

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY I USIA 33 TAHUN
G3P2A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS SAMARANG**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Pendidikan
Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada
Garut

**SRI RAHAYU
NIM : KHGH23002**



**SEKOLAH TINNGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
2023/2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY I USIA
33 TAHUN G3P2A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN
DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS SAMARANG**

**NAMA : SRI RAHAYU
NIM : KHGH23002**

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada
Garut,

Menyetujui

Pembimbing

Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb. Bdn., M.Keb.
NIK. 043298.0224.181

Menyetujui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK. 043.298.0111.100

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY I USIA 33
TAHUN G3P2A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS SAMARANG**

NAMA : SRI RAHAYU

NIM : KHGH23002

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA ini telah disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada

Garut, Juli 2024

Menyetujui

PEMBIMBING : Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb., Bdn., (.....)

PENGUJI I : Siti Nurcahyani Ritonga, S.ST., M.KM (.....)

PENGUJI II : Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb (.....)

Mengetahui

**Ketua
Program Studi Pendidikan Profesi Bidan**

**Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIDN: 043.298.0111.100**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Bdn), baik dari STIKes Karsa Husada maupun dari perguruan tinggi lain
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari Tim Pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah 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, Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan

SRI RAHAYU
KHGH23002

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Di Indonesia pada tahun 2023, mencapai 4.129 jiwa penyebab terbanyak adalah pre eklampsia dan eklampsia, penyebab lainnya adalah perdarahan. Dari data perdarahan didapatkan perdarahan yang disebabkan oleh laserasi sebanyak 60%, atonia uteri sebanyak 25%, dan sisanya disebabkan oleh retensio plasenta. Pada tahun 2023 data PONEB antara bulan Januari-Desember tercatat kasus retensio plasenta sebanyak 25 kasus penyebabnya yaitu faktor usia, paritas dan masih banyaknya persalinan yang dilakukan di rumah yang dibantu oleh dukun dengan alasan jauh ke fasilitas kesehatan dan mahal biaya persalinan, tetapi tidak ada kematian ibu meskipun demikian perlu adanya standar pelayanan pada ibu dengan retensio plasenta untuk mencegah komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu bersalin.

Tujuan penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah untuk melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 Kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut dengan varney dan SOAP. Pasien datang ke PONEB dalam kondisi lemah, riwayat persalinan ditolong oleh dukun, kontraksi uterus lembek, riwayat pengeluaran darah banyak sebelum datang ke PONEB, kuku berwarna kebiruan, jari kaku. Penatalaksanaan diberikan O₂ 5L, pemasangan infus 2 jalur dan drip Oxytocin 10 IU, dilakukan manual plasenta, suntik Ergometrin 0,2 Mg IV. Hasilnya keadaan ibu membaik, kontraksi uterus baik, pengeluaran darah normal. Kesimpulan tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan standar dan berhasil.

Kata kunci : Ibu Bersalin, Kala IV, Retensio Plasenta

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **"ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.I USIA 33 TAHUN PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN DENGAN PREEKLAMISIA BERAT DI PUSKESMAS SAMARANG GARUT"**

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan baik dalam penggalian materi ataupun bahasanya, untuk itu penulis memohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Drs. Suryadi, M. Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb. Selaku Ketua Prodi Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb., Bdn. Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Siti Nurcahyani rotoga,SST.,M.KM. selaku penguji I pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Tri Wahyuni,SST.,Bdn.,M.Keb,. selaku penguji II pada saat sidang Karya TulisI lmiah ini.
7. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Kepada Ny.I yang telah bersedia berpartisipasi dan membantu dalam penyusunan laporan kasus ini.
9. Puskesmas Samarang Garut sebagai lahan praktik pengkajian kasus Karya Tulis Ilmiah.
10. Yang teristimewa yaitu keluarga penulis, teruntuk “Suami,Anak-anak,Orang tua” yang telah memberikan dukungan, terimakasih atas dorongan do’a, nasihat, dan pengorbanan baik materi serta moral selama penulis menempuh studi, saya ucapkan terimakasih banyak dan sangat bersyukur menjadi bagian keluarga yang sangat sayang kepada penulis.
11. Semua rekan-rekann seperjuangan Pendidikan Profesi bidan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang turut membantu sehingga karya ilmiah ini dapat diselesaikan. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan

terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Aamiin.

Garut, Juli 2024

Sri Rahayu
KHGH23002

DAFTAR ISI

COVER	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI	7
DAFTAR SINGKATAN	10
BAB I PENDAHULUAN.	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	5
2. Manfaat Bagi Lahan Praktik	5
3. Manfaat Bagi Penulis	5

1.5 Metode Pengumpulan Data	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Persalinan Dengan Preeklampsia Berat	7
2.1.1 Pengertian	7
1. Fase akselerasi merupakan fase dimana pembukaan 3 menjadi 4cm, waktu yang di butuhkan dalam fase ini adalah 2 jam	10
2. Fase dilatasi maksimal merupakan fase dimana pembukaan serviks terjadi secara cepat yaitu dan pembukaan 4 sampai pembukaan 9 dalam waktu 2 jam	10
3. Fase deselerasi merupakan fase dimana terjadi perlambatan pembukaan serviks dari pembukaan 9 sampai pembukaan lengkap dalam fase ini membutuhkan waktu 2 jam	10
2.1.5 Etiologi	14
2.1.6 Patofisiologi	14
2.1.7 Tanda-Tanda Preeklampsia Berat	20
2.1.8 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi	21
2.1.9 Komplikasi Preeklampsia Berat	23
2.2 Penanganan Preeklampsia Secara Umum	24
2.3 Protap Preeklampsia Berat di Puskesmas Samarang	28
2.4 Kewenangan Bidan dalam penanganan Preeklampsia Berat	28
2.5 Kewenangan bidan dalam penanganan PEB di Praktik Mandiri Bidan	29
2.6 Kewenangan bidan dalam penanganan Preeklampsia di Puskesmas	30
2.7 Kewenangan Bidan dalam penanganan Preeklampsia Berat di RS	31

2.8Rujukan	31
2.8.1 Pengertian Rujukan	31
2.8.2 Tata cara pelaksanaan sistem rujukan	32
2.8.3 Persiapan Rujukan	32
2.9Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney	33
BAB III TINJAUAN KASUS	36
“ ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.I USIA 33 TAHUN G3P2A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN DENGAN PREEKLAMIA BERAT DI UPT PUSKESMAS SAMARANG ”	36
3.1 Data Subjektif	36
3.2 Data Objektif	39
3.3 Analisa	41
3.4 Penatalaksanaan	42
3.5 Catatan Perkembangan	43
BAB IV PEMBAHASAN	45
4.1 DATA SUBJEKTIF	45
4.2 DATA OBJEKTIF	46
4.3 ANALISA	47
4.4 PENATALAKSANAAN	48
4.5 PENDOKUMENTASIAN	50
BAB V KESIMPULAN	51
5.1 Kesimpulan	51
Berdasarkan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.I usia 33 tahun di	

Puskesmas Samarang Garut, maka dapat disimpulkan sebagai berikut	51
5.2 Saran	52
5.2.1 Bagi Penulis	52
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	52
5.2.3 Bagi Lahan Praktik	52
DAPTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

AKI : Angka Kematian Ibu
SDGs : Sustainable Development Goals

MDGs : Milenium Development Goals

KH : Kelahiran Hidup

WHO : World Health Organization

AKB : Angka Kematian Bayi

PEB : Preeklampsia Berat

PNC : Prenatal Care

IUGR : Intra Uterine Growth Retardation

IUFD : Intra Uterine Fetal Death

TTV : Tanda-tanda Vital

TD : Tekanan Darah

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

TP : Taksiran Persalinan

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

LILA : Lingkar Lengan Atas

HB : Hemoglobin

DJJ : Detak Jantung Janin

BAB I

PENDAHULUAN.

1.1 Latar belakang

Angka Kematia Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh disetiap 100.000 kelahiran hidup. Hasil SUPAS Tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target SDGs(Kemenkes RI, 2019).

Di Indonesia AKI sebesar 346 per 100.000 penduduk dan AKB 24 per100.000 penduduk. Hasil dari Rapat Kerja Nasional 2018 sasaran AKI di indonesia sebanyak 306 per 100.000 dan pada AKB ditargetkan mencapai 17 per 100.000 penduduk (Kemenkes 2018). Sedangkan pada tahun 2017 Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 jumlah angka kematian ibu (AKI) sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup dengan kasus sebesar 14.623 kasus.

Penyebab langsung kematian ibu (AKI) di Indonesia yaitu disebabkan preeklamsia dan perdarahan. Angka kematian bayi (AKB) terdapat 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan kasus sebesar 151.200 kasus disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR) dan asfiksia (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 2020 Angka Kematian Ibu (AKI) di provinsi jabar sebesar 187 yang artinya terdapat 187 kematian perempuan pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas dari 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu masih di dominasi oleh hipertensi dalam kehamilan (Dinas Kes Jawa Barat).

Prevalensi preeclampsia di Negara maju 1,3% - 6%, sedangkan di Negara berkembang 1,8% – 18%. Insiden kejadian preeklampsia di Indonesia sendiri pada tahun 2018 angka kematian ibu di Indonesia mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2017 (Kemenkes.2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47.52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu di angka 112 kasus. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Tahun 2022 terjadi di 302 kasus dan mengalami kenaikan 25% dibandingkan dengan Tahun 2021 dengan angka 225 kasus. Salah satu kasus penyebab kematian ibu di karenakan hipertensi (Berita jabar.2023)

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria dan oedema yang timbul karena kehamilan dan umumnya terjadi dalam triwulan ketiga atau sebelumnya. Diagnosis preeklampsia dapat di tegakan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan di atas 20 minggu, penyebab penyakit ini sampai sekarang di ketahui secara pasti namun banyak teori yang telah di kemukakan tentang faktor terjadinya preeklampsia seperti paritas, usia yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi, genetic, obesitas. Dikatakan preeclampsia berat apabila tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg disertai protein urine lebih 5gr/24 jam (Rahyani.2020).

Puskesmas Samarang merupakan salah satu puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yang di gunakan sebagai lahan praktik oleh penulis, berdasarkan laporan PONEC PKM Samarang periode Februari sampai April tahun 2023 tidak terdapat Angka Kematian Ibu, namun masih terdapat kasus ibu hamil dengan Preeklampsia Berat sebanyak 15 kasus. Dengan demikian diperlukan asuhan yang sesuai dengan standar pelayanan ibu hamil maupun ibu bersalin dengan preeklampsia berat, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi yang dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Laporan Poned Samarang, 2023).

Preeklampsia berpengaruh terhadap tingginya kasus kematian ibu bersalin, maka dari itu harus di lakukan upaya untuk mencegah dan menangani preeklampsia secara tepat sehingga tidak terjadi komplikasi, peran bidan sebagai lini pertama yang dapat mendeteksi preeklampsia adalah dengan cara memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kewenangan yang telah di berikan dan merujuk ibu dengan cepat ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap yaitu poned RS.

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY I USIA 33 TAHUN G3P2A0 PARTURIENT KALA I FASE LATEN DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS SAMARANG”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas penulis dapat merumuskan “Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Samarang ? “

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Padany.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat Di Puskesmas Samarang dengan manajemen varney dan metode pendokumentasian soap.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus di laksanakan nya asuhan kebidanan adalah sebagai baerikut :

1. Melakukan Pengkajian Data Subjektif Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat Di Puskesmas Samarang.
2. Melakukan Pengkajian Data Objektif Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Samarang.
3. Menegakan Analisa Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Samarang.
4. Melakukan Penatalaksanaan Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Samarang.

5. Melakukan Pendokumentasian Dalam Bentuk SOAP Pada Ny.I Usia 33 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklampsia Berat di Puskesmas Samarang.

1.4 Manfaat

1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Mengetahui perkembangan ilmu kebidanan yang nyata di lapangan, serta dapat di jadikan sebagai bahan referensi dan bahan evaluasi dalam pembelajaran dan praktek selanjutnya untuk pendidikan, khususnya pada kasus preeklampsia berat.

2. Manfaat Bagi Lahan Praktik

Mengetahui perkembangan ilmu kebidanan khususnya preeclampsia berat secara nyata dan sesuai teori yang ada, serta dapat di jadikan sebagai bahan bacaan dan referensi untuk lahan praktek.

3. Manfaat Bagi Penulis

Memanfaatkan pemahaman pengetahuan, meningkatkan keterampilan, dan kemampuan menulis serta sebagai bentuk pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan khususnya pada kasus preeklampsia berat.

1.5 Metode Pengumpulan Data

1. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pengumpulan data dengan teknik
 - a. Wawancara

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

b. Observasi

Data dapat di peroleh dari hasil observasi secara langsung kepada pasien dan juga dari pemeriksaan fisik dengan teknik inspeksi, palpasi dan aukultasi.

c. Studi rekam medic

Selain itu juga dapat di peroleh dari rekam medis pasien yang selanjutnya data di dokumentasikan.

d. Studi Kepustakaan

Membaca dan mempelajari buku-buku sumber yang dapat di jadikan data dasar teoritis yang berhubungan dengan kasus.

2. Waktu Dan Tempat

Asuhan di laksanakan di Puskesmas Samarang pada 15 Maret 2023

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan Dengan Preeklampsia Berat

2.1.1 Pengertian

Persalinan merupakan periode dari awal kontraksi uterus yang reguler sampai terjadinya ekspulsi plasenta (Cunningham et al, 2012) Persalinan di katakan normal apabila usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dan 18 jam dan tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin (Kemenkes RI, 2015)

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria, dikatakan procklampsia bila terjadi kenaikan tekanan darah sistolik 160 mmHg dan tekanan darah diastolik \geq 110 mmlig disertai proteinurine lebih 5 g/24 jam (Prawirohardjo, 2014)

Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria pada umur kehamilan di atas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat timbul kapan saja pada pertengahan kehamilan Saat ini oedema pada wanita hamil dianggap hal yang biasa dan tidak spesifik dalam diagnosis preclamsia (Lumbanraja, 2017)

Preeklampsia sebelumnya selalu di definisikan dengan adanya hipertensi disertai protein urine, namun beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya kuantitas protein urine terhadap luaran preeklamsia, sehingga kondisi protein

massif (lebih dari 5 gram) telah di eliminasi dari kriteria pemberatan preeklamis (preeklamsia berat).

Protein urine merupakan penanda obyektif yang menunjukkan adanya kebocoran endotel yang luas, suatu ciri khas proklama: Walaupun begitu, jika tekanan darah meningkat signifikan, berbahaya bagi ibu sekaligus janin jika kenaikan ini diabaikan karena protein urine belum timbul. Berdasarkan penelitian Chelsey (2013) dalam Ganot Sumolyo, dkk (2017) 10% kejang eklamsia terjadi sebelum ditemukan protein urine Sedangkan untuk oedema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal.

Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian dari preeklamsia berat adalah hipertensi yang timbul setelah kehamilan 20 minggu paling banyak terjadi pada UK 37 minggu yang ditandai dengan tekanan darah 160/110 mmHg disertai protein urine.

2.1.2 Tanda Tanda Persalinan

Menurut Kurniarum (2016) yang merupakan tanda pasti persalinan adalah

1. Timbulnya Kontraksi

Bisa juga di sebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat :

- a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian bawah
- b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar

d. Mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks

e. Makin beraktivitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi

2. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran darah sebagai tanda pemula.

3. Bloody Show

Yaitu lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus

4. Premature Rupture Of Membrane

Yaitu keluarnya cairan banyak yang sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek.

2.1.3 Tahap-tahap Persalinan dengan Preeklamsia

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm) Dalam kala pembukaannya dibagi menjadi 2 fase :

a. Fase Laten

Fase laten adalah tahapan awal dari kala 1 dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3, fase laten membutuhkan waktu 8 jam (Damayanti, 2014)

b. Fase aktif

Fase aktif terjadi setelah melalui fase laten Dalam fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan terus meningkat secara bertahap, fase aktif terbagi menjadi 3 yaitu :

1. Fase akselerasi merupakan fase dimana pembukaan 3 menjadi 4cm, waktu yang di butuhkan dalam fase ini adalah 2 jam
2. Fase dilatasi maksimal merupakan fase dimana pembukaan serviks terjadi secara cepat yaitu dan pembukaan 4 sampai pembukaan 9 dalam waktu 2 jam
3. Fase deselerasi merupakan fase dimana terjadi perlambatan pembukaan serviks dari pembukaan 9 sampai pembukaan lengkap dalam fase ini membutuhkan waktu 2 jam

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Pada kala II ini biasanya pemeriksaan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap atau kepala janin tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- a. His terkoodinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
- c. Tekanan pada rectum, ibu merasa ingin BAB
- d. Anus membuka pada waktu has kepala janin mulai kelihatan, vulva

membuka dan perineum meregang dengan his dan mengejan yang terpimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin Perbedaan lama kala II pada primi dan multipara yaitu :

1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam

2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam (Walyani, 2016)

3. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dan sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir

4. Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam

2.1.4 Diagnosis Preeklamsia

Kriteria Diagnosis Preeklamsia dan eklampsia menurut WHO (2013) sebagai berikut :

1. Preeklamsia Onset episode baru hipertensi selama kehamilan, ditandai dengan hipertensi persisten (tekanan darah diastolic 90 mmHg dan protein substansi (0,3 g/24 jam).
2. Eklampsia Kejang yang umumnya diawali dengan kriteria preklamsia.

Kriteria terbaru sudah tidak mengkategorikan preeklamsia ringan, dikarenakan setiap proeklamsia adalah kondisi yang berbahaya dan dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu yang singkat Menurut Lumbanraja (2017) preeklamsia hanya ada dua kriteria yaitu preeklamsia dan preeklamsia berat dengan kriteria diagnosis sebagai berikut :

a. Preeklamsia

Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan proeklamsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklamsia tersebut. Kebanyakan kasus preeklamsia ditegakkan dengan adanya protein urine, namun jika protein urine tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakan diagnosis preeklamsia. Kriteria minimal preeklamsia yaitu :

- 1) **Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal**
- 2) Proteinuria: dipstick 2+1 atau lebih dan 300 mg/24 jam
- 3) Gangguan ginjal keratin serum 1,1 mg/dl. atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- 4) Edema paru
- 5) Peningkatan enzim hati > 2 kali
- 6) Trombositopenia: trombosit $< 100,000$ /microliter

- 7) Didapatkan gejala neurologi nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- 8) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta, oligohidramnion
- 9) *Fetal Growth Restriction* (FGR)

b. Preeklamsia Berat

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklamsia, dan jika gejala tersebut didapatkan maka dikategorikan menjadi kondisi pemberatan preeklamsia atau disebut dengan preeklamsia berat. Diagnosis preeklamsia berat jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawah ini :

- 1) Tekanan Darah 160/110 mmHg
- 2) Proteinuria²⁺
- 3) Gangguan ginjal keratin serum 1.1 mg/dl. atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- 4) Edema paru
- 5) Peningkatan enzim hati 2 kali
- 6) Trombositopenia trombosit < 100,000/microliter
- 7) Nyeri epigastrium
- 8) Didapatkan gejala neurologis, nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- 9) Gangguan pertumbuhan janin

Pembagian preeklampsia berat dapat di golongan menjadi :

- a) Preeklampsia berat tanpa impending eklampsia
- b) Preeklampsia berat dengan impending eklampsia bila di sertai gejala-gejala berupa nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, muntah-muntah, nyeri epigastrium, dan kenaikan progresif tekanan (Prawirohardjo,2013)

2.1.5 Etiologi

Sampai saat ini terjadinya preeklampsia belum diketahui penyebabnya, tetapi ada yang menyatakan bahwa preeklampsia dapat terjadi pada kelompok tertentu diantaranya yaitu ibu yang mempunyai factor penyebab dari dalam diri seperti umur karena bertambahnya usia juga lebih rentan untuk terjadinya peningkatan hipertensi kronis dan menghadapi resiko lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, riwayat kelahiran, keturunan, riwayat kehamilan, riwayat preeklampsia (Sitomorang dkk,2016)

2.1.6 Patofisiologi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui dengan jelas. Banyak teori telah dekemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satu pun teori tersebut dianggap mutlak benar. Teori-teori yang sekarang banyak dianut adalah :

- a. Teori Kelainan Vaskularisasi Plasenta

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat aliran darah dari cabang-cabang arteri uterina dan arteri ovarika. Kedua pembuluh

darah tersebut menembus mimetrium berupa arteri arkuata dan arteri arkuata memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteri spiralis.

Pada hamil normal, dengan sebab yang belum jelas, terjadi invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteria spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskuler, dan peningkatan aliran darah pada daerah uteroplacenta. Akibatnya aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan “remodeling arteri spiralis”.

Pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Terjadi kegagalan remodeling arteri spiralis sehingga aliran darah uteroplacenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan pathogenesis HDK selanjutnya. Diameter rata-rata

arteri spiralis pada hamil adalah 500 mikron sedangkan pada preeklampsia rata-rata 200 mikron.

b. Teori Iskemia Plasenta, Radikal Bebas, dan Disfungsi Endotel

a) Iskemia plasenta dan pembentukan radikal bebas

Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan radikal bebas. Salah satu radikal bebas yang dihasilkan adalah radikal hidroksil yang sangat toksik, khususnya terhadap membrane sel endotel pembuluh darah. Radikal hidroksil akan merusak membrane sel yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak selain akan merusak membrane sel, juga akan merusak nucleus, dan protein sel endotel.

b) Peroksida lemak sebagai oksidan pada hipertensi dalam kehamilan

Peroksida lemak sebagai oksidan/radikal bebas yang sangat toksis ini akan beredar di seluruh tubuh dalam aliran darah dan akan merusak membrane sel endotel. Membran sel endotel lebih mudah mengalami kerusakan oleh peroksida lemak karena letaknya langsung berhubungan dengan aliran darah dan mengandung banyak asam lemak tidak jenuh. Asam lemak tidak jenuh sangat rentan terhadap oksidan radikal hidroksil, yang akan berubah menjadi peroksida lemak.

c) Disfungsi sel endotel

Akibat sel endotel terpapar terhadap peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membrane sel endotel. Kerusakan membrane sel endotel mengakibatkan terganggunya

fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Pada waktu terjadi kerusakan sel endotel yang mengakibatkan disfungsi sel endotel, maka akan terjadi :

1. Gangguan metabolisme prostaglandin, karena salah satu fungsi sel endotel adalah memproduksi prostaglandin.
2. Agregasi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi sel trombosit ini adalah untuk menutup tempat-tempat di lapisan endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi ini memproduksi tromboksan (TXA₂) suatu vasokonstriktor kuat. Pada preeklampsia kadar tromboksan lebih tinggi dari kadar prostasiklin sehingga terjadi vasokonstriksi dengan terjadi kenaikan tekanan darah.
3. Perubahan khas pada endotel kapilar glomerulus
4. Peningkatan permeabilitas kapilar
5. Peningkatan produksi bahan-bahan vasopresor yaitu endotelin
6. Peningkatan faktor koagulasi

d) Teori Intoleransi Immunologik Antara Ibu dan Janin

1. Primigravida mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan multigravida.
2. Ibu multipara yang kemudian menikah lagi mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.

Pada perempuan hamil normal, respons imun tidak menolak adanya “hasil konsepsi” yang bersifat asing. Hal ini disebabkan adanya *human leukocyte antigen protein G* (HLA-G) yang berperan penting dalam modulasi respons imun, sehingga si ibu tidak menolak hasil konsepsi (plasenta). Adanya *human leukocyte antigen protein* (HLA-G) pada plasenta dapat melindungi trofoblas janin dari lisis oleh sel Natural Killer ibu. Selain itu, adanya *human leukocyte antigen protein* (HLA-G) akan mempermudah invasi sel trofoblas ke dalam jaringan desidua ibu. Pada plasenta hipertensi dalam kehamilan terjadi penurunan ekspresi HLA-G. HLA-G juga merangsang produksi sitokin, sehingga memudahkan terjadinya reaksi inflamasi. Pada awal trimester kedua kehamilan perempuan mempunyai kecenderungan terjadi preklampsia karena mempunyai proporsi Helper sel yang lebih rendah dibanding normosentif.

e) Teori Adaptasi Kardiovaskuler

Pada hamil normal pembuluh darah refrakter terhadap bahan-bahan vasopresor. Refrakter, berarti pembuluh darah tidak peka terhadap rangsangan bahan vasopresor atau dibutuhkan kadar vasopresor yang lebih tinggi untuk menimbulkan respons vasokonstriksi. Pada kehamilan normal terjadinya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor adalah akibat dilindungi oleh adanya sintesis prostaglandin pada sel endotel pembuluh darah. Hal ini dibuktikan bahwa daya refrakter terhadap bahan

vasopresor akan hilang bila diberi prostaglandin sintesa inhibitor.

Prostaglandin ini di kemudian hari ternyata adalah prostasiklin.

Pada hipertensi dalam kehamilan kehilangan daya refrakter terhadap bahan vasokonstriktor, dan ternyata terjadi peningkatan kepekaan terhadap bahan-bahan vasopresor. Artinya, daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang hingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan vasopresor. Peningkatan kepekaan pada kehamilan yang akan menjadi hipertensi dalam kehamilan, sudah dapat ditemukan pada kehamilan 20 minggu.

f) Teori genetic

Genotipe ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotype janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklampsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia.

g) Teori Defisiensi Gizi (Teori Diet)

Penelitian terakhir membuktikan bahwa konsumsi minyak ikan, termasuk minyak hati halibut dapat mengurangi resiko preeklampsia. Minyak ikan mengandung banyak asam lemak tak jenuh yang dapat menghambat produksi tromboksan, menghambat aktivasi trombosit, dan mencegah vasokonstriksi pembuluh darah.⁷ Beberapa peneliti juga menganggap bahwa defisiensi kalsium pada diet perempuan hamil mengakibatkan resiko terjadinya preeklampsia/eklampsia.

h) Teori Stimulus Inflamasi

Teori ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Pada kehamilan normal plasenta juga melepaskan debris trofoblas sebagai sisa-sisa proses apoptosis dan nekrotik trofoblas, akibat reaksi stress oksidatif. Jumlah debris trofoblas masih dalam batas wajar sehingga reaksi inflamasi juga masih dalam batas normal.

Berbeda dengan reaksi apoptosis pada preeklampsia di mana pada preeklampsia terjadi peningkatan stress oksidatif sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat. Makin banyak sel trofoblas plasenta, misalnya pada plasenta besar, pada hamil ganda, maka reaksi stress oksidatif akan sangat meningkat sehingga jumlah sisa debris trofoblas juga makin meningkat. Keadaan ini menimbulkan beban reaksi inflamasi dalam darah ibu menjadi jauh lebih besar dibandingkan reaksi inflamasi pada kehamilan normal. Respons inflamasi ini akan mengaktivasi sel endotel, dan sel-sel makrofag/granulosit yang lebih besar pula sehingga terjadi reaksi sistemik inflamasi yang menimbulkan gejala-gejala preeklampsia.

2.1.7 Tanda-Tanda Preeklampsia Berat

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg. (Tri, 2011
- b. Diastolik ≥ 110 mmHg. (Tri, 2011
- c. Protein berlebih dalam urin (proteinuria). (Ai Yeyeh, 2011)
- d. tambahan masalah ginjal. (Tri, 2011)

- e. Sakit kepala parah. (Vicky, 2013)
- f. Perubahan visi, penglihatan kabur atau sensitivitas cahaya. (Vicky, 2013)
- g. Nyeri perut bagian atas, biasanya dibawah tulang rusuk sebelah kanan. (Tri, 2011)
- h. Mual atau muntah. (Anik Maryunani, 2012)
- i. Output urine menurun. (Ai Yeyeh, 2011)
- j. Penurunan kadar trombosit dalam darah (trombositopenia). (Ai Yeyeh, 2011)
- k. Gangguan fungsi hati. (Ai Yeyeh, 2011)
- l. Sesak nafas, yang disebabkan oleh cairan di paru-paru. (Tri, 2011)

2.1.8 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Faktor-faktor lain yang dapat di perkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeclampsia yaitu sebagai berikut :

a) Usia Ibu

Menurut penelitian Sudarman,dkk 2021 usia merupakan salah faktor terjadinya preeclampsia, rentan usia yang beresiko terjadinya preeclampsia yaitu < 20 tahun dan > 35 tahun. Pada usia 20 tahun masih terjadinya pertumbuhan seperti ukuran uterus yang belum memcapai ukuran normal untuk kehamilan, hal ini dapat menyebabkan resiko preeclampsia meningka

b) Usia Kehamilan

Menurut Laila,(2019) preeclampsia biasanya akan muncul setelah usia kehamilan minggu ke 20, gejalanya yaitu kenaikan tekanan darah.

Jika terjadi di bawah usia kehamilan 20 minggu, masih di kategorikan dalam hipertensi kronik. Sebagian besar kasus preeklampsia terjadi pada minggu < 37 minggu dan semakin tua usia kehamilan maka semakin beresiko terjadinya preeklampsia.

c) Paritas

Menurut penelitian Ani Media Harumi, (2019) ibu hamil mengalami preeklampsia lebih banyak terjadi pada ibu dengan primigravida.

d) Riwayat hipertensi

Menurut penelitian Cunningham,(2018) salah satu faktor predisposisi terjadinya preeklampsia/eklampsia adalah riwayat hipertensi, baik secara pribadi ataupun keturunan.

e) Obesitas

Menurut Sudoyo AW,(2018) Obesitas merupakan suatu penyakit multifaktorial, yang terjadi akibat akumulasi jaringan lemak berlebihan, sehingga dapat mengganggu kesehatan. Indikator yang sering digunakan untuk menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah indeks masa tubuh (IMT). Seseorang dikatakan obesitas bila memiliki IMT lebih dari 25 kg (Sudoyo AW, 2009).

Berat Badan Ideal ibu hamil (BBI ibu hamil) rumusnya didasarkan pada penambahan berat ibu hamil tiap minggunya yang dikemukakan oleh para ahli berkisar antara 350-400 gram. Rumus Indeks Massa Tubuh (IMT) diperoleh dengan rumus : Berat Badan dalam satuan Kilogram (Kg) dibagi

Tinggi Badan di kuadratkan dalam satuan meter (m) atau jelasnya dapat ditulis rumusnya sebagai berikut: $IMT = \frac{BB (Kg)}{TB^2 \text{kuadrat (m)}}$

Hasil nilai IMT dari rumus ini, yaitu rendah, normal, tinggi dan obesitas yang masing-masing mempunyai kisaran Berat Badan Idealnya selama hamil dan penambahan berat badan per 3 bulan masa kehamilannya (Supriasa, 2018).

2.1.9 Komplikasi Preeklampsia Berat

a. Pada ibu :

- 1) Eklampsia. (Prawihadjo, 2013)
- 2) Solusio plasenta. (Prawihardjo, 2013)
- 3) Sindrom HELLP (Hemolisis, *Elevated liver enzymes, Low platelet count*). (Anik Maryunani, 2012)
- 4) Perburukan kondisi klinis memburuk

b. Pada janin :

- 1) Adanya tanda-tanda gawat janin. (Tri, 2011)
- 2) IUGR (*Intrauterine growth retardation*). (Tri, 2011)
- 3) Oligohidramnion . (Prawihardjo, 2013)

2.2 Penanganan Preeklampsia Secara Umum

a. Penanganan Persalinan Preeklampsia (Lalenoh, 2018)

Pertimbangan atau terminasi kehamilan pada ibu dengan preeklampsia bayi harus lahir segera dilahirkan dalam 12 jam sejak terjadinya kejang. Induksi persalinan dianjurkan bagi ibu dengan preeklampsia berat dengan janin yang belum viable atau tidak akan viable dalam 1-2 minggu, dimana

janin sudah viable namun namun usia kehamilan belum mencapai 34 minggu, manajemen ekspektan dianjurkan, asalkan tidak terdapat kontraindikasi serta pengawasan ketat. Ibu dengan preeklampsia berat di mana usia kehamilan 34 dan 37 minggu, anjurkan manajemen ekspektan asalkan tidak terdapat hipertensi yang tidak terkontrol, disfungsi organ ibu, dan gawat janin.

Lakukan pengawasan ketat. Pada ibu dengan preeklampsia yang kehamilannya sudah aterm persalinan dini dianjurkan serta induksi persalinan.

Pada preeklampsia berat harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklampsia dalam 12 jam sejak gejala eklampsia timbul. Jika terdapat gawat janin, atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklampsia), maka lakukan seksio sesarea, seksio sesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa terdapat koagulopati, anastesi yang aman/ terpilih adalah anastesi umum jangan lakukan anastesi lokal, sedang anastesi spinal berhubungan dengan resiko berpotensi, dan jika anastesi yang umum tidak tersedia atau janin mati, aterm terlalu kecil lakukan persalinan pervaginam jika serviks matang lakukan induksi dengan oksitosin 2-5 IU dalam 500 ml dekstrose 10 tetes/menit atau prostaglandin.

Pada preeklampsia tanpa tanda-tanda severitas (bukan preeklampsia berat) dengan kehamilan preterm (<37 minggu), jika tekanan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu hingga aterm. Namun pada kehamilan aterm (>37 minggu), persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk dilakukan induksi persalinan pada

taksiran tanggal persalinan. Sementara pada pasien dengan preeklampsia berat, persalinan/ terminasi dipertimbangkan saat usia gestasi sudah lebih dari 34 minggu.

Pada preeklampsia berat, persalinan/terminasi harus terjadi dalam 24 jam. Sedangkan pada eklampsia, persalinan/terminasi harus terjadi dalam 6 jam sejak kejang timbul. Jika umur kehamilan sudah aterm atau >37 minggu dan pasien sedang dalam proses bersalin serta terdapat kemajuan yang memadai ditinjau dari partograf dan tidak terdapat komplikasi pada janin atau ibu, lanjutkan percobaan persalinan pervaginam dengan pemantauan janin dan ibu secara ketat.

b. Penanganan Preeklamsia. (Lalenoh, 2018)

1) Tatalaksana Umum pada Preeklamsia

Ibu hamil dengan preeklamsia harus segera dirujuk ke Rumah Sakit.

Pencegahan dan tatalaksana kejang :

- a. Bila terjadi kejang perhatikan jalan nafas, pernafasan (oksigen), dan sirkulasi (cairan intravena)
- b. MgSO₄ diberikan intravena kepada ibu eklamsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklamsia berat (sebagai pencegahan kejang).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa MgSO₄ lebih unggul dari fenitoin dan diazepam atau koktail litik lainnya untuk pencegahan kejang. Uji coba menemukan bahwa MgSO₄ lebih unggul dari phenytoin dan diazepam dalam pencegahan kejang berulang dan kematian ibu dan perinatal. Pemberian MgSO₄ biasanya adalah intravena. Pemberian secara intravena adalah

metode yang banyak digunakan, karena pemberian secara intramuskular sangat menyakitkan dan terkadang dapat menyebabkan pembentukan abses gluteal.

Pemberian lidokain di area suntukan bisa mengurangi ketidaknyamanan. Pemberian secara intramuscular dilakukan jika tidak memungkinkan dilakukan secara intravena, seperti kurangnya akses iv, tidak tersedianya pompa infus, atau selama transportasi pasien.

Syarat pemberian MgSO₄ yaitu tersedia Ca Glukonas 10%, ada refleks patella, dan jumlah urine minimal 0,5 ml/ kg BB/ jam. Cara pemberian MgSO₄ yaitu berikan dosis awal 4 g MgSO₄ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang. Ambil 4 g larutan MgSO₄ (10N ml larutan MgSO₄ 40 % dan larutkan dengan 10 ml akuabides, berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit. Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 g MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40 % IM dibokong kiri dan kanan.

Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO₄ dalam 6 jam sesuai prosedur. Ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat / Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/ menit selama 6 jam, dan diulangi hingga 24 jam setelah persalinan atau persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia). Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, refleks patella, dan jumlah urine. Bila frekuensi pernafasan < 16x/ menit, dan atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan atau terdapat oliguria (produksi urine <0,5 ml/ kg BB/ jam), segera hentikan pemberian MgSO₄. Jika terjadi depresi nafas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.

Selama ibu dengan preeklamsia dan eklamsia di rujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklamsia. Apabila terjadi eklamsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSO₄ 2 g IV perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSO₄ ulangan masih terdapat kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg IV selama 2 menit. Pada kondisi dimana MgSO₄ tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (loading dose) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai. Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif.

Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi antihipertensi. Pilihan antihipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dan ketersediaan obat. Beberapa jenis antihipertensi yang dapat digunakan misalnya : Antihipertensi golongan ACE inhibitor (misalnya kaptopril), ARB (misalnya valsartan), dan klorotiazid dikontraindikasikan pada ibu hamil. Ibu yang mendapat terapi hipertensi di masa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi antihipertensi hingga persalinan. Terapi antihipertensi dianjurkan untuk hipertensi pascalin berat.

2.3 Protap Preeklampsia Berat di Puskesmas Samarang

Terdapat beberapa protap yang perlu di lakukan dalam menangani pasien dengan preeklampsia berat diantaranya :

1. Memasang Dower cateter
2. Memasang infuse
3. Memberikan loading dose : drip 4gr MgSo₄ 40% (10cc) dalam 100cc RL/IV dan harus habis dalam 15 menit.

4. Memberikan terapi nifedifin 3x10mg dan dopamet 3x500mg per oral.
5. Memberikan maintenance dose : drip 6gr MgSo4 40% (15cc) dalam 500cc RL/IV dengan tetesan 20 tpm.
6. Memasang oxygen 3 liter/menit.
7. Bila tekanan darah turun 20% stop nifedifin

2.4 Kewenangan Bidan dalam penanganan Preeklampsia Berat

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2000). Berdasarkan standar 7 pelayanan kebidanan yaitu tentang pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan, bidan harus mampu menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya. Hasil yang di harapkan dari pelaksanaan standar ini adalah ibu hamil dengan tanda preeklampsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu, sehingga menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat eklampsia. Dan standar 17 tentang penanganan kegawat daruratan pada eklampsia, bidan mengenali secara tepat dan gejala eklampsia mengancam, serta merujuk/memberikan pertolongan pertama.

Tujuan dilaksanakan standar ini adalah mengenali tanda gejala preeklampsia berat dan memberikan perawatan yang tepat dan memadai, mengambil tindakan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawat daruratan bila eklampsia terjadi. Hasil yang di harapkan yaitu penurunan kejadian eklampsia. Ibu hamil yang mengalami preeklampsia berat dan eklampsia mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Ibu dengan tanda-tanda preeklampsia ringan mendapatkan perawatan yang tepat sehingga menurunkan kesakitan dan kematian akibat eklampsia.

2.5 Kewenangan bidan dalam penanganan PEB di Praktik Mandiri Bidan

Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan ini pertama dalam memberikan pelayanan dalam dasar kepada ibu di berikan kewenangan untuk melayani ibu dalam kondisi gawat darurat untuk kemudian di rujuk ke rumah sakit lebih lengkap sarananya (Yeyen,2017).

Kewenangan bidan dalam penanganan preeklampsia berat di praktik mandiri sebenarnya hanya untuk penanganan awal saja. Pihak bidan harus menyediakan obat dan alat penanganan awal preeklampsia berat yang terdiri dari MgSo₄ dan antidotumnya, infus set, cateter, spuit dan alat kesehatan lainnya.

Sikap bidan dalam menghadapi klien yang datang dengan preeklampsia berat seluruhnya menunjukkan sikap yang positif yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien, yaitu melakukan pengkajian, menegakan diagnose, melakukan penanganan awal preeklampsia baik pada kondisi hamil maupun bersalin dan selanjutnya merujuk ke RS.

Berdasarkan jurnal “ Of Midwefery science and women’s Health” tahun 2020, oleh Haryati, menyatakan nilai etika profesi pada penanganan awal preeklampsia berat ini digambarkan pada beberapa aspek yaitu pengetahuan bidan tentang kewenangan dalam penanganan awal preeklampsia berat. Kewenangan bidan dalam melakukan penanganan awal preeklampsia berat seluruh informan menyatakn bahwa penangan awal preeklampsia berat merupakan wewenang bidan yang harus di lakukan.

2.6 Kewenangan bidan dalam penanganan Preeklampsia di Puskesmas

Harianti, dkk (2020). Melakukan asuhan sesuai dengan wewenang dan memberikan terapi obat sesuai advis dokter seperti :

1. Memasang DC.
2. Memasang infuse.
 - a. Memberikan loading dose 4gr MgSo₄ 40% dalam 100cc RL/IV.
 - b. Memberikan terapi obat dopamet 500mg/oral, nifedifin 10mg/oral.
 - c. Memberikan maintenance dose 6gr MgSo₄ 40% dalam 500cc RL/IV.
3. Melakukan kolaborasi dengan dr Spog untuk di lakukan rujukan
4. Melakukan inform consent kepada ibu bahwa akan di lakukan rujukan.
5. Mempersiapkan rujukan dan mendampingi rujukan.

2.7 Kewenangan Bidan dalam penanganan Preeklampsia Berat di RS

Seorang bidan yang bekerja di RS karena sifatnya adalah rujukan dan banyak pasien ibu hamil dengan masalah-masalah kesehatan yang lainnya dapat memberikan asuhan kebidanan dengan berkolaborasi memberikan asuhan kebidanan, jadi tidak secara mandiri mengambil tindakan atau mengambil keputusan untuk menangani pasien, otomatis seorang bidan akan berkolaborasi dengan dokter.

Kewenangan bidan dalam penanganan preeklampsia berat di RS adalah menerima rujukan dari puskesmas, jika usia kehamilan <37 minggu dilakukan perawatan poliklinik yaitu control 2x perminggu, evaluasi gejala pemberatan preeklampsia, dan jika usia kehamilan >37 minggu dengan gejala yang berat maka di lakukan persalinan.

2.8 Rujukan

2.8.1 Pengertian Rujukan

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbale balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul baik secara vertical maupun horizontal.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah suatu sistem jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya proses penyerahan tanggung jawab secara timbale balik atas masalah kesehatan yang timbul di masyarakat baik secara vertical maupun horizontal, menuju fasilitas pelayanan yang lebih cepat, tepat dan mudah.(Profil kesehatan kab Garut,2020)

2.8.2 Tata cara pelaksanaan sistem rujukan

Pasien yang akan di rujuk harus sudah di periksa dan layak untuk di rujuk.

Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah apabila memenuhi salah satu dari :

1. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat di pastikan tidak mampu di atasi.
2. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu di atasi.
3. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tapi pemeriksaan harus di sertai pasien yang bersangkutan.
4. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu.
5. Dalam prosedur merujuk dan menerima rujukan pasien ada dua pihak yang terlibat yaitu pihak yang merujuk dan pihak yang menerima rujukan dengan rincian beberapa prosedur sebagai berikut : prosedur standar merujuk pasien, prosedur standar menerima rujukan pasien, prosedur standar member rujukan balik pasien, prosedur standar menerima rujukan balik pasien.

2.8.3 Persiapan Rujukan

Persiapan yang harus dilakukan sebelum merujuk adalah :

1. Persiapan tenaga kesehatan, pastikan pasien dan keluarga di damping oleh minimal dua tenaga kesehatan yang kompeten.
2. Persiapan keluarga, beritahu keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu di rujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat rujukan.
3. Persiapan surat, beri surat pengantar ke tempat rujukan, berisi identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obatan yang telah di berikan pada pasien.
4. Persiapan alat, bawa perlengkapan alat dan bahan yang di perlukan.
5. Persiapan obat, membawa obat-obatan esensial yang di perlukan selama perjalanan.
6. Perjalanan merujuk diantaranya ;
 - a. Persiapan kendaraan, persiapkan kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam mobil yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya. Perlengkapan ambulance, alat, dan bahan yang diperlukan.
 - b. Persiapan uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan kesehatan yang di perlukan di tempat rujukan.
7. Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk pertolongan persalinan ibu mengatakan ingin bersalin di puskesmas dan ditolong oleh bidan.

2.9 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney

Dalam hal ini studi kasus yang penulis lakukan adalah dengan teknik pendekatan manajemen kebidanan varney, yaitu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Menurut *Hellen Varney* ada 7 langkah dalam manajemen kebidanan yang harus dilakukan dimulai dari pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, identifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melakukan perencanaan dan evaluasi.

Adapun metode pendokumentasian yang digunakan adalah dengan SOAP. SOAP merupakan singkatan dari subjektif (S), objektif (O), *assessment*(A), *planning* (P) :

1. S (Data Subjektif)

Lakukan pengkajian data dengan riwayat penyakit sebelumnya, tanyakan tanda gejala yang mendukung dan adanya keluhan yang mengganggu berhubungan dengan Preeklampsia Berat.

2. (Data Objektif)

Lakukan pemeriksaan dalam, observasi adanya peningkatan tekanan darah 160/100 mmHg, serta protein urine > 1 dan serta adanya oedema pada ekstremitas.

3. A (Assesment)

Dari data yang didapatkan dari subjektif dan objektif dapat disimpulkan dengan analisa Preeklamsia Berat.

4. P (*Planning*)

Perencanaan berupa observasi lebih lanjut, preklamsia berat bisa dilakukan persalinan spontan. Setelah persalinan dapat diobservasi setelah masa nifas karena Preeklamsia berat dapat terjadi .

BAB III
TINJAUAN KASUS

“ ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.I USIA 33 TAHUN
G3P2A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE LATEN DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI UPT PUSKESMAS SAMARANG ”

Tanggal Pengkajian : 15 Maret 2024

Waktu Pengkajian : 16.20 WIB

Tempat Pengkajian : Puskesmas Samarang

Nama Mahasiswa : Sri Rahayu

NIM : KHGH23002

3.1 Data Subjektif

1. Identitas ibu

Nama ibu : Ny.I

Usia : 33 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kp.Cimencek kaler

Identitas Suami

Nama : Tn A

Usia : 40 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : BHL

Alamat : Kp.Cimencek kaler

2. Keluhan Utama : Pasien datang ke puskesmas pada pukul 16.20

mengeluh

mules sejak pukul 08.00 pagi disertai nyeri kepala dan pandangan

kabur.

3. Riwayat Obstetri

Menarche : 12 Tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Banyaknya : 2 kali ganti pembalut

Dishminenorea : -

HPHT : 08-06-2022

TP : 15-03-2023

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

Mengaku hamil 9 bulan, gerakan janin sudah di rasakan ibu sejak 4 bulan hingga sekarang, tidak ada riwayat perdarahan, tidak mengkonsumsi jamu-jamuan, ibu mengkomsumsi tablet fe dan obat anti hipertensi, status TT2 riwayat pemeriksaan ANC sebanyak 6x, ibu mengalami hipertensi sejak 1 bulan yang lalu.

5. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu

No	Tahun	Tempat	Jenis persalinan	Penolong	JK	BB	PB	Keadaan	Penyulit
1	2016	PKM	Normal	Bidan	L	3200	47	Sehat	-
2	2020	PMB	Normal	Bidan	P	3300	48	Sehat	-

6. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

- a. Ibu memiliki penyakit darah tinggi sejak 1 bulan yang lalu sudah berobat ke dokter dilakukan pemeriksaan protein urine didapatkan protein urine +2 dan mendapatkan terapi anti hipertensi.
- b. Ibu mengatakan ada anggota keluarga yaitu nenek yang mempunyai riwayat tekanan darah tinggi, dan ibunya yang mempunyai riwayat preeklampsia.

7. Pola kebutuhan sehari – hari

Nutrisi : makan 2x/hari, minum 7-8gelas/hari.

Eliminasi: Bab 1x/hari, Bak 3-4x/hari.

Istirahat : cukup (Tidur siang dan malam sebanyak 12 jam/hari)

1. Personal hygiene

Mandi : 1x/hari.

Ganti pakaian : Setiap kali basah ganti baju

2. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan ini pernikahan pertamanya, ibu menikah pada usia 19 tahun dan suami pada usia 20 tahun, ibu mengatakan ini kehamilan yang diinginkan, suami dan keluarga sangat mendukung, pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

3. Riwayat KB

Jenis KB yang digunakan : KB Suntik 3 bulan

Lama penggunaan : 2 tahun

Keluhan selama menggunakan KB : tidak ada

3.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : baik
- b. Kesadaran : compos mentis

2. Antropometri

- a. BB sebelum hamil : 55 kg
- b. BB sekarang : 63 kg
- c. Tinggi badan : 155 cm
- d. IMT : 23 (Normal)
- e. LILA : 28 cm

3. Tanda-tanda Vital

- a. Tekanan Darah : 150/100 mmHg
- b. Nadi : 82x/menit
- c. Respirasi : 22x/menit
- d. Suhu : 36,5°C

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Tidak oedema
- b. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
- c. Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran serumen.
- d. Bibir : pucat
- e. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- f. Dada : Simetris, puting susu menonjol, belum ada pengeluaran colostrums, tidak ada massa abnormal, dan tidak ada nyeri tekan.

- g. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi
Tfu 31 cm
- Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting
- Leopold II : Bagian kanan teraba keras memanjang dan bagian kiri teraba bagian terkecil janin.
- Leopold III : Teraba bulat keras melenting, sudah masuk pintu atas panggul
- Leopold IV : Divergen Penurunan kepala 4/5
- TBBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
- Djj : 144x/menit reguler
- His : 2 x 10' x 10''
- Kandung kemih : kosong
- h. Genitalia : V/v Tidak ada kelainan
- Portio : Tipis lunak
- Ketuban : Utuh
- Pembukaan : 3 cm
- Penurunan : Hodge II
- i. Anus : Tidak ada hemoroid
- j. Ekstremitas : Terdapat oedema pada kedua kaki, kuku berwarna kemerahan dan refleks patella (+)

5. Pemeriksaan Penunjang

- HB : 12,1 gr/dl
- Protein urine : positif (2)
- Glukosa urine : Negatif

HIV/AIDS : Negatif

Syphilis : Negatif

HBsAg : Negatif

Golongan darah : B

3.3 Analisa

G3P2A0 parturient aterm kala 1 fase laten dengan preeklampsia berat janin tunggal hidup intra uterin.

3.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu dan Keluarga mengerti

2. Melakukan Kolaborasi dengan Dokter jaga

Evaluasi : berikan terapi sesuai protap PEB (nipedifin 3x10 mg, dopamet 3x500 mg, loading MgSo₄, pasang infus dan DC), observasi persalinan selama 6 jam, tidak ada kemajuan lakukan rujukan.

3. Memberitahu ibu dan keluarga tentang rencana penanganan ibu di puskesmas

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti

4. Memberikan terapi obat sesuai advist dokter

Evaluasi : jam 16.30 WIB Dopamet 3x500 mg dan nipedifin 3x10 mg.

5. Melakukan pemasangan DC dan Infus RL

Evaluasi : jam 17.00 WIB 42nfuse dan DC terpasang

6. Memberikan loading dose MgSo₄ 4% sebanyak 4 gram dalam 100 ml RL

Evaluasi : jam 17.10 WIB loading dose MgSo₄ mulai diberikan

7. Mengobservasi loading dose MgSo4 40% 4 gram dalam RL 100 ML
Evaluasi : jam 17.25 WIB loading dose MgSo4 habis
8. Memberikan maintenance dose MgSo4 40% 6 gram dalam 500 MI RL 20 tpm
Evaluasi : jam 17.26 WIB mulai diberikan maintenance dose MgSo4 40% 6 gram dalam 500 MI RL
9. Melakukan observasi KU, TTV, 42nfuse dan DC
Evaluasi : KU : baik, TTV : TD : 150/10 N : 85x/menit R : 23X/menit S :36,5 Infus terpasang RL 500 MI dengan MgSo4 40% 20 tpm DC terpasang dengan output 100cc
10. Melakukan observasi kemajuan persalinan
Evaluasi : jam 22.00 WIB pembukaan : 3cm portio : tipis lunak ketuban : utuh presentasi : kepala penurunan : 4/5 HII Djj : 145x/menit His 2x20'20"
11. Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk di lakukan rujukan.
Evaluasi : pasien di setujui untuk di rujuk ke RSUD dr SLAMET GARUT.
12. Melakukan inform consent kepada ibu bahwa akan di lakukan rujukan
Evaluasi : Ibu bersedia di lakukan rujukan
13. Mempersiapkan rujukan
Evaluasi : Menyiapkan alat, surat, pendamping
14. Memberikan motivasi dan dukungan kepada ibu agar lebih tenang dan tidak mengkhawatirkan persalinannya
Evaluasi : Ibu tampak lebih tenang
15. Mendampingi rujuk
Evaluasi : Ibu di rujuk ke RSUD dr SLAMET GARUT pada pukul 22.30 WIB.

3.5 Catatan Perkembangan

Bayi lahir pukul	: Pukul 23.50 WIB.
Tanggal Lahir Bayi	: 15 Maret 2023
Jenis Kelamin	: Perempuan
Keadaan bayi setelah Lahir	: Bayi lahir langsung menangis, tonus otot kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan nilai apgar 7/9
Antropometri	: BB : 2600 gr, PB : 48cm, LK : 33cm, LD : 33, LP : 32cm LILA : 11cm
Keadaan ibu	: KU Baik, Kesadaran compos mentis, TD 150/100, N : 82x/menit, R : 22x/menit, S : 36,5, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik konsistensi keras, Infus terpasang RL 500 ml dengan MgSO ₄ 40% 20 tpm, kandung kemih 50cc (terpasang DC), terdapat perdarahan 35cc, terdapat luka jahitan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.I usia 33 tahun G3P2A0 Parturient Aterm Kala I Fase Laten Dengan Preeklampsia Berat, janin tunggal hidup intra uterin yang di lakukan pada 15 maret 2023 , penulis akan membandingkan antara teori dengan kenyataan di lapangan

4.1 DATA SUBJEKTIF

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada ibu bersalin dengan preeklampsia berat secara langsung kepada pasien yang dimulai dari anamnesa yang meliputi identitas pasien, keluhan utama, dan riwayat-riwayat sekarang maupun sebelumnya, Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga, ibu mengatakan tidak pernah keguguran. Ibu mengeluh mules sejak pukul 08.00 WIB, sesuai dengan teori Sofian (2012), yaitu tanda persalinan dengan adanya rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering, dan teratur. Ibu mengatakan mengalami hipertensi sejak 1 bulan yang lalu, dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil protein urine +2 serta sudah mendapatkan terapi anti hipertensi. Berdasarkan data tersebut Ny.I mengalami preeklampsia yaitu munculnya hipertensi disertai proteinuria setelah 20 minggu kehamilan, Lalu ibu mengeluh nyeri kepala dan penglihatan sedikit kabur dengan demikian Ny.I dapat di kategorikan mengalami pre-eklampsia berat. Hal ini sesuai dengan teori Parwirohardjo (2013), yaitu menyatakan bahwa ibu mengalami preeklampsia berat dengan gejala-gejala yang ditandai adanya nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan dan kenaikan progresif tekanan darah.

4.2 DATA OBJEKTIF

Setelah dilakukan anamnesa, dilanjutkan dengan pengumpulan data objektif dengan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pada Ny.I diperoleh hasil keadaan umum Ny.I baik, tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 150/100 mmHg dan pemeriksaan laboratorium protein urine ++. Hal ini sesuai dengan teori menurut Rahyani (2020) yang menyatakan dikategorikan preeklamsia berat berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan di atas 20 minggu. Dan menurut Parwihadjo (2014) yang menyatakan dikategorikan preeklamsia berat bila terjadi progresif kenaikan tekanan darah di sertai gejala-gejala sakit kepala dan penglihatan kabur.

Pada pemeriksaan abdomen diketahui TFU 31 cm., leopold I teraba bokong, leopold II teraba punggung dibagian perut sebelah kanan ibu, leopold III bagian terbawah teraba kepala sudah masuk PAP, leopold IV divergen, dengan his 2x10'10" dan DJJ 144x/menit, regular. Hal ini sesuai dengan teori (Permenkes,2016) yaitu penilaian Djj dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal.

Hasil pemeriksaan dalam diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, ketuban positif (+) jernih, persentasi kepala, penurunan kepala hodge II. Hal itu sesuai dengan teori menurut prawirohardjo (2012) bahwa kala I persalinan adalah kontraksi persalihan sejati ditandai dengan perubahan prosesif yang di akhiri dengan pembukaan lengkap (10cm) pada multigravida kala I berlangsung kira-kira 8 jam. Fase laten merupakan periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang

umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4cm, ketuban : utuh, presentasi kepala : Hodge II, Menurut Jenny J.S Sondakh (2013) hogde II adalah bidang yang sejajar dengan bidang hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

4.3 ANALISA

Berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny.I diperoleh bahwa ibu mengeluh nyeri kepala dan penglihatan sedikit kabur, Ini merupakan kehamilan yang ketiga tidak pernah keguguran, HPHT 08 juni 2022, TD 150/100 mmHg, ibu mengatakan mengalami hipertensi sejak 1 bulan yang lalu dan sudah mendapatkan terapi hipertensi, pada pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 31 cm, leopard I teraba bokong, leopard II teraba punggung dibagian perut sebelah kanan ibu, leopard III bagian terbawah teraba kepala sudah masuk PAP, leopard IV divergen dengan his 2x10'10" dan DJJ 144x/menit regular. Dilakukan pemeriksaan dalam diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, ketuban positif (+) jernih, persentasi kepala, penurunan kepala hodge II. pemeriksaan penunjang protein urine (+2). Hal ini sesuai dengan teori dari Prawiharohardjo (2013). Yang menyatakan bahwa preeklampsia berat merupakan kumpulan dari gejala-gejala yang ditandai dengan nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan dan kenaikan progresif tekanan darah sehingga dapat di tegakan analisa G3P2A0 parturient aterm kala I Fase laten dengan preeklampsia berat. Hal tersebut sesuai dengan teori dari Meikawati (2022) bahwa Assasment/analisa

merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4.4 PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny I adalah dengan melakukan observasi TTV, pemeriksaan TTV bertujuan untuk mengetahui keadaan umum pasien dan melakukan inform consent bahwa akan dilakukan pemasangan DC untuk pemantauan urine, didapatkan pengeluaran urine 150cc melakukan pemasangan infus untuk memudahkan dalam pemberian obat anti kejang yaitu MgSO₄. (Prawihardjo, 2014) mengatakan bahwa MgSO₄ menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuscular.

Cara Pemberian MgSO₄ : Loading dose dosis awal 4 gram MgSO₄ intravena (40% dalam 100 ccRL/IV) selama 15 menit, Maintenance dose dosis ulang diberikan infus 6 gram MgSO₄ dalam larutan RL 500 cc/6 jam atau diberikan 4-5 gram selanjutnya maintenance dose diberikan 4 gram tiap 4-6 jam tidak melebihi 2- 3 hari,

Syarat pemberian MgSO₄ yaitu tersedianya antidotum MgSO₄, bila terjadi intoksikasi yaitu kalsium glukonas 10%-1 gram (10% dalam 10 cc) diberikan iv 3 menit, refleks patella (+) kuat dan pernafasan 16 kali/menit tidak ada tanda- tanda distress napas, magnesium sulfat diberhentikan bila ada tanda-tanda intoksikasi, frekuensi napas kurang dari 16x/m, produksi urine kurang dan 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir, setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan atau 24 jam setelah kejang terakhir. Pemberian MgSO₄ dapat menurunkan resiko kematian dan

di dapatkan 50% dari pemberiannya menimbulkan efek flushes (rasa panas) Kemudian melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberikan terapi sesuai dengan advice dokter yaitu memberikan *loading dose* 4 gr MgSO₄ 40% dalam larutan RL/IV dalam larutan 100cc habis dalam 15 menit, dan melanjutkan *maintenance dose* dengan memberikan 6gr MgSO₄ 40%, dalam larutan RL/IV 500cc selama 6 jam. Pemberian obat anti kejang MgSO₄ yang diberikan pada Ny.I sesuai dengan protap PEB Puskesmas Samarang. Pemberian MgSO₄ sesuai dengan teori yang di sampaikan oleh (Prawirohardjo, 2014)

Pasien juga telah diberikan obat anti hipertensi yaitu nifedipin 10mg dan dopamet 500mg/oral. Hal tersebut sesuai dengan teori (Prawihardjo 2014) yaitu pemberian anti hipertensi lini pertama nifedipin 10-20 mg per oral, diulangi setelah 30 menit, maksimum 120 mg dalam 24 jam.

Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk dilakukan rujukan, kemudian melakukan inform consent kepada ibu bahwa akan dilakukan rujukan, mempersiapkan rujukan, dan mendampingi rujukan sesuai dengan sistem rujukan yaitu yang harus dilakukan sebelum merujuk adalah persiapan tenaga kesehatan pastikan pasien dan keluarga didampingi oleh minimal dua tenaga kesehatan yang kompeten. Persiapan keluarga, beritahu keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat rujukan, Persiapan surat, beri surat pengantar ke tempat rujukan, beri identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obatan yang telah diberikan pada pasien, Persiapan Alat bawa perlengkapan alat dan bahan yang diperlukan, Persiapan Obat membawa obat-obatan esensial yang

diperlukan selama rujukan, Persiapan Kendaraan, persiapkan kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya. Kelengkapan ambulance, alat, dan bahan yang diperlukan. Persiapan uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan. Persiapan donor darah siapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon pendonor darah dari keluarga yang berjaga-jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah. Penatalaksanaan yang di berikan kepada Ny.I sesuai dengan teori dan protap PEB di puskesmas samarang sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan.

4.5 PENDOKUMENTASIAN

Pendokumentasian pada Ny.I di lakukan dalam bentuk SOAP, yang di lakukan dengan tahap pengkajian data Subjektif yang terdapat dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian data Objektif yang di dapatkan dari pemeriksaan fisik kemudian data-data tersebut di interpretasikan untuk menemukan analisa, selanjutnya di lakukan penatalaksanaan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien, kemudian di lakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut. Proses manajemen kebidanan pada Ny.I di lakukan secara sistematis sesuai dengan teori (Mufdilah, 2012)

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.I usia 33 tahun di Puskesmas Samarang Garut, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. I usia 33 tahun G3P2A0 parturient aterm kala I Fase Laten dengan preeklampsia berat di Puskesmas Samarang Garut tahun 2023. diperoleh ibu mengeluh mulas sejak pukul 08.00 WIB disertai dengan nyeri kepala dan penglihatan sedikit kabur dan ibu mengalami hipertensi sejak 1 bulan yang lalu. Tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. I usia 33 tahun G3P2A0 parturient aterm kala I Fase Laten dengan preeklampsia berat di Puskesmas Samarang Garut tahun 2023. di peroleh tekanan darah 150/100 mmHg, Protein urine ++. Tidak terdapat kesenjangan.
3. Berdasarkan hasil dari Data S dan O yang di kumpulkan pada Ny.I usia 33 tahun di Puskesmas Samarang Garut tahun 2023. didapat ibu mengeluh nyeri kepala dan penglihatan sedikit kabur, TD 150/100, protein urine +2, pada pemeriksaan dalam di dapatkan pembukaan 3cm hodge II maka dapat di tegakan Analisa G3P2A0 parturient aterm kala I Fase Laten dengan Preeklampsia Berat. Tidak terdapat kesenjangan
4. Penatalaksanaan pada Ny. I usia 33 tahun G3P2A0 parturient aterm kala I Fase Laten dengan preeklampsia berat dilakukan sesuai dengan Protap PEB di Puskesmas Samarang Garut tahun 2023 serta di lakukan rujukan.

Tidak terdapat kesenjangan.

5. Pendokumentasian pada Ny. I usia 33 tahun G3P2A0 parturient aterm kala I Fase Laten dengan preeklampsia berat di Puskesmas Samarang Garut tahun 2023 didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Dengan dilakukan dan disusunnya studi kasus ini di harapkan penulis dapat menambah sumber-sumber terbaru pada saat memberikan asuhan, khususnya pada saat memberikan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan Preeklampsia Berat.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi diharapkan agar pihak institusi memberikan waktu yang cukup, dalam penyusunan karya tulis ilmiah selanjutnya, sehingga kasus dapat dibahas secara tuntas tanpa dibatasi waktu yang sangat singkat.

5.2.3 Bagi Lahan Praktik

Harapan penulis, lahan praktek tetap menjaga dan meningkatkan kualitas dalam melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan standar, dan dapat menerapkan asuhan kebidanan ini pada semua pasiennya, guna memenuhi pelayanan kebidanan yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Diana Christine Lalenoh. 2018. *Preeklampsia Berat dan Eklampsia : Tatalaksana Anastesia Perioperatif*. Buku Ed 1, Cet -Yogyakarta
- Badan Pusat Statistik (BPS).2023. *Penurunan Angka Kematian Bayi Cukup Tajam dalam 50 tahun terakhir terjadi di Jawa barat*.
- Dinkes Prov Jabar), D. K. (2021).*Angka Kematian Ibu & Angka Kematian Bayi di jawa Barat*. Pemerintahan provinsi Jawa Barat.
- Ai yeyeh dkk. 2021. Jurnal ilmiah kesehatan. *Hubungan karakteristik ibu bersalin dengan preeklampsia berat di RSUD A Purwakarta*. Politeknik Bhakti Asih Purwakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. 2020. *Profil kesehatan jawa barat*.Dinas kesehatan jawa barat; Garut.
- Ayu Astri dkk. 2020. *Hubungan Preeklampsia Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil*.Stikes Widya Nusantara Palu.
- Dhita Aulia Octaviani dkk.2019.*Analisis Penyebab Kematian Maternal Di Kabupaten Garut* .RSUD dr SLAMET GARUT.
- Lalenoh Christine. 2018. *Tata Laksana Preeklampsia Dan Eklampsia*.Yogyakarta : CV Budi Utama
- Lumbanraja. 2017. *Kegawatdaruratan Obstetric*. Medan USU press Laporan poned samarang 2023
- Nugroho N. 2017.*Patologi kebidanan*. Yogyakarta : Nuha medika
- Ambarwati, Eny Retna, dan Tri Sunarsih. 2011.*KDPK KEBIDANAN*. Yogyakarta. Nuha Medik

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : SRI RAHAYU
NIM : KHGH23002
PROGRAM STUDI : PROFESI BIDAN
PEMBIMBING : IRA NUFUS KHAREANI.S.Tr.Keb.,Bdn

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	7 Juni 2024	Konsul Bab I	
2.	13 Juni 2024	Konsul Bab II	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab III	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab IV, V, Daftar Pustaka	
5.	2 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II	
6.	5 Juli 2024	Perbaikan Bab III, IV	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II ACC	
8.	15 Juli 2024	Bab III, IV ACC	
9.	17 Juli 2024	Bab V, Daftar Pustaka	
10.	23 Juli 2024	ACC	