor risiko yang dapat dinilai pada kunjungan antenatal pertama anamnesis :

1) Usia >40 tahun

Usia merupakan bagian dari status reproduksi yang penting, usia berkaitan dengan peningkatan atau penurunan fungsi tubuh sehingga mempengaruhi status kesehatan. Usia reproduktif sehat yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Sedangkan usia ibu >35 tahun seiring bertambahnya usia rentan untuk terjadi peningkatan tekanan darah karena terjadi degenerasi. Adanya perubahan patologis, yaitu terjadinya spasme pembuluh darah arteriol menuju organ penting dalam tubuh sehingga menimbulkan gangguan metabolisme jaringan, gangguan peredaran darah menuju retroplasenter. Kategori usia untuk mengetahui hubungan antar usia dengan preeklampsia dalam penelitian Imung adalah sebagai berikut :

- a) Usia >35 tahun
- b) Usia <20 tahun
- c) Usia 20-35 tahun

Berdasarkan penelitian dari Dietl, wanita hamil pada usia lebih dari 40 tahun lebih berisiko mengalami hipertensi, dan preeklampsia banyak terjadi pada ibu hamil umur >40 tahun. Hasilnya juga

menunjukkan bahwa 59,% preeklampsia terjadi pada multipara dengan umur >40 tahun.

Duckitt melaporkan peningkatan risiko preeklampsia hampir dua kali lipat pada wanita hamil berusia 40 tahun atau lebih baik pada primipara maupun multipara. Sedangkan usia muda tidak meningkatkan risiko preeklampsia secara bermakna.

2) Primigravida

Status gravida adalah wanita yang sedang hamil. Status gravida dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertama kalinya
- b) Multigravida adalah wanita yang hamil ke 2 atau lebih.

Preeklampsia banyak dijumpai pada primigravida daripada multigravida karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion.

Hal ini terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan blocking antibody yang dilakukan oleh HLA-G terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trofoblas ke jaringan desidua ibu menjadi terganggu. Primigravida juga rentan stress dalam menghadapi persalinan yang menstimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek

kortisol adalah meningkatkan respon simpatik, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat.

Nullipara lebih berisiko mengalami preeklampsia daripada multipara karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Berdasarkan studi Bdolah, kehamilan nullipara memiliki kadar sFlt1 dan sFlt1 / PlGF bersirkulasi lebih tinggi daripada kehamilan multipara, menunjukkan hubungan dengan ketidakseimbangan angiogenik.

3) Multipara dengan Riwayat preeklampsia sebelumnya

Riwayat preeklampsia sebelumnya berisiko 4,735 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak ada riwayat preeklampsia sebelumnya dan menyatakan bahwa riwayat preeklampsia sebelumnya merupakan faktor risiko utama (Hinele et al. 2022).

4) Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru

Kehamilan pertama oleh pasangan yang baru dianggap sebagai faktor risiko preeklampsia, walaupun bukan nullipara karena risiko meningkat pada wanita yang memiliki paparan rendah terhadap sperma (Erna dan Anita 2019).

5) Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih

Hubungan antara risiko terjadinya dengan interval/jarak kehamilan lebih signifikan dibandingkan dengan risiko yang

ditimbulkan dari pergantian pasangan seksual. Risiko pada kehamilan kedua atau ketiga secara langsung berhubungan dengan waktu persalinan sebelumnya. Ketika intervalnya lebih dari 10 tahun, maka risiko ibu tersebut mengalami preeklampsia adalah sama dengan ibu yang belum pernah melahirkan. Dibandingkan dengan wanita dengan jarak kehamilan dari 18 hingga 23 bulan, wanita dengan jarak kehamilan lebih lama dari 59 bulan secara signifikan meningkatkan risiko preeklampsia dan eklampsia.

6) Kehamilan multiple/kehamilan ganda

Kehamilan ganda meningkatkan risiko preeklampsia sebesar 3 kali lipat. Dengan adanya kehamilan ganda dan hidramnion, menjadi penyebab meningkatnya resisten intramural pada pembuluh darah myometrium, yang dapat berkaitan dengan peninggian tegangan myometrium dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Wanita dengan kehamilan kembar berisiko lebih tinggi mengalami preeklampsia hal ini disebabkan oleh peningkatan masa plasenta dan produksi hormon.

7) IDDM (insulin Dependent Diabetes Melitus)

Nerenberg mengemukakan berdasarkan penelitian bahwa wanita hamil dengan diabetes memiliki risiko 99% lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak memiliki diabetes. Diabetes dan preeklampsia adalah dua kondisi umum yang berhubungan dengan kehamilan, keduanya terkait dengan hasil kesehatan ibu dan janin

yang buruk. Diabetes dan preeklampsia memiliki faktor risiko yang sama (misalnya obesitas, sindrom ovarium polikistik, usia ibu lanjut, peningkatan berat badan kehamilan), hyperinsulinemia dikaitkan dengan kedua kondisi. Diabetes dan preeklampsia memiliki bukti disfungsi vascular endotel.

8) Hipertensi Kronik

Penyakit kronik seperti hipertensi kronik bisa dikembangkan menjadi preeklampsia. Yaitu pada ibu dengan Riwayat hipertensi kronik lebih dari 4 tahun. Chappel juga menyimpulkan bahwa ada 7 faktor risiko yang dapat dinilai secara dini sebagai prediktor terjadinya preeklampsia superimposed pada wanita hamil dengan hipertensi kronik.

9) Penyakit Ginjal

Pada wanita hamil ginjal dipaksa bekerja keras sampai ke titik dimana ginjal tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan yang semakin meningkat. Wanita hamil dengan gagal ginjal kronik memiliki ginjal yang semakin memperburuk status dan fungsinya. Beberapa tanda yang menunjukkan menurunnya fungsi ginjal antara lain adalah hipertensi yang semakin tinggi dan terjadi peningkatan jumlah produk buangan yang sudah disaring oleh ginjal di dalam darah. Ibu hamil yang menderita tekanan darah tinggi. Ibu hamil dengan penyakit ginjal dan tekanan darah tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami preeklampsia.

10) Kehamilan dengan inseminasi donor sperma, oosit dan embrio

Kehamilan setelah inseminasi donor sperma, donor oosit atau donor embrio juga dikatakan sebagai faktor risiko. Satu hipotesis yang populer penyebab preeklampsia adalah maladaptasi imun. Mekanisme dibalik efek protektif dari paparan sperma masih belum diketahui. Data menunjukkan adanya peningkatan frekuensi preeklampsia setelah inseminasi donor sperma dan oosit, frekuensi preeklampsia yang tinggi pada kehamilan remaja, serta makin mengecilnya kemungkinan terjadinya preeklampsia pada wanita hamil dari pasangan yang sama dalam jangka waktu yang lebih lama. Walaupun preeklampsia dipertimbangkan sebagai penyakit pada kehamilan pertama, frekuensi preeklampsia menurun drastis pada kehamilan berikutnya apabila kehamilan pertama tidak mengalami preeklampsia. Namun, efek protektif dan multiparitas menurun apabila berganti pasangan.

11) Obesitas sebelum hamil ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$)

Menurut Allert dan Nataliana, 2019 ibu yang memiliki $IMT > 18,5$ sebelum hamil akan memiliki risiko terjadi diabetes militus gestasional, penyumbatan pembuluh darah, persalinan dengan operasi sesar, preeklampsia, keguguran, kelahiran premature, melahirkan bayi dengan kelainan bawaan, melahirkan bayi makrosomia atau bayi dengan berat badan lahir $> 4000 \text{ gram}$, kejadian bayi meninggal dalam kandungan.

Indeks masa tubuh didefinisikan sebagai Berat Badan seseorang (dalam kg) dibagi Tinggi Badan dalam meter (Irianto,2017) klasifikasi IMT di Indonesia sudah disesuaikan dengan karakteristik negara berkembang perbedaan karakteristik menjadi penyebab tidak bisa disamaratakan IMT di negara maju dengan negara berkembang. Sehingga diambil kesimpulan batas ambang IMT di Indonesia adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klarifikasi IMT

	Klasifikasi	IMT
Kurus	Kekurangan berat	<17,0
	badan tingkat berat	17,0 – 18,4
	Kekurangan berat	
	badan tingkat ringan	
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan	25,1 – 27,0
	tingkat ringan	>27,0
	Kelebihan berat badan	
	tingkat berat	

Sumber : Permenkes RI,2014

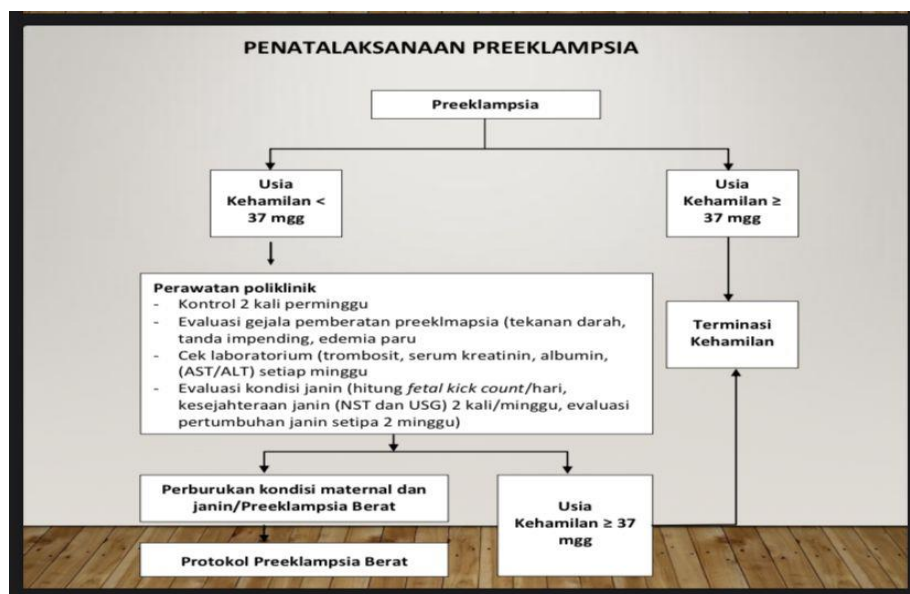
Obesitas merupakan masalah gizi akibat kelebihan kalori, biasanya disertai kelebihan lemak dan protein hewani, kelebihan gula dan garam, yang nantinya dapat menjadi faktor risiko berbagai penyakit degeneratif seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, rematik dan berbagai penyakit keganasan (kanker) dan masalah kesehatan lainnya.

Peningkatan indeks massa tubuh dan obesitas merupakan faktor risiko terpenting terjadinya preeklampsia. Obesitas meningkatkan risiko preeklampsia sebesar 2,47 kali lipat. Sedangkan wanita yang memiliki index massa tubuh >35 lebih berisiko 4 kali lipat preeklampsia dibandingkan index massa tubuh 19-27 (Alvinasyrah 2021).

2.3.9 Penanganan Preeklampsia

- a. Penanganan Preeklampsia Menurut teori ACOG,(2013) yaitu sebagai berikut :

Gambar 2.1 Penatalaksanaan Preeklampsia



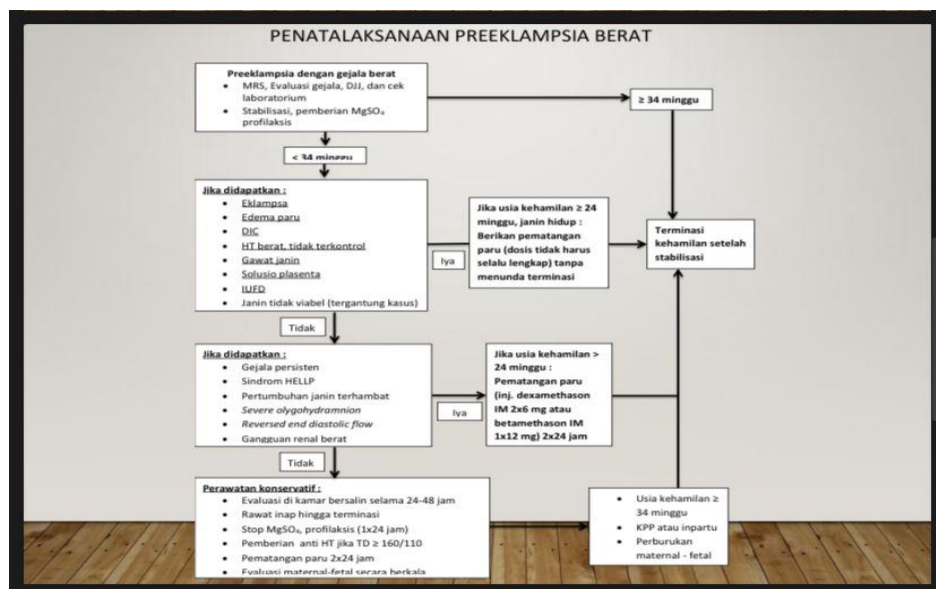
Sumber : ACOG,2013

Gambar 2.2 Penatalaksanaan Preeklampsia



Sumber : ACOG,2013

Gambar 2.3 Penatalaksanaan Preeklampsia Berat



Sumber : ACOG,2013

b. Penanganan Preeklampsia di Puskesmas Tarogong adalah sebagai berikut :

1. Dosis awal : 4 gram MgSO₄ 40% dilarutkan ke dalam 100 RL, diberikan selama 30 menit (loading dose) diberikan secara intravena
2. Dosis pemeliharaan : 6 gram MgSO₄ 40% dilarutkan ke dalam 500 RL diberikan dengan kecepatan 100 ml/jam (maintenance)
3. Dilakukan pemantauan TTV, Urine dan dilakukan rujukan.

2.4 Magnesium Sulfat (MgSO₄)

Magnesium sulfat menurunkan kadar asetolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskuler. Pada pemberian magnesium sulfat, akan menggeser kalsium, sehingga aliran rangsangan tidak terjadi (terjadi kompetitif *inhibition* antara ion kalsium dan ion magnesium). Kadar kalsium yang tinggi dalam darah dapat menghambat kerja magnesium sulfat. Magnesium sulfat sampai saat ini tetap menjadi pilihan pertama untuk antikejang pada preeklamsi atau eklamsi (Prawirohardjo 2020).

2.4.1 Syarat Pemberian MgSO₄

1. Tersedia kalsium glukonas 10% = 1 g (10 % dalam 10 cc) diberikan IV 3 menit.
2. Refleks patella (+)
3. Jumlah urine minimal 0,5 ml/kg BB/jam
4. Frekuensi pernapasan >16 kali/menit, tidak ada tanda-tanda distress napas (Prawirohardjo 2020).

2.4.2 Cara Pemberian Dosis Awal

1. Berikan 8 gr MgSO₄ (20 ml) larutan 40% IM bokong kiri dan kanan (apabila belum terpasang infus).
2. 4 gr MgSO₄ (10 ml) larutan 40% dalam NaCl 100 ml habis dalam 30 menit (73 tpm) (Prawirohardjo 2020).

2.4.3 Cara Pemberian Dosis Pemeliharaan

Ambil 6 gram MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml Ringer Laktat/ringer asetat, lalu biarkan secara IV dengan kecepatan 28 tpm/menit selama 6 jam dan diulang sehingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia) (Prawirohardjo 2020).

2.4.4 Pemberian MgSO₄

Sesuai dengan pengelolaan preeklampsia berat, bila timbul kejang berulang, maka dapat diberikan 2 gram magnesium sulfat 40% (5 ml) melalui suntikan intravena secara perlahan-lahan selama 5 menit.

2.4.5 Antihipertensi

Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi hipertensi

Tabel 2.2 Antihipertensi

Nama Obat	Dosis	Keterangan
Nifedipin	4 x 10-30 mg per oral (short acting) 1 x 20-30 mg per oral (long acting/Adalat OROS	Hipoperfusi pada ibu dan janin bila diberikan sublingual
Nikardipin	5 mg/jam, dapat ditirasi 2,5 mg/jam	

Nama Obat	Dosis	Keterangan
	tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam	
Metildopa	2 x 250-500 mg per oral (dosis maksimum 2000 mg/hari)	

Sumber : ACOG,2013

2.5 Sindrom HELLP

Sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzyme dan Low Platelets Count*) ialah preeklampsia-eklampsia disertai timbulnya hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar dan trombositopenia (Prawirohardjo 2020).

2.5.1 Diagnosis

1. Didahului tanda dan gejala yang tidak khas malaise, lemah, nyeri kepala, mual, muntah (semuanya tanda dan gejala infeksi virus)
2. Adanya tanda dan gejala preeklampsia
3. Tanda – tanda hemolisis intravascular, khususnya kenaikan LDH, AST, dan bilirubin indirek
4. Tanda kerusakan/disfungsi sel hapatosit hepar : kenaikan ALT, AST, LDH
5. Trombositopenia
Trombosit 150.000/ml

Semua perempuan hamil dengan keluhan nyeri pada kuadran atas abdomen, tanpa memandang ada tidaknya tanda gejala preeklampsia, harus dipertimbangkan sindrom HELLP (Prawirohardjo 2020).

2.5.2 Klasifikasi Sindrom HELLP

Berdasarkan kadar trombosit darah, maka sindroma HELLP diklasifikasi dengan nama “Klasifikasi Mississippi”

1. Klasifikasi 1

Kadar trombosit : $\leq 50.000/\text{ml}$

LDH ≥ 600 IU/I

AST dan/atau ALT ≥ 40 IU/I

2. Klasifikasi 2

Kadar trombosit $> 50.000 \leq 100.000/\text{ml}$

LDH ≥ 600 IU/I

AST dan/atau ALT ≥ 40 IU/I

3. Klasifikasi 3

Kadar trombosit $> 100.000 \leq 150.000/\text{ml}$

LDH ≥ 600 IU/I

AST dan/atau ALT ≥ 40 IU/I (Prawirohardjo 2020).

2.6 Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, diagnosis kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Zulfiana dan Rahmanindar 2022).

Menurut Hellen Varney manajemen kebidanan merupakan suatu metode untuk memecahkan suatu masalah yang dilakukan secara sistematis dan logis oleh bidan menggunakan pola pikir dan tindakan sesuai dengan teori ilmiah dan

evidence based dalam mengambil suatu keputusan yang fokus pada klien (Zulfiana dan Rahmanindar 2022).

2.6.1 Proses Manajemen Kebidanan

Menurut Mufdlillah, 2011 prinsip manajemen kebidanan sebagai berikut :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.

- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan (Simamora Natalia Debora. 2021).

2.7 Kewenangan Bidan dalam Pelayanan Preeklampsia

Berdasarkan Undang – Undang RI No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan dan terdapat pada bagian kedua pasal 46 ayat (1) yaitu tentang Tugas dan Wewenang Bidan, antara lain :

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi :
 - a. Pelayanan kesehatan ibu
 - b. Pelayanan kesehatan anak
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - d. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau
 - e. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a bidan berwenang :

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil
- b. Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal
- c. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
- d. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan dan

- f. Melakukan deteksi dini kasus resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Berdasarkan Standar Kompetensi Kebidanan tentang Asuhan konseling selama kehamilan kebijakan yang dilakukan bidan adalah bidan memberi asuhan bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan. Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hyperemesis gravidarum. Kehamilan ektopik terganggu, abortus imminens, molla hydatidosa, dan komplikasinya dan kehamilan ganda, kelainan letak serta preeklampsia. Tanda dan gejala yang mengancam jiwa, seperti preeklampsia, perdarahan pervaginam, kelahiran premature, anemia berat. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat 1, abortus imminens dan preeklampsia.

2.8 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

2.8.1 Definisi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

Dokumentasi kebidanan yaitu sebuah proses mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara tertulis untuk kepentingan pasien, bidan maupun tenaga kesehatan berdasarkan komunikasi yang lengkap sebagai bentuk tanggung jawab bidan. Bentuk asuhan yang diberikan keseimbangan dan menggunakan proses terus-menerus dengan menggunakan Subjektif, Objektif, Analisa,

Penatalaksanaan (SOAP) yang merupakan salah satu metode pendokumentasian.

1. Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien melalui anamnesa ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhanannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa

2. Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan data objektif ini sebagai daftar penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Assessment atau Analisa Data

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil Analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4. Planning atau Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi ataupun rujukan. Tujuannya untuk mengusahakan

tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Suariati dan Dkk 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. D Usia 29 Tahun G3P1A1 Gravida 35-36 Minggu dengan Preeklampsia Berat Di Puskesmas Tarogong

Tanggal Pengkajian : 16 Februari 2023
Jam Pengkajian : 08.00 WIB
Tempat pengkajian : PONED Puskesmas Tarogong
Nama Pengkaji : Nadisya Siti Az'zahra

A. Data Subjektif

1. Identitas Klien

Ibu		suami	
Nama	: Ny. D	Nama	: Tn. A
Usia	: 29 tahun	Usia	: 32 tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: STM
Pekerjaan	: Karyawan Swasta	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp.Tanjung kec.tarogong	Alamat	: Kp. Tanjung Kec. Tarogong

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya ke KIA Puskesmas Tarogong.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh nyeri ulu hati pandangan tidak jelas dan pusing sejak 3 hari lalu

4. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan menarche usia 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya 6-7 hari, banyaknya ganti pembalut 2-3 x/ hari, tidak ada keluhan.
HPHT 10 Juni 2022

5. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ketiga ibu melakukan ANC secara rutin di puskesmas sebanyak 4x posyandu sebanyak 2x dan 2x melakukan pemeriksaan USG. Ibu sudah melakukan imunisasi TT dua kali, TT 1 pada usia kehamilan 8 minggu dan TT 2 pada usia kehamilan 21 minggu. Selama kehamilan yang ketiga ini ibu merasakan pusing dan nyeri ulu hati. Ibu tidak mengkonsumsi obat-obatan atau jamu-jamuan kecuali obat yang diberikan oleh bidan seperti obat Fe yang diberikan oleh bidan sebanyak 50 tablet. Tablet Fe yang diminum oleh ibu selama kehamilan berjumlah 30 tablet Fe. Ibu merasakan gerakan janin yang pertama saat usia kandungan 16 minggu dan gerakan janin

aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam. Ibu tidak merokok, tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang dan tidak minum-minuman keras. Rencana persalinan ibu di Puskesmas Tarogong, dengan pendamping persalinan adalah suami dan keluarga. Dan ibu juga sudah mempersiapkan alat alat yang dibutuhkan untuk bersalin contohnya seperti baju bayi, transportasi, pendonor darah (apabila dibutuhkan) dll.

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Ibu mengatakan kehamilan yang kedua mengalami keguguran. Anak pertama lahir tahun 2020, dengan persalinan normal lahir di Rumah Sakit ditolong oleh Bidan dengan komplikasi Preeklampsia Berat dengan BB 2.600 gram, jenis kelamin perempuan.

6. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan pernah menderita penyakit apendisitis, dan menderita hipertensi pada kehamilan yang pertama usia kehamilan 20 minggu sedangkan penyakit seperti jantung, asma, tuberkulosis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS tidak ada

a. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan menderita hipertensi pada kehamilan ketiga ini usia kehamilan 20 minggu dan ibu mengatakan

sekarang sudah tidak memiliki penyakit apendisitis sedangkan penyakit seperti jantung, asma, tubercolusis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS tidak ada.

b. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan, di keluarga ibu tidak ada yang menderita penyakit berat seperti Asma, Hipertensi, DM, jantung maupun penyakit menular seperti HIV / AIDS, TBC, dan penyakit kelamin.

7. Riwayat KB

Sebelumnya ibu menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan selama 1 kali, alasan berhenti ibu mengatakan ingin hamil lagi dan selama menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun.

8. Riwayat Psikososial

a. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan ini perkawinan yang kedua bagi ibu dan perkawinan yang pertama bagi suaminya, lamanya ibu menikah kurang lebih 1,5 tahun.

b. Respon keluarga terhadap kehamilannya

Ibu mengatakan suami dan keluarganya merasa senang atas kehamilan.

c. Pengambil keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

9. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 2 kali sehari dengan menu bervariasi, namun ibu sering makan makanan siap saji seperti bakso, pangsit dan mie instan, nafsu makan ibu baik dengan frekuensi minum 6-8 gelas / sehari.

b. Pola eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK kurang lebih >6 kali / hari.

c. Pola aktivitas pekerjaan

Ibu mengatakan bekerja di suatu perusahaan

d. Pola Istirahat

Ibu mengatakan dalam sehari kurang lebih 5-6 jam tidur malam, dan kadang-kadang tidur siang 1-2 jam dan istirahat ibu cukup terganggu dengan keluhan pusing

e. Personal hygiene

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali dalam sehari, keramas 2x seminggu.

10. Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk menolong persalinan

Ibu mengatakan rencana bersalin di Puskesmas dan ditolong oleh Bidan.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos menthis
- c. Tanda-tanda vital

TD : 160/110 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 36,5 °C

d. Antropometri

BB sebelum hamil : 60 kg

BB sesudah hamil : 72 kg

Kenaikan BB : 10 Kg

TB : 155 cm

IMT : $60/(1,55 \times 1,55) = 25$ (Normal)

LILA : 29 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak

- nyeri tekan
- b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.
 - c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, pandangan kabur.
 - d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman Baik
 - e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
 - f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
 - g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
 - h. Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
 - i. Abdomen
 - Inspeksi : Ada bekas operasi usus buntu, tidak terdapat linea nigra, tidak terdapat striae gravidarum.
 - Palpasi : TFU 30 cm
 - Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.
 - Leopold II : Dibagian kanan ibu

teraba bagian keras

memanjang seperti

papan dan dibagian

kiri ibu terdapat

bagian-bagian

terkecil janin.

Leopold III : Dibagian terbawah

janin teraba bagian

keras, bulat dan

melenting, kepala

belum masuk PAP.

Leopold IV : -

TBBJ : $(30-11) \times 155 = 2.945$ gram

Auskultasi : DJJ 138 x/menit

Reguler

j. Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap

k. Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella +

l. Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan dalam karena ibu merasa tidak ada keluhan apapun pada genetalia.

3. Pemeriksaan penunjang

HB	: 12,8 gr%
Protein urine	: Negatif
Glukosa urine	: Negatif
HIV/AIDS	: Negatif
Sypillis	: Negatif
HBsAg	: Negatif

C. Analisa

G₃P₁A₁ Gravida 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat
janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

1. Melakukan informed consent kepada ibu

Evaluasi : Ibu mengerti

2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti, didapatkan TD : 160/110 mmHg,
DJJ : 138 x/menit dengan protein urine negative, TP : 10 Maret
2023

3. Memberitahu tanda bahaya kehamilan seperti bengkak tangan/wajah, pusing dan kejang, perdarahan abnormal, gerakan janin berkurang atau tidak ada

Evaluasi : Ibu mengerti mengenai tanda bahaya dalam
kehamilan

4. Menjelaskan tentang kondisi ibu bahwa ibu mengalami Preeklampsia Berat

Evaluasi : Ibu memahami kondisinya

5. Menjelaskan kepada ibu tentang mengenai dampak dari preeklampsia berat yaitu eklampsia, premature, berat badan janin kecil, janin meninggal dalam kandungan, kerusakan organ seperti edema paru, gagal ginjal, gagal hati.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui dampak dari preeklampsia berat

6. Melakukan Kolaborasi dengan dokter SPOG untuk memberikan therapy obat

- a) Dopamet 250 mg dan Nifedifin 10 mg (jam 08.30 WIB)
- b) Jam 08.40 WIB DC terpasang
- c) Jam 08.45 WIB Infus RL + MgSO4 40% Loading Dose
- d) Jam 09.15 WIB Maintance terpasang (28 tpm)
- e) Lakukan rujukan pasien apabila tekanan darah masih tinggi atau preeklampsia berat selama masa observasi

Evaluasi : ibu mengerti

7. Melakukan observasi keadaan umum dan TTV setiap 15 menit dimulai pada pukul 09.20 WIB

Evaluasi : sudah dilakukan didapatkan TD : 160/110 mmHg

8. Melakukan konsul kembali dengan Dr.SpOG, (hasil, pasien harus tetap dirujuk dengan PEB)

Evaluasi : keluarga pasien menolak dan paksa pulang

9. Melakukan penkes tentang pola makan sehari-hari untuk mengurangi makanan asin yang mengandung garam tinggi.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk merubah pola makan

10. Memberikan terapi obat sesuai dengan advice dokter SpOG

a) Dopamet 500 mg 3x1

b) Nifedipin 10 mg 3x1

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia

11. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu kemudian pada tanggal 23 Februari 2023 atau jika ada keluhan

Evaluasi : ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang

Tabel 3.1 Lembar Observasi kehamilan

Pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1

JAM	K/U	TD	N	R	S
09.22	Baik	160/90	87	24	36,5
09.37	Baik	140/80	83	22	-
09.52	Baik	130/90	83	22	36
10.07	Baik	130/80	85	23	36,7

12. Pasien pulang tanggal 16 Februari 2023 pada jam 12.00 WIB.

Catatan Perkembangan Asuhan Kehamilan

Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2023

Tempat Pengkajian : Puskesmas Tarogong

Pengkaji : Nadisya Siti Az'zahra

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya dan ibu mengatakan tidak ada keluhan.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos menthis

Tanda-tanda Vital : TD : 130/90 mmHg

N : 88x/menit

S : 36,5°C

R : 22 x/menit

Palpasi Abdomen : TFU : 30 cm

Leopold I : Difundus teraba lunak,
bulat, tidak melenting
(bokong)

Leopold II : Teraba bagian kanan keras
memanjang seperti papan
dan dibagian kiri terdapat
bagian-bagian kecil.

Leopold III : Dibagian terbawah janin
 teraba bagian keras, bulat
 (kepala), belum masuk PAP.

DJJ : 135x/menit

C. Analisa

G3P1A1 Gravida 35-36 minggu

Janin tunggal hidup intrautein

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia

2. Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Evaluasi : Didapatkan TD : 130/90 mmHg

3. Konseling informasi edukasi tentang bahaya kehamilan

Evaluasi : Ibu mengerti

4. Memberitahu dan menjelaskan kepada ibu mengenai ketidak nyamanan pada trimester 3.

Evaluasi : ibu mengerti

5. Konseling informasi edukasi tentang persiapan persalinan

Evaluasi : ibu mengerti

6. Menyepakati kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 9 Maret 2023.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 melakukan anamnesis, dari keluhan pertama Ny. D mengatakan pusing dan sakit ulu hati sejak 3 hari yang lalu dengan tekanan darah 160/110 mmHg hal ini merupakan salah satu tanda preklampsia sesuai dengan teori Marisa dan Hariyanto Sufendi,(2022) bahwa tanda dan gejala yang biasa ditemukan pada preeklampsia biasanya sakit kepala hebat. Sakit ulu hati karena regangan selaput hati oleh perdarahan atau edema atau sakit karena perubahan pada lambung dan gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur, edema. Berdasarkan tanda dan gejala yang dialami Ny. D menunjukkan antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan.

Riwayat kehamilan ketiga ini ibu mengalami tekanan darah tinggi pada usia kehamilan 20 minggu menurut Diana,(2018) preeklampsia biasanya terjadi pada 20 minggu atau lebih atau pada trimester ketiga, paling sering pada usia kehamilan 37 minggu. Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga, pernah 1 kali keguguran pada kehamilan kedua, kehamilan yang pertama ibu mengatakan mengalami preeklampsia berat. Menurut Hileno et al, (2020) Riwayat preeklampsia sebelumnya berisiko 4,735 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak ada riwayat preeklampsia sebelumnya dan menyatakan bahwa Riwayat preeklampsia sebelumnya merupakan faktor resiko utama.

Dalam riwayat perkawinan ibu mengatakan ini perkawinan yang kedua bagi ibu dan perkawinan yang pertama bagi suaminya. Menurut Erna dan Anita, (2019) bahwa kehamilan pertama oleh pasangan yang baru yaitu dianggap sebagai faktor risiko preeklampsia. Maka dari itu penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan faktor risiko terjadinya preeklampsia di praktik lapangan.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny. D didapatkan keadaan umum ibu baik kesadaran composmentis, tekanan darah didapatkan 160/110 mmHg hal ini menunjukkan bahwa ibu dalam keadaan preeklampsia berat. Menurut teori Amalia Dkk, (2022) Preeklampsia berat adalah dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg, proteinuria dipstick $> +1$ atau >300 mg/24 jam, serum kreatin $>1,1$ mg/dL, edema paru, peningkatan enzim hati >2 kali, trombosit <100.000 , nyeri kepala, nyeri epigastrium dan gangguan visual.

Pemeriksaan Nadi ibu didapatkan 84x/menit, Respirasi 22 x/menit, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ dengan tinggi badan 155 cm dan berat badan sebelum hamil 60 kg dengan $\text{IMT} : 60/(1,55)^2 = 25$ termasuk kategori normal hal ini sesuai dengan teori Irianto, (2017). Lila 29 cm merupakan LILA normal berarti ibu tidak mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) LILA minimal yaitu 23 cm, TFU (Mc Donald) yaitu 30 cm normal sesuai kehamilan dengan TBBJ yaitu 2.945 gram. Pada pemeriksaan Leopold didapatkan presentasi kepala. Denyut Jantung Janin (DJJ) normal 138 x/menit, regular. Pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan protein urine hasilnya Negatif (-). Menurut teori Audiza Luthffia, (2021) Diagnosis preeklampsia saat ini proteinuria tidak menjadi syarat untuk diagnosis

preeklampsia. Hipertensi yang disertai manifestasi klinis preeklampsia berat dapat ditetapkan sebagai preeklampsia meskipun tanpa proteinuria.

4.3 Analisa

Berdasarkan data yang didapatkan dari Data Subjektif dan Data Objektif Analisa yang didapat yaitu Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravida 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat. Analisa tersebut untuk menegakan diagnosa dalam penanganan Preeklampsia Berat, pemeriksaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada. Dari hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Dengan diagnosa tersebut menunjukkan bahwa ibu mengalami Preeklampsia Berat menurut Prawirohardjo, (2020). Preeklampsia adalah penyakit multisistem yang terjadi selama kehamilan dan ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan edema, dan mungkin berhubungan dengan proteinuria. Preeklampsia adalah sindrom khusus kehamilan yang terutama terkait dengan gangguan perfusi organ yang disebabkan oleh vasospasme dan aktivitas endotel, bermanifestasi sebagai hipertensi dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang hingga berat, yang dapat menyebabkan eklampsia menurut teori Diana, (2018).

Masalah potensial yang dapat diidentifikasi pada ibu yaitu terjadinya kejang atau eklampsia yang dapat merusak organ-organ vital secara permanen, termasuk otak, mata, hati dan ginjal menurut teori Mayo clinic, (2021). Masalah potensial yang terjadi pada bayi yaitu Berat janin kecil dari janin pada kondisi normal, melahirkan sebelum waktunya (prematur), janin meninggal dalam kandungan menurut teori Kurniawati Dini, (2020).

4.4 Penatalaksanaan

Setelah dilakukan pemeriksaan pada Ny. D data subjektif maupun data objektif maka dilakukan penatalaksanaan dengan segera memberikan obat antikejang Dopamet 250 mg, Nifedifin 10 mg dan MgSO₄ 40% dengan dosis awal 4 gram MgSO₄ dilarutkan ke dalam 100 RL di berikan selama 30 menit (Loading Dose), untuk selanjutnya diberikan obat pemeliharaan 6 gram MgSO₄ 40% dilarutkan ke dalam 500 ml RL diberikan dengan kecepatan 100 ml/jam (maintenance) diberikan atas advice dari Dr. SpOG. Melakukan rujukan atas advice Dokter SpOG tetapi keluarga menolak dirujuk dan paksa pulang. Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Menurut Prawirohardjo, (2020) yang mengalami preeklampsia harus dilakukan penanganan segera dan harus dilakukan rujukan.

Menurut teori Prawirohardjo, (2020) Magnesium sulfat menurunkan kadar asekolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskuler. Pada pemberian magnesium sulfat, akan menggeser kalsium, sehingga aliran rangsangan tidak terjadi (terjadi kompetitif *inbibition* antara ion kalsium dan ion mahnesium). kadar kalsium yang tinggi dalam darah dapat menghambat kerja magnesium sulfat. Magnesium sulfat sampai saat ini tetap menjadi pilihan pertama untuk antikejang pada preeklampsi atau eklampsi. Maka dalam kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Memberitahu ibu tentang garam dalam makanan yaitu dapat mengurangi risiko tekanan darah tinggi dengan mengurangi garam. Menurut Bingan dan palupi, (2020) bahwa faktor risiko preeklampsia ialah pengaruh asupan natrium terhadap

hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Bergaram tinggi merupakan faktor terjadinya hipertensi bahkan preeklampsia pada ibu hamil.

4.5 Pendokumentasian

Setelah dilakukan pengkajian dari awal hingga akhir pada Ny. D, penulis melakukan pendokumentasian sebagai pertanggung jawaban terhadap Tindakan yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan. Dengan cara mengumpulkan data-data yang didapat dari data primer yang dilakukan dengan wawancara dan observasi dan data sekunder yaitu dilakukan dengan melihat buku KIA dan teori-teori lain yang menunjang kasus diatas, yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Peran bidan dalam kasus Preeklampsia Berat yaitu mampu mendeteksi dini secara awal preeklampsia, melakukan penatalaksanaan untuk penanganan awal kasus preeklampsia berat serta mengedukasi kepada ibu terkait hipertensi dalam kehamilan.

4.6 Matrik

No	Masalah Kasus	Pengertian	Penyebab	Tanda Gejala	Planing/Intervesia		Evidence Based
					Teori	Praktek	
1.	Preeklampsia	Preeklampsia adalah penyakit multisistem yang terjadi selama kehamilan dan ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan edema, dan mungkin berhubungan dengan proteinuria. Biasanya terjadi pada 20 minggu atau lebih atau pada trimester ketiga, paling sering pada 37 minggu. atau bisa terjadi tepat setelah lahir. Preeklampsia adalah sindrom khusus kehamilan yang terutama terkait dengan gangguan perfusi organ yang	faktor risiko preeklampsia ialah pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Bergaram tinggi merupakan faktor terjadinya hipertensi bahkan preeklampsia pada ibu hamil	1. Tanpa Protein urine 2. Sakit ulu hati 3. Tekanan darah 160/110 mmHg.	1. Segera masuk rumah sakit 2. Memasang dower cateter 3. Memasang infus 4. Pantau tekanan darah, protein urine dan kondisi janin setiap 15 meit sekali. 5. Diet rendah lemak dan garam 6. Pemberian obat anti kejang MgSO ₄ : a. dosis awal : 4 gr MgSO ₄ (10 ml) larutan 40% dalam NaCl 100 Ml habis dalam 30 menit (73 tpm) b. Dosis pemeliharaan : 6	1. Memasang Dower Cateter 2. Memasang infus, loading dose MgSO ₄ 40% 4 gr (10 cc dalam 100 ml RL) 3. Maintance dose drip MgSO ₄ 40% 6 gr ke dalam 500 ml RI 4. Memberikan terapi tablet nifedipin 3 x 10 mg 5. Dopamet 3x500 mg 6. Bila tekanan darah turun stop nifedipin.	1. Segera masuk rumah sakit 2. Memasang dower cateter 3. Memasang infus 4. Pantau tekanan darah,protein urine dan kondisi janin setiap 15 menit sekali 5. Diet rendah lemak dan garage 6. Pemberian obat anti kejang MgSO ₄ : a. dosis awal : 4 gr

		disebabkan oleh vasospasme dan aktivitas endotel, bermanifestasi sebagai hipertensi dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang hingga berat, yang dapat menyebabkan eklampsia (Diana, 2018).	(Bingan & Palupi, 2022). Faktor risiko yang dapat dinilai pada kunjungan antenatal pertama anamnesis seperti Usia, Primigravida, Multipara dengan Riwayat preeklampsia sebelumnya, Multipara dengan kehamilan pasangan baru, Hipertensi Kronik.		gr MgSO₄ Larutan 40% dalam 500 Ml Ringer laktat selama 6 jam (28 tpm). c. Bila ada kejang ulangan : Berikan 2g MgSO₄ 40% secara IV Perlahan-lahan selama 5 menit. 7. Syarat pemberian: a. Tersedia kalsium glukonas 10% = 1 g (10 % dalam 10 cc) diberikan IV 3 menit. b. Refleks patella (+) c. Jumlah urine minimal 0,5 ml/kg BB/jam d. Frekuensi pernapasan >16 kali/menit, tidak ada tanda-tanda distress napas		MgSO₄ (10 ml) larutan 40% dalam NaCl 100 Ml habis dalam 30 menit (73 tpm) b. Dosis pemeliharaan : 6 gr MgSO₄ Larutan 40% dalam 500 Ml Ringer laktat selama 6 jam (28 tpm). c. Bila ada kejang ulangan : Berikan 2g MgSO₄ 40% secara IV Perlahan-
--	--	---	--	--	---	--	--

					(Prawirohardjo, 2020). 8. MgSO₄ Dihentikan bila : - Ada tanda-tanda keracunan - Frekuensi nafas kurang dari 16x/menit - Refleks patella (-) 9. Anti Hipertensi : Nifedipin 10-20 mg/oral diulangi setelah 30 menit maksimal 120 mg dalam 24 jam (prawihardjo,2020).		lahan selama 5 menit. 7. Syarat pemberian: - Tersedia kalsium glukonas 10% = 1 g (10 % dalam 10 cc) diberikan IV 3 menit. - Refleks patella (+) - Jumlah urine minimal 0,5 ml/kg BB/jam - Frekuensi pernapasan >16 kali/menit, tidak ada tanda-tanda distres
--	--	--	--	--	---	--	--

							napas (Prawirohar djo, 2020). 8. MgSO₄ Dihentikan bila : a. Ada tanda- tanda keracunan b. Frekuensi nafas kurang dari 16x/menit c. Refleks patella (-) 9. Anti Hipertensi : Nifedipin 10- 20 mg/oral diulangi setelah 30 menit maksimal 120 mg dalam 24 jam (prawirohard jo,2020).
--	--	--	--	--	--	--	---

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan kebidanan pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 Minggu dengan Preeklampsia Berat, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

1. Berdasarkan pengkajian dan subjektif pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu di Puskesmas Tarogong Garut tahun 2023. Hal ini tidak terdapat kesenjangan teori dan praktik.
2. Berdasarkan pengkajian data objektif Ny. D 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu di Puskesmas Tarogong Garut tahun 2023, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa yang ditegakkan berdasarkan subjektif dan data objektif yaitu G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu dengan Preeklampsia Berat tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravidita 35-36 minggu di Puskesmas Tarogong Garut tahun 2023, dilakukan kolaborasi dengan Dokter Obgyn, terdapat kesenjangan antara praktik dan teori (Prawirohardjo 2020) yaitu dalam penanganan rujukan preeklampsia berat dimana yang mengalami preeklampsia harus dilakukan penanganan segera dan harus dilakukan rujukan.

5. Pendokumentasi kasus kebidanan pada Ny. D usia 29 tahun G3P1A1 Gravida 35-36 minggu di Puskesmas Tarogong Garut tahun 2023, dalam teknik pendokumentasian bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan untuk tetap menjaga kualitas dalam melakukan asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal khususnya preeklampsia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi pendidikan dapat menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat dengan mempraktekkan dan menerapkannya pada pasien/klien secara langsung.

3. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan keterampilan dalam memberikan konseling serta pemantauan kembali dalam asuhan kebidanan yang lebih efektif dan tidak keluar dari wewenang sebagai seorang bidan serta menambah ilmu dalam asuhan kebidanan patologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alvinasyrah. 2021. "Jurnal Penelitian Perawat Profesional." *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 3(1):153–58.
- Bingan, Eline Charla Sabatina, dan Aprilia Cahyaning Palupi. 2022. "Hubungan Pola Konsumsi Asupan Natrium Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil di Ruang VK Bersalin RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya." *Jurnal Forum Kesehatan : Media Publikasi Kesehatan Ilmiah* 12(2):83–86.
- Diana, Lalenoh Christine. 2018. *Preeklampsia berat dan Eklampsia*. yogyakarta: Grup Penerbitan CV Budi Utama.
- Diki, Yuliani Retno, dan Dkk Saragih Elfirayani. 2021. *Asuhan Kehamilan*. diedit oleh K. Abdul. Yayasan Kita Menulis.
- Dini, Kurniawati, dan Dkk. 2020. *Preeklampsia dan Perawatannya*. diedit oleh Jauhari. tamanan Bodowoso: KHD Produkctuion.
- DinKes Garut. 2022. *Profil Kesehatan Kabupaten Garut*.
- Erna, Handayani, dan Rahmawati Anita. 2019. "Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia di RSUD Wates Kabupaten Kulonprogo tahun 2019."
- Ganot, Sumulyo, Wulan Ardhana Iswari, Tiarma Uli Pardede, Febriansyah Darus, Bintari Puspitasari, Sanny Santana, Finekri Abidin, dan Judi J. Endjun. 2017. "Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia Berat Tidak Tergantung Proteinuria." *Cdk-255* 44(8):576–79.
- Hinelo, Kesumawati, Jamaluddin Sakung, Gunarmi Gunarmi, dan Cipta Pramana. 2022. "Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Di Rumah Sakit Umum Daerah

- Kabupaten Banggai Tahun 2020.” *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan* 8(4). doi: 10.33024/jikk.v8i4.5184.
- Horn, Julie, dan Lars J. Vatten. 2017. “Reproductive and hormonal risk factors of breast cancer: A historical perspective.” *International Journal of Women’s Health* 9:265–72. doi: 10.2147/IJWH.S129017.
- Jabar, DinKes. 2022. *Profil Kesehatan jawa barat*. Dinas Provinsi Jawa Barat asuhan kebidanan.
- Kemenkes, RI. 2021. “Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.”
- Marisa, Manik Junianti, dan Dkk Hariyanto Sufendi. 2022. *Keperawatan Gawat Darurat*. diedit oleh M. J. F. Sirait. Yayasan Kita Menulis.
- Nunuk, Nurhayati, dan Dkk Khair Ummul. 2023. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. diedit oleh S. M. R. Dr. Neila Sulung. Padang, Sumatera Barat: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Nurul, Amalia, dan Dkk Darmiati. 2022. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. diedit oleh S. Neila. Get Press.
- Permenkes RI, No. 2. 2021. “Pmk 21 Tahun 2021.” *Asuhan Kebidanan tentang pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual* 1–184.
- Prawirohardjo. 2020. *Ilmu Kebidanan*. 4 ed. diedit oleh P. dr. A. B. Saifuddin. Jakarta Pusat: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Risyati, Linda, dan Dkk Maharani. 2021. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. diedit oleh W. Ririn. Bandung.

Simamora Natalia Debora., Debataraja Fransiska. 2021. *Langkah-langkah Manajemen Asuhan Kebidanan dan SOAP*. NEM.

Suariati, Israini, dan Dkk. 2022. *Dokumentasi Kebidanan*. diedit oleh M. Sari. Sumatera Barat: PT. Global Eksekutif Teknologi.

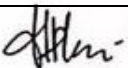
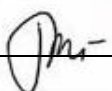
Suprpto, megasari Laila Anis. 2022. *Keperawatan Kegawatadaruratan dan Manajemen Bencana*. diedit oleh S. M. R. Neila Sulung. Global Eksekutif Teknologi.

Widyarti. 2021. *Sei Woman Health KEHAMILAN*. diedit oleh Guepedia. Guepedia.

Zulfiana, Evi, dan Nora Dkk Rahmanindar. 2022. *Konsep Kebidanan*. bandung: Kaizen Media Publishing.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Nadisya Siti Az'zahra
 Nim : KHGB20043
 Pembimbing : Titi Purwitasari H, SST.,M.Keb
 Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. D Usia 29 Tahun
 G3P1A1 Gravida 35-36 Minggu Dengan Preeklampsia Berat Di
 Puskesmas Tarogong

No	Tanggal	Materi yang Dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Jum'at, 05 Mei 2023	BAB I, <u>II</u>	Revisi	
2	Rabu, 10 Mei 2023	BAB I, <u>II</u> , <u>III</u>	Revisi	
3	Jum'at, 12 Mei 2023	BAB I, <u>II</u> , <u>III</u>	Revisi	
4	Senin, 15 Mei 2023	BAB I, <u>III</u> , <u>IV</u>	BAB I, <u>III</u> ACC	
			BAB IV Revisi	
5.	Rabu, 17 Mei 2023	BAB I - <u>V</u>	Pembetulan penulisan	
6	Jum'at, 19 Mei 2023	BAB I - <u>V</u>	ACC	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Nadisya Siti Az'zahra
 Nim : KHGB20043
 Penguji 1 : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
 Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. D Usia 29 Tahun
 G3P1A1 Gravida 35-36 Minggu Dengan Preeklampsia Berat Di
 Puskesmas Tarogong

[illegible]

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Nadisya Siti Az'zahra
 Nim : KHGB20043
 Penguji 2 : Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd
 Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. D Usia 29 Tahun
 G3P1A1 Gravida 35-36 Minggu Dengan Preeklampsia Berat Di
 Puskesmas Tarogong

[illegible]

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Nadisya Siti Az'zahra
Tempat, Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 10 April 2001
Moto : Kesuksesan itu adalah impian yang harus dicapai dengan kerja keras.
Agama : Islam
Nama Ayah : R. Asep Septiana
Nama Ibu : Tanti Hestiawati
Nama Adik : Nayyima Siti Maghfirah
Email : nadisya.sitiaz@gmail.com
Alamat : Kp. Cibuntiris Desa Mangkonjaya RT/RW 02/02
Kec. Bojonggambir Kab. Tasikmalaya Prov. Jawa Barat

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dewi Kusumah
2. SD Negeri 2 Bojonggambir
3. SMP Negeri 1 Bojonggambir
4. SMA Negeri 1 Taraju
5. Terdaftar Sebagai Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut Jurusan D-3 Kebidanan