

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. M UMUR 39
TAHUN G3P2A0 41 MINGGU INPARTU KALA II DENGAN
PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

KARYA ILMIAH AKHIR

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

AAS LESMANA

KHGH23004



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. M UMUR 39
TAHUN G3P2A0 41 MINGGU INPARTU KALA II DENGAN PREEKLAMPSIA
BERAT DI PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

NAMA : AAS LESMANA

NIM : KHGH23004

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji Program
Pendidikan Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada
Garut

Garut, Juli 2024

Mengesahkan,

Pembimbing : Nofita Setiorini Futri P, STr. Keb., M.Kes ()

Penguji 1 : Intan Rina Susilawati SST.,M.Keb ()

Penguji 2 : Titi Purwitasari H,S.ST.,Bdn.,m.Keb ()

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

**Intan Rina Susilawati
SST.,M.Keb NIK : 043298.0111.100**

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. M UMUR 39
TAHUN G3P2A0 41 MINGGU INPARTU KALA II DENGAN
PREEKLAMSI BERAT DI PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

Asuhan kebidanan pada Ny.M, seorang ibu berusia 39 tahun dengan riwayat G3P2A0 yang mengalami persalinan pada usia kehamilan 41 minggu dengan preeklamsia berat di Puskesmas Pameungpeuk, memerlukan perhatian khusus untuk mencegah komplikasi serius. Melalui pendekatan studi kasus, data dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, dan pengamatan proses persalinan, dengan fokus pada pengelolaan preeklamsia, pemantauan tanda vital, dan intervensi yang diperlukan selama kala II. Selama proses tersebut, Ny.M menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat, seperti hipertensi dan proteinuria yang memerlukan penanganan segera. Monitoring ketat dan dukungan emosional diberikan, sehingga proses persalinan berlangsung dengan intervensi medis yang tepat, dan Ny.M berhasil melahirkan bayi dalam kondisi baik. Hasil ini menunjukkan bahwa asuhan kebidanan yang cepat dan tepat dapat mengurangi risiko bagi ibu dan bayi, serta menekankan pentingnya kolaborasi tim medis dan pemantauan berkelanjutan untuk keselamatan mereka, sekaligus merekomendasikan penelitian lebih lanjut mengenai manajemen preeklamsia ditingkat Puskesmas.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan karunia, rahmat, taufik serta hidayah-Nya Sholawat serta salam semoga disampaikan kepada pimpinan umat Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya dan para sahabatnya. Terimakasih kepada kedua orang tua dan adikku yang telah memberikan doa dan dukungan baik moral maupun materil. Atas izin dan ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. M Umur 39 Tahun G3P2 A0 41 Minggu Inpartu Kala II Dengan Preeklamsia Berat Di Puskesmas Pameungpeuk”**. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII Kebidanan.

Adapun dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, tentunya penulis banyak sekali mendapatkan bimbingan, baik moril maupun materil, karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan dan terimakasih atas bimbingannya.
2. H. Suryadi, S. E., M. Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes, selaku Ketua STIKes karsa Husada Garut, terimakasih atas bimbingannya.

4. Hj. Esa Risi Suazini, Am. Keb., M. KM, selaku ketua prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Desy Syswianti, SST., M. Kes., selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan penyusunan KTI.
6. Rosita Alvia, SST., M. K. M., selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam perbaikan KTI.
7. Intan Rina Susilawati, M. Keb., selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam perbaikan KTI.
8. Dosen-dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah sabar membimbing kami khususnya pembimbing terimakasih atas semua bimbingannya dan semua ilmu-ilmunya yang insyaallah akan bermanfaat untuk masa depan.
9. Bidan Etin selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan bimbingan dan memfasilitasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan ibu bersalin.
10. Seluruh Civitas Akademik, Bagian Keuangan dan Pihak Perpustakaan yang telah membantu penulis selama berada di STIKes Karsa Husada Garut.
11. Teristimewa kepada Bapak Sudarto dan Ibu Yuyun Rumningsih selaku orang tua saya yang telah memberikan dukungan, terimakasih atas segala doa, dukungan dan semangat yang begitu besar dan tulus.
12. Sahabatku Ucu, Alfina, dan barudak ARAYAA yang telah memberikan semangat, motivasi dan telah mendengar keluh – kesah selama penyusunan.

13. Rekan-rekan Mahasiswi Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan semangat, motivasi dan telah sama-sama berjuang untuk kelancaran penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
14. Keluarga Ny. M yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terima kasih atas keramahan, kebaikan dan kerjasamanya selama melakukan asuhan.
15. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini saya menyadari masih terdapat kekurangan baik dari segi penulisan maupun materi yang disampaikan. Oleh karena itu, saya mengharap saran yang membangun dari Bapak dan Ibu atau para pembaca demi tercapainya penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang lebih baik lagi.

Garut, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
15.1 Latar Belakang	1
15.2 Rumusan Masalah	4
15.3 Tujuan Penulisan	4
15.3.1 Tujuan Umum	4
15.3.2 Tujuan Khusus	4
15.4 Manfaat Penulisan	5
15.4.1 Bagi Institusi Kesehatan.....	5
15.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	5
15.4.3 Bagi Penulis	6
15.5 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	6
15.5.1 Waktu Pengkajian	6
15.5.2 Tempat Pengkajian.....	6
15.6 Metodologi	6
15.6.1 Data Primer	6

15.6.2	Data Sekunder	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....		8
2.1	Konsep Persalinan	8
2.1.1	Pengertian Persalinan	8
2.1.2	Tanda – Tanda Persalinan	9
2.1.3	Tahap – Tahap Persalinan	10
2.1.4	Proses Persalinan.....	12
2.1.5	Posisi Persalinan	14
2.1.6	Asuhan Persalinan Normal.....	16
2.2	Konsep Preeklamsia Berat.....	30
2.2.1	Pengertian Preeklamsia Berat	30
2.2.2	Etiologi.....	31
2.2.3	Patofisiologi	36
2.2.4	Diagnosis Preeklamsia	36
2.2.5	Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi.....	38
2.2.6	Klasifikasi Preeklamsia.....	43
2.2.7	Tanda dan Gejala.....	45
2.2.8	Komplikasi	47
2.3	Penanganan Preeklamsia Berat	54
2.3.1	Pada Kehamilan	54
2.3.2	Pada Persalinan	55
2.4	Penatalaksanaan Preeklamsia Berat	57
2.4.1	Penatalaksanaan Preeklamsia.....	57
2.4.2	SOP Preeklamsia dan Eklamsia di Puskesmas Pameungpeuk.....	63
2.4.3	Rujukan	61

2.5	Kewenangan Bidan Dalam Penanganan Preeklamsia Berat	70
2.6	Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	71
2.6.1	Data Subjektif.....	71
2.6.2	Data Objektif	72
2.6.3	Analisa.....	72
2.6.4	Penatalaksanaan	72
BAB III TINJAUAN KASUS		73
3.1	Asuhan Persalinan	73
3.1.1	Data Subjektif.....	73
3.1.2	Data Objektif	79
3.1.3	Analisa.....	82
3.1.4	Penatalaksanaan	82
3.2	Asuhan Ibu Nifas	89
3.2.1	Data Subjektif.....	89
3.2.2	Data Objektif	90
3.2.3	Analisa.....	91
3.2.4	Penatalaksanaan	91
3.3	Asuhan Bayi Baru Lahir	96
3.3.1	Data Subjektif.....	96
3.3.2	Data Objektif	97
3.3.3	Analisa.....	97
3.3.4	Penatalaksanaan	98
BAB IV PEMBAHASAN		101
4.1	Data Subjektif.....	101
4.2	Data Objektif	102

4.3	Analisa.....	104
4.4	Penatalaksanaan.....	110
BAB V PENUTUP.....		115
5.1	Kesimpulan.....	115
5.2	Saran.....	116

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

1.1 Etiologi Preeklamsia

31

DAFTAR TABEL

2.1 Kriteria Diagnostik Preeklamsia	37
2.2 Perbedaan Hipertensi Kronis, Hipertensi Gestational dan Preeklamsia/ Eklamsia	44
2.3 Tata Cara Pemberian MgSO ₄ untuk mencegah kejang pada Preeklamsia	59
2.4 SOP Preeklamsia Berat dan Eklamsia di Puskesmas Pameungpeuk	63
3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu	75
3.2 Pemeriksaan antenatal care Ny. M	76

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. Di negara-negara berkembang, angka kematian ibu menurun sebesar 50% (dari 729 menjadi 368). Di negara berkembang kepulauan kecil, angka kematian ibu menurun sebesar 19% (dari 254 menjadi 206). Angka kematian ibu di negara berpenghasilan rendah pada tahun 2020 adalah 430 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara berpenghasilan tinggi (WHO, 2024).

Angka Kematian Ibu (AKI) masih di kisaran 305 per 100.000 Kelahiran Hidup, belum mencapai target yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 KH di tahun 2024 (Kemenkes RI, 2024). Angka Kematian Ibu atau *Maternal Mortality Rate* (AKI/MMR) hasil Long Form SP2020 menurut provinsi tahun 2020, Jawa Barat termasuk peringkat ke 12 dengan 187 angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2024). Kematian ibu paling banyak terjadi saat hamil dan nifas dengan spesifikasi ibu meninggal paling banyak pada usia reproduktif yaitu 20 – 35 tahun dan masih banyak yang di atas usia 35 tahun dengan 36 % (Handayani & Nurjanah, 2021).

Tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perdarahan hebat (kebanyakan berdarah setelah

persalinan), infeksi (biasanya setelah persalinan), komplikasi dari kehamilan dan persalinan, salah satunya adalah preeklamsia (WHO, 2024). Penyebab kematian ibu pada tahun 2020, antara lain diakibatkan oleh pendarahan (38,24%), hipertensi (23%), dan gangguan sistem peredaran darah (4,94%). (Puji, et al., 2020).

Tekanan darah tinggi selama kehamilan dan persalinan merupakan salah satu penyebab kematian ibu, antara lain hipertensi (12%), preeklamsia berat (26,47%) dan kejang (8%). Preeklamsia berat merupakan peningkatan tekanan darah tinggi yang signifikan terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan memiliki risiko lanjutan yang berbahaya bagi ibu maupun janin, bahkan pada beberapa kasus dapat menyebabkan kematian (Amalina, et al., 2022). Faktor risiko kejadian preeklamsia yaitu pekerjaan, umur ibu, paritas, usia kehamilan, riwayat hipertensi, kehamilan ganda. Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklamsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklamsia. (Agustina et al., 2022).

Tingginya morbiditas preeklamsia pada ibu hamil, tidak menutup kemungkinan pula adanya peningkatan mortalitas ibu hamil dan bersalin akibat preeklamsia. Preeklamsia dapat juga berdampak negatif pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Penurunan aliran darah ke plasenta juga dapat menyebabkan hipoksia pada janin, di mana janin tidak mendapatkan cukup oksigen yang dibutuhkan. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan organ, keterlambatan perkembangan, atau gangguan fungsi pada janin. Penting untuk memantau pertumbuhan janin secara teratur selama kehamilan, terutama jika seorang wanita

hamil mengalami preeklamsia atau memiliki faktor risiko yang tinggi. (Rismawati et al., 2021).

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. Hipertensi dan pendarahan menjadi penyebab kematian ibu yang paling umum di Garut. (Humas Pemda Kab Garut, 2024).

Sesuai data pelayanan di PONED Puskesmas Pameungpeuk bulan Februari dan Maret 2024, terdapat pelayanan ibu dengan preeklamsia berat sebanyak 9 dari 47 ibu dengan preeklamsia berat. (Buku Registrasi Ibu di PONED). Ibu bersalin usia kehamilan aterm dengan preeklamsia berat, baik dengan riwayat hipertensi di kehamilan sebelumnya maupun yang tidak memiliki riwayat hipertensi kehamilan sebelumnya.

Peran bidan dalam hal ini adalah memberikan pelayanan yang berkesinambungan melalui pelaksanaan penanganan awal preeklamsia berat yang berfokus pada upaya pencegahan terjadinya kejang pada ibu hamil dan bersalin, serta memfasilitasi rujukan ke fasilitas yang lebih berwenang seperti dokter dan rumah sakit. (Hariyanti et al., 2020).

Berdasarkan uraian tersebut, Karya Ilmiah Akhir ini mengambil judul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. M Umur 39 Tahun G3P2A0 41 Minggu Inpartu Kala II Dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah yaitu bagaimana asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk dengan metode pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Data Subjektif pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk.
2. Melakukan pengkajian Data Objektif pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk.
3. Melakukan Analisa pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk.
4. Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk.

5. Melakukan Dokumentasi secara SOAP pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu Inpartu Kala II dengan Preeklamsia Berat di Puskesmas Pameungpeuk.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan dapat memberi masukan bagi instansi kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan Preeklamsia Berat.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi untuk pendidikan serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan Preeklamsia Berat.

1.4.3 Bagi Penulis

Dengan melakukan asuhan kebidanan pada Ny. M diharapkan akan menambah pengetahuan, meningkatkan keterampilan, dan kemampuan penulis serta sebagai bentuk pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan Preeklamsia Berat.

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

1.5.1 Waktu Pengkajian

Waktu pengkajian dimulai sejak awal pelaksanaan Praktik Klinik Kebidanan III sampai studi kasus yaitu bulan 6 Februari – 31 Maret 2024.

1.5.2 Tempat Pengkajian

Tempat pengambilan kasus dilakukan di Puskesmas Pameungpeuk.

1.6 Metodologi

1.6.1 Data Primer

1. Anamnesa

Melakukan Anamnesa pada Ny. M untuk mendapatkan data Subjektif.

2. Pemeriksaan Fisik

Melakukan Pemeriksaan Fisik pada Ny. M untuk mendapatkan data Objektif.

3. Pemeriksaan Penunjang

Melakukan Pemeriksaan Penunjang pada Ny. M untuk mendapatkan data hasil laboratorium.

1.6.2 Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Studi kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan materi secara teoritis tentang teori Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan Preeklamsia Berat.

BAB II

TINJAUANTEORI

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. proses ini dimulai dari pembukaan dan dilatasi serviks yang diakibatkan kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Proses persalinan termasuk suatu keadaan yang sangat berat bagi ibu karena ibu berjuang mempertaruhkan nyawanya, ibu dalam keadaan takut, khawatir, cemas serta panik. Persalinan dikatakan normal jika semua tahapan tersebut dilalui secara spontan tanpa ada komplikasi atau penyulit. (Yuriati & Khoiriyah, 2021).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus melalui vagina pada kehamilan yang cukup bulan atau aterm (37-42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar secara spontan, serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin (Indah, 2019).

2.1.2 Tanda – Tanda Persalinan

a. Terjadi his persalinan

His persalinan ini hampir serupa dengan his palsu namun ada beberapa ciri lain yang membedakan (Jamila, F., 2019), antara lain:

1. Nyeri pada pinggang dan menjalar hingga ke depan
2. Sifat his teratur, interval semakin pendek dan semakin kuat
3. Terjadi perubahan pada serviks. Pada primigravida diawali dengan penipisan lalu diikuti dengan pembukaan, sedangkan pada multigravida biasanya penipisan dan pembukaan terjadi dalam waktu yang hampir bersamaan.
4. His semakin kuat saat pasien menambah aktivitasnya.

b. *Bloody show* (lendir darah)

Lendir ini berasal dari pembukaan yang menyebabkan keluarnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan darah yang dikeluarkan disebabkan karena robeknya pembuluh darah pada saat serviks mulai membuka.

c. Kadang – kadang ketuban pecah spontan

d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur – angsur akibat adanya his. Effacement adalah pendataran kanalis servikalis yang semula panjangnya 1- 2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal ostium yang tipis.

2.1.3 Tahap – Tahap Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan ibu bersalin pada kala I, kala II, kala III, dan kala IV persalinan. (Purwati, 2020).

a. Kala I

Kala I persalinan adalah proses ketika ibu bersalin mengalami pembukaan dan kontraksi yang progresif dan di akhiri dengan pembukaan lengkap (10cm). Tahapan kala I dibagi menjadi 2 fase (Nuryana et al., 2024), yaitu:

1. Fase Laten

Fase ini dimulai ketika kontraksi mulai terjadi dan serviks mulai melunak dan membuka sedikit. Pada awal fase ini, kontraksi mungkin terjadi tidak teratur dan tidak terlalu kuat. Lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi \pm 2 jam 30 menit setiap 1 cm pembukaan. Pada multigravida lamanya kala I fase laten terjadi \pm 4 jam 30 menit atau 90 menit setiap 1 cm pembukaan. (Fatriyani & Nugraheny, 2020).

2. Fase Aktif

Pada fase ini, kontraksi menjadi lebih teratur, lebih kuat, dan lebih sering. Serviks mulai membuka secara progresif, biasanya dari 4 sentimeter hingga sekitar 10 sentimeter. Lama persalinan kala I aktif pada primigravida terjadi 10 jam atau \pm 1 jam 24 menit setiap 1 cm pembukaan. Pada multigravida lamanya kala I fase

aktif selama 8 jam 30 menit atau \pm 1 jam 12 menit setiap 1 cm pembukaan. (Fatriyani & Nugraheny, 2020).

Fase aktif terdapat 3 fase, yaitu:

- a) Fase akselerasi, dalam jangka waktu 2 jam awal pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- b) Fase dilatasi maksimal, dalam jangka waktu 2 jam pembukaan menjadi lebih cepat, dari mula 4 cm sampai menjadi 9 cm
- c) Fase deselerasi, pembukaan mulai menjadi lambat, dalam 2 jam, pembukaan dari 9 menjadi lengkap yaitu 10 cm, dimana bibir pada serviks tidak lagi teraba.

b. Kala II

Kala 2 persalinan merupakan tahap pengeluaran dalam proses persalinan. Tahap ini dimulai setelah serviks (leher rahim) sepenuhnya terbuka (10 sentimeter) dan berakhir ketika bayi sepenuhnya lahir. Pada multigravida lama persalinan kala II terjadi selama 30 menit sampai maksimal 1 jam, dibandingkan dengan lama persalinan pada primigravida terjadi selama 1,5 jam sampai maksimal 2 jam. (Fatriyani & Nugraheny, 2020).

c. Kala III

Kala 3 persalinan adalah tahap yang dimulai setelah bayi lahir dan berakhir ketika plasenta (ari-ari) dan plasenta dikeluarkan dari rahim. Hasil pemeriksaan kala 3 dalam keadaan normal yang di tandai dengan uterus teraba keras dan bundar, serta tinggi fundus uteri setinggi pusat.

Lamanya kala III normal adalah 5 sampai 30 menit, tetapi lama kala III persalinan cenderung lebih banyak dengan waktu ≤ 15 menit dibandingkan dengan waktu kala III ≥ 30 menit. (Alviani et al., 2018).

d. Kala IV

Kala 4 persalinan adalah periode 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Periode ini juga dikenal sebagai masa nifas atau pasca persalinan. Masa nifas adalah waktu pemulihan tubuh ibu setelah persalinan. Selama kala 4 atau masa nifas, difokuskan pada pemantauan kondisi ibu, pemulihan fisik, dan perawatan pasca persalinan. (Wahyuningsih, 2022).

2.1.4 Proses Persalinan

Proses persalinan adalah tahapan ketika seorang wanita melahirkan bayinya. Proses ini melibatkan beberapa tahap yang terjadi secara alami dan normal pada kasus persalinan. Berikut adalah tahapan umum dalam proses persalinan (Yulizawati, et al., 2019), yaitu:

1. Pembukaan Serviks (Fase Awal)

Tahap ini dimulai ketika kontraksi rahim pertama kali terjadi dan berakhir ketika serviks sepenuhnya terbuka atau membuka sekitar 10 sentimeter. Pada tahap ini, kontraksi menjadi lebih kuat, lebih lama, dan lebih teratur. Wanita mungkin merasakan sakit punggung atau kram perut yang teratur dan semakin intens.

2. Fase Mengejan (Fase Aktif)

Setelah mencapai pembukaan rahim sekitar 10 sentimeter, wanita memasuki fase aktif persalinan. Pada tahap ini, kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering. Wanita mungkin merasakan dorongan untuk mendorong atau ingin buang air besar. Biasanya, bayi akan mulai turun ke panggul dan kepala bayi akan muncul di pintu rahim.

3. Pengeluaran Bayi

Tahap ini terjadi ketika kepala bayi keluar melalui pintu rahim dan vagina. Ibu mungkin merasakan tekanan yang kuat dan dorongan untuk mendorong. Bidan akan memandu ibu dalam proses ini, dan bayi akan lahir dalam waktu yang relatif singkat setelah kepala bayi muncul.

4. Pengeluaran Plasenta

Setelah bayi lahir, rahim masih memiliki plasenta (ari-ari) di dalamnya. Biasanya, rahim akan berkontraksi lagi untuk mengeluarkan plasenta. Bidan akan memeriksa untuk memastikan bahwa seluruh plasenta dan sisa-sisa jaringan telah dikeluarkan dengan sempurna.

2.1.5 Posisi Persalinan

Posisi ibu dalam persalinan kala II sangatlah penting karena mempunyai dampak terhadap kenyamanan ibu selama persalinan dan lama persalinan. Posisi kala II yang efektif bisa mempercepat persalinan dan mengurangi ketidaknyamanan ibu dengan mengurangi tekanan pada jalan lahir.

Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama persalinan kala II karena hal ini seringkali mempercepat kemajuan persalinan dan ibu mungkin

dapat meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu, selain itu instruksi yang sesuai untuk memimpin ibu meneran, serta posisi yang memfasilitasi kemajuan mencegah trauma. (Darwis & Ristica, 2022). Berikut posisi persalinan yang umum digunakan, yaitu:

1) Posisi Setengah Duduk

Posisi ini umumnya dilakukan dengan ibu berbaring telentang dengan lutut ditekuk dan kaki diletakkan di atas tempat tidur. Banyak orang menggunakan bantal untuk memberikan dukungan di belakang punggung ibu.

2) Posisi Jongkok (*squatting*)

Ibu berlutut dengan kaki terpisah dan lutut ditekuk. Ibu dapat berpegangan pada benda yang kokoh, seperti meja persalinan, atau didukung oleh pendampingnya.

3) Posisi Miring (*lateral*)

Ibu berbaring miring dengan salah satu kaki ditekuk di atas tempat tidur dan kaki lainnya terentang. Dalam posisi ini, ibu dapat mengubah posisi dari sisi satu ke sisi lainnya saat proses persalinan berlangsung.

4) Posisi Berdiri

Ibu berdiri dengan dukungan yang kokoh, seperti sandaran atau pendampingnya. Posisi ini memungkinkan gravitasi membantu proses persalinan.

5) Posisi Menungging

Ibu membungkuk ke depan dengan lutut ditekuk dan tangan atau lengan didukung oleh bantal atau permukaan yang nyaman.

6) Posisi terlentang (litotomi)

Ibu berbaring telentang dengan kaki yang diletakkan di atas penyangga atau stirrup (disebut juga stirrups ginekologi) yang biasanya terpasang pada meja persalinan.

Posisi miring merupakan posisi persalinan yang sering dilakukan pada kala I, hal tersebut karena posisi miring lebih efektif untuk meneran dan lebih nyaman. Posisi miring saat bersalin dapat mempermudah turunnya kepala ke dasar panggul, meringankan ibu pada saat proses mengejan, tidak melelahkan, mempersingkat proses persalinan dan memperlancar sirkulasi peredaran darah ibu ke plasenta sehingga suplai oksigen ke bayi lebih maksimal.

Posisi setengah duduk merupakan posisi yang aman untuk pemantauan proses turunnya kepala bayi, selain itu juga memberi kesempatan dukungan mental bagi ibu bersalin dengan kehadiran suami. (Hindriati et al., 2021).

2.1.6 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan Persalinan Normal (Ikatan Bidan Indonesia, 2021), yaitu:

I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua

1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan

- » Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- » Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

- » Perineum tampak menonjol
- » Vulva dan sfinger ani membuka

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- » Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,
- » 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi),
- » Alat penghisap lendir,
- » Lampu sorot 60-watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- » Menggelar kain di perut bawah ibu
 - » Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - » Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
 - 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
 - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik

III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - » Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - » Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - » Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
 - » Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.

10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).

- » Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- » Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.

IV. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran

11) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.

- » Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

- » Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.

12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

- » Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- » Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- » Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- » Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- » Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- » Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
- » Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- » **Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.**

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

V. Persiapan Untuk Melahirkan Bayi

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.

18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.

VI. Pertolongan Untuk Melahirkan Bayi

Lahirnya Kepala

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kelapa untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan!

» Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.

» Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.

21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahirnya Bahu

22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan

muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25) Lakukan penilaian (selintas):

- » Apakah bayi cukup bulan?
- » Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan?
- » Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia).

Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan baduk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukaan kehamilan ganda (gemelli).

28) Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30) Setelah 2 menit semenjak bayi baru lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

» Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.

- » Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- » Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi.

Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya.

Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- » Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- » Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- » Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- » Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

VIII. Manajemen Aktif Kala III Persalinan (Mak III)

33) Pindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 34) Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsa-cranial). Secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur diatas.
- » Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan plasenta

- 36) Bila pada penekanan bagian bawah, dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutan dorongan ke arah cranial. Hingga plasenta dapat dilahirkan.
- » Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas).
 - » Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

» Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

1. Ulangi pemberian oksitosin 10-unit IM
2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi tekanan dorsa-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
5. Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta.

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pengang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

» Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

» Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

IX. Menilai Perdarahan

39) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

40) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.

X. Asuhan Pasca Persalinan

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42) Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.

Evaluasi

43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

- 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)
- » Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - » Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan
 - » Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

- 48) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 49) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

- 51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin k1 (1 mg) intramuscular di paha kiri bawah lateral dalam 1 jam pertama.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik (pernafasan normal 40-60 kali/menit dan temperatur tubuh normal 36.5 - 37.5⁰C) setiap 15 menit.
- 57) Setelah satu jam pemberian vitamin k1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Dokumentasi

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.2 Konsep Preeklamsia Berat

2.2.1 Pengertian Preeklamsia Berat

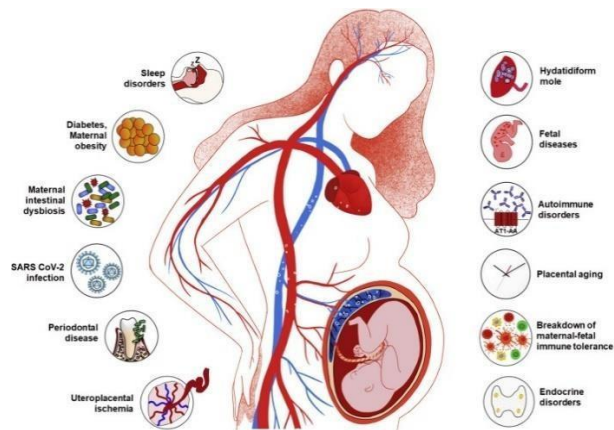
Preeklamsia adalah kondisi medis yang serius terjadi selama kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah tinggi yang signifikan setelah usia kehamilan 20 minggu, yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh seperti ginjal, hati, dan otak. Selain tekanan darah tinggi, preeklamsia juga dapat disertai dengan gejala seperti kelebihan protein dalam urine (proteinuria), edema (pembengkakan tubuh), gangguan penglihatan, sakit kepala yang parah, dan gangguan fungsi hati. (Agustina et al., 2022).

Pre-eklampsia adalah penyebab utama kematian dan kesakitan ibu, kelahiran prematur, kematian perinatal, dan hambatan pertumbuhan intrauterin. Preeklamsia berat adalah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria 5 g/24 jam, oliguria, kenaikan kadar kreatinin plasma, gangguan visus dan serebral, nyeri epigastrium, edema paru-paru dan sianosis, haemolysis mikroangiopatik, trombositopenia berat dan sindrom HELLP. (Rahmadhanti et al., 2022).

2.2.2 Etiologi

Gambar 1.1

Etiologi Preeklamsia



Sumber: The Etiologi of Preeklamsia (Jung et al., 2022)

Gambar 1 Etiologi Preeklamsia

a. Iskemia uteroplacental

Gangguan pasokan darah ke plasenta akan menyebabkan gangguan dalam pasokan oksigen dan nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin yang sehat. Faktor utamanya pada penyempitan atau penyumbatan arteri uterina yang mengarah ke plasenta. Penyempitan arteri terjadi karena aterosklerosis atau pembekuan darah yang menghalangi aliran darah normal. Iskemia uteroplacental ini yang menyebabkan hipertensi dan proteinuria.

b. Periodontal disease

Inflamasi kronis yang terkait dengan penyakit periodontal dapat mempengaruhi fungsi pembuluh darah dan menyebabkan disfungsi endotel, yaitu lapisan dalam pembuluh darah yang mengatur aliran

darah dan tekanan darah. Infeksi bakteri yang terdapat dalam kantong gusi dapat memasuki aliran darah dan mencapai plasenta. Hal ini mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin dan memicu reaksi inflamasi pada peningkatan preeklamsia.

c. SARS CoV-2 infection

Infeksi SARS-CoV-2 dapat menyebabkan peradangan sistemik dan kerusakan pembuluh darah, termasuk pada plasenta. Peradangan yang terjadi dapat menyebabkan disfungsi pembuluh darah, yang pada gilirannya dapat mengganggu aliran darah dan nutrisi yang diperlukan oleh janin dalam rahim. Kerusakan pada pembuluh darah juga dapat menyebabkan tekanan darah tinggi pada ibu hamil.

d. Maternal intestinal dysbiosis

Intestinal dysbiosis (ketidakseimbangan microbiota usus pada ibu) merujuk pada perubahan komposisi mikroorganisme normal dalam usus, seperti peningkatan bakteri patogen atau penurunan bakteri yang menguntungkan. Ketidakseimbangan ini dapat mempengaruhi keseimbangan sistem kekebalan tubuh dan merusak integritas barrier usus, menyebabkan peradangan kronis. Peradangan yang berkepanjangan dan respons kekebalan tubuh yang tidak tepat dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan disfungsi endotel.

e. Diabetes, maternal obesity

Pada diabetes, kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan menyebabkan peradangan sistemik. Peradangan ini dapat mempengaruhi fungsi pembuluh darah plasenta. Obesitas menyebabkan peradangan kronis dalam tubuh, disfungsi endotel (lapisan dalam pembuluh darah), dan gangguan metabolisme yang dapat mempengaruhi keseimbangan hormonal dan sistem kekebalan tubuh.

f. Sleep disorders

Gangguan tidur seperti insomnia dan sleep apnea dapat mempengaruhi keseimbangan hormonal dan peradangan dalam tubuh, yang pada gilirannya dapat berkontribusi pada risiko preeklamsia.

g. Hydatidiform mole

Pada kehamilan normal, hCG diproduksi oleh plasenta, tetapi pada hydatidiform mole, produksi hCG berlebihan. Tingginya kadar hCG dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah plasenta dan memicu respons inflamasi yang merusak dinding pembuluh darah, menyebabkan peningkatan tekanan darah dan gejala preeklamsia.

h. Fetal distress

Penyempitan dan kerusakan pada pembuluh darah plasenta akibat respons imun yang berlebihan dan peradangan. Hal ini dapat mengganggu aliran darah yang cukup untuk memberikan nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh janin. Kurangnya pasokan oksigen dan

nutrisi dapat menyebabkan stres pada janin. Tekanan darah yang tinggi pada ibu dapat mengurangi aliran darah ke plasenta, mengganggu pasokan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh janin.

i. Autoimun disorders

Gangguan autoimun dapat menyebabkan disfungsi sistem kekebalan tubuh, termasuk perubahan dalam respons imun terhadap plasenta selama kehamilan. Sistem kekebalan tubuh ibu bereaksi secara berlebihan terhadap plasenta dan jaringan kehamilan, menghasilkan peradangan dan kerusakan pada pembuluh darah. Produksi antibodi maternal tersebut, menyebabkan disfungsi endotel (lapisan dalam pembuluh darah) dan aktivasi sistem koagulasi.

j. Placental aging

Penuaan plasenta dapat terjadi karena berbagai faktor, salah satunya adalah terganggunya aliran darah ke plasenta. Ketika plasenta mengalami penuaan, pembuluh darahnya mengalami perubahan struktural yang mengakibatkan penyempitan dan kerusakan pada dinding pembuluh darah. Akibatnya, aliran darah ke plasenta menjadi terhambat, menyebabkan janin tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen yang cukup. Kurangnya pasokan nutrisi dan oksigen ini dapat memicu respons tubuh ibu yang berujung pada peningkatan tekanan darah.

k. Breakdown of maternal-fetal immune tolerance

Gangguan pada sistem kekebalan tubuh, di mana sel-sel kekebalan tubuh ibu bereaksi berlebihan terhadap plasenta dan jaringan

kehamilan, menyebabkan peradangan dan kerusakan pada pembuluh darah, serta disfungsi organ tubuh seperti ginjal dan hati.

1. Endocrine disorders

Gangguan metabolisme glukosa dan resistensi insulin yang terkait dengan diabetes gestasional dapat berkontribusi pada peradangan dan kerusakan pembuluh darah meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia.

2.2.3 Patofisiologi

Selama implantasi normal, trofoblas menginvasi endometrium yang mengalami desidualisasi, menyebabkan remodeling arteri spiralis dan obliterasi tunika media arteri spiralis miometrium, memungkinkan peningkatan aliran darah ke plasenta, semuanya terlepas dari perubahan vasomotor maternal. Pada preeklamsia, trofoblas gagal mengadopsi fenotip endotel, yang menyebabkan gangguan invasi trofoblas dan remodeling arteri spiralis yang tidak sempurna.

Iskemia plasenta yang dihasilkan mengarah pada peningkatan penanda angiogenik seperti tirosin kinase-1 (sFlt-1) seperti fms yang larut dan endoglin yang larut (sEng). sFlt-1 mengikat dan menurunkan kadar faktor pertumbuhan endotel vaskular (VEGF) dan faktor pertumbuhan plasenta, yang merupakan mediator penting fungsi sel endotel, terutama pada endotelium berfenestrasi (otak, hati, glomeruli). Dengan demikian, disfungsi endotel berkembang dalam pembuluh darah ibu. (Ives, et al. 2020).

2.2.4 Diagnosis Preeklamsia

Preeklamsia ditandai dengan hipertensi (tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastol ≥ 90 mmHg) disertai proteinuria (≥ 300 mg/dl dalam urin tampung 24 jam) pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu atau segera setelah persalinan. Sedangkan preeklamsia ditandai dengan hipertensi, proteinuria dan kejang. (Hidayat & Astuti, 2020).

Tabel 2.1

Kriteria Diagnosis Preeklamsia

Hipertensi	<ul style="list-style-type: none">• SBP ≥ 140 mm Hg atau DBP ≥ 90 mm Hg pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak minimal 4 jam setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal• SBP ≥ 160 mm Hg atau DBP ≥ 110 mmHg pada 1 kali pemeriksaan
------------	---

Proteinuria	<ul style="list-style-type: none">● ≥ 300 mg per pengumpulan urin 24 jam (atau diekstrapolasi dari pengumpulan urin waktunya), atau● Rasio protein/kreatinin $\geq 0,3$ mg/dl, atau● Pembacaan dipstick 2+ (digunakan hanya jika metode lain tidak tersedia)
-------------	---

	Atau salah satu dari berikut ini (tanpa adanya proteinuria)
Trombositopenia	Jumlah trombosit <100.000/ mm ³
Insufisiensi ginjal	Konsentrasi kreatinin serum >1,1 mg/dl atau dua kali lipat konsentrasi kreatinin serum tanpa adanya penyakit ginjal lainnya
Gangguan fungsi hati	<ul style="list-style-type: none"> ● Peningkatan konsentrasi transaminase hati menjadi 2x normal ● Nyeri kuadran kanan atas yang parah atau nyeri epigastrium yang tidak responsif terhadap pengobatan
Edema paru	Didiagnosis dengan pemeriksaan fisik atau rontgen dada
Tanda-tanda neurologis	<ul style="list-style-type: none"> ● Sakit kepala onset baru yang tidak responsif terhadap pengobatan dan tidak diperhitungkan oleh diagnosis alternatif atau gejala visual ● Gangguan penglihatan
Pembatasan pertumbuhan janin	Taksiran berat janin <persentil ke-10

Sumber : Kriteria Diagnostik Preeklampsia (Ives C, et al. 2020).

Table 1 Kriteria Diagnostik Preeklampsia

2.2.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor predisposisi preeklamsia (Handayani & Nurjanah, 2021), yaitu:

1. Paritas

Primigravida memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang telah mengalami kehamilan sebelumnya. Preeklamsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan pada wanita yang memiliki keturunan preeklamsia keluarga, paritas tinggi melahirkan lebih dari 3 kali cenderung mengalami komplikasi dalam kehamilan yang akhirnya berpengaruh pada hasil persalinan.

Semakin sering ibu melahirkan anak maka resiko besar juga mengalami preeklamsia karena ibu mengalami peregangan rahim berlebih menyebabkan iskemia berlebihan yang dapat menyebabkan preeklamsia sedangkan pada kehamilan pertama, merupakan pengalaman pertama bagi organ-organ tubuh ibu untuk melakukan penyesuaian kehamilan sehingga lebih beresiko. (Agustina et al., 2022).

2. Usia lebih muda atau usia lebih tua

Pada usia muda, usia <20 tahun terutama pada remaja, tubuh masih dalam proses pertumbuhan dan perkembangan yang belum sepenuhnya matang. Hal ini dapat membuat sistem kardiovaskular dan plasenta belum siap mengatasi perubahan yang terjadi selama kehamilan, sehingga meningkatkan risiko preeklamsia. Pada usia lebih tua, terutama di atas 35 tahun, terjadi perubahan hormonal dan perubahan vaskular yang dapat mempengaruhi fungsi pembuluh darah dan aliran

darah ke plasenta, meningkatkan risiko preeklamsia. Selain itu, pada usia lebih tua, ada kecenderungan memiliki kondisi medis yang mendasar, seperti tekanan darah tinggi atau diabetes, yang juga dapat meningkatkan risiko preeklamsia. (Rismawati et al., 2021).

3. Riwayat preeklamsia pada keluarga

Wanita hamil dengan riwayat preeklamsia pada keluarga memiliki risiko 2 hingga 5 kali lipat lebih tinggi untuk mengalami preeklamsia dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki riwayat tersebut. Hal ini karena faktor genetik berperan dalam kerentanan terhadap gangguan vaskular yang mendasari preeklamsia, seperti disfungsi endotel dan regulasi tekanan darah yang tidak normal.

4. Status gizi

Kekurangan gizi atau status gizi yang buruk dapat meningkatkan risiko preeklamsia pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi tertentu, seperti rendahnya asupan protein, kalsium, vitamin D, atau antioksidan, dapat memengaruhi fungsi sistem vaskular, sistem imun, dan regulasi tekanan darah, yang semuanya berperan dalam perkembangan preeklamsia. Kelebihan gizi yang terkait dengan obesitas juga dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif, seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, rematik dan berbagai jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain.

5. Preeklamsia pada kehamilan sebelumnya

Wanita hamil yang mengalami preeklamsia memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa pada kehamilan sebelumnya. Faktor ini disebabkan oleh kondisi yang mendasari, seperti disfungsi endotel atau peradangan kronis, yang dapat mempengaruhi kesehatan vaskular dan regulasi tekanan darah. Perubahan pada plasenta yang terjadi pada kehamilan sebelumnya juga dapat memengaruhi fungsi vaskular dan aliran darah pada kehamilan berikutnya.

6. Diabetes gestational

Diabetes gestational adalah kondisi seorang wanita mengalami peningkatan kadar gula darah selama kehamilan. Wanita hamil dengan diabetes gestational memiliki risiko yang tinggi dengan penyebabnya adalah kerusakan pada pembuluh darah yang terjadi akibat kadar gula darah yang tinggi. Gangguan pada fungsi pembuluh darah ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan merusak organ-organ vital. Preeklamsia juga melibatkan kerusakan pada pembuluh darah, yang dapat memperburuk kondisi yang sudah buruk akibat diabetes gestational.

7. Diabetes tipe 1

Adanya gangguan pada pembuluh darah yang terkait dengan diabetes tipe 1, dapat mempengaruhi fungsi normal dari sistem kardiovaskular dan menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Kerusakan pembuluh darah yang terjadi pada diabetes tipe 1 juga dapat memperburuk kondisi yang sudah buruk akibat preeklamsia.

8. Obesitas

Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan merupakan indikator paling umum yang digunakan untuk menentukan status gizi ibu dan janinnya selama hamil. Kondisi obesitas dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, peradangan sistemik, resistensi insulin, gangguan fungsi endotel, serta kehadiran zat lemak dalam darah, yang semuanya berkontribusi pada risiko terjadinya preeklamsia selama kehamilan.

9. Hipertensi Kronis

Hipertensi kronis dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan sistem kardiovaskular, yang meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia. Tingginya tekanan darah kronis dapat mengganggu aliran darah yang normal ke plasenta, menyebabkan kurangnya oksigen dan nutrisi yang mencukupi untuk janin, serta merusak fungsi organ-organ vital pada ibu hamil.

10. Penyakit Ginjal

Gangguan pada pembuluh darah yang memasok ginjal dapat menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal dan kerusakan pada jaringan ginjal. Kondisi ini dapat memicu perkembangan preeklamsia dan memperburuk gejala yang ada. Penyakit ginjal yang sudah ada

sebelum kehamilan, seperti penyakit ginjal kronis, juga dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia.

11. Stress

Pada wanita hamil, tingkat stres yang tinggi dapat berkontribusi pada perkembangan preeklamsia. Stres kronis atau berkepanjangan dapat memicu reaksi fisiologis dalam tubuh yang dapat mempengaruhi tekanan darah, sistem kekebalan tubuh, dan fungsi pembuluh darah. Stres juga dapat mempengaruhi fungsi sistem kekebalan tubuh, pola tidur dan istirahat, yang penting untuk kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin.

2.2.6 Klasifikasi Preeklamsia

Hipertensi merupakan kondisi dimana aliran darah dari jantung yang mendorong dinding pembuluh darah (arteri) terjadi sangat kuat. Seseorang didiagnosa memiliki hipertensi bila tekanan darahnya terukur tinggi, yang mencapai 140/90 mmHg atau lebih. Sementara tekanan darah normal berada di bawah 120/80 mmHg. (Idaningsih, 2021).

Preeklamsia berat merupakan salah satu jenis dari hipertensi dalam kehamilan yang mempunyai potensi sangat besar dalam meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun janinnya yang di tandai dengan tekanan darah 160/110 atau lebih dan disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan > 20 minggu. (Safitri & Djaiman, 2021).

Tabel 2.2

**Perbedaan Hipertensi Kronis, Hipertensi Gestational dan
Preeklamsia/Eklamsia**

Temuan	Hipertensi kronis	Hipertensi gestational	Preeklamsia atau eklamsia
Waktu onset	<20 minggu	Pertengahan kehamilan	≥20 minggu
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Hemokonsentrasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Trombositopenia	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Disfungsi hati	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Kreatinin serum >1,2 mg/Dl	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Peningkatan asam urat serum	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Gejala klinik	Tidak ada	Tidak ada	Ada

Sumber: Hipertensi gestational (Sri et al., 2021), Hipertensi kronis dan

Preeklamsia/eklamsia (Safitri & Djaiman, 2021).

Table 2 Perbedaan Hipertensi Kronis, Hipertensi Gestational dan Preeklamsia/Eklamsia

2.2.7 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala umum preeklamsia (Rusmiyati, 2024), meliputi:

1. Tekanan darah tinggi

Peningkatan tekanan darah adalah salah satu tanda utama preeklamsia. Tekanan darah yang tinggi biasanya terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Tekanan darah yang diukur lebih dari 140/90 mmHg dianggap tinggi pada kehamilan.

2. Proteinuria

Proteinuria adalah kondisi di mana jumlah protein yang signifikan ditemukan dalam urin. Ini dapat terjadi karena kerusakan pada pembuluh darah ginjal akibat preeklamsia. Tes urin yang menunjukkan tingkat protein yang tinggi dapat menjadi indikasi adanya preeklamsia. Proteinuria ditegakkan apabila kadar protein lebih dari 300 mg dalam 24 jam atau 30 mg/dl (+1 dipstick) urin sewaktu.

3. Edema

Edema atau pembengkakan yang umumnya terjadi pada kaki, kaki bawah, tangan, atau wajah adalah gejala umum preeklamsia. Namun, penting untuk diingat bahwa edema biasa terjadi selama kehamilan, terutama di trimester terakhir, dan bukan satu-satunya indikator preeklamsia. Kenaikan BB $\frac{1}{2}$ kg setiap minggunya dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali, maka perlu kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia.

4. Sakit kepala yang parah

Sakit kepala yang parah atau migrain yang berulang dapat menjadi tanda preeklamsia. Sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang sakit kepala yang parah bisa disertai penglihatan kabur.

5. Perubahan penglihatan

Perubahan penglihatan seperti penglihatan kabur, kilatan cahaya, atau kehilangan penglihatan dapat terjadi pada preeklamsia. Ini dapat menunjukkan adanya komplikasi serius seperti kerusakan retina. Perubahan penglihatan biasanya disertai dengan sakit kepala hebat.

6. Nyeri abdomen atas

Nyeri abdomen yang berada di bagian atas perut, di bawah tulang rusuk, dapat menjadi gejala preeklamsia. Nyeri ini dapat terjadi karena kerusakan hati yang disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah.

7. Gangguan fungsi hati

Preeklamsia dapat menyebabkan peningkatan kadar enzim hati dalam darah, yang dapat mengindikasikan kerusakan hati. Ini dapat menyebabkan gejala seperti mual, muntah, rasa tidak enak di perut, atau kuning pada kulit dan mata (jaundice).

2.2.8 Komplikasi

Preeklamsia dan eklamsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang disebabkan langsung oleh kehamilan itu sendiri. Komplikasi kehamilan merupakan suatu keadaan patologis yang erat dengan kematian ibu dan janin. (Rusmiyati, 2024).

a. Pada Ibu

1. Eklamsia

Eklamsia adalah komplikasi yang serius dan mengancam nyawa, ditandai dengan kejang-kejang yang tak terkendali pada ibu hamil. Kejang dapat menyebabkan kerusakan organ, kegagalan organ, komplikasi neurologis, dan dalam kasus yang parah, kematian. (Harahap & Situmeang, 2022).

2. Edema Paru

Edema paru terjadi ketika cairan menumpuk di dalam paru-paru, mengganggu kemampuan paru-paru untuk berfungsi dengan baik. Gejalanya meliputi sesak napas, batuk dengan dahak berwarna merah muda, kelelahan, dan ansietas. (Harahap & Situmeang, 2022).

3. Gagal Hati dan Ginjal

Gagal hati dapat terjadi ketika aliran darah ke hati terganggu, yang menyebabkan kerusakan pada organ dan penurunan fungsi hati. Gagal ginjal dapat terjadi akibat kerusakan pada pembuluh darah kecil di ginjal, yang menghambat kemampuan ginjal untuk

membuang limbah dan menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh. (Harahap & Situmeang, 2022).

4. Penyakit Jantung

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan jantung, yang dapat menyebabkan gagal jantung, gagal ginjal, atau penyakit jantung koroner. Selain itu, preeklamsia juga dapat meningkatkan risiko stroke dan trombotosis vena dalam pembuluh darah. (Harahap & Situmeang, 2022).

5. Sindrom HELP

Sindrom HELP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) ditandai oleh kerusakan sel darah merah, peningkatan enzim hati, dan penurunan jumlah trombosit dalam darah. Komplikasi ini dapat menyebabkan gangguan fungsi hati, masalah pembekuan darah, dan kegagalan organ yang serius, seperti kerusakan ginjal atau gagal hati. Sindrom HELP memerlukan pengawasan dan perawatan medis segera untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi yang sedang dikandung. (Harahap & Situmeang, 2022).

6. Gangguan Hematologi

Gangguan pembekuan darah dapat menyebabkan peningkatan risiko pembekuan darah yang berlebihan atau pengurangan kemampuan darah untuk membeku. Preeklamsia juga dapat menyebabkan penurunan jumlah trombosit, yang dapat

mengganggu kemampuan darah untuk melakukan koagulasi. Gangguan hematologi ini dapat berpotensi menyebabkan komplikasi serius seperti pendarahan yang berat atau trombosis vaskular.

7. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah kondisi ketika plasenta terlepas sebagian atau sepenuhnya dari dinding rahim sebelum persalinan. Komplikasi yang mungkin terjadi akibat solusio plasenta pada preeklamsia termasuk perdarahan hebat, kegagalan organ, kegagalan ginjal, kelainan pembekuan darah, dan risiko kematian janin atau ibu.

8. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah di otak, menyebabkan perdarahan yang dapat merusak jaringan otak. Pada preeklamsia, tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di otak, meningkatkan risiko terjadinya stroke hemoragik. Komplikasi ini dapat memiliki konsekuensi yang serius dan mengancam nyawa ibu hamil dan janin. (Harahap & Situmeang, 2022).

b. Pada Janin

1. Implikasi Janin / Pertumbuhan Janin terhambat

Terganggunya penyaluran nutrisi yang berasal dari ibu ke janin sehingga penyaluran nutrisi dari ibu ke janin menjadi terhambat

atau kurang mencukupi kebutuhan janin yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan pada janin. Janin yang mengalami pertumbuhan terhambat memiliki risiko lebih tinggi mengalami kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan masalah kesehatan jangka panjang seperti gangguan perkembangan dan penyakit jantung. (Rifqiya Faiza et al., 2019).

2. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Keterlambatan pertumbuhan intrauterin yang sering terjadi pada BBLR akibat preeklamsia dapat menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang pada bayi, termasuk risiko tinggi terhadap penyakit kronis seperti diabetes dan tekanan darah tinggi di kemudian hari. (Rifqiya Faiza et al., 2019).

3. Sindrom Gangguan Pernapasan Neonatus (NDRS)

Neonatal Respiratory Distress Syndrome (NDRS) merupakan penyakit pernapasan berat pada bayi yang sering terjadi pada bayi prematur. NDRS adalah kondisi pernapasan yang terjadi pada bayi baru lahir dan dapat menyebabkan kesulitan bernapas, penurunan oksigen dalam darah, dan kelelahan pernapasan. (Harahap & Situmeang, 2022).

4. Asfiksia Neonatorum

Bayi yang mengalami asfiksia neonatorum dapat mengalami gangguan pernapasan, masalah pada sistem saraf pusat, dan gangguan fungsi organ lainnya. Komplikasi ini dapat menyebabkan cacat permanen atau bahkan kematian pada bayi. (Annafi et al., 2022).

Asfiksia neonatorum ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir. Diagnosis asfiksia terdapat gangguan waktu lahir, cara dilahirkan, tidak bernapas atau bernapas dengan megap-megap, denyut jantung kurang dari 100x/i, tonus otot menurun, terdapat sisa mekonium pada tubuh bayi. (Murniati et al., 2021).

Pelaksanaan stabilisasi asfiksia pada bayi dengan cara resusitasi serta menjaga suhu bayi agar tetap stabil dengan cara membungkus bayi dan memperhatikan suhu ruangan baik sebelum dirujuk maupun pada saat dirujuk dan juga memakaikan selimut dan topi. Serta menjaga pernafasan bayi agar tetap stabil, meningkatkan metabolisme dalam rangka meningkatkan kalori tubuh, kondisi ini akan meningkatkan kebutuhan tubuh akan

oksigen sehingga antara suhu, gula darah dan oksigen memiliki hubungan yang erat. (Yulianti, 2021).

Hubungan PEB dengan kejadian asfiksia yakni, pada PEB terdapat spasme arteriola spiralis decidua sehingga terdapat penurunan aliran darah ke plasenta. Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan perfusi plasenta. Sehingga dengan menurunnya perfusi darah melalui plasenta ke janin, maka terjadi hipoksia janin (gangguan pertukaran oksigen dengan karbon dioksida) yang mengakibatkan terjadinya asfiksia pada bayi ketika dilahirkan (Rayuna, et al., 2020).

5. *Intra-Uterine Growth Restriction (IUGR)*

IUGR merupakan kondisi di mana janin tidak tumbuh dengan laju yang normal di dalam rahim. Kombinasi preeklamsia dan IUGR dapat meningkatkan risiko hipoksia janin, plasenta yang tidak berfungsi dengan baik, kelahiran prematur, restrukturisasi aliran darah di dalam tubuh ibu, dan peningkatan risiko kelahiran mati janin. Preeklamsia berat dapat menyebabkan kelahiran prematur karena adanya spasme pembuluh darah yang akan menurunkan aliran darah ke plasenta sehingga terjadi gangguan fungsi plasenta. (Rifqiya Faiza et al., 2019).

6. *Intra-Uterine Fetal Death (IUFD)*

IUFD terjadi ketika plasenta tidak dapat memberikan nutrisi dan oksigen yang cukup kepada janin, akibat dari gangguan

sirkulasi darah. Aliran darah yang terbatas akibat tekanan darah tinggi dapat menyebabkan plasenta tidak menerima nutrisi dan oksigen yang cukup ke janin, gangguan pada pembuluh darah plasenta, serta mengganggu suplai darah ke janin. Hal ini mengakibatkan hipoksia atau asfiksia yang berkontribusi pada kematian janin. (Harahap & Situmeang, 2022).

2.3 Penanganan Preeklamsia Berat

2.3.1 Pada Kehamilan

Penanganan preeklamsia berat pada ibu hamil, dengan langkah - langkah penanganan yang umum dilakukan, (Kurniawati, 2020), yaitu:

1. Rawat inap

Ibu hamil dengan preeklamsia berat biasanya dirawat di rumah sakit untuk pemantauan dan perawatan yang intensif.

2. Kontrol tekanan darah

Tujuan utama penanganan adalah mengendalikan tekanan darah tinggi. Obat-obatan anti hipertensi dapat diberikan untuk menurunkan tekanan darah, seperti sulfat magnesium untuk mencegah kejang (eclampsia) dan beta-blocker atau obat lainnya sesuai dengan kondisi ibu.

3. Pemantauan janin

Janin akan dipantau secara ketat untuk memastikan kondisinya tetap baik. Ini melibatkan pemantauan denyut jantung janin dan pengawasan gerakan janin.

4. Istirahat dan pengurangan aktivitas

Ibu hamil mungkin perlu mengurangi aktivitas fisik dan istirahat yang cukup untuk mengurangi tekanan pada tubuh.

5. Diet yang seimbang

Makanan sehat dan seimbang direkomendasikan, dengan penekanan pada asupan garam yang terkontrol.

6. Pengawasan laboratorium

Tes darah dan urine rutin dilakukan untuk memantau fungsi organ tubuh dan melacak kemajuan kondisi ibu.

7. Kelahiran prematur

Jika kondisi ibu atau janin menjadi parah atau tidak terkontrol, kelahiran prematur dapat direkomendasikan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin.

8. Perawatan lanjutan

Setelah persalinan, ibu mungkin masih membutuhkan perawatan lanjutan untuk memulihkan diri sepenuhnya.

2.3.2 Pada Persalinan

Penanganan preeklamsia berat pada ibu bersalin mencakup langkah-langkah berikut (Martini & Dewi, 2020), yaitu:

1. Stabilisasi ibu

Jika tekanan darah sangat tinggi atau terjadi kejang (eklamsia), tindakan segera harus dilakukan untuk menurunkan tekanan darah dan mengontrol kejang. Obat anti hipertensi dan sulfat magnesium sering digunakan dalam penanganan ini.

2. Pengawasan ketat

Ibu yang mengalami preeklamsia berat akan dipantau dengan ketat untuk memantau tekanan darah, denyut jantung, dan tanda-tanda vital lainnya. Ini bertujuan untuk mendeteksi perubahan yang dapat mengindikasikan komplikasi serius dan meresponsnya dengan cepat.

3. Persiapan untuk persalinan

Jika kondisi ibu dan janin stabil, kelahiran normal atau operasi caesar dapat direncanakan tergantung pada keadaan. Pilihan metode persalinan akan dipertimbangkan berdasarkan faktor-faktor seperti keparahan preeklamsia, usia kehamilan, dan kesehatan ibu dan janin.

4. Pemantauan janin selama persalinan

Selama persalinan, detak jantung janin akan dipantau secara terus-menerus untuk memastikan adanya tanda-tanda yang mengindikasikan masalah oksigenasi atau stres pada janin. Jika ada tanda-tanda masalah,

langkah-langkah seperti akselerasi persalinan atau operasi caesar darurat dapat diambil.

5. Perawatan pasca persalinan

Setelah persalinan, ibu akan tetap mendapatkan perawatan medis untuk memantau kondisinya dan memastikan pemulihan yang baik. Perawatan pasca persalinan mungkin mencakup pengontrolan tekanan darah, pemantauan cairan tubuh, dan perawatan luka jika ada.

2.4 Penatalaksanaan Preeklamsia Berat

2.4.1 Penatalaksanaan Preeklamsia

a. Stabilisasi Tekanan Darah

Pada ibu dengan hipertensi berat ($>160/110$ mmHg), diberikan obat penurun tekanan dari dengan target menurunkan tekanan darah $<160/110$ mmHg. Pada hipertensi berat, obat yang diberikan yaitu nifedipine, methyldopa, hydralazine atau labetalol. Nifedipine dapat diberikan dengan dosis awal 3×10 mg peroral, dengan dosis maksimal 120 mg/hari. (Nurmainah et al., 2021).

b. Pemberian MgSO₄

Magnesium sulfat (MgSO₄) merupakan salah satu obat terpilih untuk mencegah kejang pada preeklamsia berat dan eklamsia. Pemberian magnesium sulfat bermakna dalam mencegah kejang dan kejang berulang. Adapun syarat pemberian MgSO₄ (Bhoko & Atok, 2020), yaitu:

1. Tersedia antidotum MgSO₄ yaitu Ca Glukonas 10%
2. Reflek patella harus negatif
3. Pernapasan 16 x/menit
4. Produksi urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir.

Pemberian MgSO₄ harus selalu diperhatikan syarat-syarat dalam pemberian karena tidak semua pasien yang eklamsia bisa diberikan MgSO₄ dengan beberapa pertimbangan dan kondisi dari pasien sehingga harus secepat mungkin dilakukan terminasi kehamilan pada pasien yang eklamsia.

Dosis dan cara pemberian MgSO₄ (Akbar, M. I. A, 2018), yaitu:

- Loading dose: 4 g MgSO₄ 40% dalam 100 cc NaCl: habis dalam 30 menit (73 tetes/menit)
- Maintenance dose: 6 gr MgSO₄ 40% dalam 500 cc Ringer Laktat selama 6 jam : (28 tetes/menit)
- Awasi: volume urine, frekuensi nafas, dan reflex patella setiap jam
- Pastikan tidak ada tanda-tanda intoksikasi magnesium pada setiap pemberian MgSO₄ ulangan
- Bila ada kejang ulangan: berikan 2g MgSO₄ 40%, IV bolus

Tabel 2.3

Tata Cara Pemberian MgSO₄
untuk mencegah kejang pada Preeklamsia

c. ALTERNATIF 1 (Pemberian kombinasi IV dan IM untuk faskes primer, sekunder dan tersier)

Loading dose

- Injeksi 4gram IV bolus (MgSO₄ 20%) 20 cc selama 5 menit (jika tersedia MgSO₄ 40%, berikan 10 cc diencerkan dengan 10 cc aquabidest)
- Injeksi 10gram IM (MgSO₄ 40%) 25 cc pelan (5 menit), masing-masing pada bokong kanan dan kiri berikan 5 gram (12,5 cc).
Dapat ditambahkan 1 ml. Lidokain 2% mengurangi nyeri.

Maintenance dose

Injeksi 5gram IM (MgSO₄ 40%) 12,5 cc pelan (5 menit), pada bokong bergantian setiap 6 jam hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang terakhir.

d. ALTERNATIF 2 (Pemberian IV saja hanya untuk faskes sekunder dan tersier)

Initial dose

- Injeksi 4gram IV bolus (MgSO₄ 20%) 20 cc selama 5 menit (jika tersedia MgSO₄ 40% berikan 10 cc diencerkan dengan 10 cc aquabidest)

Maintenance dose

- Lanjutkan dengan pemberian MgSO₄ 1g/jam dengan syringe / infusion pump, contoh: sisa 15 cc MgSO₄ 40% (6gram MgSO₄) diencerkan 15 cc aquabidest (syringe pump) atau 500 cc RL (infusion pump) dan dapat diberikan selama 6 jam

e. Jika didapatkan kejang ulangan setelah pemberian MgSO₄

Tambahan 2gram IV bolus (MgSO₄ 20%) 10 cc (jika tersedia

MgSO₄ 40 % berikan 5 cc diencerkan dengan 5 cc aquabidest).

Berikan selama 2-5 menit, dapat diulang 2 kali. Jika masih kejang

beri diazepam.2-10mg IV dalam 1-2 menit.

Sumber: Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Hipertensi dalam Kehamilan

(Akbar, M. I. A., et al., 2018)

Table 3 Tata Cara Pemberian MgSO₄ untuk mencegah kejang pada Preeklamsia

Pemberian tersebut dilanjutkan sampai 24 jam postpartum atau kejang terakhir. Sebelum pemberian MgSO₄, harus tersedia anti-dotum MgSO₄ untuk mengantisipasi bila terjadi intoksikasi yaitu kalsium glukonas 10% dalam 10 cc yaitu 1gram. Pemberian kalsium glukonas melalui intravena selama 3 menit sampai pernafasan membaik. Pemberian MgSO₄ dihentikan jika terdapat tanda-tanda intoksikasi atau keracunan (Apriyana, 2019).

Beberapa masalah yang sering terjadi di lapangan adalah banyaknya variasi prosedur dan protokol. Kondisi tersebut menyebabkan adanya kebingungan dari berbagai pihak terutama di

wilayah fasilitas kesehatan primer dan sekunder, bidan, serta dokter umum yang disertai ketakutan untuk melakukan tatalaksana tertentu yang tidak didasari oleh landasan teori dan pemahaman penanganan yang cukup baik.

Terbukti pada pasien preeklamsia masih banyak ditemukan preeklamsia dengan penatalaksanaan yang tidak seharusnya terutama pada pemberian dosis awal MgSO₄ yaitu dosis full dose dengan berbagai alasan salah satunya adalah takut, dokter tidak memerintah, obat yang tidak tersedia. Sehingga memungkinkan terjadinya kondisi preeklamsia yang lebih parah yaitu eklamsia. (Azizah, et al., 2019).

c. Obat Anti-Hipertensi

Obat anti-hipertensi biasanya digunakan untuk mengendalikan tekanan darah tinggi pada preeklamsia (Nurmainah et al., 2021), yaitu:

1. Metildopa

Metildopa adalah salah satu obat anti-hipertensi yang paling umum digunakan selama kehamilan. Obat ini aman dan efektif dalam mengurangi tekanan darah pada ibu hamil.

2. Nifedipine

Nifedipine adalah penghambat saluran kalsium yang juga digunakan dalam pengobatan preeklamsia. Obat ini membantu mengendalikan tekanan darah tinggi dan mengurangi kejang pembuluh darah.

3. Labetalol



Labetalol adalah beta blocker yang sering digunakan dalam pengobatan preeklamsia. Obat ini bekerja dengan mengurangi tekanan darah dan mengendalikan denyut jantung.

4. Hydralazine

Hydralazine adalah vasodilator yang digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi pada preeklamsia. Obat ini membantu melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah.

2.4.2 SOP Preeklamsia dan Eklamsia di Puskesmas Pameungpeuk

Tabel 2.4

	PENATALAKSANAAN PREEKLAMSIA DAN EKLAMSIA			
	SOP	No. :		
		Dokumen		SOP/PND/PMP/025
		No. Revisi		: 0
		Tanggal		: 27 Juli 2016
	Terbit			
	Halaman	: 1/2		
PUSKESMAS PAMEUNGPEU K		<u>H. Dadang Suryana D,</u> <u>S.Ip, S.Kep, M.Si,</u> <u>MM.Kes</u> Pembina NIP. 196805041990031011		

1.	Pengertian	Keracunan kehamilan dengan gejala berupa kenaikan tekanan darah (hipertensi), bengkak (oedema), yang menetap di tungkai/kaki dan terdapat proteinuria, dan dikatakan eklamsia jika mengalami kejang.
2.	Tujuan	1. Tujuan umum : a. Melakukan penilaian klasik, klasifikasi dan penatalaksanaan serta mencegah komplikasi hipertensi karena kehamilan. 2. Tujuan khusus : a. Mencegah tanda dan gejala hipertensi karena kehamilan dan menentukan diagnosis yang paling mungkin dalam hubungan dengan hipertensi yang dipicu karena kehamilan

		<p>b. (Pregnancy induced hypertension) dan hipertensi kronik pada ibu hamil.</p> <p>c. Melakukan penatalaksanaan preeklampsia /eklampsia dan hipertensi kronik pada ibu hamil.</p> <p>d. Melakukan pemberian obat anti kejang (Magnesium sulfat dan Diazepam) serta obat anti hipertensi dalam penatalaksanaan preeklampsia berat dan eklampsia.</p>
3.	Kebijakan	Keputusan Kepala Puskesmas Pameungpeuk No. 045/SK/KA-PKM.PMP/VII/2016 tgl. 27-07-2016 tentang Penugasan Pemegang Program KIA
4.	Referensi	Basic Obstetric & Neonatal Life Support. GADAR Medik Indonesia. 2015.
5.	Prosedur	<p>A. Pengelolaan Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila Diastole >110 berikan anti hipertensi (nifedipine 5-10 mg oral) dapat diulang 8x/24 jam 2. Pasang infus RL 3. Kateterisasi urine 4. Observasi tanda vital, reflek dan DJJ /1 jam <p>B. Pemeriksaan Penunjang (protein urine)</p> <p>C. Pemberian terapi MgSO₄</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter Sp. OG 2. Memberitahu keluarga dan pasien tentang keadaan dan instruksi dokter 3. Melakukan tindakan 4. Terapi obat Nifedipine (10 mg) dan Dopamet (250 mg) 5. Melakukan injeksi IV bolus <i>Loading dose</i> 4gram MgSO₄ 40% (10 cc) dalam larutan NaCl 100 cc habis dalam 15 menit

		6. Memasukan 6gram MgSO ₄ 40% (15 cc) dalam larutan RL 500 cc selama 6 jam 7. Memasang O ₂ 2-5 liter/menit bila perlu 8. Melakukan pemberian 2gram MgSO ₄ 40% (5cc) bila kejang secara IV bolus selama 10 menit 9. Observasi tanda vital			
6.	Hal-hal yang diperhatikan	1. Kesterilan ruangan 2. Kesterilan alat			
7.	Unit Terkait	1. Persalinan 2. Rujukan 3. Pendaftaran			
8.	Dokumen terkait	1. Buku register ruangan 2. Rekam medis			
9	Rekaman Historis	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai berlaku

Sumber: SOP Penatalaksanaan PEB di PONED Puskesmas Pameungpeuk

Table 4 SOP Preeklamsia Berat dan Eklamsia di Puskesmas Pameungpeuk

2.4.3 Rujukan

Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab, timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal atau horizontal, dalam arti dari fasilitas yang berkemampuan kurang ke fasilitas yang lebih mampu. (Andriani, R., 2019).

a. Perencanaan rujukan

1. Komunikasikan rencana merujuk dengan ibu serta keluarganya, karena rujukan harus mendapatkan persetujuan dari ibu dan keluarganya. Beberapa hal yang perlu disampaikan:
 - 1) Diagnosis dan tindakan medis yang diperlukan
 - 2) Alasan dan tujuan merujuk ibu
 - 3) Resiko yang timbul bila tidak dilakukan rujukan
 - 4) Resiko yang timbul selama salam perjalanan
 - 5) Waktu dan durasi yang tepat yang dibutuhkan untuk merujuk
 - 6) Modalitas dan cara transportasi yang digunakan
 - 7) Tenaga kesehatan yang akan menemani selama merujuk ibu
 - 8) Jam operasional dan nomor telpon rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan yang akan dituju.
 - 9) Perkiraan lamanya waktu perawatan
 - 10) Perkiraan biaya dan sistem pembiayaan termasuk dokumen kelengkapan untuk jampersal, jamkesmas, dan askes.
 - 11) Petunjuk arah serta cara menuju tujuan rujukan
 - 12) Pilihan akomodasi untuk keluarga
2. Hubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan sampaikan informasi kepada penerima rujukan seperti berikut:
 - 1) Indikasi pasien
 - 2) Kondisi ibu dan janin
 - 3) Rencana terkait prosedur teknis

- 4) Kesiapan sarana dan prasarana di tempat rujukan
 - 5) Penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum dilakukan rujukan, berdasarkan pengalaman rujukan sebelumnya.
3. Sedangkan hal yang perlu dicatat oleh pusat layanan kesehatan yang menerima rujukan:
- 1) Nama pasien
 - 2) Nama tenaga kesehatan yang merujuk
 - 3) Indikasi rujukan
 - 4) Kondisi ibu serta janin
 - 5) Penatalaksanaan yang telah dilakukan sebelum dirujuk
 - 6) Nama dan profesi tenaga kesehatan yang mendampingi pasien.
4. Saat berkomunikasi lewat telepon pastikan hal-hal tersebut dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan yang akan menerima rujukan.
5. Lengkapi dan kirim berkas sesegera mungkin seperti:
- 1) Formulir rujukan pasien minimal berisi identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan
 - 2) Fotokopi rekam medis kunjungan antenatal
 - 3) Fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini
 - 4) Hasil pemeriksaan penunjang

- 5) Berkas lain yang diperlukan untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan
6. Bila terdapat indikasi ibu dapat dipasang infus
7. Periksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk, dengan mempertimbangkan kemungkinan yang akan terjadi selama dalam perjalanan.
8. Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk, yaitu keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital, DJJ, Presentasi, Dilatasi serviks, Letak janin, Kondisi ketuban, Kontraksi uterus: kekuatan, frekuensi dan durasi.
9. Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan serta jam pemeriksaan terakhir

b. Persiapan rujukan

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam rujukan yaitu:

- B (bidan): pastikan ibu/bayi/klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan
- A (alat): bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan, seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop
- K (keluarga): beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain diusahakan untuk dapat menyetujui Ibu (klien) ke tempat rujukan.

- S (surat): beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien)
- O (obat): bawa obat – obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk
- K (kendaraan): siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat
- U (uang): ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan
- DA (Darah & Do'a)

2.5 Kewenangan Bidan Dalam Penanganan Preeklamsia Berat

Kewenangan bidan dalam penanganan preeklamsia dapat bervariasi tergantung pada yurisdiksi dan regulasi negara atau wilayah tertentu. Memiliki ketrampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan Ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan dan rujukan. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan. (Kepmenkes RI No. 320, 2020).

Bidan dapat melakukan pemeriksaan rutin selama kehamilan untuk mengidentifikasi faktor risiko preeklamsia. Mereka dapat melakukan pengukuran

tekanan darah, memeriksa protein dalam urine, dan memantau tanda-tanda klinis lainnya yang dapat mengindikasikan adanya preeklamsia. (Hariyanti et al., 2020).

Bidan memiliki peran penting dalam memberikan edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya tentang preeklamsia, gejalanya, pentingnya kunjungan prenatal yang teratur, dan tanda-tanda peringatan yang harus diperhatikan. Mereka juga dapat memberikan konseling tentang pola makan sehat, aktivitas fisik yang tepat, serta manajemen stres untuk mengurangi risiko preeklamsia. Dengan memberikan informasi dan pendidikan yang tepat, bidan dapat membantu ibu hamil untuk memahami pentingnya deteksi dini dan penanganan preeklamsia. (Hariyanti et al., 2020).

Meskipun bidan memiliki peran penting dalam deteksi, pengawasan, dan edukasi tentang preeklamsia, dalam kasus preeklamsia berat atau komplikasi yang serius, akan diperlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang memiliki kemampuan dan sumber daya untuk menangani kondisi tersebut dengan lebih komprehensif. (Hariyanti et al., 2020). Kewenangan bidan pada keterampilan klinis dalam praktik kebidanan, bahwa bidan mampu melakukan rujukan pada kasus kegawatdaruratan bayi baru lahir (neonatus), bayi, anak balita dan anak prasekolah, masa kehamilan, masa persalinan, pasca keguguran, masa nifas, pelayanan keluarga berencana sesuai prosedur. (Kepmenkes RI No. 320, 2020).

2.6 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian dengan metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. SOAP terdiri dari urutan-urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasi pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisa, P adalah penatalaksanaan. (Annisa, 2022).

2.6.1 Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. (Annisa, 2022).

2.6.2 Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. (Annisa, 2022).

2.6.3 Analisa

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. (Annisa, 2022).

2.6.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. (Annisa, 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. M UMUR 39 TAHUN G3P2A0 41 MINGGU INPARTU KALA II DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI PUSKESMAS PAMEUNGPEUK

3.1 Asuhan Persalinan

Waktu Pengkajian : 00.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024
Tempat Pengkajian : PONEK PKM Pameungpeuk
Nama Pengkaji : Zalfa Nisrina Nur Fauziyyah
NIM : KHGB20031

3.1.1 Data Subjektif

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M
Umur : 39 tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Sunda/Indonesia
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Mengurus Rumah Tangga
Alamat : Kp. Pabuaran RT.005 RW.007, Ds. Mancagahar,

Pameungpeuk

b. Identitas Suami Nama

: Tn. B

Umur : 38 tahun

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Buruh Harian Lepas

Alamat : Kp. Pabuaran RT.005 RW.007, Ds.

Mancagahar, Pameungpeuk

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan ke puskesmas dan datang ingin melahirkan

3. Keluhan Utama

G3P2A0, ibu mengaku hamil 9 bulan mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak jam 16.00 WIB dan mules sejak jam 22.00 WIB.

4. Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : sebulan sekali teratur

Lama : 7 hari

Banyaknya : 2 – 3x ganti pembalut

Keluhan : tidak ada nyeri

HPHT : 07 Mei 2022

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Tabel 3.1

Hamil Ke	Tempat	Penolong	UK	Cara Persalinan	Komplikasi	BB Lahir	JK	Usia Anak	Keadaan Anak
I	Klinik	Bidan	9 bulan	Spontan	Tidak ada	2800 g	L	16 tahun	Hidup
II	Klinik	Bidan	9 bulan	Spontan	Tidak ada	2600 g	P	10 tahun	Hidup

Table 5 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) G3P2A0
- 2) Ibu mengatakan memiliki tekanan darah tinggi sejak usia kehamilan 4 bulan.
- 3) Pada usia kehamilan 6 bulan, ibu pernah dirawat inap di rumah sakit Jakarta selama 3 hari dengan indikasi PEB, pengobatan yang diberikan infus RL dengan MgSO₄, obat terapi Nifedipine dan Dopamet.
- 4) Pemeriksaan antenatal dilakukan 5 kali di Klinik

Tabel 3.2

Trimester	Tanggal	Tempat	UK	Keluhan	Riwayat Tekanan Darah	Terapi
I	06-06-2022	Klinik di Jakarta	4-5 minggu	Mual	120/80 mmHg	Antasida, Suplemen B6, B Kompleks, Tablet Fe

II	28-08-2022	Klinik di Jakarta	15-16 minggu	Pusing, lemas	110/80 mmHg	Tablet Fe, Kalsium, Asam Folat, Paracetamol
II	08-11-2022	Klinik di Jakarta	26-27 minggu	Kadang mual USG	160/110 mmHg	Antasida, Nifedipine, Dopamet
III	09-01-2024	Klinik Nurhayati Pameungpeuk	34-35 minggu	Batuk, pilek	140/90 mmHg	Paracetamol, Suplemen, Kalsium
III	03-02-2024	Klinik Nurhayati Pameungpeuk	38-39 minggu	Kaki bengkak	140/100 mmHg	-

Table 6 Pemeriksaan antenatal care Ny. M

- 5) Keluhan selama hamil pasien merasakan mual-muntah, pusing, lemas, batuk-pilek, dan kaki bengkak.
- 6) Ibu mengatakan pada kehamilan anak pertama pernah melakukan imunisasi TT1 dan TT2, lalu melakukan imunisasi TT3 pada kehamilan anak ke 2, lalu kehamilan sekarang ibu tidak melakukan imunisasi TT karena tidak dianjurkan lagi oleh dokter.
- 7) Gerakan janin pertama kali terasa 5 bulan yang lalu dan gerakan janin sekarang aktif.
- 8) Selama kehamilan ibu mengonsumsi tablet Fe tetapi tidak teratur.
- 9) Ibu mengatakan terakhir mengonsumsi obat anti-hipertensi sejak 2 minggu keluar dari rumah sakit, setelah usia kehamilan 7 bulan ibu mengonsumsi obat yang diberikan dari klinik.

5. Riwayat Kesehatan

1) Penyakit / kondisi yang pernah atau sedang di derita

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil dan kehamilan sebelumnya.

2) Riwayat penyakit dalam keluarga (menular mau keturunan)

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menurun seperti diabetes melitus, asma, serta penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS dan TBC, dan tidak mempunyai kelainan bawaan.

6. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan bahwa ini pernikahan pertama dengan suami, dengan umur menikah 23 tahun, dengan suami umur menikah 23 tahun, lama pernikahan 17 tahun.

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB Suntik 3 bulan, lama pemakaian sejak pemberian 6 bulan ASI Eksklusif anak kedua (9 tahun), berhenti sejak bulan Maret 2022 dengan alasan ingin mempunyai anak lagi.

8. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Nutrisi

1) Makan : 3-4x/hari

Jenis : nasi, ikan, daging, sayur, buah, telur

Porsi : 6-7 sendok nasi

- 2) Minum : 2 liter/hari
- Jenis : air putih, teh, jus buah
- b. Eliminasi
- 1) BAB : 1x/hari
- Konsistensi : lembek
- Warna : kuning kecoklatan
- 2) BAK : 9-10x/hari
- Warna : bening
- c. Istirahat
- Siang : 1-2 jam
- Malam : 6-7 jam
- d. Aktifitas : bersih-bersih rumah, dagang di warung
- e. Personal Hygiene
- Mandi : 2x/hari
- Keramas : 2 hari sekali
- Mengganti pakaian : 2x/hari

3.1.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Composmentis
- Tanda-tanda Vital : TD : 170/100 mmHg
- N : 77 x/menit
- R : 22x/menit

	S	: 36,6°C
Antropometri	: BB sekarang	: 74 kg
	BB sebelum hamil	: 52 kg
	TB	: 154
	cm	
	LILA	: 33 cm
	LP	: 103 cm
	IMT	: 21,9 (normal)

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri, rambut bersih
Muka	: Tidak oedema, tidak pucat
Mata	: Simetris, konjungtiva tidak pucat, sclera putih
Hidung	: Lubang hidung simetris, tidak ada sekret
Mulut	: Bibir kering, tidak ada karies gigi, lidah tidak pucat
Telinga	: Simetris, tidak ada pengeluaran serumen, pendengaran baik
Leher	: Tidak ada pembengkakan kelenjar Tiroid dan Limfe
Payudara	: Simetris, tidak ada benjolan/massa abnormal
Abdomen	
a) Inspeksi	: Tidak ada luka bekas operasi, ada linea nigra
b) Palpasi	
TFU	: 36 cm

TBBJ : (36-11= 25x155) 3875 gram

DJJ : 140 x/menit, reguler

His : 3x10'x35"

Leopold I : bagian fundus teraba bulat lunak tidak melenting
(bokong)

Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba keras seperti papan
(punggung janin) dan bagian kiri perut ibu teraba
bagian – bagian kecil (ekstremitas janin)

Leopold III : bagian terbawah perut ibu teraba bulat keras
melenting (kepala), belum masuk PAP

Leopold IV : konvergen, 4/5

Ekstremitas

Atas : Simetris, kuku bersih, tidak ada oedema

Bawah : Simetris, kuku bersih, ada oedema di kedua kaki,
tidak ada varises, reflek patella (+/+)

Genetalia : tidak ada varises dan oedema, tidak ada
pembesaran kelenjar bartholini dan skene

Pemeriksaan Dalam

- a) Vulva/Vagina: tidak ada keluhan
- b) Portio : tidak teraba
- c) Pembukaan : 10 cm
- d) Ketuban : negatif, mekonium
- e) Denominator : ubun-ubun kecil kanan depan

f) Penurunan : Hodge I-II

Anus : tidak ada hemoroid

3. Pemeriksaan Penunjang

Swab antigen : negatif

Lakmus : positif

Protein urin : +

3.1.3 Analisa

G3P2A0 41 minggu inpartu kala II dengan Preeklamsia Berat, janin tunggal hidup intra uteri

3.1.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap tetapi bagian terbawah masih tinggi
Evaluasi : Ibu mengerti dengan keadaannya
2. Mempersiapkan perlengkapan persalinan ibu dan bayi
Evaluasi : 1. Perlengkapan persalinan berupa partus set
2. Obat – obatan (6 ampul oxytocin 10 IU)
3. Peralatan medis pertolongan persalinan
4. Perlengkapan ibu dan bayi
3. Menganjurkan ibu pengaturan nafas saat timbul kontraksi melalui mulut secara pelan-pelan
Evaluasi : Ibu bersedia melakukannya
4. Pukul 00.20 WIB, kolaborasi dengan dokter Sp. OG
Evaluasi : Dokter belum memberikan advis

5. Memasang infus RL

Evaluasi : Pukul 00.30 WIB, Infus RL sudah terpasang di tangan kanan ibu

6. Observasi kemajuan persalinan

Evaluasi : kepala sudah crowning

7. Pukul 00.40 WIB, memimpin persalinan

Evaluasi : Sampai pukul 02.45 WIB, bayi belum lahir

8. Observasi His dan DJJ

Evaluasi : - Pukul 01.10 WIB, His: 3x10'x38", DJJ: 145 x/menit, reguler

- Pukul 01.40 WIB, 144 x/menit, reguler

- Pukul 02.10 WIB, His 4x10'x48", DJJ: 142 x/menit, reguler

- Pukul 02.40 WIB, 145 x/menit, reguler

9. Mengkonfirmasi dokter Sp. OG tentang hasil advis yang diberikan

Evaluasi : Pukul 02.45 WIB, Advis dokter: Nifedipine 1x1 (10mg),

Dopamet 3x1 (250 mg), berikan MgSO₄, cek DJJ 5 menit sekali, pro rujukan

10. Memberitahu keluarga pasien bahwa harus dilakukan

rujuk Evaluasi : pasien merasa cemas

11. Melakukan tindakan kateterisasi

Evaluasi : Terpasang kateter urine

Evaluasi : - Pukul 03.15 WIB, pemberian loading dose
MgSO₄ 40% 4gr + RL 100 ml (133 tetes/menit)
- Pemberian Nifedipine 1x1 (10mg), Dopamet 3x1 (250 mg)

Observasi His dan DJJ 5 menit sekali

Evaluasi : - Pukul 03.05 WIB, His: 4x10'x49", DJJ: 145 x/menit, reguler
- Pukul 03.10 WIB, DJJ: 143 x/menit, reguler
- Pukul 03.15 WIB, DJJ: 140 x/menit, reguler
12. Memberikan terapi sesuai advis dokter
13. Mempersiapkan rujukan

Evaluasi : Pukul 03.20 WIB, ibu mendedan bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, warna kulit pucat, tonus otot lemah

ASUHAN KEBIDANAN KALA III

Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024

Tempat Pengkajian : PONED PKM Pameungpeuk.

Waktu Pengkajian : 03.21 WIB

a. Data Subjektif

Keluhan Utama : Ibu mengatakan masih merasa mules dan lemas

b. Data Objektif

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Abdomen : TFU : sepusat, dengan tanda tidak
ada janin kedua

Kontraksi : baik

Ekstremitas : Terpasang infus RL + MgSO₄ di tangan kanan

ibu Genetalia : Tampak tali pusat di vulva, terpasang DC

c. Analisa

P3A0, Inpartu kala III dengan Preeklamsia Berat

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oxytocin

Evaluasi : ibu bersedia

3. Memberikan oxytocin

Evaluasi : Pukul 03.21 WIB, diberikan oxytocin 10 unit

4. Melakukan penegangan tali pusat terkendali

Evaluasi : Pukul 03.30 WIB, plasenta lahir spontan lengkap

5. Melakukan masase uterus selama 15 detik

Evaluasi : kontraksi uterus kuat

6. Melakukan eksplorasi

Evaluasi : kesan bersih

7. Cek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lengkap

8. Terapi MgSO₄ dosis maintenance

Evaluasi : Pukul 03.32 WIB, terpasang MgSO₄ 40% 6 gr dalam RL
500 ml (28 tetes/ menit)

ASUHAN KEBIDANAN KALA IV

Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024

Tempat Pengkajian : PONEK PKM Pameungpeuk.

Waktu Pengkajian : 03.35 WIB

a. Data Subjektif

Keluhan Utama : Ibu mengatakan senang anaknya sudah lahir dan
masih merasa lemas

b. Data Objektif

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – Tanda Vital : TD : 170/100 mmHg

Nadi : 82 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,6°C

Abdomen : TFU : 1 jari dibawah pusat

Kontraksi : baik

Ekstremitas : Terpasang infus RL + MgSO₄ di tangan kanan

ibu Genetalia : Laserasi derajat 1, perdarahan ±150 cc,
terpasang DC ±150 cc

c. Analisa

P3A0, kala IV dengan Preeklamsia Berat dan terdapat laserasi derajat 1

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberitahu ibu akan melakukan penjahitan

Evaluasi : ibu bersedia

3. Melakukan penjahitan dengan anestesi

Evaluasi : penjahitan luar 3 jahitan

4. Membersihkan ibu dan sisa lendir dan darah dengan menggunakan air DTT serta mengganti pakaian ibu yang basah

Evaluasi : Ibu sudah bersih dan sudah memakai pakaian bersih dan kering

5. Melakukan dekontaminasi alat dan tempat bersalin

Evaluasi : - merendam semua peralatan bekas pakai pada larutan

klorin 0,5% dan di dekontaminasi selama 10 menit

kemudian mencuci dan membilas peralatan yang sudah

di dekontaminasi, lalu disterilkan di alat sterilisasi

- tempat bersalin sudah bersih dan di dekontaminasi dengan klorin 0.5%

6. Mengajarkan pasien dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

Evaluasi : ibu dan keluarga dapat mempraktikkan cara masase uterus dengan benar

7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan perineum, mencuci perineum nya dengan sabun dan air bersih setelah buang air kecil, serta tidak boleh menggunakan air hangat dan memakai obat tradisional

Evaluasi : ibu bersedia mengikuti nasihat yang diberikan

8. Menganjurkan ibu pemenuhan nutrisi post-partum

Evaluasi : ibu bersedia memenuhi nutrisi post-partum

9. Melakukan pengawasan kala IV

Evaluasi :

Waktu	Tensi	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Kandung kemih	Pendarahan
03.46	170/100	82	36,7	sepusat	Baik	± 150 cc	Normal
04.01	150/90	78		sepusat	Baik	-	Normal
04.16	140/90	79		sepusat	Baik	-	Normal
04.31	140/90	77		1 jari ↓ pusat	Baik	-	Normal
05.01	130/90	79	36,8	1 jari ↓ pusat	Baik	-	Normal
06.31	140/90	79		1 jari ↓ pusat	Baik	-	Normal

10. Melengkapi dokumentasi dan partograf

Evaluasi : asuhan terdokumentasi dan partograf sudah lengkap

3.2 Asuhan Ibu Nifas

Waktu Pengkajian : 07.20 WIB
Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024
Tempat Pengkajian : PONEK PKM Pameungpeuk
Nama Pengkaji : Zalfa Nisrina Nur Fauziyyah
NIM : KHGB20031

3.2.1 Data Subjektif

1. Keluhan Utama

Ibu mengeluh pusing dan lemas

2. Pola Kebutuhan di PKM

Nutrisi : Makan : sudah makan 1 kali dengan nasi, sayur,
telur, tahu, buah

Minum : ± 3-4 gelas

Eliminasi : terpasang DC

Istirahat : ± 2 jam setelah 4 jam postpartum

Personal Hygiene: 1x ganti pembalut selama 4 jam postpartum

3.2.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – Tanda Vital: TD : 120/70 mmHg

Nadi : 78 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,2°C

SpO₂ : 98%

2. Pemeriksaan Fisik

Dada/Payudara

Inspeksi : simetris, puting susu menonjol, sudah ada
pengeluaran ASI kolostrum

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan

Abdomen : TFU : 1 jari dibawah pusat

Kontraksi : baik

Ekstremitas : Atas : terpasang infus RL + MgSO₄ di
tangan kanan ibu (28 tetes/menit)

Bawah : ada oedema, tidak ada varises dan
kemerahan, reflek patella (+/+)

Genetalia : Pengeluaran lochea : merah kehitaman (rubra),
terpasang DC ± 200 cc

Perineum : ada jahitan

Anus : tidak ada haemorrhoid

3.2.3 Analisa

P3A0, postpartum 4 jam

3.2.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi KU, TTV, TFU, kontraksi dan perdarahan
Evaluasi : hasil pemeriksaan sudah di dokumentasi
3. Kolaborasi dengan dokter
Evaluasi : terapi obat sesuai advis dokter, Amoxicillin 3x1 (500mg), Paracetamol 3x1 (500mg), Ferrous Sulfat 1x1, habiskan MgSO₄, rencana up DC dan infus
4. Memberikan terapi sesuai advis dokter
Evaluasi : - Pemberian Amoxicillin 3x1 (500mg), Paracetamol 3x1 (500mg), Ferrous Sulfat 1x1
- Pukul 09.30 WIB, infus RL + MgSO₄ habis
5. Menjelaskan pada ibu bahwa ibu masih dilakukan observasi tekanan darah
Evaluasi : ibu memahami penjelasan yang diberikan
6. Memberitahu ibu bahwa pusing dan lemas yang dialami adalah hal yang wajar karena kurang tidur, menganjurkan ibu untuk istirahat
Evaluasi : ibu memahami penjelasan yang diberikan

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS 6 JAM

Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024

Tempat Pengkajian : PONEK PKM Pameungpeuk.

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

a. Data Subjektif

Keluhan Utama : Ibu mengatakan masih merasa cemas karena bayinya harus dilakukan rujukan

b. Data Objektif

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – Tanda Vital : TD : 100/60 mmHg

Nadi : 95 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,8°C

Abdomen : TFU : 1 jari dibawah pusat

Kontraksi : baik

Ekstremitas : Atas : tidak ada kemerahan dan oedema

Bawah : ada oedema, tidak ada varises dan kemerahan, reflek patella (+/+)

Genetalia : Pengeluaran lochea : merah kehitaman (rubra)

Perineum : ada jahitan

c. Analisa

P3A0, postpartum 6 jam

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengobservasi KU, TTV, TFU, kontraksi dan perdarahan
Evaluasi : hasil pemeriksaan sudah di dokumentasi
3. Kolaborasi dengan dokter, melepas infus dan DC
Evaluasi : Pukul 10.00 WIB, infus dan DC sudah dilepas
4. Memberikan support kepada ibu agar ibu lebih tenang
Evaluasi : - ibu merasa cemas dengan keadaan anaknya
5. Menjelaskan keadaan bayi dan memerlukan tindakan lebih lanjut
Evaluasi : ibu mengerti penjelasan yang diberikan
6. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup dan pemenuhan nutrisi postpartum
Evaluasi : ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS 12 JAM

Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024

Tempat Pengkajian : PONED PKM Pameungpeuk.

Waktu Pengkajian : 16.06 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak mengeluhkan apapun

b. Data Objektif

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – Tanda Vital : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,5°C

SpO2 : 98%

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : baik

Ekstremitas : Atas : tidak ada kemerahan dan oedema

Bawah : ada oedema, tidak ada varises dan
kemerahan, reflek patella (+/+)

Genetalia : Pengeluaran lochea : merah kehitaman (rubra)

Perineum : ada jahitan

c. Analisa

P3A0, postpartum 12 jam

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi KU, TTV, TFU, kontraksi dan

perdarahan Evaluasi : hasil pemeriksaan sudah di
dokumentasi

3. Kolaborasi dengan dokter, pasien boleh

pulang Evaluasi : Pukul 17.00, pasien sudah

pulang

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan menambah porsi makan dengan mengonsumsi makanan bergizi, serta menganjurkan ibu banyak minum untuk membantu produksi ASI dan memberitahu ibu dan keluarga apabila tidak ada pantangan makanan selama masa nifas dan menyusui

Evaluasi : ibu memahami penjelasan yang diberikan

5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan perineum, mencuci perineum nya dengan sabun dan air bersih setelah buang air kecil, serta tidak boleh menggunakan air hangat dan memakai obat tradisional

Evaluasi : ibu bersedia mengikuti nasihat yang diberikan

6. Memberikan penkes tanda bahaya pada ibu nifas saat pulang, memberitahu ibu dan keluarga jika ibu mengalami salah satu dari tanda bahaya tersebut untuk segera datang ke fasilitas kesehatan terdekat

Evaluasi : ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan

3.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

Waktu Pengkajian : 03.20 WIB
Tanggal Pengkajian : 21 Februari 2024
Tempat Pengkajian : PONEK PKM Pameungpeuk
Nama Pengkaji : Zalfa Nisrina Nur Fauziyyah
NIM : KHGB20031

3.3.1 Data Subjektif

1. Identitas

a) Identitas Bayi

Nama : Bayi Ny. M

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 0 jam

b) Identitas Ibu

Nama : Ny. M

Umur : 39 tahun

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Sunda/Indonesia

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Mengurus Rumah Tangga

Alamat : Kp. Pabuaran RT.005 RW.007, Ds.

Mancagahar, Pameungpeuk

c) Identitas Ayah

Nama : Tn. B

Umur : 38 tahun

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Buruh Harian Lepas

Alamat : Kp. Pabuaran RT.005 RW.007, Ds.

Mancagahar, Pameungpeuk

3.3.2 Data Objektif

Bayi lahir pukul 03.20 WIB

Penilaian selintas : tidak langsung menangis, warna kulit pucat, tonus otot lemah, terdapat retraksi

3.3.3 Analisa

Neonatus cukup bulan umur 0 Jam dengan Asfiksia Neonatorum

3.3.4 Penatalaksanaan

1. Mengeringkan bayi

Evaluasi : bayi dilakukan rangsang taktil dan isap lendir

2. Melakukan jepit-jepit potong

Evaluasi : tali pusat dipotong tanpa ikat

3. Memindahkan bayi ke meja resusitasi

Evaluasi : ganti kain bersih

4. Melakukan langkah awal resusitasi

Evaluasi : bayi menangis, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat,
terdapat retraksi dinding dada

5. Berkolaborasi dengan dokter tentang pemeriksaan bayi

Evaluasi : advis dokter, pasang oksigen

6. Memasang oksigen pada bayi agar pernapasan bayi

stabil Evaluasi : oksigen sudah terpasang

7. Pukul 04.00 WIB, melakukan pemeriksaan KU dan TTV

Evaluasi : bayi menangis, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat,
terdapat retraksi dinding dada, nadi: 157 x/menit,
pernapasan: 56 x/menit, suhu: 36,0°C, SpO₂: 99% dengan
oksigen

8. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan

9. Memberitahu ibu bahwa bayinya akan diberikan salep mata dan suntik
vitamin K 1 jam setelah lahir

Evaluasi : ibu mengerti

10. Pukul 04.20 WIB, memberikan salep mata dan vitamin K pada

bayi Evaluasi : bayi sudah diberikan salep mata dan vitamin
K

11. Pukul 07.00 WIB, observasi KU dan TTV

Evaluasi : bayi menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, terdapat retraksi dinding dada, pernapasan: 58 x/menit, nadi: 130 x/menit, suhu: 36,0°C, SpO2: 98% terpasang oksigen

12. Pukul 07.15 WIB, kolaborasi dengan dokter

Evaluasi : observasi bayi selama 4 jam, jika setelah 4 jam masih ada retraksi lakukan rujukan

13. Mengobservasi KU dan TTV

Evaluasi : - Pukul 08.30 WIB, bayi menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, terdapat retraksi dinding dada, pernapasan: 75 x/menit, suhu: 37,0°C.

- Pukul 11.30 WIB, bayi menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, terdapat retraksi dinding dada, pernapasan: 62 x/menit dengan O₂, SpO₂: 98% terpasang oksigen

- Pukul 12.30 WIB, bayi menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, terdapat retraksi dinding dada, pernapasan: 64 x/menit dengan O₂, nadi: 142 x/menit, SpO₂: 99% terpasang oksigen, suhu: 37,5°C.

14. Melakukan inform consent pada keluarga bahwa bayi akan dilakukan rujukan

Evaluasi : keluarga menyetujui dilakukan rujukan

15. Berkolaborasi ke rumah sakit untuk melakukan rujukan

Evaluasi : rumah sakit tersedia sarana dan prasarana rujukan

16. Mempersiapkan rujukan

Evaluasi : menunggu ketersediaan oksigen

17. Pukul 14.35 WIB, bayi di rujuk ke RS Pameungpeuk oleh bidan

Evaluasi : bayi telah dirujuk ke RS Pameungpeuk, bayi di rawat 5 hari, sehat kembali tanggal 26 Februari

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan asuhan yang dilakukan oleh penulis kepada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 dengan preeklamsia berat di Puskesmas Pameungpeuk, yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024 didapatkan hasil, sebagai berikut:

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. M berumur 39 tahun, sudah termasuk usia berisiko. Hal ini sesuai teori (Rismawati et al., 2021) bahwa pada usia lebih tua, diatas usia 35 tahun, ada kecenderungan memiliki kondisi medis yang mendasar, seperti tekanan darah tinggi atau diabetes, yang juga dapat meningkatkan risiko preeklamsia.

Ny. M merupakan ibu hamil G3P2A0 dengan usia kehamilan 41 minggu sesuai HPHT 07 Mei 2022 dan HPL 14 Februari 2024. Hal ini sesuai teori (Indah, 2019), bahwa kehamilan yang cukup bulan atau aterm pada usia kehamilan 37-42 minggu.

Pada pukul 00.00 WIB, ibu datang ke PONED mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak jam 16.00 WIB dan mules sejak jam 22.00 WIB. Hal ini sesuai teori (Jamila, F., 2019), bahwa his teratur, interval semakin pendek, semakin kuat, dan kadang-kadang ketuban pecah secara spontan yang merupakan tanda-tanda persalinan.

Dalam kunjungan kehamilan, Ny. M melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali, dan Ibu mengatakan belum pernah pemeriksaan ke puskesmas Pameungpeuk. Ibu mengatakan pindah ke Pameungpeuk pada usia kehamilan 7 bulan dan pemeriksaan kehamilan dilakukan di klinik. Ibu mengatakan riwayat tekanan darah tinggi sejak usia kehamilan 4 bulan dan ibu pernah dirawat saat usia kehamilan 6 bulan atas indikasi hipertensi. Pengobatan yang diberikan selama dirawat infus RL dengan pemberian MgSO₄, obat terapi Nifedipine dan Dopamet. Tidak ada riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya.

4.2 Data Objektif

Dari hasil pemeriksaan tanda vital dan fisik didapatkan bahwa Ny. M memiliki tekanan darah 170/100 mmHg dengan oedema di kaki dan hasil protein urine positif satu. Dengan demikian ibu dikategorikan dalam preeklamsia berat. Hal ini sesuai teori (Safitri & Djaiman, 2021), preeklamsia berat merupakan salah satu jenis dari hipertensi dalam kehamilan yang mempunyai potensi sangat besar dalam meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun janinnya yang ditandai dengan tekanan darah 160/110 atau lebih dan disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan >20 minggu.

Pada pemeriksaan dalam, terdapat pembukaan sudah lengkap tetapi bagian terbawah masih tinggi dengan ketuban negatif penurunan kepala di hodge I-II, sehingga dapat disimpulkan bahwa Ny. M dengan usia kehamilan 41 minggu sudah memasuki kala II. Hal ini sesuai teori (Purwoastuti, 2020), bahwa tahapan kala II

dimulai dari setelah serviks (leher rahim) sepenuhnya terbuka (10 cm) dan berakhir ketika bayi sepenuhnya lahir.

Kala II persalinan berlangsung selama 3 jam 40 menit, hal ini tidak sesuai dengan teori (Fatriyani & Nugraheny, 2020), lama persalinan kala II pada multigravida terjadi selama 30 menit sampai maksimal 1 jam. Pukul 03.20 WIB bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, warna kulit pucat, tonus otot lemah. Hal ini sesuai dengan teori (Murniati et al., 2021), ditegakkan diagnosis asfiksia terdapat gangguan waktu lahir, cara dilahirkan, tidak bernapas atau bernapas dengan megap-megap, denyut jantung kurang dari 100 x/menit, tonus otot menurun, terdapat sisa mekonium pada tubuh bayi. Hubungan PEB dengan kejadian asfiksia (Rayuna, et al., 2020) yaitu, menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan perfusi plasenta, sehingga dengan menurunnya perfusi darah melalui plasenta ke janin, maka terjadi hipoksia janin (gangguan pertukaran oksigen dengan karbon dioksida) yang mengakibatkan terjadinya asfiksia pada bayi ketika dilahirkan.

Kala III pada Ny. M berlangsung 10 menit dari pukul 03.20 WIB sampai 03.30 WIB. Pada asuhan kala III setelah plasenta lahir melakukan masase uterus dan bidan melakukan eksplorasi. Hal ini tidak sesuai dengan teori asuhan persalinan normal (Ikatan Bidan Indonesia, 2021), bahwa eksplorasi tidak dilakukan pada asuhan persalinan normal setelah melakukan masase uterus pada manajemen aktif kala III.

Lalu melakukan pemantauan kala IV persalinan berlangsung 2 jam yaitu memantau keadaan umum Ny. M di mulai dari tekanan darah, nadi, suhu, cek

perdarahan postpartum, fundus uteri, kontraksi, kandung kemih dan menganjurkan ibu untuk melakukan masase uterus yang telah diajarkan pada ibu. Hal ini sesuai dengan teori (Wahyuningsi, 2022), bahwa kala IV berlangsung selama 2 jam dan selama kala 4 atau masa nifas, difokuskan pada pemantauan kondisi ibu, pemulihan fisik, dan perawatan pasca persalinan.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif, analisa yang ditegakkan adalah G3P2A0 41 minggu inpartu kala II dengan preeklamsia berat. Hal ini ditegakkan dari data dasarnya, umur Ny. M 39 tahun, pasien hamil anak ke 3, hasil pemeriksaan tekanan darah 170/100 mmHg dan protein urin (+1), dengan riwayat tekanan darah tinggi sejak usia kehamilan 4 bulan. Hal ini sesuai teori (Safitri & Djaiman, 2021), preeklamsia berat merupakan salah satu jenis dari hipertensi dalam kehamilan yang mempunyai potensi sangat besar dalam meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun janinnya yang di tandai dengan tekanan darah 160/110 atau lebih dan disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan >20 minggu.

4.4 Penatalaksanaan

Berkolaborasi dengan dokter dan memberikan terapi sesuai dengan advis dokter yaitu. Hal ini sesuai SOP bahwa pasien ibu bersalin dengan PEB harus dilakukan konsultasi dokter Sp. OG. Bidan melakukan pemasangan DC dan infus RL, serta melakukan persiapan rujukan. Hal ini sesuai teori (Kurniawati, 2020), bahwa pasien dengan PEB harus dilakukan persalinan di RS.

Pada kasus yang ditangani, pasien tersebut dalam persalinan kala II, sedangkan dokter belum memberikan advis untuk terapi tindakan lanjut. Karena pasien sudah dalam persalinan kala II, dilakukan pimpin persalinan. Hal ini sesuai (Martini & Dewi, 2020), bahwa jika kondisi ibu dan janin stabil, kelahiran normal dapat direncanakan tergantung pada keadaan. Persalinan akan dipertimbangkan berdasarkan faktor-faktor seperti keparahan preeklamsia, usia kehamilan, dan kesehatan ibu dan janin.

Selama 2 jam melakukan pimpin persalinan tidak terjadi pengeluaran bayi. Dokter memberikan advis dilakukan rujukan dan memberikan terapi loading dose 4gram MgSO₄ 40% dalam larutan RL 100 ml habis dalam 15 menit, dan melanjutkan maintenance dose dengan memberikan 6gram MgSO₄ 40% dalam larutan RL 500 ml selama 6 jam. Hal ini sesuai SOP di Puskesmas Pameungpeuk, bahwa terapi PEB pada pemberian loading dose dan maintenance dose diberikan setelah dokter memberikan advis.

Bidan memberikan terapi obat hipertensi Nifedipine 1x1 (10mg) dan Dopamet 3x1 (250mg) sesuai advis dokter. Hal ini sesuai teori (Nurmainah et al., 2021), obat anti-hipertensi digunakan untuk mengendalikan tekanan darah tinggi pada preeklamsia. Pada saat persiapan rujukan, pasien mengedan dan bayi lahir dalam keadaan tidak menangis, tonus otot lemah, warna kulit pucat. Bayi dilakukan di lakukan tindakan resusitasi (langkah awal resusitasi). Hal ini sesuai teori (Yulianti, 2021), bahwa stabilisasi asfiksia pada bayi dengan cara resusitasi serta menjaga suhu bayi agar tetap stabil.

Pemberian MgSO₄ dihentikan sampai dengan tekanan darah menurun. Hal ini sesuai teori (Akbar, et al., 2018) bahwa MgSO₄ maintenance dose diberikan setiap 6 jam hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang terakhir (tekanan darah

menurun). Adapun kesenjangan pada persalinan pasien PEB yang harusnya dilakukan di RS dan penanganan awal (pemberian MgSO₄) lama karena menunggu advis dokter terlebih dahulu. Hal ini tidak sesuai teori (Azizah, et al., 2019) bahwa, pemberian MgSO₄ merupakan tindakan segera memberikan terapi MgSO₄ *full dose* untuk mencegah terjadinya kondisi preeklamsia lebih parah yaitu eklamsia.

Setelah plasenta lahir Ny. M berada dalam masa nifas dengan observasi preeklamsia berat. Pengkaji melakukan observasi masa nifas sebanyak 3x yaitu observasi 4 jam, 6 jam, dan 12 jam. Pengkaji melakukan asuhan pada ibu di antaranya mengobservasi keadaan umum ibu, memeriksa TFU dan kontraksi, mendeteksi dini perdarahan, mengajari teknik menyusui yang baik dan benar, KIE ASI eksklusif, teknik mengurangi nyeri pada jalan lahir, personal hygiene ibu, serta kebutuhan gizi, istirahat ibu nifas, tanda bahaya pada ibu nifas.

Pada observasi 4 jam, ibu mengeluh pusing dan lemas. Dari hasil pemeriksaan tanda vital dan fisik didapatkan bahwa Ny. M memiliki tekanan darah yang sudah menurun 120/70 mmHg dan masih terpasang infus RL dengan MgSO₄. Kemudian berkolaborasi dengan dokter dan memberikan terapi sesuai advis dokter yaitu pemberian obat Amoxicillin 3x1 (500mg), Paracetamol 3x1 (500mg), Ferrous Sulfat 1x1, dan menghabiskan MgSO₄.

Pada observasi 6 jam, ibu mengatakan masih merasa cemas karena bayinya harus dilakukan rujukan. Dalam menangani rasa cemas, ibu bidan memberikan motivasi dan dukungan terhadap ibu, agar rasa cemas ibu dapat berkurang sehingga lebih tenang.

Pada observasi 12 jam, ibu tidak mengeluhkan apapun. Hasil dari pemeriksaan tanda vital dan fisik didapatkan bahwa kondisi ibu sudah stabil. Hal ini sesuai dengan teori (Martini & Dewi, 2020), ibu akan tetap mendapatkan perawatan medis untuk memantau kondisinya dan memastikan pemulihan yang baik. Perawatan pasca persalinan mungkin mencakup pengontrolan tekanan darah, pemantauan cairan tubuh, dan perawatan luka jika ada.

Pada bayi Ny. M dilakukan langkah awal resusitasi bayi baru lahir setelah dikeringkan dan jepit-jepit potong tanpa ikat, didapatkan hasil bayi menangis, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, terdapat retraksi dinding dada. Kemudian berkolaborasi dengan dokter tentang pemeriksaan bayi dan memasang oksigen pada bayi sesuai advis dokter. Pada satu jam pertama bayi Ny. M diberikan beberapa asuhan di antaranya memotong tali pusat, suntik Vit K, dan memberikan salep mata. Pukul 07.00 WIB, melakukan pemeriksaan KU dan TTV dengan hasil yang didapatkan bayi menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, masih terdapat retraksi dinding dada, pernapasan: 58 x/menit, nadi: 130 x/menit, suhu: 36,0°C, SpO₂: 98% terpasang oksigen. Kemudian berkolaborasi dengan dokter dan mengobservasi bayi selama 4 jam, jika setelah 4 jam masih ada retraksi dilakukan rujukan sesuai advis dokter.

Setelah mengobservasi 4 jam, didapatkan hasil bahwa bayi Ny. M masih terdapat retraksi dinding dada. Bidan memberitahu hasil pemeriksaan dan melakukan inform consent pada keluarga bahwa bayi akan dilakukan rujukan. Kemudian berkolaborasi dengan rumah sakit untuk melakukan rujukan dan rumah sakit tersedia sarana dan prasarana rujukan. Kemudian bidan mempersiapkan kebutuhan berkas dan kelengkapan alat yang akan digunakan untuk merujuk. Pada

pukul 14.35 WIB, bayi dirujuk ke rumah sakit Pameungpeuk oleh bidan. Hal ini sesuai dengan teori (Andriani, R., 2019) tentang perencanaan dan persiapan rujukan.

4.5 Pendokumentasian

Pendokumentasian pada Ny. M di dokumentasikan dengan metode SOAP yang dilakukan dengan pengkajian data subjektif melalui data primer yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien dengan melakukan wawancara dan observasi melalui komunikasi pada ibu, keluarga dan bidan.

Pada data objektif, didapatkan pada pemeriksaan umum, fisik dan penunjang untuk memperoleh data yang lengkap dan berhubungan dengan permasalahan ibu dan bayi yang dijadikan kasus sehingga didapatkan data akurat, dan dilakukan observasi pemeriksaan pada pasien langsung dengan teknik inspeksi dan palpasi.

Data sekunder didapatkan dari studi kepustakaan untuk mendapat materi secara teoritis mengenai teori preeklamsia berat. Data pasien diperoleh dari rekam medik pasien yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Sesuai dengan teori (Annisa, 2022) bahwa pendokumentasian dengan metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. SOAP terdiri dari urutan-urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasi pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. M umur 39 tahun G3P2A0 41 minggu dengan preeklamsia berat di Puskesmas Pameungpeuk, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan pengkajian data subjektif pada didapatkan ibu berusia 39 tahun dan tekanan darah tinggi sejak usia kehamilan 4 bulan.
- 2) Berdasarkan pengkaji data objektif pada Ny. M diperoleh TD: 170/100 mmHg, protein urine (+1).
- 3) Berdasarkan data subjektif dan objektif maka ditegakkan analisa “G3P2A0 41 minggu dengan Preeklamsia Berat”
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. M G3P2A0 gravida 41 minggu inpartu kal II dengan Preeklamsia Berat adalah dengan pemberian MgSO₄, pemberian anti hipertensi nifedipin, dopamet. Ada kesenjangan pada persalinan pasien PEB yang harusnya dilakukan di RS dan penanganan awal (pemberian MgSO₄) lama karena menunggu advis dokter terlebih dahulu.
- 5) Pendokumentasian asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. M dilakukan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan asuhan kebidanan persalinan ini dapat dijadikan sebagai sarana pembelajaran untuk mengaplikasikan teori yang sudah diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah wawasan, khususnya dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan preeklampsia berat.

2. Bagi Puskesmas

- Diharapkan dapat memberikan asuhan yang menyeluruh serta sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada ibu bersalin, nifas, dan bayi baru lahir. Sehingga dapat mendeteksi secara dini dan mencegah terjadinya komplikasi.
- Diharapkan juga memberikan SOP preeklampsia berat terbaru sesuai dengan standar penanganan preeklampsia berat. Sehingga dapat mencegah terjadinya kejang dan komplikasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyediakan sumber terbaru untuk referensi agar lebih memudahkan mahasiswa mencari referensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, P. M., Sukarni, D., & Amalia, R. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Martapura Okut Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(3), 1389.
- Akbar, M. I. A., Wardhana, M. P., Annas, J. Y., Dharmawan, E. (2018). Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Hipertensi dalam Kebidanan. Surabaya: Rumah Sakit Universitas Airlangga.
- Alviani, E.S., Wijaya, M., & Aprilia, I. K. (2018). Gambaran Lama Waktu Pelepasan Plasenta Dengan Manajemen Aktif Kala III Dan Masase Fundus Setelah Bayi Lahir Di RSUD Kelas B Kabupaten Subang. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 3(4), 182-188.
- Amalina, N., Kasoema, R. S., Mardiah, A. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Voice of Midwifery*, 12(1), 8-23.
- Andriani, R. (2019). Gambaran Pelaksanaan Sistem Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Poned Ibrahim Adjie Kota Bandung Tahun 2019. Bandung: Bhakti Kencana University.
- Annafi, M. I., Jumsa, M. R., & Budyono, C. (2022). Gambaran Preeklampsia Berat dengan Komplikasi di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode Januari 2018 sampai Desember 2019. *Lombok Medical Journal*, 1(1), 17-22.
- Annisa, N. H. (2022). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Jawa Tengah: CV. Eureka Media Aksara.
- Apriyana, N. (2019). Peran Magnesium Sulfat dalam Penatalaksanaan Preeklampsia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 9-20. 39-46.
- Azizah, S., Sugijati, Palupi, J. (2019). Resiko Pemberian MgSO4 Dosis Awal Full Dose Pasien Preeklamsia Pada Tindakan Persalinan Sectio Caesaria. *Malang Journal Of Midwifery*, 1(1),
- Badan Pusat Statistik. (2024). Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020 Provinsi Jawa Barat.
- Bhoko, M. S., & Atok, Y. S. (2020). Hubungan Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO4) pada Persalinan Pre-Eklampsia terhadap Kejadian Afiksia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. *CHMK Nursing Scientific Journal*, 3(1).
- Darwis, D., & Ristica, O. D. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Posisi Miring Untuk Memperlancar Proses Kala Ii Di Pmb Hj. Murtinawita, Sst Kota Pekanbaru Tahun 2021. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 2(1), 64-68.
- Fatriyani, I., & Nugraheny, E. (2020). Perbedaan Lama Persalinan Pada Primigravida Dan Multigravida. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 6(2), 82-90.
- Handayani, S., & Nurjanah, S. (2021). Hubungan Indeks Massa Tubuh Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil Di Rsud Trikora Salakan. *Jurnal Kebidanan*, 13(02), 212.

- Harahap, N., & Situmeang, I. F. (2022). Determinan Kasus Preeklampsia pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(04), 342–350.
- Hariyanti, H., Munigar, M., & Lukman, E. (2020). Studi Kualitatif: Penanganan Awal Preeklampsia Berat Oleh Bidan. *Journal of Midwifery Science and Women's Health*, 1(1), 8–15.
- Hidayat, R., & Astuti, T. (2020). Diagnosis Preeklampsia pada Ibu Hamil Berdasarkan Algoritme K- Nearest Neighbour. *Jurnal Ilmu-Ilmu Informatika Dan Manajemen STMIK*, 14(2), 106–116.
- Hindriati, T., Herinawati, H., Nasution, A. F. D., Sari, L. A., & Iksaruddin, I. (2021). Efektifitas Posisi Miring Kiri dan Setengah Duduk Terhadap Kemajuan Persalinan Kala Satu Fase Aktif Pada Ibu Primigravida di Ruang Bersalin RSUD Raden Mattaher. *Riset Informasi Kesehatan*, 10(1), 67.
- Humas Pemda Kabupaten Garut. (2024). Wabup Garut Dorong Organisasi Profesi Hingga Perusahaan Swasta Bangun Rumah Sakit Ibu Anak.
- Idaningsih, A. (2021). Asuhan Kebidanan Kehamilan. Cirebon: Buku Lovrinz Publishing.
- Indah, Firdayanti, Nadyah. (2019). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny "N" dengan Usia Kehamilan Preterm di RSUD Syekh Yusuf Gowa. *Jurnal Midwifery I*(1), 1-14.s
- Ives, C. W., Sinkey, R., Rajapreyar, I., Tita, A. T. N., & Oparil, S. (2020). *Preeclampsia-Pathophysiology And Clinical Presentations: JACC State of the Art Review*. 76(14), 1690-1702.
- Jamila, F. (2019). Tanda - Tanda Persalinan Yang Harus Dikenalkan Kepada Ibu Hamil.
- Jung, E., Romero, R., Yeo, L., Gomez-Lopez, N., Chaemsaitong, P., Jaovisidha, A., Gotsch, F., & Erez, O. (2022). The etiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S844–S866.
- Kurniawati, D., Septiyono, E. A., & Sari, R. H. (2020). Preeklampsia dan Perawatannya Untuk Ibu Hamil, Keluarga, Kader Maupun Khalayak Umum. Bondowoso: KHD Production.
- Martini, S., & Dewi, R. K. (2020). Hubungan Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Berat (PEB) Terhadap Angka Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Community of Publishing In Nursing(COPING)*, 8(4).
- Murniati, L., Taherong, F., & Syatirah, S. (2021). Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*, 3(1), 32–41.
- Nurmainah, N., Hadad, F. M., & Andrie, M. (2021). Profil Proteinuria dan Tekanan Darah pada Pasien Preeklampsia Berat yang menggunakan Antihipertensi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 10(2), 79.
- Nuryana, H., Magfirah, Mutiah, C., & Harahap, L. K. S. (2024). Asuhan Kebidanan Persalinan Normal Pada Ibu R Di BPM Mardiah Kota Langsa. *Jurnal Kesehatan Almuslim*, 9(1), 13–19.
- Puji, L. K. R., Ratnaningtyas, T. O., Ilmi, A. F., Kasumawati, F., Purnama, F., Hasanah, N., Ismaya, N. W. A. (2020). Analisis Situasi dan Identifikasi Masalah Kesehatan Ibu dan Anak Di Wilayah Kerja Puskesmas Benda Baru Kota Tangerang Selatan 2019. *Jurnal Abdi Masyarakat I*(1), 70-76.

- Purwati, A. 2020. Pengaruh Teknik Bola Persalinan (*Birthing Ball*) Terhadap Penurunan Bagian Bawah Pada Ibu Primigravida Inparti Kala I Fase Aktif Di PMB Ike Sri Kec. Bululawang Kab. Malang. *Journal of Islamic Medicine*, 4(1), 40-45.
- Rahmadhanti, S., Handaria, D., & Anggraheny, H. D. (2022). Analisis Faktor Risiko Derajat Preeklampsia Pada Ibu Hamil Multigravida Di RSUD RAA. Soewondo Pati. *Al-Iqra Medical Journal*, 5(2), 77-83.
- Rayuna, M. S., Andini, H. Y., Virosi, D. (2020). Hubungan Preeklamsia Berat (PEB) Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Kelas B Kabupaten Subang Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Aeromedika*, 6(2), 33-41.
- Rifqiya Faiza, M. M., Fransiska Ngo, N., & Fikriah, I. (2019). Hubungan Preeklampsia Berat Dengan Komplikasi Pada Janin Di Rsud Abdul 2 Wahab Sjahranie Samarinda 3 Tahun 2017-2018. *Jurnal Kebidanan Mutiara Mahakam*, 7(2), 74-84.
- Rismawati, R., Notoatmodjo, S., & Ulfa, L. (2021). Faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Ibu Bersalin. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 11(1), 24-33.
- Rusmiyati. (2024) . Mengenal Tanda Dan Bahaya Kehamilan Dengan Preeklamsia.

Semarang: STIKes Telogorejo.

- Safitri, A., & Djaiman, S. P. H. (2021). Hubungan Hipertensi dalam Kehamilan dengan Kelahiran Prematur: Metaanalisis. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 31(1), 27-38.
- Sri, A., Usman, H. H., Sunarno, I., & Syamsuddin, S. (2021). Risiko Peningkatan Hormon Kortisol Pada Hipertensi Gestasional. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kebidanan & Kandungan*, 13(4), 182-192.
- Stan, D., Dobre, C. E., Mazilu, D. C., & Bratila, E. (2024). Practices, Attitudes And Knowledge of Midwives And Nurses Regarding Gestational Diabetes dan Pregnancy-induced Hypertension. *Jurnal of Medicine and Life*, 16(2), 227-234.
- Yulianti, N. T. (2021). Prosedur Resusitasi Pada Neonatus Dengan Asfiksia.

Indonesia Midwifery Journal, 4(2), 41-46.

- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. E., & Andriani, F. (2019). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Yuriati, P., & Khoiriyah, E. (2021). Persalinan Nyaman Dengan Teknik Rebozo.

Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan, 12(2), 287.

- Wahyuningsih, J. W., Hakiki, T. L., Rahayu, W. S. M. (2020). Perbedaan Efektifitas antara Masase dan Kompres Hangat dalam Menurunkan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Medical Science*. 12(1), 1-13.
- World Health Organization. 2024. Maternal Mortality in 2020

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : Aas Lesmana
NIM : KHGH23004
PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Bidan
PEMBIMBING : **Nofita Setiorini Putri P, STr. Keb., M.Kes**

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	10 Juni 2024	ACC Judul	
2.	14 Juni 2024	Konsul Bab 1	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab II	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab III	
5.	1 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II,III	
6.	5 Juli 2024	Konsul Bab IV, BAB V, Daftar Pustaka	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II, III ACC	
8.	22 Juli 2024	Bab IV, V ACC	
9	23 Juli 2024	ACC	