

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.A
USIA 24 TAHUN G1P₀A₀ PARTURIEN 41-42 MINGGU
DENGAN EKLAMSI DI RSUD dr SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk Menyelesaikan Program D3 Kebidanan

ANA WASILAH ANNAJWA MARDIANA

KHGB23031



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Amd.Keb, baik dari Institut Karsa Husada maupun dari perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

Yang Membuat Pernyataan

(Ana Wasilah Annajwa M)

NIM : KHGB23031

**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.A
USIA 24 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 41-42 MINGGU
DENGAN EKLAMSI DI RSUD dr SLAMET GARUT**

NAMA : ANA WASILAH ANNAJWA MARDIANA

NIM : KHGB23031

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk di sidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 15 Juni 2026

Menyetujui,
Pembimbing



Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb
NIK: 042039.0823.180

Mengetahui

Ketua Prodi DIII-Kebidanan



Lina Humacroh, SST.,M.Kes
NIK: 0420391009064

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.A
USIA 24 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 41-42 MINGGU
DENGAN EKLAMSI DI RSUD dr SLAMET GARUT**

NAMA : ANA WASILAH ANNAJWA MARDIANA

NIM : KHGB23031

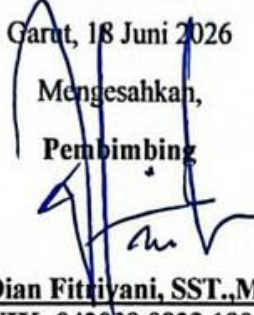
Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 18 Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing


Bdn. Dian Fittiyani, SST.,M.Keb
NIK: 042039.0823.180

Penguji I


Rosita Alvia, SST.,M.K.M
NIK: 0401058804

Penguji II


Hj Esa Risi S. S.Keb.M.K.M
NIK: 042039.1004.031

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan


Lina Humaeroh, SST., M.Kes
NIK: 0420391009064

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis senantiasa ucapkan kepada Allah SWT yang maha pengasih dan penyayang karena atas rahmat dan karunia-Nya telah memberi kemudahan dan kekuatan kepada penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Sholawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada teladan kita Nabi Muhammad SAW.

Laporan tugas akhir ini berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.A USIA 24 TAHUN G1P0A0 41-42 MINGGU DENGAN EKLAMSI DI RSUD dr SLAMET GARUT”**. Adapun tujuan pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan akhir Diploma III Kebidanan.

Dalam Penyusunan Tugas Akhir ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini pula, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini pula, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, S.E., M. Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

4. Ibu sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dekan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Lina Humaeroh., SST.,M.Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Bdn. Dian Fitriyani, SST,M.Keb selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan.
7. Ibu Rosita Alvia, SST., MKM. Selaku penguji I
8. Ibu Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M Selaku penguji II
9. Seluruh staf dosen D3 Kebidanan Institut Karsa Husada Garut yang telah memberi dan membekali berbagai ilmu dan serta pengalaman yang bermanfaat.
10. Kepada ibu Bdn.Enur Rostikawati,S.ST dan seluruh bidan yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moril dan materil, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
11. Kepada Ny.A yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tugas ini.

Penulisan menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh karna ini penulis mengharapkan saran dan masukan untuk penyempurnaan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan institusi.

Garut, Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

1. Saya mengucapkan terimakasih kepada ayah tercinta Bapak Sumardi. Atas segala kasih sayang, doa, dukungan, dan kerja keras yang tak pernah kenal lelah demi masa depan saya.
2. Saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada ibunda tercinta, Mamah Ela Nurlaelasari yang telah menjadi sumber kekuatan, semangat, dan doa dalam setiap langkah hidup saya. Terimakasih atas cinta yang tak pernah putus, kesabaran yang tiada batas, serta pengorbanan yang tidak ternilai sejak saya kecil hingga saat ini. Tanpa doa dan dukungan ibu, saya tidak akan mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga keberhasilan ini menjadi salah satu bentuk kebahagiaan dan kebanggaan untuk ibu.
3. Saya mengucapkan terimakasih kepada Ade Dadan sebagai pasangan tercinta yang senantiasa memberikan dukungan moral, perhatian, doa, serta semangat tanpa henti. Kehadiran dan ketulusan yang diberikan menjadi sumber motivasi yang berarti bagi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ucapan terimakasih saya kepada keluarga besar Bapak Alm Sadili dan saudara-saudaraku yang selalu memberikan semangat, perhatian, dan doa. Kehangatan dan kebersamaan kalian menjadi sumber kekuatan yang sangat berarti selama proses penyusunan Laporan Tugas Akhir.
5. Kepada ke tiga sahabat saya Dea Khoirunisa, Euis Sila Nurhalimah, dan Nina Naisyah yang telah menemani di hari-hari kuliah dengan penuh

keluh kesah dan berbagai banyak cerita pengalaman hingga saat ini saya bisa membuat Laporan Tugas Akhir atas berkat kebersamaan.

6. Kepada teman-teman seperjuangan saya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu Terimakasih telah memberi dukungan dalam proses mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini dan Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan penulis hingga saat ini.
7. Kepada diri saya sendiri Ana Wasilah Annajwa Mardiana turut menyampaikan apresiasi, dedikasi, ketekunan, disiplin, serta komitmen yang senantiasa dijaga selama proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Berbagai dinamika, tantangan, dan keterbatasan yang dihadapi selama proses penyelesaian Laporan ini menjadi pengalaman berharga dalam membentuk sikap tanggung jawab, ketelitian, serta kemampuan berpikir. Segala usaha, pengorbanan waktu, dan kerja keras yang telah dilakukan diharapkan dapat menjadi landasan untuk terus mengembangkan kapasitas akademik maupun kualitas pribadi pada masa yang akan datang. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini tidak terlepas dari kesungguhan untuk terus belajar, berproses, dan berupaya memberikan hasil terbaik.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian.....	7
1.5.1 Tempat.....	7
1.5.2 Waktu.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Persalinan Normal.....	8
2.1.1 Pengertian Persalinan.....	8
2.1.2 Tahapan Persalinan.....	8
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan.....	9

2.1.4 Tanda-Tanda Persalinan.....	10
2.1.5 Penurunan Kepala Bayi.....	11
2.2 Eklamsia.....	14
2.2.1 Pengertian Eklamsia.....	14
2.2.2 Etiologi dan Faktor Risiko Eklamsia.....	14
2.2.3 Tanda dan Gejala Eklamsia.....	16
2.2.4 Penatalaksanaan Eklamsia.....	18
2.3 Sectio Caesarea (SC).....	20
2.3.1 Pengertian Sectio Caesarea.....	20
2.3.2 Indikasi Sectio Caesarea.....	21
2.3.3 Kontraindikasi Sectio Caesarea.....	22
2.3.4 Jenis-Jenis Sectio Caesarea.....	22
2.3.5 Komplikasi Sectio Caesarea.....	24
2.4 Anestesi dalam Obstetri.....	25
2.4.1 Pengertian Anestesi.....	25
2.4.2 Jenis-Jenis Anestesi.....	25
2.4.3 Komplikasi Anestesi dalam Obstetri.....	31
2.5 Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Post Sectio Caesarea.....	32
2.5.1 Pengertian KIE.....	32
2.5.2 Perawatan Luka Operasi.....	33
2.5.3 Manajemen Nyeri.....	33
2.5.4 Mobilisasi Dini.....	34
2.5.5 Perawatan Payudara dan Laktasi.....	34
2.5.6 Nutrisi Pascaoperasi.....	36
2.5.7 Kontrasepsi Pasca SC.....	36
2.5.8 Tanda Bahaya Pascaoperasi.....	36
2.5.9 Jadwal Kontrol dan Follow-up.....	37

2.6 Algoritma Penanganan Persalinan SC Dengan Eklamsi.....	38
2.7 MATRIKS.....	39
BAB III TINJAUAN KASUS.....	48
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.A Usia 24 Tahun G1P0A0 41-42 Minggu Parturien Dengan Eklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.....	48
Perkembangan Hari ke-2.....	60
Perkembangan Hari ke-3.....	62
3.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada By Ny.A Neonatus Cukup Bulan Sesuai Usia Kehamilan Di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut.....	64
Perkembangan BBL Hari ke-2.....	66
3.2 Penatalaksanaan Kasus Kronologis Persalinan SC Dengan Eklamsi Pada Ny. A	68
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
4.1 Pengkajian Data Subjektif.....	70
4.2 Pengkajian Data Objektif.....	72
4.3 Analisa/Diagnosa.....	73
4.4 Pelaksanaan Asuhan.....	75
4.5 Pendokumentasian.....	79
BAB V PENUTUP.....	81
5.1 Kesimpulan.....	81
5.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	84
LAMPIRAN.....	88
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	101

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Bidang Hodge pada Penurunan Kepala Bayi.....	11
Tabel 2.2 Sistem Station pada Penurunan Kepala Bayi.....	12
Tabel 2.3 Metode Perlindungan pada Penurunan Kepala Bayi.....	13
Tabel 2.7 Matriks.....	39
Tabel 3.1 Observasi Kala I Ny.A.....	56

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
WHO	: World Health Organization
SDG	: Sustainable Development Goals
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
MPDN	: Maternal Perinatal Death Notification
BPS	: Badan Pusat Statistik
BBLR	: Bayi Baru Lahir Rendah
COC	: Continuity Of Care
VT	: Vagina Toucher
IV	: Intra Vena
SC	: Sectio Caesarea
ERACS	: Enhanced Recovery After Caesarean Section
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KB MAL	: Kontrasepsi Metode Amenore Laktasi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
MOW	: Metode Operasi Wanita
ACOG	: American Collage Of Obstetricians and Gynecologists
ISSHP	: International Society For The Study Of Hypertension in Pregnancy
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence

SOAP	: Subjective, Objective, Assessment, Planning
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TTV	: Tanda-Tanda Vital
IMT	: Indeks Massa Tubuh
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin
HELLP	: Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count
MgSo ₄	: Magnesium Sulfat
CTG	: Cardiotocography
POGI	: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
ICU	: Intensive Care Unit
MHCU	: Maternal High Care Unit
ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
USG	: Ultrasonografi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
PAP	: Pintu Atas Panggul
SOP	: Standar Prosedur Operasional

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan ibu merupakan indikator penting keberhasilan pembangunan kesehatan. Target Sustainable Development Goals (SDGs) adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Pelayanan antenatal, persalinan, dan kegawatdaruratan obstetri yang berkualitas diharapkan dapat mencegah komplikasi kehamilan dan persalinan. Eklamsia merupakan salah satu komplikasi yang seharusnya dapat dicegah melalui deteksi dini dan penatalaksanaan preeklamsia yang tepat. AKI di dunia masih tinggi dan sebagian besar disebabkan oleh komplikasi kehamilan dan persalinan. Menurut (WHO) *World Health Organization*, gangguan hipertensi dalam kehamilan, termasuk preeklamsia dan eklamsia, menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu di dunia. Di Indonesia, hipertensi pada kehamilan masih menjadi salah satu penyebab terbesar kematian ibu selain perdarahan dan infeksi.

Di tingkat provinsi, Jawa Barat merupakan salah satu dari lima provinsi penyumbang tertinggi angka kematian ibu dan bayi di Indonesia, bersama Jawa Timur, Jawa Tengah, Banten, dan Sulawesi Selatan (Kemenkes RI, 2024). Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020 menunjukkan bahwa AKI di Provinsi Jawa Barat sebesar 187 per 100.000 kelahiran hidup (BPS Provinsi Jawa Barat, 2023). Pada tahun 2023, AKI Jawa Barat tercatat sebesar 147 per 100.000 kelahiran hidup, dengan rata-rata AKI di atas 100 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan rata-rata AKB di atas 15 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2023

(Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2024). Jawa Barat juga mencatatkan 5.234 kasus kematian

bayi pada tahun 2023 (Kemenkes RI, 2023). Tingginya angka tersebut mencerminkan masih banyaknya tantangan yang dihadapi dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak di wilayah ini (Kemenkes RI, 2024).

Kabupaten Garut sebagai salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Barat menjadi daerah dengan permasalahan AKI dan AKB yang signifikan. Berdasarkan data yang disampaikan oleh Bupati Garut pada Musyawarah Cabang Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Kabupaten Garut tahun 2025, AKI di Kabupaten Garut pada tahun 2024 mencapai 50 orang per tahun, sedangkan AKB mencapai 332 bayi per tahun (Pemkab Garut, 2025). Kabupaten Garut bahkan menempati posisi kedua setelah Kabupaten Bogor dengan AKI terbesar di Provinsi Jawa Barat, serta ketiga dengan AKB terbesar di Provinsi Jawa Barat. Penyebab utama kematian ibu di Kabupaten Garut meliputi perdarahan dan hipertensi, sedangkan penyebab kematian bayi didominasi oleh BBLR/prematuritas, asfiksia, dan kelainan kongenital (Bappeda Garut, 2023). Kondisi ini mendorong pemerintah provinsi dan kabupaten untuk melakukan pendampingan serta berbagai program percepatan penurunan AKI/AKB, antara lain melalui Program Asih (Anak Sehat Ibu Hebat) dan Gerakan GA-GAH TI GARUT (Bappeda Garut, 2023). Ibu yang mengalami eklamsia di RSUD dr. Slamet Garut mencapai 54 orang dan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan eklamsia mencapai 10 orang (RSUD dr. Slamet Garut, 2025).

Masih ditemukan ibu hamil dengan preeklamsi yang berkembang menjadi eklamsi. Kejang eklamsi dapat terjadi secara tiba-tiba dan menyebabkan kegawatdaruratan maternal. Eklamsi bukan sekadar komplikasi biasa, kondisi ini

ditandai dengan kejang tonik-klonik yang dapat muncul secara tiba-tiba, bahkan pada ibu yang sebelumnya tampak dalam kondisi stabil. Kejang yang berlangsung selama 60 hingga 90 detik ini dapat terjadi sebelum persalinan, saat persalinan, maupun setelah melahirkan, sehingga kewaspadaan tenaga kesehatan tidak boleh berhenti hanya di ruang bersalin. Setiap kejang yang terjadi pada ibu hamil atau ibu nifas harus selalu dicurigai sebagai eklamsia hingga terbukti sebaliknya (Alomedika, 2026). Yang membuat eklamsia begitu berbahaya bukan hanya kejangnya sendiri, melainkan efek domino yang ditimbulkannya terhadap berbagai sistem organ ibu. Preeklamsia yang tidak segera ditangani dapat berkembang menjadi eklamsia, stroke hemoragik, sindrom HELLP, gagal ginjal akut, hingga edema paru (Indonesian Journal of Health Science, 2025). Dampak eklamsia tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga oleh janin yang dikandungnya. Insufisiensi vaskular uteroplasenta akibat preeklamsia menyebabkan janin tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup, sehingga berujung pada hambatan pertumbuhan janin (IUGR), berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia neonatal, bahkan kematian perinatal. Hampir satu dari tiga bayi yang lahir dari ibu dengan preeklamsia membutuhkan resusitasi segera setelah lahir, dan lebih dari sepertiga harus dirawat di unit perawatan intensif neonatal (Unal & Dennis, 2023, dalam Indonesian Journal of Health Science, 2025).

Adapun faktor risiko bagi ibu dapat dari usia <20 Tahun atau >35 tahun, Primigravida, Riwayat hipertensi kronis, Obesitas, Kehamilan ganda, Riwayat preeklamsi/eklamsi sebelumnya. Kurangnya pemahaman ibu hamil mengenai gejala dan risiko preeklamsia kerap menyebabkan keterlambatan dalam deteksi

dan penanganan, yang pada akhirnya dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin. Kondisi ini mencerminkan masih lemahnya edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan, baik dari sisi tenaga kesehatan maupun dari kesadaran ibu itu sendiri. Kunjungan antenatal care (ANC) yang tidak teratur juga menjadi akar permasalahan. Kunjungan ANC yang lengkap dan tepat waktu sangat penting untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan, memantau pertumbuhan janin, serta memastikan kesehatan ibu. Sesuai regulasi yang berlaku, ibu hamil dianjurkan melakukan enam kali kunjungan ANC selama masa kehamilan, terdiri dari satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga (Permenkes, 2021). Sementara itu, keterlambatan dalam deteksi dan penanganan kehamilan risiko tinggi dapat menyebabkan persalinan dengan tindakan darurat dan meningkatkan risiko komplikasi jangka panjang pada ibu maupun janin (Kemenkes RI, 2023).

Eklamsia merupakan keadaan kegawatdaruratan obstetri yang membutuhkan penanganan cepat, tepat, dan kolaboratif untuk mencegah kematian ibu maupun janin. Bidan memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan dalam melakukan deteksi dini, stabilisasi kondisi ibu, pemberian terapi awal sesuai kewenangan, serta melakukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan obstetri emergensi komprehensif. Adapun peran bidan dalam penanganan eklamsi meliputi; melakukan penilaian awal seperti menilai tingkat kesadaran, memastikan jalan nafas ABC, mengukur tekanan darah frekuensi nadi pernafasan suhu juga saturasi oksigen, menilai adanya kejang,reflek patella, oedema,protein urine, dan tanda-tanda preeklamsi berat. Kemudian menjaga keselamatan ibu saat kejang

seperti posisikan miring kirikan ibu, melindungi ibu dari cedera selama kejang, tidak memasukkan apapun kedalam mulut ibu, membersihkan secret setelah kejang bila diperlukan, memberikan oksigen, memantau lama kejang dan kondisi ibu setelah kejang, memberikan terapi awal seperti $MgSO_4$ sesuai kewenangan, bidan dapat membantu pemberian antihipertensi sesuai instruksi atau kewenangan yang berlaku dan melakukan pemasangan infus untuk mempertahankan akses intravena. Kemudian melakukan pemantauan ketat, melakukan rujukan segera, berkolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan, dan memberikan edukasi kepada keluarga Menurut *World Health Organization* (WHO).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka menjadi rumusan masalah “Bagaimana asuhan kebidanan pada kasus eklamsi antepartum Ny.A Usia 24 Tahun Di Ruang VK RSUD Slamet Garut”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan dan melakukan asuhan kebidanan pada Ny.A usia 24 tahun G1P0A0 Parturien 41-42 minggu dengan eklamsi di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut melalui pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data Subjektif pada Ny. A usia 24 tahun parturient 41-42 Minggu dengan Eklamsi di Ruang VK RSUD dr Slamet Garut.

- 2) Melakukan data Objektif pada Ny. A usia 24 tahun parturient 41-42 Minggu dengan Eklamsi di Ruang VK RSUD dr Slamet Garut dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
- 3) Menentukan Analisa pada Ny. A usia 24 tahun parturient 41-42 Minggu dengan Eklamsi di Ruang VK RSUD dr Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. A usia 24 tahun parturient 41-42 Minggu dengan Eklamsi di Ruang VK RSUD dr Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian pada Ny. A usia 24 tahun parturient 41-42 Minggu dengan Eklamsi di Ruang VK RSUD dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kebidanan, khususnya mengenai asuhan kebidanan komprehensif dalam upaya mendukung penurunan AKI dan AKB dengan Eklamsi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu dan bayi baru lahir, serta mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama pendidikan D3 Kebidanan.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mencari referensi untuk mahasiswa kebidanan selanjutnya yang melakukan studi kasus tentang eklamsi.

3) Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan dalam peningkatan mutu pelayanan kebidanan, terutama dalam upaya deteksi dini risiko komplikasi pada ibu dan bayi.

1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian

1.5.1 Tempat

Tempat pengkajian dilakukan di Ruang VK RSUD Slamet Garut.

1.5.2 Waktu

Adapun waktu yang digunakan untuk pengkajian mulai tanggal 23 Februari 2026 sampai 25 Februari 2026.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan Normal

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur, progresif, dan berkesinambungan sehingga menyebabkan dilatasi dan pendataran serviks, serta berakhir dengan keluarnya bayi, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim. Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2022), persalinan normal didefinisikan sebagai persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala antara usia kehamilan 37 dan 42 minggu. Setelah persalinan, ibu dan bayi berada dalam kondisi yang baik.

Varney (2020) menambahkan bahwa persalinan merupakan rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta.

2.1.2 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat kala atau tahapan. Kala I (Kala Pembukaan) adalah periode dari awal persalinan sampai pembukaan serviks lengkap (10 cm), terdiri atas fase laten (0–3 cm) dan fase aktif (4–10 cm). Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

dimulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Lama kala 2 pada primigravida 1 jam dan pada

multipara 2 jam. Kala III (Pengeluaran Plasenta) berlangsung setelah bayi lahir hingga plasenta lahir. Kala IV (Kala Pengawasan) dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam postpartum untuk memantau kondisi ibu terhadap bahaya perdarahan. (Prawirohardjo, 2022).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dikenal dengan istilah "5P" (Mochtar, 2022; Oxorn & Forte, 2020):

1) Power (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin keluar terdiri dari:

His (Kontraksi Uterus): Kontraksi otot rahim yang bersifat involunter, intermiten, simetris, dan koordinatif. Kontraksi yang efektif memiliki frekuensi 2-5 kali dalam 10 menit, durasi 40-60 detik, dan intensitas adekuat. **Tenaga Mengejan:** Kekuatan ibu saat mengejan yang bekerja bersama dengan his pada kala II. Tenaga ini berasal dari kontraksi otot dinding perut, diafragma, dan otot-otot dasar panggul.

2) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari jalan lahir tulang (panggul) dan jalan lahir lunak (serviks, vagina, dan perineum). Ukuran panggul yang adekuat sangat penting untuk berlangsungnya persalinan normal. Diameter anteroposterior minimal 11 cm, diameter transversa minimal 12 cm.

3) Passenger (Janin)

Faktor janin yang mempengaruhi persalinan meliputi:

Presentasi janin: Presentasi kepala (vertex) merupakan yang paling sering dan paling menguntungkan untuk persalinan normal, **Posisi janin;** Hubungan bagian

terendah janin terhadap panggul ibu, Ukuran kepala janin: Diameter biparietal rata-rata 9,5 cm, Sikap janin: Fleksi kepala merupakan sikap yang paling menguntungkan.

4) Psikis (Psikologis)

Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh terhadap kemajuan persalinan. Kecemasan, ketakutan, dan stres dapat meningkatkan kadar katekolamin yang menghambat kontraksi uterus. Dukungan emosional dari suami, keluarga, dan tenaga kesehatan terbukti mempersingkat durasi persalinan dan mengurangi kebutuhan analgesik (Bohren et al., 2022).

5) Penolong

Kompetensi dan keterampilan penolong persalinan sangat menentukan keselamatan ibu dan bayi. Penolong yang terlatih mampu mengidentifikasi penyimpangan dari persalinan normal secara dini dan melakukan intervensi yang tepat.

2.1.4 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan dapat dibagi menjadi tanda persalinan yang akan datang (tanda pendahuluan) dan tanda persalinan sesungguhnya (Saifuddin, 2022; Chapman & Charles, 2021):

1) Tanda Pendahuluan (Tanda Persiapan)

Penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul, terjadi beberapa minggu sebelum persalinan pada primigravida (2-4 minggu) dan beberapa hari atau saat persalinan pada multigravida. Pengeluaran lendir bercampur darah (bloody show) dari vagina, terjadi akibat pendataran dan pembukaan serviks. His palsu yang

semakin sering tetapi tidak teratur dan tidak menyebabkan dilatasi serviks. Keluarnya cairan ketuban sebelum persalinan aktif dimulai. Penurunan berat badan 0,5-1,5 kg akibat perubahan hormonal yang menyebabkan pengeluaran cairan tubuh.

2) Tanda Persalinan Sesungguhnya

Kontraksi yang bersifat teratur, semakin lama semakin kuat, semakin sering, dan semakin lama durasinya. His disertai rasa nyeri yang menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah. Terjadi pembukaan serviks yang progresif dan pendataran (effacement) serviks yang terdeteksi melalui pemeriksaan dalam. Pecahnya Ketuban: Dapat terjadi pada awal atau selama persalinan aktif, ditandai dengan keluarnya cairan jernih atau sedikit keruh dari vagina. Penurunan Bagian Terendah Janin: Terjadi penurunan kepala janin ke dalam panggul yang dapat diukur dengan pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam.

2.1.5 Penurunan Kepala Bayi

1) Bidang Hodge

Bidang Hodge adalah garis khayal dalam panggul yang digunakan untuk menentukan sejauh mana kepala janin telah turun selama persalinan. Dinilai melalui pemeriksaan dalam (VT) oleh bidan/dokter.

Bidang	Lokasi Anatomis	Patokan/ Landmark	Hubungan Dgn Station	Perlimaan
Hodge I	Setinggi PAP (Pintu Atas Panggul)	Promotorium→ pinggir atas simfisis pubis	Station-3 s/d -5	5/5
Hodge II	Setinggi tepi bawah	Sejajar H-I,	Station -2 s/d -	4/5

	simfisis pubis	melewati tepi bawah os pubis	1	
Hodge III	Setinggi spina ischiadika	Setinggi spina ischiadika = titik nol station	Station 0 (Engagement)	2/5 – 3/5
Hodge IV	Setinggi os coccygeus	Sejajar H-I,II,III, melewati ujung os coccygeus	Station +2 s/d +5	0/5 – 1/5

Table 2.1 Bidang Hodge

2) Sistem Station

Station	Posisi Kepala	Hubungan dgn Spina	Keterangan Klinis
-5 / -4	Jauh di atas PAP	5-4 cm Di atas spina ischiadika	Kepala belum masuk panggul, floating
-3	Di atas PAP	3 cm Di atas spina ischiadika	Belum engagement
-2 / -1	Antara PAP & Spina	2-1 cm Di atas spina ischiadika	Proses engagement
0	Setinggi spina ischiadika	Tepat pada spina ischiadika	Engagement tercapai (= Hodge III)
+1 / +2	Di bawah spina ischiadika	1-2 Di bawah spina ischiadika	Descent aktif, kala II
+3 / +4	Mendekati outlet panggul	3-4 Di bawah spina ischiadika	Kepala di dasar panggul
+5	Crowning / di perineum	Kepala terlihat di introitus	Kelahiran imminen

Station adalah penilaian ketinggian bagian terbawah janin yang digambarkan dalam hubungannya dengan spina ischiadika (titik nol/zero station). Dinilai dalam satuan sentimeter (cm) melalui pemeriksaan dalam (VT).

Table 2.2 Sistem Station

3) Metode Perlimaan

Perlimaan adalah cara penilaian penurunan kepala melalui palpasi abdominal (Leopold IV) menggunakan 5 jari tangan pemeriksa. Metode ini dapat dilakukan dari luar tanpa pemeriksaan dalam, namun dikonfirmasi dengan VT untuk akurasi lebih baik.

Perlimaan	Bidang Hodge	Palpasi Abdominal	VT	Interpretasi klinis
5/5	Di atas H-I	Kepala mudah digoyangkan dengan 5 jari	Kepala di atas PAP	Belum engagement kepala floating
4/5	H-I – H-II	Bagian terbesar belum masuk panggul, kepala sulit digerakan	Teraba H-I s.d H-II	Kepala sebagian masuk PAP
3/5	H-II - H-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul	Teraba H-II s.d H-III	Proses engagement dimulai
2/5	H-III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul	Teraba H-III ke bawah	Kepala sudah engage (majority)
1/5	H-III – H-IV	Kepala sudah di dasar panggul,	Teraba H-III s.d H-IV	Kepala di dasar panggul

		sulit diraba dari luar		
0/5	H-IV	Kepala tidak teraba dari luar	Kepala Pada H-IV, terlihat di perineum	Kepala Crowning, siap lahir

Table 2.3 Metode Perlinaan

2.2 Eklamsia

2.2.1 Pengertian Eklamsia

Eklamsia merupakan komplikasi serius dari preeklamsia yang ditandai dengan timbulnya kejang tonik-klonik yang bersifat mendadak dan tidak disebabkan oleh kondisi neurologis lain (seperti epilepsi) pada wanita yang sebelumnya mengalami preeklamsia. Kondisi ini dapat terjadi antepartum (sebelum persalinan), intrapartum (saat persalinan), atau postpartum (setelah persalinan) (Brown et al., 2022).

Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2023), eklamsia didefinisikan sebagai terjadinya kejang grand mal (tonik-klonik) pada wanita hamil dengan preeklamsia yang tidak dapat diatribusikan pada kondisi lain. Eklamsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu di seluruh dunia, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia.

International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP, 2022) mendefinisikan eklamsia sebagai manifestasi berat dari sindrom preeklamsia yang ditandai dengan terjadinya kejang pada ibu yang mengalami hipertensi gestasional disertai proteinuria, atau tanpa proteinuria namun disertai tanda-tanda kerusakan organ target.

2.2.2 Etiologi dan Faktor Risiko Eklamsia

1) Etiologi

Etiologi pasti eklamsia hingga saat ini masih belum sepenuhnya dipahami. Beberapa teori yang dikemukakan para ahli antara lain (Magee et al., 2022; Rana et al., 2023):

- a) Invasi trofoblas yang tidak sempurna pada arteri spiral menyebabkan plasenta mengalami iskemia dan menghasilkan faktor-faktor vasoaktif yang merusak endotel pembuluh darah seluruh tubuh, termasuk pembuluh darah otak.
- b) Kerusakan endotel pembuluh darah menyebabkan gangguan regulasi tonus vaskular, peningkatan permeabilitas vaskular, dan aktivasi sistem koagulasi yang berkontribusi pada patogenesis eklamsia.
- c) Inflamasi aktivasi berlebihan respon inflamasi sistemik pada kehamilan dengan predisposisi genetik tertentu dapat memicu manifestasi klinis preeklamsia dan eklamsia.
- d) Genetik terdapat predisposisi genetik terhadap preeklamsia dan eklamsia. Mutasi pada gen yang mengkode faktor angiogenik seperti sFlt-1 dan PlGF berperan dalam patogenesis.
- e) Imunologi ketidakcocokan imunologis antara ibu dan janin yang menyebabkan respon imun yang abnormal berperan dalam perkembangan preeklamsia menjadi eklamsia.

2) Faktor Risiko

Faktor risiko eklamsia dapat dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (NICE, 2023; Mol et al., 2022):

a) Faktor Risiko Tinggi:

Riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, penyakit ginjal kronik, hipertensi kronik, diabetes mellitus tipe 1 atau tipe 2, penyakit autoimun (lupus eritematosus sistemik, sindrom antifosfolipid), Kehamilan multiple.

b) Faktor Risiko Sedang:

Kehamilan pertama (nulipara), usia ibu lebih dari 40 tahun, interval antar kehamilan lebih dari 10 tahun, indeks Massa Tubuh (IMT) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ pada kunjungan pertama antenatal, riwayat keluarga preeklamsia (ibu atau saudara perempuan), kehamilan hasil inseminasi buatan.

2.2.3 Tanda dan Gejala Eklamsia

Eklamsia ditandai dengan serangan kejang yang dapat terjadi sebelum, selama, atau setelah persalinan. Gambaran klinis eklamsia meliputi (Magee et al., 2022; Verlohren et al., 2022):

1) Tanda Prodromal (Gejala Peringatan)

Sebelum kejang terjadi, biasanya terdapat gejala-gejala yang menandai kondisi preeklamsia berat: Sakit kepala hebat yang bersifat frontal atau temporal yang tidak responsif terhadap analgesic, Gangguan penglihatan berupa pandangan kabur, skotoma, atau bahkan kebutaan sementara (amaurosis), Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (nyeri ulu hati), Mual dan muntah yang berat, Edema berat terutama pada wajah dan tangan, Oliguria (produksi urine < 30 ml/jam).

2) Fase Kejang

Kejang eklamsia terjadi dalam empat fase:

- a) Fase Aura/Invasif (10-30 detik): Dimulai dengan twitching (kedutan) pada otot muka, kelopak mata, sudut mulut, dan tangan. Bola mata berputar ke atas.
- b) Fase Tonik (15-30 detik): Seluruh otot tubuh dalam keadaan kontraksi tonik. Lengan fleksi, tangan menggenggam, kaki dalam keadaan ekstensi. Pernafasan berhenti sementara, kulit dan membran mukosa menjadi sianotik. Bola mata terbuka lebar.
- c) Fase Klonik (1-2 menit): Kontraksi dan relaksasi otot bergantian secara cepat. Terjadi gerakan-gerakan involunter. Dapat terjadi trauma mekanik termasuk gigitan pada lidah. Nafas mulai kembali dengan suara mendengkur.
- d) Fase Koma/Resolusi: Setelah kejang berhenti, penderita mengalami koma. Durasi koma bervariasi dari beberapa menit hingga berjam-jam. Setelah

sadar, penderita biasanya mengalami disorientasi dan amnesia terhadap kejadian kejang.

3) Temuan Laboratorium

- a) Proteinuria: Protein urin ≥ 300 mg/24 jam atau rasio protein/kreatinin $\geq 0,3$
- b) Trombositopenia: Jumlah trombosit $< 100.000/\mu\text{L}$
- c) Peningkatan enzim hati (AST/ALT > 2 x nilai normal)
- d) Peningkatan kreatinin serum ($> 1,1$ mg/dL)
- e) Hemolisis pada kasus HELLP syndrome

HELLP Syndrome yaitu :

H (Hemolysis) = penghancuran sel darah merah

Akan menyebabkan Anemia, Penurunan kemampuan mengangkut oksigen,

Peningkatan bilirubin

EL (Elevated Liver Enzymes) = peningkatan enzim hati yang menunjukkan gangguan fungsi hati

Akan menyebabkan nyeri ulu hati, mual muntah, perdarahan

LP (Low Platelet Count) = penurunan jumlah trombosit dalam darah

Akan menyebabkan meningkatnya resiko perdarahan, mudah memar, perdarahan spontan, perdarahan post partum, dan syok hipovolemik. (Academic Pathology Journal, 2022).

2.2.4 Penatalaksanaan Eklamsia

Penatalaksanaan eklamsia memerlukan pendekatan multidisiplin dan bertujuan untuk menghentikan kejang, mencegah kejang berulang, menstabilkan

kondisi ibu, dan terminasi kehamilan pada saat yang tepat (ACOG, 2023; WHO, 2023):

1) Penatalaksanaan Segera (Akut)

- a) Bebaskan jalan napas: Posisikan ibu miring ke kiri, pasang orofaringeal airway, berikan oksigen 6-8 liter/menit, hisap lendir bila perlu.
- b) Cegah cedera: Pasang penghalang tempat tidur, lapisi dengan bantalan untuk mencegah trauma saat kejang, jangan menahan gerakan paksa selama kejang.
- c) Pasang akses intravena: Pasang dua jalur IV dengan jarum besar untuk Apemberian cairan dan obat-obatan.
- d) Pemantauan ketat: Pantau tanda vital, kesadaran, saturasi oksigen, diuresis, dan denyut jantung janin secara kontinyu.

2) Terapi Magnesium Sulfat (MgSO₄)

MgSO₄ merupakan antikonvulsan pilihan untuk eklamsia dan pencegahan kejang berulang (Duley et al., 2022; WHO, 2023):

- a) Dosis Awal (Loading Dose): MgSO₄ 4-6 gram IV diberikan dalam 15-20 menit (dapat diencerkan dalam 100 ml NaCl 0,9%).
- b) Dosis Rumatan (Maintenance): MgSO₄ 1-2 gram/jam melalui infus kontinyu atau MgSO₄ 50% 5 gram IM setiap 4 jam bergantian pada bokong kanan dan kiri (Regimen Pritchard).
- c) Syarat pemberian: Refleks patella (+), frekuensi pernapasan $\geq$ 16x/menit, produksi urine $\geq$ 25-30 mL/jam, disiapkan antidotum kalsium glukonas 10% 10 mL.

- d) Antidotum: Jika terjadi tanda toksisitas MgSO₄ (hilangnya refleks patella, depresi pernapasan, oliguria), berikan kalsium glukonas 10% 10 mL (1 gram) IV perlahan dalam 3 menit.

3) Terapi Antihipertensi

Antihipertensi diberikan bila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg (ACOG, 2023):

- a) Nifedipin oral: 10-20 mg, dapat diulang setiap 20-30 menit (max 50 mg dalam 1 jam) atau 10-20 mg setiap 4-6 jam (tidak sublingual).
- b) Labetalol IV: 20 mg bolus IV, dapat diulangi setiap 20-30 menit dengan dosis ganda hingga maksimum 80 mg per dosis (total max 300 mg).
- c) Hidralazin IV: 5-10 mg IV pelan dalam 5 menit, dapat diulangi setiap 20 menit.
- d) Target tekanan darah: Sistolik 140-155 mmHg, diastolik 90-105 mmHg.

4) Terminasi Kehamilan

Terminasi kehamilan merupakan satu-satunya terapi definitif eklamsia. Keputusan waktu dan cara persalinan bergantung pada usia kehamilan, kondisi serviks, dan kondisi ibu dan janin (ACOG, 2023; Magee et al., 2022):

- a) Eklamsia dengan usia kehamilan ≥ 34 minggu: Terminasi segera setelah kondisi ibu stabil.
- b) Eklamsia dengan usia kehamilan < 34 minggu: Pertimbangkan stabilisasi ibu terlebih dahulu, konsultasi spesialis fetomaternal; terminasi tetap diindikasikan bila kondisi ibu memburuk.

- c) Cara persalinan: Tidak ada kontraindikasi absolut persalinan pervaginam, namun sectio caesarea sering dipilih bila serviks tidak matang atau terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam

2.3 Sectio Caesarea (SC)

2.3.1 Pengertian Sectio Caesarea

Sectio caesarea (SC) atau bedah sesar adalah suatu prosedur bedah obstetri di mana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Prosedur ini dilakukan ketika persalinan pervaginam dianggap berisiko bagi ibu atau janin, atau ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan (Berghella, 2022).

Menurut WHO (2021), tingkat sectio caesarea yang ideal secara populasi berkisar antara 10-15%. Di bawah 10%, banyak kematian ibu dan neonatal yang dapat dicegah tidak tertangani; di atas 15%, tidak ada bukti manfaat tambahan. Indonesia sendiri mengalami tren peningkatan persalinan SC yang signifikan dalam dekade terakhir.

Definisi lain dari SC menurut Cunningham et al. (2022) dalam Williams Obstetrics adalah prosedur pembedahan yang paling umum dilakukan pada ibu hamil, yang melibatkan insisi melalui dinding abdomen anterior dan uterus untuk melahirkan janin setelah viabilitas tercapai.

2.3.2 Indikasi Sectio Caesarea

Indikasi SC dapat bersifat absolut (mutlak) atau relatif, serta dapat berasal dari kondisi ibu, janin, atau kombinasi keduanya (Cunningham et al., 2022; Berghella, 2022):

1) Indikasi dari Pihak Ibu

Disproporsi Sefalopelvik (CPD): Panggul sempit atau kepala janin terlalu besar untuk melewati jalan lahir, riwayat SC sebelumnya (khususnya insisi klasik/vertikal), plasenta previa totalis dan parsialis anterior, solusio plasenta dengan perdarahan berat, Preeklamsia berat/eklamsia dengan serviks tidak matang, gagal induksi persalinan, tumor jalan lahir yang menghalangi persalinan, vasa previa, herpes genitalis aktif, infeksi HIV dengan viral load tinggi, kelainan kardiovaskular atau paru yang berat.

2) Indikasi dari Pihak Janin

Gawat janin (fetal distress): Denyut jantung janin abnormal yang tidak membaik, presentasi bokong (terutama pada primigravida atau janin besar), presentasi lintang, makrosomia (berat janin $> 4000-4500$ gram), kehamilan multipel dengan janin pertama tidak dalam presentasi kepala, prolaps tali pusat, cedera janin akibat trauma.

2.3.3 Kontraindikasi Sectio Caesarea

Secara absolut, tidak ada kontraindikasi SC bila jiwa ibu atau janin dalam bahaya. Namun, kondisi berikut merupakan pertimbangan yang perlu diperhatikan (Berghella, 2022):

- 1) Koagulopati yang tidak terkoreksi (kontraindikasi relatif, bukan absolut dalam kedaruratan).
- 2) Janin yang tidak viable (usia kehamilan sangat muda dengan prognosis sangat buruk).

- 3) Kematian janin dalam kandungan tanpa indikasi ibu (persalinan pervaginam lebih dipilih).
- 4) Kondisi umum ibu yang sangat buruk tanpa persiapan yang memadai (perlu stabilisasi dulu).
- 5) Infeksi berat pada dinding perut (relatif, memerlukan pendekatan khusus).

2.3.4 Jenis-Jenis Sectio Caesarea

Berdasarkan jenis insisi yang digunakan, SC diklasifikasikan sebagai berikut (Cunningham et al., 2022; Dahlke et al., 2022):

- 1) SC Transversal Segmen Bawah Rahim (TSBR) / Low Transverse Caesarean Section (LTCS)

Merupakan jenis SC yang paling umum dilakukan saat ini. Insisi melintang (transversal) dilakukan pada segmen bawah rahim. Keunggulannya: perdarahan lebih sedikit, penyembuhan lebih baik, risiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih rendah (0,5-0,9%), adhesi lebih sedikit. Panjang insisi uterus biasanya 10-12 cm.

- 2) SC Vertikal (Klasik) / Classic Caesarean Section

Insisi vertikal (midline) pada korpus uteri. Dilakukan pada kondisi khusus: plasenta previa anterior, janin sangat prematur dengan segmen bawah yang belum terbentuk sempurna, presentasi lintang punggung di bawah, mioma yang menghalangi segmen bawah, kedaruratan yang membutuhkan eksposi maksimal. Risiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi (4-9%), memerlukan SC pada semua kehamilan berikutnya.

- 3) SC Transversal Fundal / Upper Segment Caesarean Section

Insisi transversal pada bagian atas uterus (fundus). Jarang dilakukan, biasanya pada kasus-kasus tertentu di mana SC klasik tidak memadai.

4) SC dengan Teknik Misgav Ladach (Modified Joel-Cohen)

Modifikasi dari teknik tradisional dengan pendekatan yang lebih minimal, meliputi insisi kulit Joel-Cohen (transversal 3 cm di bawah garis bikini), pembukaan fascia secara tumpul, tidak melakukan peritonisasi. Terbukti lebih cepat, perdarahan lebih sedikit, dan pemulihan lebih baik (Abalos et al., 2022).

2.3.5 Komplikasi Sectio Caesarea

SC membawa risiko komplikasi yang lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam, baik untuk ibu maupun bayi (Sandall et al., 2022; WHO, 2021):

1) Komplikasi pada Ibu

Komplikasi Intraoperatif:

Perdarahan masif: Atonia uteri, laserasi uterus yang tidak terkontrol, cedera vascular, Cedera organ sekitar: Vesika urinaria, ureter, usus besar, Reaksi anestesi: Hipotensi, aspirasi, blok spinal yang terlalu tinggi, Emboli air ketuban.

Komplikasi Postoperatif Jangka Pendek:

Infeksi luka operasi, endometritis, infeksi saluran kemih, Trombosis vena dalam (DVT) dan emboli paru, Parolitik ileus, Nyeri kronis, Perdarahan postpartum

Komplikasi Jangka Panjang:

Plasenta previa, plasenta akreta/inkreta/perkreta pada kehamilan berikutnya, Ruptur uteri pada kehamilan atau persalinan berikutnya, Pembentukan adhesi (perlekatan) rongga pelvis, Hernia insisional, Nyeri pelvis kronik.

2) Komplikasi pada Bayi

Gangguan adaptasi pernapasan (Transient Tachypnea of the Newborn/TTN), Sindrom Gawat Napas (Respiratory Distress Syndrome/RDS) pada bayi premature, Laserasi kulit janin (jarang, sekitar 2% pada SC elektif), Hipoglikemia neonatal, Peningkatan risiko asma dan alergi jangka panjang (perubahan mikrobioma).

2.4 Anestesi dalam Obstetri

2.4.1 Pengertian Anestesi

Anestesi berasal dari bahasa Yunani yang berarti 'tanpa rasa' (an = tidak; aisthesis = sensasi). Anestesi adalah kondisi reversibel yang ditandai dengan hilangnya rasa nyeri, biasanya disertai dengan hilangnya kesadaran, amnesia, analgesia, dan relaksasi otot, yang diinduksi oleh obat-obatan tertentu untuk memungkinkan dilakukannya prosedur medis atau bedah (Morgan et al., 2023).

Dalam konteks obstetri, anestesi memegang peran krusial dalam manajemen nyeri persalinan maupun untuk prosedur operatif seperti sectio caesarea, dilatasi dan kuretase, serta perbaikan laserasi. Pemilihan jenis anestesi pada ibu hamil memerlukan pertimbangan khusus mengingat perubahan fisiologis kehamilan yang memengaruhi farmakologi obat-obatan anestesi (Butterworth et al., 2023).

2.4.2 Jenis-Jenis Anestesi

1) Anestesi Umum (General Anesthesia)

Anestesi umum adalah kondisi ketidaksadaran yang diinduksi secara farmakologis yang bersifat reversibel, disertai hilangnya semua sensasi dan refleks pelindung. Dalam obstetri, anestesi umum dipilih pada kondisi

kontraindikasi anestesi regional atau kedaruratan yang membutuhkan tindakan segera (Butterworth et al., 2023).

Tahapan anestesi umum:

- a) Pemberian obat sebelum induksi (antasida, antagonis H₂ reseptor) untuk mengurangi risiko aspirasi asam lambung (Sindrom Mendelson).
- b) Propofol (2-2,5 mg/kg IV) atau ketamin (1-2 mg/kg IV) sebagai agen induksi.
- c) Teknik wajib pada ibu hamil untuk meminimalkan risiko aspirasi; suksametonium (1-1,5 mg/kg) adalah relaksan otot pilihan.
- d) Pemeliharaan: Gas inhalasi (sevofluran, isofluran, desfluran) dan opioid intravena.
- e) Pemulihan: Reversal blokade neuromuskular, ekstubasi setelah ibu sadar penuh

Risiko khusus anestesi umum pada ibu hamil:

- a) Aspirasi pulmoner (risiko lebih tinggi karena tekanan lambung meningkat dan tonus sfingter esofagus bawah menurun).
- b) Kesulitan intubasi (edema mukosa saluran napas, peningkatan vaskularitas).
- c) Awareness (kesadaran saat anestesi) akibat penggunaan konsentrasi rendah agen inhalasi untuk meminimalkan depresi janin

2) Anestesi Regional

Anestesi regional adalah teknik yang memblokir transmisi impuls saraf ke daerah tertentu tubuh tanpa menghilangkan kesadaran. Anestesi regional

merupakan pilihan utama untuk persalinan dan SC karena lebih aman bagi ibu dan bayi (Chestnut et al., 2023).

a) Anestesi Spinal (Subarakhnoid Block/SAB)

Injeksi obat anestesi lokal (bupivakain 0,5% hiperbarik 2-2,5 mL) langsung ke dalam ruang subarakhnoid (CSF) melalui pungsi lumbal biasanya di L3-L4 atau L4-L5. Onset cepat (3-5 menit), efek kuat dan prediktabel. Merupakan teknik paling umum untuk SC elektif (Carvalho & Mhyre, 2023).

Keuntungan: Onset cepat, blokade sensorik dan motorik yang lengkap, dosis obat minimal.

Kerugian: Durasi terbatas (2-3 jam), tidak dapat diperpanjang, risiko hipotensi lebih tinggi, sakit kepala pasca pungsi dural (PDPH).

b) Anestesi Epidural

Injeksi obat anestesi lokal (bupivakain 0,125-0,25%, ropivakain) ke dalam ruang epidural melalui kateter yang dimasukkan di L2-L3 atau L3-L4. Lebih sering digunakan untuk analgesia persalinan dan dapat ditingkatkan untuk SC bila diperlukan.

Keuntungan: Dapat diperpanjang sesuai kebutuhan, titrasi dosis, dapat dikonversi dari analgesia persalinan

Kerugian: Onset lebih lambat (15-20 menit), risiko toksisitas sistemik, kateter dapat berpindah posisi

c) Anestesi Kombinasi Spinal-Epidural (CSE)

Teknik: jarum spinal dimasukkan melalui jarum epidural, injeksi dosis spinal, kemudian kateter epidural dipasang. Digunakan untuk SC yang diperkirakan lama, atau analgesia persalinan dengan kemungkinan SC.

3) Anestesi Lokal

Injeksi obat anestesi lokal (lidokain, bupivakain) pada area terbatas untuk prosedur kecil seperti perbaikan laserasi perineum, episiotomi, atau tindakan minor lainnya. Blokade pudendal dan blokade serviks juga termasuk dalam kategori ini.

4) Analgesia Inhalasi

Penggunaan gas nitrogen oksida (N₂O) atau campuran N₂O 50% dengan oksigen 50% (*Entonox*) sebagai analgesik inhalasi selama persalinan. Memberikan analgesia sedang, onset cepat, dan ibu tetap sadar. Semakin banyak digunakan di beberapa negara sebagai pilihan non-invasif untuk nyeri persalinan.

5) Anestesi Eracs

ERACS (*Enhanced Recovery After Cesarean Section*) adalah protokol perioperatif berbasis evidence-based yang bertujuan menstandarisasi perawatan perioperatif pasien hamil, dengan mengurangi variabilitas dalam pelayanan. Protokol ini mencakup optimalisasi pelayanan antepartum, pelayanan intrapartum termasuk manajemen anestesi, serta pelayanan postpartum pasien rawat inap dan rawat jalan.

Protokol ERACS mencakup intervensi berbasis bukti yang dirancang untuk meningkatkan luaran ibu dan neonatus, pengalaman pasien, sekaligus mengurangi biaya pelayanan kesehatan.

Tujuan Utama ERACS :

- a) Menstandarisasi perawatan perioperatif pasien hamil.
- b) Mengurangi variabilitas dalam pelayanan kesehatan.
- c) Mempercepat pemulihan pasca seksio sesarea.
- d) Meningkatkan luaran kesehatan ibu dan janin.
- e) Menciptakan pedoman perawatan pasien berbasis evidence-based

Mendorong pasien kembali beraktivitas dalam waktu < 24 jam

Protokol ERACS melibatkan serangkaian perawatan dari persiapan preoperatif, intraoperatif, hingga perawatan pascaoperasi. Diperlukan kerjasama tim multidisiplin yang terdiri dari dokter obgyn, anesthesiologis, perawat, dan tim pendukung lainnya.

A. Fase Preoperatif

Intervensi Preoperatif:

- 1) Edukasi dan konseling pasien: informasi teknik dan tujuan operasi.
- 2) Skrining dan optimalisasi komorbid (hipertensi, diabetes, anemia, merokok).
- 3) Profilaksis antibiotik: sefalosporin generasi pertama, diberikan 60 menit sebelum insisi.
- 4) Tambahan azithromycin untuk operasi sesar non-elektif atau pasien obesitas.
- 5) Penilaian risiko dan stratifikasi pasien.
- 6) Optimalisasi status nutrisi dan status hidrasi

B. Fase Intraoperatif

Intervensi Intraoperatif:

- 1) Pencegahan hipotensi spinal (left lateral tilt / uterine displacement).

- 2) Pemeliharaan normotermia: infus saline hangat, pengaturan suhu ruangan.
- 3) Euvolemia: Menjaga keseimbangan cairan selama operasi.
- 4) Uterotonik optimal: oksitosin sebagai agen lini pertama untuk mencegah atonia uteri.
- 5) Analgesia multimodal:

Morfin intratekal untuk analgesia postoperative, parasetamol (diberikan pre/intraoperatif), OAINS intraoperative, Deksametason untuk optimalisasi analgesia multimodal.

- 6) Profilaksis antiemetik untuk mencegah mual-muntah

Boleh ada pendamping pribadi (jika tanpa anestesi umum dan atas permintaan pasien).

C. Fase Postoperatif

Intervensi Postoperatif:

- 1) Mobilisasi dini:

Angkat kaki dalam waktu 2 jam setelah pembiusan spinal, berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan 6 jam post-spinal anestesi, target mobilisasi penuh < 24 jam pasca operasi.

- 2) Manajemen nyeri: pembatasan opioid (gunakan dosis efektif terendah)
- 3) Pemulihan diet normal lebih cepat
- 4) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- 5) Monitoring luka operasi dan tanda-tanda infeksi
- 6) Pemantauan dan manajemen komplikasi

Di Indonesia, teknik ERACS telah mulai diterapkan dengan penekanan pada kerjasama tim multidisiplin. Implementasi mencakup serangkaian perawatan dari persiapan preoperatif, intraoperatif, hingga perawatan pascaoperasi.

2.4.3 Komplikasi Anestesi dalam Obstetri

Komplikasi anestesi dalam obstetri dapat berdampak pada ibu maupun janin (Chestnut et al., 2023; Butterworth et al., 2023):

1) Komplikasi Anestesi Spinal dan Epidural

- a) Hipotensi: Komplikasi paling umum (insidens 25-80%), akibat blokade simpatis. Diatasi dengan cairan kristaloid/koloid, efedrin 5-10 mg IV atau fenilefrin 50-100 mcg IV.
- b) Post-Dural Puncture Headache (PDPH): Sakit kepala pasca pungsi dural, ditandai sakit kepala postural yang membaik dengan berbaring. Diatasi dengan hidrasi, analgesik, kafein, atau epidural blood patch.
- c) Blok spinal yang terlalu tinggi (High Spinal): Ekstensi blokade ke atas level C3-C5 dapat menyebabkan apnea dan memerlukan ventilasi mekanik.
- d) Toksisitas sistemik obat anestesi lokal: Akibat injeksi intravaskular tidak disengaja, menyebabkan seizure dan aritmia kardiak.
- e) Retensi urine: Blokade saraf sakral menyebabkan kesulitan berkemih
- f) Infeksi: Meningitis atau abses epidural (jarang)

2) Komplikasi Anestesi Umum

- a) Aspirasi pulmoner: Komplikasi paling ditakuti, dapat menyebabkan pneumonitis kimia berat.

- b) Gagal intubasi: Insidens lebih tinggi pada ibu hamil (1:224 vs 1:2000 pada non-hamil).
- c) Hipertensi akibat respons laringoskopi.
- d) Kesadaran intraoperatif (awareness).
- e) Depresi neonatal: Akibat transfer obat anestesi melalui plasenta

2.5 Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Post Sectio Caesarea

2.5.1 Pengertian KIE

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam konteks pelayanan kesehatan adalah suatu proses penyampaian pesan yang bertujuan mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku sasaran menuju kondisi yang diinginkan sesuai dengan tujuan program kesehatan. KIE post SC adalah serangkaian informasi dan edukasi yang diberikan kepada ibu dan keluarga setelah tindakan sectio caesarea untuk mendukung pemulihan optimal dan mencegah komplikasi (Kemenkes RI, 2022).

Menurut teori *Health Belief Model (HBM)*, edukasi kesehatan yang efektif harus mempertimbangkan persepsi pasien terhadap kerentanan, keseriusan kondisi, manfaat tindakan, dan hambatan yang dihadapi. Pemberian KIE yang komprehensif terbukti meningkatkan kepatuhan pasien, mempercepat pemulihan, dan mengurangi angka readmisi rumah sakit (Meleis, 2022).

2.5.2 Perawatan Luka Operasi

Edukasi perawatan luka SC merupakan komponen krusial KIE post SC (Anderson et al., 2022):

- 1) Kebersihan luka: Luka operasi harus dijaga tetap bersih dan kering. Dianjurkan untuk membersihkan luka dengan air bersih dan sabun, kemudian dikeringkan dengan kain bersih.
- 2) Pemantauan tanda infeksi: Ibu diajarkan untuk mengenali tanda-tanda infeksi luka seperti kemerahan, bengkak, nyeri yang semakin berat, keluar cairan/nanah, dan demam (suhu $> 38^{\circ}\text{C}$).
- 3) Penggantian balutan: Balutan luka diganti sesuai petunjuk tenaga kesehatan, umumnya setiap 1-2 hari atau bila basah/kotor.
- 4) Aktivitas: Hindari mengangkat benda berat ($> 5 \text{ kg}$) selama 4-6 minggu pertama. Hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intraabdominal.
- 5) Pakaian: Gunakan pakaian longgar yang tidak mengiritasi bekas luka.
- 6) Kontrol luka: Jadwalkan kontrol untuk pemeriksaan luka dan pengangkatan jahitan (bila menggunakan benang non-absorbable) pada hari ke 5-7 pascaoperasi.

2.5.3 Manajemen Nyeri

Nyeri pascaoperasi yang tidak terkontrol menghambat mobilisasi dini dan menyebabkan komplikasi. Ibu perlu mendapat edukasi mengenai (Lavand'homme & Steyaert, 2022):

- 1) Skala nyeri: Ibu diajarkan menggunakan skala nyeri 0-10 (Numeric Rating Scale/NRS) untuk mengkomunikasikan tingkat nyeri kepada tenaga kesehatan.

- 2) Obat analgesik: Penjelasan tentang jenis, dosis, frekuensi, dan efek samping obat analgesik yang diberikan (parasetamol, NSAID, opioid bila perlu).
- 3) Non-farmakologi: Teknik pernapasan dalam, relaksasi, kompres hangat, dan posisi yang nyaman dapat membantu mengurangi nyeri.
- 4) Menyusui dan nyeri: Posisi menyusui yang tepat (football hold, side-lying) dapat mengurangi tekanan pada luka operasi.

2.5.4 Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pasca SC sangat dianjurkan untuk mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, emboli paru, dan pemulihan fungsi usus (Wrench et al., 2022):

- 1) 6-8 jam pasca SC: Ibu dianjurkan untuk mulai menggerakkan tungkai, mengubah posisi dari berbaring ke duduk dengan bantuan.
- 2) 8-12 jam pasca SC: Bila kondisi memungkinkan, ibu mulai berjalan dengan bantuan perawat atau keluarga.
- 3) 24 jam pasca SC: Sebagian besar ibu sudah dapat berjalan mandiri dengan hati-hati.
- 4) Teknik bangun dari tempat tidur: Ibu diajarkan teknik log roll (berguling ke samping dahulu sebelum duduk) untuk meminimalkan nyeri dan tekanan pada luka.

2.5.5 Perawatan Payudara dan Laktasi

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif tetap dianjurkan pada ibu post SC (WHO, 2023; Victora et al., 2022):

- 1) Inisiasi Menyusui Dini (IMD): IMD dapat dilakukan segera setelah SC, bahkan di kamar operasi, bila kondisi ibu dan bayi memungkinkan (kangaroo care atau skin-to-skin contact).
- 2) Posisi menyusui: Ajarkan berbagai posisi menyusui yang aman pasca SC; football hold dan side-lying position direkomendasikan untuk menghindari tekanan pada luka.
- 3) Produksi ASI: Meskipun SC dapat menunda produksi ASI, stimulasi dini melalui isapan bayi sangat penting. Hisapan bayi yang sering (8-12 kali per 24 jam) merangsang produksi prolaktin.
- 4) Perawatan puting: Ajarkan cara membersihkan dan merawat puting susu untuk mencegah mastitis.

2.5.6 Nutrisi Pascaoperasi

Nutrisi yang adekuat mendukung pemulihan luka dan pemulihan tenaga ibu (Wischmeyer et al., 2022):

- 1) Cairan: Mulai dengan air putih/teh hangat setelah bising usus terdengar (biasanya 6-8 jam pasca SC). Tingkatkan bertahap ke diet cair penuh.
- 2) Diet: Lanjutkan ke diet lunak, kemudian diet biasa dalam 24-48 jam bila toleransi baik. Hindari makanan yang menyebabkan gas berlebih.
- 3) Protein: Tingkatkan asupan protein (ayam, ikan, telur, tahu, tempe) untuk mendukung penyembuhan luka.
- 4) Zat besi: Konsumsi makanan kaya zat besi atau suplemen Fe untuk mencegah anemia pascaoperasi.
- 5) Hidrasi: Minimal 8 gelas air per hari, lebih banyak bila menyusui.

2.5.7 Kontrasepsi Pasca SC

Konseling kontrasepsi merupakan bagian penting KIE post SC mengingat jarak antar persalinan yang terlalu dekat meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan berikutnya (BKKBN, 2022; ACOG, 2022):

- 1) Interval persalinan: WHO merekomendasikan interval minimal 24 bulan (2 tahun) antara persalinan SC untuk memberikan waktu pemulihan uterus yang adekuat.
- 2) KB MAL (Metode Amenorea Laktasi): Efektif bila bayi disusui eksklusif, belum haid, dan bayi berusia < 6 bulan. Efektivitas > 98%.
- 3) Kontrasepsi hormonal: AKDR (IUD) dapat dipasang segera pasca SC (< 10 menit setelah plasenta lahir) atau ditunda 4-6 minggu. Implan dapat dipasang 6 minggu pasca SC.
- 4) Kontrasepsi non-hormonal: Kondom dapat digunakan sejak hari pertama pasca SC.
- 5) Tubektomi (MOW): Dapat dilakukan bersamaan dengan SC bila memenuhi syarat.

2.5.8 Tanda Bahaya Pascaoperasi

Ibu dan keluarga wajib diedukasi mengenai tanda-tanda bahaya yang memerlukan penanganan segera (Kemenkes RI, 2022; ACOG, 2022):

- 1) Perdarahan: Pengeluaran darah dari vagina atau luka operasi yang banyak (membasahi lebih dari satu pembalut dalam 1 jam).
- 2) Infeksi: Demam tinggi (> 38°C), kemerahan, pembengkakan, atau cairan keluar dari luka operasi.

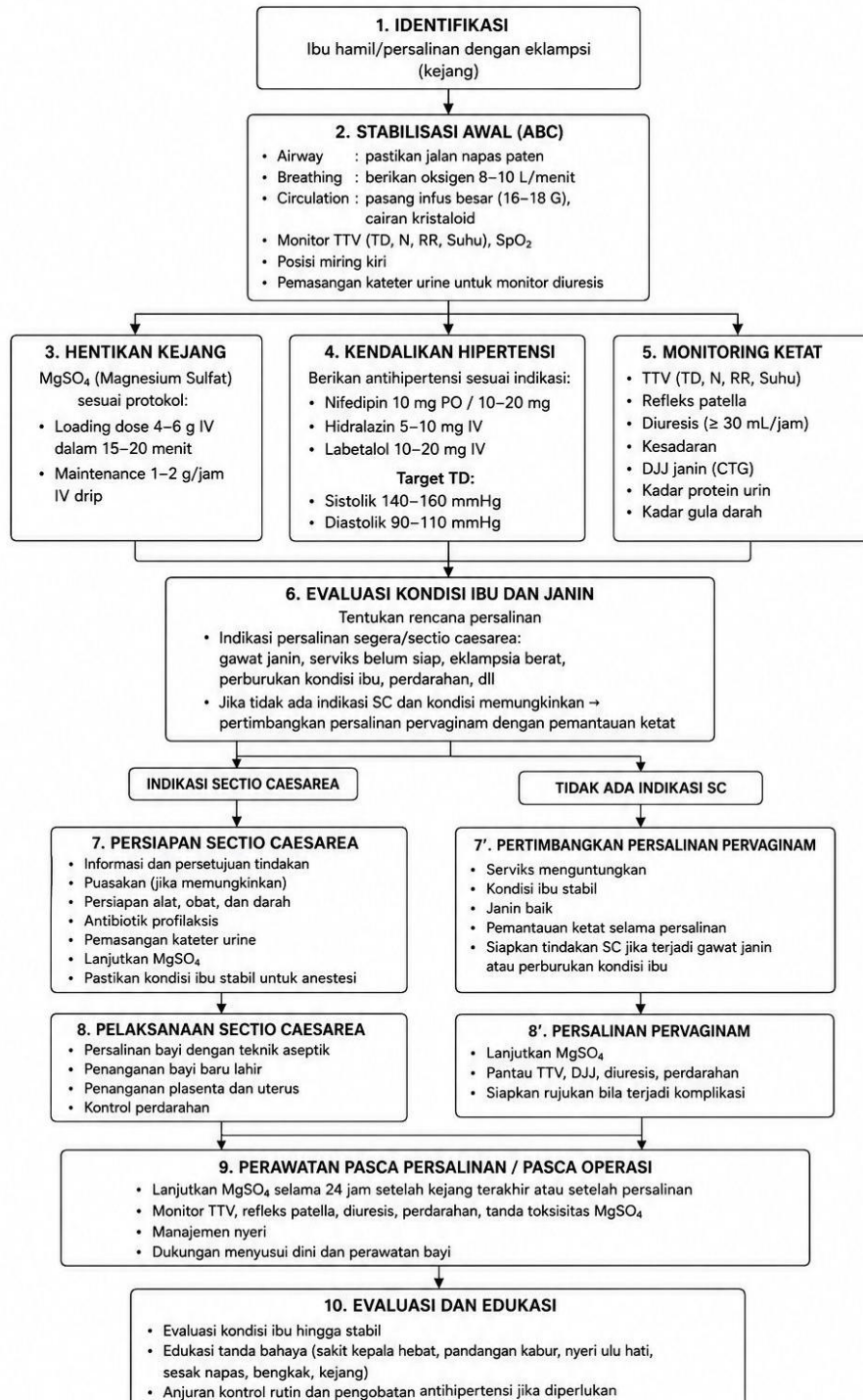
- 3) Tanda DVT: Pembengkakan, kemerahan, dan nyeri pada tungkai bawah.
- 4) Gejala emboli paru: Nyeri dada mendadak, sesak napas, batuk darah.
- 5) Retensi urine: Tidak dapat berkemih > 6 jam setelah kateter dilepas.
- 6) Tanda eklamsia: Kejang, sakit kepala hebat, pandangan kabur (pada ibu dengan riwayat hipertensi).
- 7) Mastitis: Payudara merah, bengkak, nyeri, disertai demam.
- 8) Baby blues/depresi postpartum: Perubahan mood yang berat, pikiran menyakiti diri atau bayi

2.5.9 Jadwal Kontrol dan Follow-up

Ibu post SC memerlukan pemantauan yang teratur untuk memastikan pemulihan berjalan optimal (ACOG, 2022; Kemenkes RI, 2022):

- 1) Kontrol pertama: 5-7 hari pasca SC untuk pemeriksaan luka operasi dan kondisi umum.
- 2) Kontrol kedua: 4-6 minggu pasca SC untuk pemeriksaan lengkap (tekanan darah, luka, payudara, uterus), konseling kontrasepsi, dan evaluasi kesehatan mental.
- 3) Pemeriksaan bayi: Jadwal kunjungan neonatal pada hari ke-3, ke-7, dan ke-28 setelah kelahiran.
- 4) Vaksinasi: Pastikan bayi mendapatkan vaksin BCG dan Hepatitis B sesuai jadwal.

2.6 Algoritma Penanganan Persalinan SC Dengan eklamsi



2.7 MATRIKS

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1.	Eklamsi	Eklamsi merupakan komplikasi serius dari preeklamsi yang ditandai dengan timbulnya kejang tonik-klonik yang bersifat mendadak dan tidak disebabkan oleh kondisi neurologis lain (seperti epilepsy) pada wanita yang	Faktor risiko eklamsi meliputi primigravida, obesitas, hipertensi kronik, dan riwayat eklamsi. Tanda gejalanya meliputi kejang, sakit kepala, gangguan penglihatan, oedema, hipertensi, oliguria. (Magee et al.,	Ny. A usia 24 tahun GIP0A0 usia kehamilan 41 1-42 minggu dirujuk ke RSUD dr Slamet Garut karena mengalami kejang dan hipertensi, merupakan primigravida dengan IMT 39 kg/m ² (Obesitas tipe II), mengalami hipertensi sejak	Penatalaksanaan eklamsi meliputi bebaskan jalan nafas, cegah cedera saat kejang, pemberian oksigen, MgSO ₄ , antihipertensi, pemantauan ketat ibu dan janin. (ACOG, 2023; WHO, 2023) (Duley et al., 2022; WHO, 2023)	Ny. A mendapatkan MgSO ₄ , oksigen, pemantauan TTV, diberikan terapi (nifedipin 3x10mg, dopamet 3x500mg, drip oxy 5 IU 20Tpm, eritromisin 250mg)	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Hasil pemeriksaan TD 150/90 mmHg, mengalami kejang, oedema seluruh tubuh, protein urine (+) sesuai dengan kriteria diagnose eklamsi. Tatalaksana yang diberikan kepada Ny. A diberikan

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		sebelumnya mengalami preeklamsi. Kondisi ini dapat terjadi antepartum (sebelum persalinan), intrapartum(saat persalinan), atau post partum(setelah persalinan) (Brown et al., 2022).	2022;NICE,2023)	usia kehamilan 8 bulan serta oedema seluruh tubuh. Pada pemeriksaan ditemukan TD 150/90MmHg, terdapat protein urine positif (+),pandangan buram,dan riwayat kejang.			MgSO ₄ ,antihipertensi sesuai dengan teori (ACOG,2023;WHO, 2023) (NICE, 2023; Magee et al., 2022; Verlohren et al., 2022)
2.	Sectio Caesarea	Sectio caesarea (SC) atau bedah	Plasenta previa totalis dan	Ny. A hamil 41-42 minggu dengan	Persiapan alat oprasi,persiapan	Ny. A disiapkan untuk dilakukan	Tidak terdapat kesenjangan antara

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
	(SC)	sesar adalah suatu prosedur bedah obstetri di mana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Prosedur ini dilakukan ketika persalinan pervaginam dianggap berisiko bagi ibu atau	parsialis anterior, solusio plasenta dengan perdarahan berat, Preeklamsia berat/eklamsia dengan serviks tidak matang, gagal induksi persalinan, tumor jalan lahir yang menghalangi persalinan, Vasa previa, Herpes genitalis aktif, Infeksi HIV	indikasi SC ibu yang eklamsi yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam, terdektesi gawat janin setelah pemeriksaan USG, kondisi ibu membutuhkan terminasi segera setelah stabil, tindakan SC dipilih sebagai upaya	pasien, persiapan obat-obatan anastesi emergensi, koordinasi tim bedah (SpOG, SpAn, Bidan)	tindakan SC sebagai upaya mempercepat terminasi kehmilan dan mencegah komplikasi lanjut karena Ny. A mengalami kejang berulang dan terdapat gawat janin setelah dilakukan USG, memberitahu	teori dan praktek tindakan sesuai dengan indikasi obstetric, SOP SC RSUD dr, SLAMET GARUT

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		janin, atau ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan (Berghella, 2022).	dengan viral load tinggi, Kelainan kardiovaskular atau paru yang berat. Dari pihak janin Gawat janin (fetal distress): Denyut jantung janin abnormal yang tidak membaik, Presentasi bokong (terutama pada primigravida atau janin besar), Presentasi lintang,	mempercepat terminasi kehamilan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.		keluarga tindakan yang akan di lakukan dan dan mengisi formulir informed concern	

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
			Makrosomia (berat janin > 4000-4500 gram), Kehamilan multipel dengan janin pertama tidak dalam presentasi kepala, Prolaps tali pusat, Cedera janin akibat trauma.				
3.	Anastesi dalam Obstetri	Anastesi berasal dari bahasa Yunani yang berarti 'tanpa rasa' (an = tidak;	Indikasi anastesi umum (general anesthesia) pada SC: Kontraindikasi	Ny.A menjalani tindakan oprasi dengan anastesi umum (General)	Pemantauan TTV secara ketat,pemantauan tingkat kesadaran,	Pascaoperasi, ibu dipindahkan ke ruang MHCU (Maternal High Care Unit) dan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, Penggunaan anastesi

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		aisthesis = sensasi). Anestesi adalah kondisi reversibel yang ditandai dengan hilangnya rasa nyeri, biasanya disertai dengan hilangnya kesadaran, amnesia, analgesia, dan relaksasi otot, yang diinduksi oleh obat-obatan tertentu untuk	anestesi regional (koagulopati, infeksi lokal, penolakan pasien) Kondisi darurat yang membutuhkan tindakan segera Kegagalan teknik anestesi spinal/epidural Risiko tinggi aspirasi Anestesi umum dipilih ketika	Anestesi umum dipilih karena: Kondisi darurat (eklamsia dengan kejang berulang),Dibutuhk an tindakan segera,Pasien dalam kondisi tidak sadar penuh sehingga anestesi regional tidak dapat dilakukan dengan aman	pemberian therapy obat sesuai advince dr SpOG, pemantauan di ruang pemulihan. (Butterworth et al., 2023; WHO, 2023)	mendapat terapi intensif: drip oksitosin 20 IU dalam RL 500 cc 20 tetes/menit sampai 24 jam post partum, MgSO4 40% maintenance dose hingga 24 jam post partum, cefotaxim 2x1, ketorolac 3x30 mg, metildopa 3x500 mg, dan	umum pada kasus darurat eklamsia sesuai dengan indikasi yang ditetapkan (Butterworth et al., 2023). Pemberian MgSO4 maintenance selama 24 jam postpartum sesuai rekomendasi WHO (2023) untuk mencegah kejang berulang pada eklamsia postpartum.

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		memungkinkan dilakukannya prosedur medis atau bedah (Morgan et al., 2023).	anestesi regional tidak aman atau tidak memungkinkan. (Butterworth et al., 2023; Morgan et al., 2023)			nifedipin 3x10 mg. Pemberian MgSO4 maintenance selama 24 jam post partum sesuai dengan rekomendasi (WHO,2023) untuk mencegah kejang berulang pada eklamsia postpartum.	(Butterworth et al., 2023; Morgan et al., 2023; WHO, 2023)
4.	KIE Post SC	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)	Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga	Ny. A diberikan KIE post SC karena: Merupakan	Perawatan luka, manajemen nyeri, mobilisasi dini,	KIE diberikan kepada Ny. A sejak hari ke-1	Tidak terdapat kesenjangan antara

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		dalam konteks pelayanan kesehatan adalah suatu proses penyampaian pesan yang bertujuan mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku sasaran menuju kondisi yang diinginkan sesuai dengan tujuan program kesehatan. KIE	tentang perawatan pasca-SC dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti: Infeksi luka operasi, Perdarahan postpartum, Gangguan laktasi /menyusui, Keterlambatan mobilisasi (Kemenkes RI, 2022; ACOG,	primigravida yang belum memiliki pengalaman perawatan nifas, Tindakan SC dilakukan dalam kondisi darurat sehingga belum ada konseling pra-operasi, Risiko komplikasi eklamsia postpartum masih harus dipantau, Membutuhkan edukasi tentang	laktasi/IMD, nutrisi, kontrasepsi pasca SC (KB MAL, AKDR, MOW), tanda bahaya, jadwal control (Kemenkes RI 2022; ACOG 2022; WHO 2023; Wrench et al. 2022).	pascaoperasi hingga hari pulang, meliputi: Mobilisasi dini (miring kanan/kiri, duduk, berdiri bertahap), Perawatan luka: cara merawat, tanda infeksi yang harus diwaspadai, Nutrisi: makanan bergizi	teori dan praktek KIE yang diberikan mencakup seluruh aspek yang direkomendasikan dalam panduan Kemenkes RI (2022), ACOG (2022), dan WHO (2023). Edukasi mobilisasi dini dan perawatan luka sesuai dengan prinsip ERACS (Enhanced Recovery After Caesarean

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based (Kesenjangan Teori & Praktek
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
		post SC adalah serangkaian informasi dan edukasi yang diberikan kepada ibu dan keluarga setelah tindakan sectio caesarea untuk mendukung pemulihan optimal dan mencegah komplikasi (Kemenkes RI, 2022).	2022)	perawatan luka, menyusui, dan tanda bahaya		untuk pemulihan dan produksi ASI, ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar, Tanda bahaya nifas (perdarahan, demam, nyeri hebat, bengkak), Jadwal control pascaoperasi	Section). (Kemenkes RI, 2022; ACOG, 2022; WHO, 2023; Wrench et al., 2022)

Tabel 2.7 MATRIKS

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.A Usia 24 Tahun G1P₀A₀

41-42 Minggu Parturien Dengan Eklamsi Di Ruang VK

RSUD dr Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2026

Nama Pengkaji : Ana Wasilah Annajwa Mardiana

Waktu Pengkajian : 07.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK RSUD dr Slamet Garut

A. Data Subjektif

Nama Istri : Ny. A

Nama Suami : Tn. Z

Umur : 24 Tahun

Umur : 25 Tahun

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kp.Cilongkrang 01/02 Sucinaraja

1. Identitas pasien

2. Alasan Datang

Ibu datang ke Puskesmas Garawangsa pada tanggal 22 Februari 2026

pukul 16.00 WIB, kemudian di rujuk ke RSUD dr Slamet Garut pukul

22.40 WIB atas indikasi PEB dan KPD, kemudian ibu datang ke Ruang Ponek pukul 23.10 WIB, kemudian dipindahkan ke Ruang VK pukul 00.00 WIB.

3. Keluhan utama

Ibu merasakan mules sejak kemarin (21 Februari 2026), tetapi belum sering. Pada tanggal 22 Februari 2026 keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 14.00 WIB. Kemudian ibu datang ke Puskesmas Garawangsa pukul 16.00 WIB dan harus dirujuk karena indikasi PEB dan KPD

4. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali menstruasi pada usia 13 tahun dengan siklus 28 hari. Lama haidnya 9 hari, banyaknya nya darah haid 3x Ganti pembalut/hari

5. Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama belum pernah keguguran. HPHT : 4-5-2025 dan TP : 11-2-2026. Ibu mengatakan pada TM I mengeluh mual muntah, Ibu pertama kali merasakan gerakan janin pada usia 16 minggu, gerakan janin bisa dirasakan 10x/hari dan dirasakan sampai sekarang. Ibu hanya mengonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan seperti asam folat diminum pagi hari,,MMS diminum pada malam hari sampai TM II, kalsium dan asam folat pada TM III. Pada TM II ibu sempat mengalami hipertensi diberikan obat penurun hipertensi dan di evaluasi tekanan darah kembali normal. Dan pada TM III pada saat usia

8 bulan ibu hipertensi lagi yang turun naik dan seluruh tubuh ibu bengkak. Ibu datang ke Ruang bersalin dari Ruang PONEK tanggal 23 Februari 2026 pukul 00.00 WIB dengan keluhan sudah keluar air-air dari jalan lahir sejak 10 jam yang lalu dan lendir bercampur darah, merasakan tegang pada perut sejak 1 hari yang lalu tetapi belum merasakan mules, ibu mengatakan masih merasakan gerakan janin yang aktif, dan didapatkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, didapatkan TTV TD 150/90 MmHg, N 83x/m, R 23x/m, S 37°C, dilakukan induksi persalinan pukul 01.20 WIB (23 Februari 2026). Selama kala I berlangsung, ibu mengalami kondisi yang mulai tidak terkendali. Ibu merasa cemas dan gelisah serta terus-menerus mengejan sehingga, ketika dilakukan observasi, terkadang ditemukan DJJ yang irregular, dan ibu tiba-tiba kejang pukul 13.00 WIB.

b) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit yang berhubungan dengan reproduksinya, seperti : mioma, kista, dll.

6. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit berat seperti jantung, asma, dan TBC.

b) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan di keluarga tidak ada yang menderita penyakit berat atau menular.

7. Riwayat kontrasepsi yang pernah digunakan

Ibu sebelumnya tidak menggunakan KB apapun

8. Riwayat psikososial

a) Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan menikah pada usia 22 tahun dan suami usia 24 tahun

Ibu dan suami ini merupakan pernikahan pertama

b) Respon ibu dan keluarga pada persalinan ini

Ibu dan keluarga sangat merespon dengan baik

c) Pengambil keputusan

Ibu mengatakan bahwa suami yang mengambil keputusan dalam keluarga dalam mengenai hal apapun

9. Riwayat kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 2x/hari dengan menu bervariasi serta ada pantangan makanan seperti seafood, dan minum 7-8 gelas/hari. Ibu juga selalu makan makanan sampingan.

b) Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 6-7x/hari kadang tidak menentu warna kuning, dan BAB 2x/minggu dengan konsistensi lembek dan tidak ada keluhan

c) Pola Istirahat

Ibu mengatakan istirahat secukupnya, tidur malam 7-8 jam dan tidur siang 30menit-1 jam

d) Aktivitas sehari-hari

Ibu setiap hari hanya melakukan pekerjaan rumah tangga

e) Personal Hygiene

Ibu biasa mandi 2x/hari, dan selalu mengganti pakaian sehabis mandi.

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 150/90 Mmhg

Nadi : 83x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,6°C

Spo2 : 95%

3) Antropometri

BB sebelum hamil : 72 Kg

BB saat Hamil : 97 Kg

Tinggi badan : 157 Cm

IMT : 39 (obesitas tipe II)

Lila : 37 Cm

LP : 114 Cm

4) Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
- b. Muka : Bersih, terdapat oedema, tidak pucat.
- c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda pandangan sedikit buram
- d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
- f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan
- h. Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
- i. Abdomen
 - Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum.
 - Palpasi : Tfu : 36 cm

- Leopold I : Di fundus teraba bagian bulat tidak melenting
- Leopold II : Teraba bagian besar janin keras, datar, memanjang di sebelah kanan dan bagian-bagian kecil di sebelah kiri
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat, melenting, sudah masuk PAP.
- Leopold IV : Divergen 3/5
- : TBBJ : $(36-11) \times 155 = 3.875$ gram
- : DJJ: 141 x/menit Regular
- j. Ekstremitas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, terdapat atas oedema, jari lengkap, tangan kanan terpasang infus berisi drip oxy 5 IU dan sebelah kiri berisi MgSO₄ 40% 15 tetes/menit.
- k. Ekstremitas : Kaki simetris, terdapat oedema, kuku bersih dan tidak bawah pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella (+)
- l. Genetalia : v/v T.a.k , terpasang DC, porsio tebal lunak, ketuban (-), pembukaan 4cm , presentasi kepala, H-III HIS 3x10'x30"

5) Pemeriksaan penunjang

HB	: 16 gr/dl	HIV/AIDS	: Negatif
Protein urine	: + (Hasil leb PKM)	Sypillis	: Negatif
Glukosa urine	: Negatif	HbsAg	: Negatif
Gol Darah	: A+		

C. Analisa

G1P0A0 41- 42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan Eklamsi

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Memberi dukungan psikologis dan spiritual kepada ibu

Evaluasi : Ibu merasa tenang

- 3) Memberikan terapi sesuai advis dokter SpoG

Evaluasi : berikan terapy (nifedifin 3x10mg, dopamet 3x500mg, drip oxy
5 IU 20Tpm, eritromisin 250mg)

- 4) Melakukan observasi TTV

Evaluasi : observasi jam 11.00 wib TD : 159/90 MmHg, N: 89x/menit, R:
25x/m, S 36,7C, Spo2 : 95%

- 5) Mengobservasi DJJ dan kemajuan persalinan

Evaluasi : Jam 11.00 Obs DJJ : 130x/menit, HIS 4x10'40", Pembukaan 7

- 6) Mengajarkan ibu untuk miring kiri atau miring kanan

Evaluasi : ibu mengerti dan melakukan nya

- 7) Mengajarkan ibu untuk Tarik nafas di sela-sela mules

Evaluasi : ibu mengerti dan melakukan nya

- 8) Melakukan pendokumentasian SOAP

Evaluasi : Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

- 9) Mempersiapkan alat persalinan

Evaluasi : Sudah di siapkan

Pada jam 13.00 WIB ibu kejang dan dilakukan penanganan eklamsi O2 di tambah menjadi 10Lpm, ibu di miring kirikan kemudian di berikan MgSO4 40% 4 gram di jadikan 20cc diberikan IV bolus

Terminasi: Rencana terminasi kehamilan (*sectio caesarea*) segera setelah pasien stabil.

Setelah operasi selesai, ibu kembali mengalami kejang post-SC, yang menunjukkan eklamsia post partum. Ibu kemudian mendapatkan penatalaksanaan eklamsia post partum. Ibu dipindahkan ke ruangan Intensive Care Unit (ICU) untuk mendapatkan perawatan intensif hingga kondisi hemodinamik dan neurologis stabil.

JAM	DJJ	PD	KET	HIS	TD	N	R	S
07.00	141	4	(-)	3x10'30"	150/90	83x/m	23x/m	36,6°C
07.30	140							
08.00	151		(-)	3x10'30"				
08.30	130							
09.00	140		(-)	3x10'30"				
09.30	130							
10.00	128		(-)	3x10'40"				
10.30	120							
11.00	130	7	(-)	4x10'40"	159/90	89x/m	25x/m	36,7°C
11.30	120							
12.00	129		(-)	4x10'45"				
12.30	130							
13.00	128	10	(-)	4x10'45"				

Observasi Kala I

Table 3.1 Observasi kala I

Perkembangan kala II

Tanggal : 23 Februari 2026

Waktu : 13.00 WIB

A. Data subjektif

Keadaan umum ibu lemah Kesadaran Soporosis

B. Data objektif

Dilakukan USG, terjadi gawat janin dan segera dilakukan SC oleh dr SpOG

C. Analisa

Ny. A usia 24 Tahun G1P0A0 41-42 minggu inpartu kala II dengan SC

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan dilakukan sc
Evaluasi : Ibu di dorong ke ruang OK
- 2) Memberikan antibiotic profilaksis sesuai intruksi dokter SpOG sebelum insisi
(cefazolin 1-2 g IV)
Evaluasi : Ibu dilakukan skin test di Ruang VK sebelum ke Ruang OK
- 3) Ibu di persiapkan untuk dilakukan SC
Evaluasi : Ibu dilakukan persiapan untuk dilakukan SC
- 4) Memasang IV line dan memberikan cairan infus RL/NaCl 0,9% serta memastikan akses vena adekuat
Evaluasi : Ibu terpasang infus 2 line
- 5) Memasang kateter urine (foley catheter) untuk memantau produksi urine selama dan setelah operasi
Evaluasi : Ibu terpasang Dc

- 6) Memantau tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, nadi, resfipasi, suhu, saturasi oksigen) secara ketat

Evaluasi : Ibu dipasang alat monitor

- 7) Memberikan oksigen nasal kanul 5 Lpm atau masker sesuai kondisi, dengan kesadaran ibu soporous

Evaluasi : Oksigen terpasang , saturasi terpantau

- 8) Berkolaborasi dengan dr anastesi untuk pemilihan jenis anastesi

Evaluasi : Jenis anastesi ditentukan oleh dr anastesi

- 9) Ibu dilakukan disinfeksi area insersi

Evaluasi : dilakukan disinfeksi di area simfisis sampai perut

- 10) Ibu dilakukan operasi oleh dr SpOG, di dampingi perawat anastesi dan mempersiapkan tim neonatologi/dr anak untuk resusitasi bayi

Evaluasi : Bayi lahir, dilakukan penilaian selintas dan resusitasi neonatus segera

- 11) Memantau perdarahan intraoperative dan kondisi ibu pascaoperasi di ruang pemulihan

Evaluasi : Ibu dipindahkan ke ruangan ICU karena kejang berulang

Setelah kondisi ibu sedikit stabil, ibu dipindahkan ke MHCU VK

RSUD dr. Slamet Garut untuk observasi lanjutan.

- 12) Mendokumentasikan seluruh tindakan yang telah dilakukan

Evaluasi : Dokumentasi lengkap tercatat.

Perkembangan kala IV

Tanggal : 23 Februari 2026

Waktu : 17.00 WIB

Tempat : Ruangan MHCU

A. Data subjektif

Pasien dijembut dari R.ICU sudah terpasang infus RL+MgSO₄ 10gr dan RL+ Analgetik kemudian di pasang Monitor (+), O₂ (+), DC (+)

B. Data objektif

Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Somnolen

TTV Tekaanan Darah : 150/90 MmHg

Nadi : 83x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

Spo₂ : 95%

Abdomen : Terdapat luka jahitan post sc

TFU 1 Jari dibawah pusat konsistensi keras

Kandung kemih terpasang DC Output 300cc

Perdarahan ±30cc

C. Analisa

Ny. A usia 24 tahun P1A0 post SC 3 jam

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu keluarga hasil pemeriksaan

Evaluasi : Keluarga mengetahui hasil pemeriksaan pasien dipasang alat observasi Monitor (+), O₂ (+), DC (+)

- 2) Therapy obat advice dr SpoG : Drip oxy 20 IU dalam RL 500cc 20 tpm s/d 24 jam post partum, MgSO₄ 40% maintenance dose hingga 24 jam pos partum, Cefotaxim 2x1, ketorolac 3x30 mg, metildopa 3x500 mg, nifedipin 3x10 mg, konsul neurologi terkait kejang dan kardiologi terkait hipertensi

Evaluasi : Therapy diberikan

Perkembangan hari ke-2

Tanggal : 24 Februari 2026

Waktu : 14.00 WIB

Tempat : MHCU VK

A. Data subjektif

Ibu mengatakan masih lemes dan linu dibagian perut

B. Data objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis,

TTV TD 130/80 MmHg, N 85x/m, R20x/m, S 36,6°C, Spo₂ 97%, Luka Jahitan

SC bersih, TFU: 1 Jari dibawah pusat konsistensi keras, Kandung kemih

terpasang DC Output 600cc, Perdarahan $\pm$ 30cc.

C. Pemeriksaan penunjang

Hb : 12,2 gr/dl
 Protein urine : (+)
 Tombosit : 128,000mm³
 Gol Darah : A+

D. Analisa

Ny. A 24 tahun P1A0 Post SC 1 Hari

E. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

- 3) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring kanan/miring kiri

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukan nya

- 4) Menganjurkan ibu untuk makan tinggi protein seperti telur rebus, ikan, daging, tahu, tempe, untuk mempercepat penyembuhan luka jaitan.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

- 5) KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, luka bernanah.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

- 6) Perawatan luka jahitan oleh tenaga kesehatan atau bidan 1x/hari

Evaluasi : Perawatan luka jahitan dilakukan oleh tenaga kesehatan

- 7) Therapy obat advis dr SpoG : Cefotaxim 2x1, ketorolac 3x30 mg, metildopa 3x500 mg, nifedipin 3x10 mg.

Perkembangan hari ke-3

Tanggal : 25 Februari 2026

Waktu : 14.00 WIB

Tempat : Agate Bawah

A. Data subjektif

Ibu mengatakan masih lemes dan linu dibagian perut

B. Data objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis, TTV TD 120/90MmHg, N85x/m, R20x/m, S36,6°C, Spo2 97%, Luka Jahitan bersih, TFU: 2 Jari dibawah pusat konsistensi keras, Kandung kemih terpasang DC Output 200cc, Perdarahan $\pm$ 20cc

C. Analisa

Ny. A 24 tahun P1A0 Post SC 2 Hari

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering

Evaluasi : Ibu mengerti

- 3) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring kanan/miring kiri, juga duduk

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukan nya

- 4) Menganjurkan ibu untuk makan tinggi protein seperti telur rebus, ikan, daging, tahu, tempe, untuk mempercepat penyembuhan luka jaitan.

Evaluasi : Ibu mengerti

- 5) KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, luka bernanah.

Evaluasi : Ibu mengerti

- 6) KIE perawatan bayi baru lahir

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

- 7) KIE pemberian ASI Eksklusif

Evaluasi : Ibu mengerti

- 8) Perawatan luka jahitan oleh tenaga kesehatan atau bidan 1x/hari

Evaluasi : Perawatan luka jahitan dilakukan oleh tenaga kesehatan

- 9) Rencana kunjungan ulang 2 minggu kemudian ke RS untuk control ke dr obgyn dan control saraf.

3.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada By Ny A Neonatus Cukup

Bulan Sesuai Usia Kehamilan Di Ruangan Perinatologi

RDUD dr Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2026
Waktu Pengkajian : 14.20 Wib
Tempat Pengkajian : R. Perinatologi
Pengkaji : Ana Wasilah Annajwa Mardiana

A. Data Subjektif

1) Identitas Bayi

Nama bayi : By Ny.A
Tanggal lahir : 23 Februari 2026
Jenis kelamin : Laki-laki

2) Identitas Orang Tua

Nama : Ny.A / Tn. Z
Umur : 24 / 25
Suku : Sunda
Agama : Islam
Pendidikan : SMA / SMA
Pekerjaan : IRT / Wiraswatsa
Alamat : Kp. Cilongkrang 02/01 Desa Sukalaksana Kecamatan
Sucinaraja

B. Data Objektik

1) Riwayat Pemeriksaan Khusus

Apgar Score Pertama : 6

Apgar Score ke dua : 8

2) Keadaan Umum Bayi Baru Lahir

Menangis : Kuat

Otot : Kuat

Warna Kulit : Kemerahan

3) Antropometri

BB : 3210 Gram LK : 34 Cm LP : 30 Cm

PB : 50 Cm LD : 32 Cm LILA : 11 Cm

C. Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan usia 0 Jam

D. Penatalaksanaan

1) Menjaga kehangatan bayi

Evaluasi : sudah dilakukan

2) Mengobservasi TTV, Warna Kulit dan pernafasan pada bayi di ruang perinatology

RSUD Slamet Garut

Evaluasi : Denyut jantung, respirasi, suhu

Catatan Perkembangan Asuhan Bayi Baru Lahir 2 Hari

Tanggal Pengkajian : 25 Februari 2026
 Waktu Pengkajian : 14.30
 Tempat Pengkajian : R. Perinatologi
 Pengkaji : Ana Wasilah Annajwa Mardiana

A. Data Subjektif

Bayi tidak ada keluhan, mau menyusu dan pergerakan aktif

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik Aktif

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda-Tanda Vital

Detak Jantung : 132x/menit

Respirasi : 45x/menit

Suhu : 36,9 °C

3) Antropometri

BB : 3250 Gram LK : 34 Cm LP : 30 Cm

PB : 50 Cm LD : 32Cm LILA : 11 Cm

4) Pamariksaan Fisik

Hidung : Simetris, Tidak Ada Fraktur, Lubang Hidung (+), Septum (+), Tidak Ada Pernafasan Cuping Hidung.

Dada : Simetris, Puting Susu (+), Tidak Ada Retraksi Dinding Dada

Abdomen : Simetris, Pergerakan Normal, Tidak Ada Perdarahan Tali Pusat, Tidak Ada Tanda Infeksi

Kulit : Warna Kulit Kemerahan, Turgor Kulit Normal.

C. Analisa

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Usia Kehamilan Usia 2 Hari

D. Penatalaksanaan

- 1) KIE kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayi

Evaluasi : Ibu mengerti

- 2) KIE kepada ibu pemberian ASI eksklusif sesering mungkin tanpa jadwal

Evaluasi : Ibu mengaerti

- 3) KIE kepada ibu tentang perawatan tali pusat

Evaluasi : Ibu mengerti

- 4) KIE kepada ibu kebersihan bayi

Evaluasi : Ibu mengerti

- 5) KIE tanta bahaya bayi baru lahir seperti tidak mau menyusui, Demam, Sesak, Kejang, Kulit kuning sampai telapak tangan/kaki, Tali pusat bernanah atau keluar darah

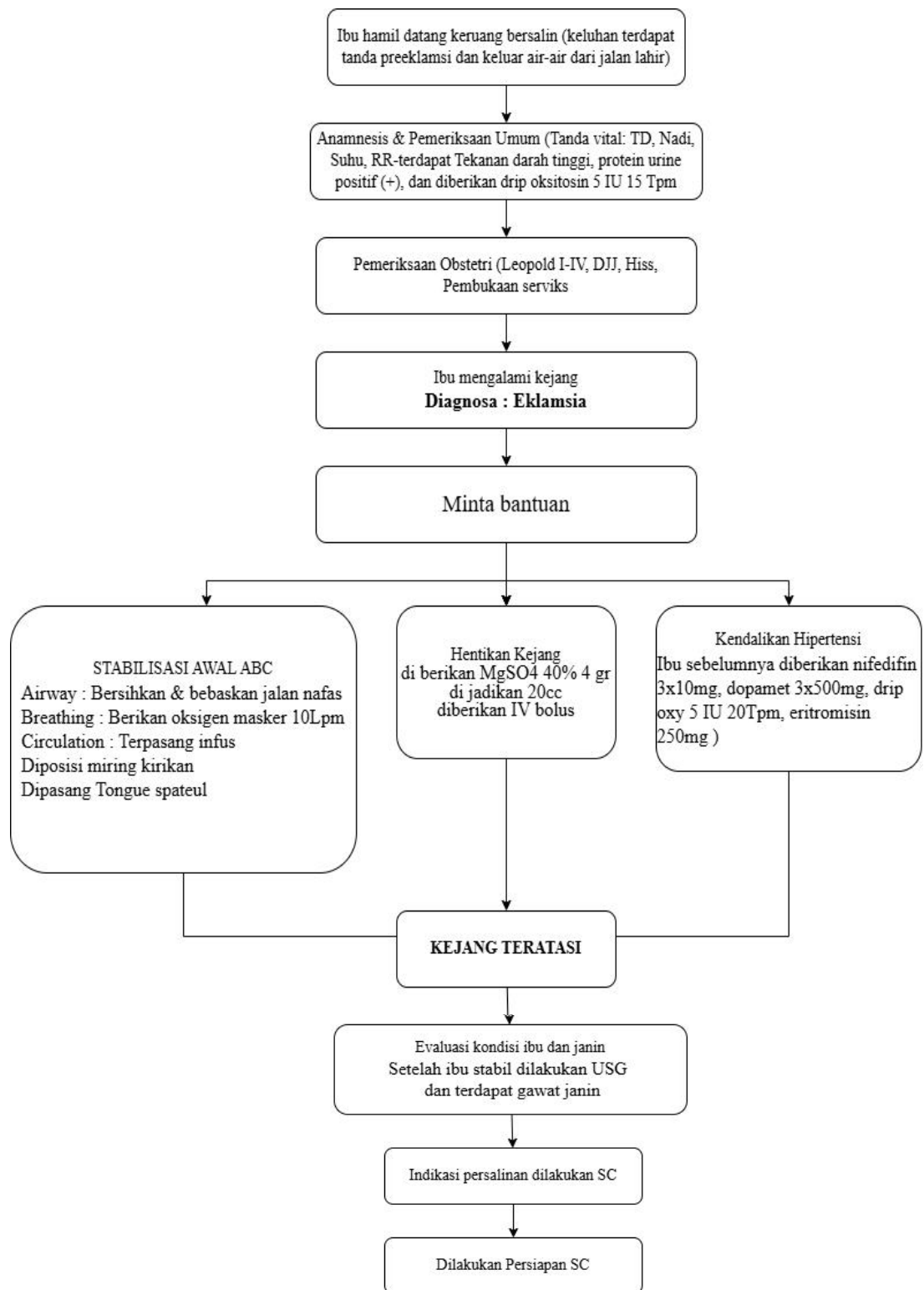
Evaluasi : Ibu mengerti

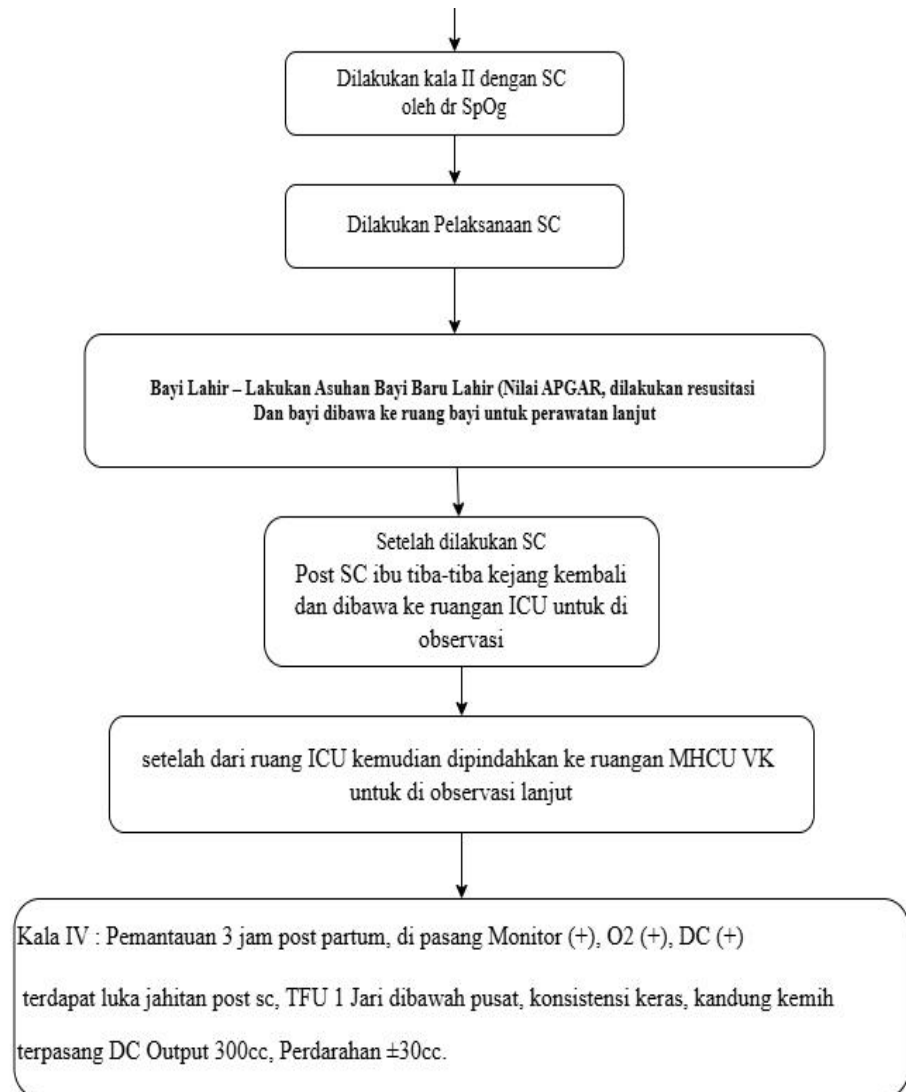
- 6) KIE kepada ibu imunisasi dan control bayi

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya.

3.3 Penatalaksanaan Kasus Kronologis Persalinan SC

Dengan Eklamsia Pada Ny. A





BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Data Subjektif

Pada pengkajian data subjektif, Ny. A usia 24 tahun G1P0A0 datang ke RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 22 Februari 2026 dengan keluhan mules sejak tanggal 21 Februari 2026 dan keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 14.00 WIB. Ibu sebelumnya datang ke Puskesmas Garawangsa pukul 16.00 WIB dan dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut pukul 22.40 WIB atas indikasi PEB dan KPD. Pada trimester III ibu mengalami hipertensi yang turun-naik dan seluruh tubuh mengalami edema.

Usia kehamilan Ny. A saat masuk yaitu 41-42 minggu, yang termasuk dalam kategori kehamilan aterm. Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2023)*, kehamilan aterm dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu TM awal (37–38 minggu), TM penuh (39 - 40 minggu), dan TM akhir (41 – 42 minggu). Usia kehamilan Ny. A yang mencapai 41-42 minggu masuk dalam kategori TM akhir hingga postterm, di mana risiko komplikasi maternal dan perinatal semakin meningkat, termasuk risiko terjadinya insufisiensi plasenta dan gawat janin. Kondisi aterm pada ibu dengan eklamsia semakin memperkuat indikasi untuk dilakukan terminasi kehamilan segera demi keselamatan ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2022).

Adapun tanda gejala yang dialami Ny. A kehamilan pertama, obesitas dengan IMT 39 kg/m², oedema seluruh tubuh, pandangan kabur, riwayat hipertensi dalam kehamilan dan terdapat protein urine yang positif (+). Hal ini sesuai dengan teori

yang dikemukakan oleh Magee et al. (2022) dan Verlohren et al. (2022) bahwa eklamsia ditandai dengan gejala-gejala prodromal seperti sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, mual muntah, edema berat, dan adanya riwayat hipertensi dalam kehamilan. Tanda dan gejala tersebut merupakan manifestasi klinis khas dari eklamsia yang didahului oleh preeklamsia berat. Menurut Cunningham et al. (2022), gejala prodromal eklamsia yang paling sering muncul adalah sakit kepala oksipital atau frontal, gangguan penglihatan seperti skotoma atau fotofobia. Gejala-gejala ini sebelum kejang terjadi menjadi tanda peringatan yang harus segera ditindaklanjuti oleh tenaga kesehatan.

Hipertensi dalam kehamilan pada Ny. A mulai terdeteksi pada trimester III, yaitu pada usia kehamilan sekitar 36-37 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa preeklamsia umumnya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, namun paling sering terdiagnosis pada trimester ketiga menjelang aterm. Menurut ISSHP (2022) dan Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI, 2023), hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg yang diukur dua kali dengan interval minimal 4 jam pada usia kehamilan ≥ 20 minggu. Pada primigravida seperti Ny. A, risiko terjadinya preeklamsia lebih tinggi dan cenderung berkembang lebih cepat menjadi eklamsia apabila tidak ditangani segera. Hipertensi yang tidak terkontrol sejak trimester III hingga mencapai usia aterm menjadi faktor utama yang memperburuk kondisi Ny. A dan berujung pada kejang eklamsia saat inpartu.

4.2 Pengkajian Data Objektif

Pada pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum ibu lemah dengan kesadaran compos mentis. Tingkat kesadaran merupakan parameter penting dalam penilaian awal pada kasus eklamsia, karena kejang yang berulang dapat memengaruhi status neurologis ibu. Menurut Cunningham et al. (2022), penilaian kesadaran pada pasien eklamsia harus dilakukan secara berkala menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) untuk memantau adanya penurunan kesadaran akibat edema serebral atau komplikasi neurologis lainnya. Kesadaran komposmentis pada Ny. A saat pengkajian menunjukkan bahwa fungsi serebral masih terjaga. Selain kesadaran, ditemukan tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 83x/menit, respirasi 23x/menit, suhu 36,6°C, dan SpO₂ 95%. Terdapat edema pada wajah, ekstremitas atas, dan ekstremitas bawah. Berat badan ibu 97 kg dengan IMT 39 (obesitas tipe II). Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan 4 cm, ketuban negatif, presentasi kepala, Hodge I, dengan HIS 3x10'x30".

Tekanan darah 150/90 mmHg yang ditemukan pada pengkajian ini termasuk dalam kategori hipertensi berat bersamaan dengan adanya protein urine dan riwayat kejang. Hipertensi pada Ny. A merupakan hipertensi dalam kehamilan yang berkembang setelah usia kehamilan 20 minggu, sesuai dengan kriteria preeklamsia menurut ACOG (2023) yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg yang muncul setelah kehamilan 20 minggu disertai proteinuria atau tanda kerusakan organ target. Tekanan darah pada kasus eklamsia dapat mencapai kategori berat apabila sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg. Meskipun tekanan darah Ny. A saat masuk tercatat 150/90 mmHg,

kondisi ini tetap mengindikasikan hipertensi bermakna yang memerlukan pemantauan dan intervensi farmakologis segera. Kondisi ini sesuai dengan definisi eklamsia menurut Brown et al. (2022) yaitu kejang tonik-klonik yang bersifat mendadak pada wanita yang sebelumnya mengalami preeklamsia. Denyut jantung janin 141x/menit saat masuk masih dalam batas normal, namun perlu pemantauan ketat mengingat kondisi eklamsia dapat memengaruhi sirkulasi uteroplasenta dan menyebabkan gawat janin sewaktu-waktu.

Pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 16 g/dl, protein urine positif (+), golongan darah A positif, dan hasil pemeriksaan infeksi (HIV/AIDS, Sifilis, HBsAg) negatif. Temuan protein urine positif ini sesuai dengan kriteria diagnostik eklamsia menurut ACOG (2023) dan ISSHP (2022) yang menyebutkan bahwa proteinuria merupakan salah satu tanda kerusakan organ target pada sindrom preeklamsia yang berkembang menjadi eklamsia.

Tidak ditemukan kesenjangan yang antara data objektif yang diperoleh dengan kriteria diagnosis eklamsi berdasarkan teori yang ada. Pengkajian data objektif telah dilakukan secara komprehensif sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

4.3 Analisa/Diagnosa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif, ditetapkan analisa G1P0A0 41-42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan eklamsi. Penulisan status obstetri G1P0A0 menggambarkan bahwa kehamilan ini merupakan kehamilan pertama tanpa riwayat persalinan maupun keguguran sebelumnya, sehingga Ny. A tergolong primigravida. Menurut Mol et al. (2022) dan NICE (2023), status

primigravida merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya preeklamsia yang dapat berkembang menjadi eklamsia dibandingkan dengan ibu multigravida. Kondisi Ny.A memenuhi kriteria diagnosa eklamsi antepartum karena kejang terjadi sebelum persalinan disertai tanda-tanda preeklamsia berat berupa hipertensi dan proteinuria. Penegakan diagnosa ini telah sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa eklamsia merupakan komplikasi serius dari preeklamsia yang ditandai dengan timbulnya kejang tonik-klonik pada wanita hamil dengan preeklamsia (ACOG, 2023).

Usia kehamilan 41-42 minggu yang melewati taksiran persalinan (TP: 11 Februari 2026) juga merupakan faktor yang memperberat kondisi ibu. Hal ini sesuai dengan teori (Cunningham et al,2022) bahwa kehamilan postterm dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal dan perinatal. Adanya eklamsia pada kehamilan lewat bulan ini semakin menguatkan indikasi untuk terminasi kehamilan segera setelah kondisi ibu stabil.

Analisa pada kasus ini berubah dan berkembang mengikuti perjalanan klinis Ny. A, mulai dari G1P0A0 41-42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan eklamsia, berubah menjadi inpartu kala II dengan indikasi sectio caesarea saat ditemukan gawat janin pasca kejang, kemudian menjadi P1A0 post SC yang terus dipantau perkembangannya hingga hari ketiga pascaoperasi. Perubahan analisa yang berkesinambungan ini sesuai dengan prinsip bahwa diagnosis kebidanan harus selalu diperbarui berdasarkan data terkini (Varney, 2020). Hal ini juga sejalan dengan teori Brown et al. (2022) yang menyatakan bahwa eklamsia dapat terjadi pada periode antepartum, intrapartum, maupun postpartum. Pada kasus Ny.

A, kejang pertama terjadi pada periode intrapartum (pukul 13.00 WIB saat kala I fase aktif), sedangkan kejang kedua terjadi pada periode postpartum segera setelah tindakan sectio caesarea, sehingga analisa yang ditegakkan turut mencerminkan eklamsia intrapartum yang berlanjut menjadi eklamsia postpartum.

Penetapan indikasi sectio caesarea pada Ny. A didasarkan pada kombinasi eklamsia yang tidak stabil disertai gawat janin hasil pemeriksaan USG. Kondisi ini sesuai dengan teori indikasi sectio caesarea menurut Cunningham et al. (2022) dan Dahlke et al. (2022) yang menyebutkan bahwa eklamsia dengan kegagalan stabilisasi kejang serta adanya kegawatan janin merupakan indikasi absolut untuk dilakukan terminasi kehamilan segera melalui sectio caesarea, tanpa menunggu pembukaan lengkap, guna mencegah morbiditas dan mortalitas ibu maupun janin.

Tidak terdapat kesenjangan antara diagnosa yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut dengan teori yang berlaku. Diagnosa telah ditegakkan berdasarkan data yang akurat dan komprehensif, serta sesuai dengan standar diagnosa eklamsi yang ditetapkan oleh (ACOG, 2023) dan (Cunningham et al, 2022).

4.4 Pelaksanaan Asuhan

Pelaksanaan asuhan pada kala I diawali dengan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga serta memberikan dukungan psikologis dan spiritual. Tindakan ini sejalan dengan filosofi asuhan sayang ibu yang menekankan hak pasien untuk memperoleh informasi dan dukungan emosional selama proses persalinan (WHO, 2022). Selanjutnya, Ny. A diberikan terapi sesuai advis dokter SpOG berupa nifedipin 3x10 mg dan metildopa (dopamet)

3x500 mg sebagai antihipertensi, drip oksitosin 5 IU 20 tpm untuk induksi persalinan atas indikasi ketuban pecah dini, serta eritromisin 250 mg sebagai profilaksis infeksi. Pemberian nifedipin dan metildopa sebagai antihipertensi lini pertama pada kehamilan telah sesuai dengan rekomendasi ACOG (2023) dan NICE (2023), sehingga tidak ditemukan kesenjangan pada aspek ini.

Observasi tanda-tanda vital dan denyut jantung janin dilakukan secara berkala mengikuti perkembangan persalinan, disertai anjuran posisi miring kiri/kanan dan teknik relaksasi napas dalam di sela kontraksi. Pemantauan ketat ini sesuai dengan standar asuhan pada ibu dengan preeklamsia berat yang berisiko tinggi mengalami perburukan mendadak, sedangkan dukungan posisi dan teknik relaksasi merupakan bagian dari asuhan sayang ibu yang terbukti membantu kenyamanan ibu selama persalinan (Bohren et al., 2022).

Pada pukul 13.00 WIB, ketika Ny. A mengalami kejang, dilakukan penanganan kegawatdaruratan eklamsia berupa peningkatan pemberian oksigen menjadi 10 liter per menit, pemosisian ibu miring kiri untuk mencegah aspirasi, serta pemberian MgSO₄ 40% dosis awal (loading dose) 4 gram yang diencerkan menjadi 20 cc dan diberikan secara bolus intravena. Penatalaksanaan ini pada dasarnya sesuai dengan protokol Duley et al. (2022) dan WHO (2023) yang merekomendasikan pemberian MgSO₄ sebagai obat pilihan utama untuk mencegah dan mengatasi kejang eklamsia.

Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek saat pemberian MgSO₄ post SC maintenance menurut teori (Duley et al., 2022; WHO, 2023) yang harusnya 1-2 gram sedangkan di RSUD dr. Slamet Garut memakai 10 gram.

Rencana terminasi kehamilan melalui *sectio caesarea* segera dilaksanakan setelah kondisi ibu relatif stabil. Persiapan operasi meliputi pemberian informasi kepada ibu dan keluarga, pemberian antibiotik profilaksis, pemasangan dua jalur infus, pemasangan kateter urine untuk memantau produksi urine, pemantauan tanda-tanda vital secara ketat, pemberian oksigen, kolaborasi dengan dokter anestesi untuk penentuan jenis anestesi, tindakan disinfeksi area operasi, hingga pelaksanaan operasi yang didampingi tim neonatologi untuk kesiapan resusitasi bayi. Rangkaian persiapan ini telah sesuai dengan standar persiapan *sectio caesarea* emergensi menurut Cunningham et al. (2022) dan Berghella (2022), sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek pada tahap ini.

Setelah operasi selesai, Ny. A kembali mengalami kejang yang menandakan terjadinya eklamsia postpartum, sehingga ibu dipindahkan ke ruang Intensive Care Unit (ICU) untuk mendapatkan perawatan intensif hingga kondisi hemodinamik dan neurologis stabil. Kondisi ini sejalan dengan teori Brown et al. (2022) dan Cunningham et al. (2022) bahwa risiko kejang berulang pada eklamsia tetap dapat terjadi hingga 48 jam pascapersalinan, sehingga pemantauan ketat tidak boleh dihentikan meskipun terminasi kehamilan telah dilakukan. Peran bidan dalam kondisi ini adalah melakukan deteksi dini, berkolaborasi, dan merujuk segera kepada tim medis yang lebih kompeten, sesuai dengan kewenangan bidan dalam kegawatdaruratan maternal.

Setelah kondisi mulai stabil, ibu dipindahkan ke ruang Maternal High Care Unit (MHCU) dan mendapatkan terapi lanjutan berupa drip oksitosin, MgSO₄

sebagai dosis rumatan (maintenance dose), serta antibiotik, analgetik, dan antihipertensi sesuai advis dokter SpOG. Pada tahap ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik, yaitu pada dosis MgSO₄ yang diberikan. Menurut (Duley et al,2022) dan WHO (2023), dosis rumatan MgSO₄ pascapersalinan/pascaoperasi seharusnya diberikan sebesar 1-2 gram per jam melalui infus kontinu menggunakan syringe pump hingga 24 jam setelah kejang terakhir, untuk mengontrol kecepatan pemberian dan mencegah risiko toksisitas magnesium. Namun pada kasus ini, MgSO₄ 40% diberikan dengan dosis rumatan sebesar 10 gram dalam cairan RL. Perbedaan dosis ini menunjukkan adanya kesenjangan yang signifikan antara standar teori dengan praktik yang dilaksanakan di rumah sakit. Meskipun demikian, tenaga kesehatan tetap melakukan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda toksisitas magnesium sulfat seperti refleks patella, frekuensi pernapasan, produksi urine, dan tingkat kesadaran, sebagai upaya deteksi dini.

Asuhan pada hari kedua dan ketiga pascaoperasi berfokus pada pemulihan ibu, meliputi anjuran mobilisasi dini secara bertahap (miring kanan/kiri hingga duduk), anjuran pola makan sedikit-sedikit tapi sering dengan asupan tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka, perawatan luka jahitan oleh tenaga kesehatan satu kali sehari, KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, KIE ASI eksklusif, serta perencanaan kontrol ulang dua minggu kemudian. Pelaksanaan ini telah sesuai dengan teori perawatan pascaoperasi sectio caesarea mengenai mobilisasi dini, nutrisi pascaoperasi, perawatan luka, dan komunikasi informasi edukasi (KIE) yang dikemukakan oleh Kemenkes RI (2022), sehingga tidak ditemukan kesenjangan pada aspek pelaksanaan asuhan masa nifas ini.

Asuhan pada bayi baru lahir meliputi upaya menjaga kehangatan bayi, observasi tanda-tanda vital, warna kulit, dan pernapasan, KIE pemberian ASI eksklusif sesering mungkin tanpa jadwal, KIE perawatan tali pusat, KIE kebersihan bayi, KIE tanda bahaya bayi baru lahir, serta KIE imunisasi dan kontrol ulang bayi. Rangkaian asuhan ini konsisten dengan prinsip dasar asuhan neonatal esensial yaitu perlindungan termal (thermal protection) dan inisiasi menyusui dini sebagaimana diatur dalam pedoman pelayanan bayi baru lahir Kemenkes RI (2022), sehingga pelaksanaan asuhan pada bayi tidak menunjukkan kesenjangan dengan teori yang ada.

4.5 Pendokumentasian

Seluruh asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. A didokumentasikan dalam format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning) yang merupakan standar pendokumentasian kebidanan. Pendokumentasian dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal pada tanggal 23 Februari 2026 pukul 07.00 WIB hingga perkembangan hari ke-3 pada tanggal 25 Februari 2026.

Format SOAP yang digunakan memungkinkan pemantauan perkembangan kondisi ibu secara kronologis dan terstruktur, mencakup observasi kala I, perkembangan kala II saat SC, perkembangan kala IV di ruang MHCU, serta asuhan pada hari ke-2 dan ke-3. Dokumentasi juga mencakup asuhan bayi baru lahir sejak lahir hingga hari ke-2. Pendokumentasian yang dilakukan sudah sesuai dengan standar rekam medis dan ketentuan dokumentasi kebidanan. Seluruh tindakan, terapi, dan evaluasi tercatat dengan jelas termasuk observasi tanda-tanda vital, pemantauan DJJ, kemajuan persalinan, serta respons ibu terhadap terapi

yang diberikan. Catatan perkembangan juga mencerminkan komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dalam tim multidisiplin yang menangani kasus ini.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian kepada Ny. A usia 24 tahun G1P0A0 parturien 41-42 minggu dengan eklamsi di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut tanggal 23-25 Februari 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan pengkajian data subjektif pada Ny. A diperoleh informasi bahwa ibu datang dengan keluhan mules sejak 21 Februari 2026 dan keluar air-air sejak pukul 14.00 WIB, serta dirujuk dari Puskesmas Garawangsa atas indikasi PEB dan KPD. Kemudian ibu mengalami kejang, Faktor risiko eklamsia yang ditemukan pada Ny. A adalah kehamilan pertama (nulipara) dan obesitas dengan IMT 39 kg/m². Riwayat hipertensi yang turun naik dan edema seluruh tubuh sejak trimester III merupakan tanda preeklamsia yang berkembang menjadi eklamsia.
- 2) Berdasarkan pengkajian data objektif pada Ny. A menunjukkan tekanan darah 150/90 mmHg, edema pada wajah dan ekstremitas, protein urine positif, pembukaan 4 cm. Pada pukul 13.00 WIB terjadi kejang dengan pembukaan lengkap dan ditemukan gawat janin berdasarkan pemeriksaan USG. Hasil pemeriksaan laboratorium mendukung diagnosa eklamsi. Kemudian Ny. A mengalami kejang berulang post SC.
- 3) Analisa yang ditegakkan adalah G1P0A0 41-42 minggu inpartu kala I fase aktif dengan eklamsi, yang kemudian berkembang menjadi indikasi terminasi

kehamilan melalui sectio caesarea atas indikasi eklamsia dengan gawat janin. Pasca SC, analisa berubah menjadi P1A0 post SC yang dipantau ketat di ruang ICU, kemudian pindah ke ruangan MHCU VK dan di ruang nifas.

- 4) Pelaksanaan asuhan berjalan sesuai rencana dengan penanganan cepat dan tepat saat terjadi kejang. Tindakan SC berhasil dilakukan dan bayi lahir dengan apgar score 6/8, berat badan 3.210 gram dalam kondisi yang dapat ditangani. Ny. A diberikan oksigen, MgSO₄ loading dose, antihipertensi), rencana terminasi kehamilan melalui SC, serta asuhan pascaoperasi yang meliputi terapi obat-obatan sesuai advice dr SpOG, pemantauan ketat tanda-tanda vital, dan KIE mencakup perawatan luka, nutrisi, mobilisasi dini, dan edukasi ASI eksklusif. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik saat pemberian MgSO₄ post SC maintenance menurut teori (Duley et al.,2022;WHO,2023) yang harus nya 1-2 gram sedangkan di RSUD dr. Slamet Garut memakai 10 gram.
- 5) Pendokumentasian asuhan kebidanan dilakukan menggunakan format SOAP dari awal pengkajian hingga perkembangan pada hari ke-3, yang terlampir sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan terhadap teori maupun praktik.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan, penulis ingin memberikan saran kepada berbagai pihak sebagai berikut:

- 1) Bagi Institusi

Diharapkan bagi pihak institusi pendidikan agar dapat melengkapi buku-buku

referensi dengan cetakan terbaru sehingga mahasiswa dapat memperoleh rangkuman materi dari sumber kepustakaan secara lengkap dan laporan ini dapat dijadikan bahan masukan informasi dan umpan, juga dapat melakukan penilaian sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat dengan mempraktekan dan mengimplementasikannya pada pasien atau klien secara langsung.

2) Bagi Bidan

Bidan diharapkan agar dapat selalu mempertahankan dan meningkatkan kompetensinya, sehingga dalam menerapkan asuhan kebidanan terhadap klien dapat sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

3) Bagi Klien

Diharapkan klien terus aktif dalam mencari informasi mengenai kesehatan diri dari tenaga kesehatan maupun dari media lainnya, juga dapat meningkatkan pemahaman mengenai kondisi kehamilan dan jenis persalinan yang akan dijalani untuk kehamilan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

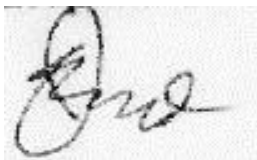
- Abalos, E., Addo, V., Brocklehurst, P., & El Sheikh, M. (2022). Caesarean section surgical techniques for women with previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Academic Pathology Journal. (2022). Thrombocytopenia in pregnancy: Pathophysiology, diagnosis, and management. *Academic Pathology*, 9(1), 100–112.
- ACOG. (2022). Optimizing postpartum care. ACOG Committee Opinion No. 666. *Obstetrics & Gynecology*, 140(4), e66–e77.
- ACOG. (2023). Gestational hypertension and preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstetrics & Gynecology*, 142(3), e65–e95.
- Alomedika. (2026). Eklamsia: Diagnosis dan tatalaksana. Diakses dari <https://www.alomedika.com>
- Anderson, J. E., Chang, A. S., & Paty, B. W. (2022). Wound care management after cesarean section. *Journal of Wound Care*, 31(5), 412–420.
- Bappeda Garut. (2023). Data penyebab kematian ibu dan bayi di Kabupaten Garut tahun 2023. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Garut.
- Berghella, V. (2022). Cesarean delivery: Surgical technique. UpToDate. Wolters Kluwer.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2022). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- BPS Provinsi Jawa Barat. (2023). Angka kematian ibu Provinsi Jawa Barat berdasarkan Long Form Sensus Penduduk 2020. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat.
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., & Bhutta, Z. A. (2022). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24–43.
- Butterworth, J. F., Mackey, D. C., & Wasnick, J. D. (2023). *Morgan & Mikhail's clinical anesthesiology* (7th ed.). McGraw-Hill Education.
- Carvalho, B., & Mhyre, J. M. (2023). Spinal anesthesia for cesarean delivery. UpToDate. Wolters Kluwer.

- Chapman, V., & Charles, C. (2021). *The midwife's labour and birth handbook* (4th ed.). Wiley-Blackwell.
- Chestnut, D. H., Wong, C. A., Tsen, L. C., Kee, W. D. N., Beilin, Y., & Mhyre, J. M. (2023). *Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice* (6th ed.). Elsevier.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Dahlke, J. D., Mendez-Figueroa, H., Rouse, D. J., Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2022). Evidence-based surgery for cesarean delivery: An updated systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(4), 294–306.
- Dinkes Provinsi Jawa Barat. (2024). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2023*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Duley, L., Gülmezoglu, A. M., Chou, D., & Dodd, J. M. (2022). Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Indonesian Journal of Health Science. (2025). Preeklampsia dan eklamsia: Dampak maternal dan perinatal. *Indonesian Journal of Health Science*, 7(1), 45–58.
- ISSHP. (2022). The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169.
- Kemenkes RI. (2022). *Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2023). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2022*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2024). *Data dan informasi profil kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lavand'homme, P., & Steyaert, A. (2022). Postoperative opioid analgesia: Time to reconsider its use. *Current Opinion in Anesthesiology*, 30(5), 621–628.
- Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., & Mol, B. W. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management

- recommendations for international clinical practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169.
- Meleis, A. I. (2022). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mochtar, R. (2022). *Sinopsis obstetri: Obstetri fisiologi, obstetri patologi (Edisi ke-3)*. EGC.
- Mol, B. W., Roberts, C. T., Thangaratinam, S., Magee, L. A., de Groot, C. J., & Hofmeyr, G. J. (2022). Pre-eclampsia. *Lancet*, 399(10322), 341–354.
- Morgan, G. E., Mikhail, M. S., & Murray, M. J. (2023). *Clinical anesthesiology (6th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- NICE. (2023). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management (NICE Guideline NG133)*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Oxorn, H., & Forte, W. R. (2020). *Ilmu kebidanan: Patologi dan fisiologi persalinan (Edisi revisi)*. Yayasan Essentia Medica.
- Pemkab Garut. (2025). *Data AKI dan AKB Kabupaten Garut tahun 2024: Disampaikan pada Musyawarah Cabang IBI Kabupaten Garut*. Pemerintah Kabupaten Garut.
- Permenkes. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Prawirohardjo, S. (2022). *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo (Edisi ke-4, cetakan ke-5)*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J. P., & Karumanchi, S. A. (2023). Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circulation Research*, 124(7), 1094–1112.
- RSUD dr. Slamet Garut. (2025). *Data kasus eklamsia dan angka kematian ibu tahun 2024*. Rekam Medis RSUD dr. Slamet Garut.
- Saifuddin, A. B. (2022). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (Edisi ke-2)*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., & Temmerman, M. (2022). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 392(10155), 1349–1357.

- Varney, H. (2020). Buku ajar asuhan kebidanan (Edisi ke-4, Vol. 1 & 2). EGC.
- Verlohren, S., Brennecke, S. P., Galindo, A., Karumanchi, S. A., Mirkovic, L. B., Schlembach, D., & Zeisler, H. (2022). Clinical interpretation and implementation of the sFlt-1/PlGF ratio in the prediction, diagnosis and management of preeclampsia. *Pregnancy Hypertension*, 27, 42–50.
- WHO. (2021). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
- WHO. (2022). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience (2nd ed.). World Health Organization.
- WHO. (2023). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. World Health Organization.
- Wischmeyer, P. E., Carli, F., Evans, D. C., Guilbert, S., Kozar, R., Pryor, A., & Thiele, R. H. (2022). American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative joint consensus statement on nutrition screening and therapy within a surgical enhanced recovery pathway. *Anesthesia & Analgesia*, 126(6), 1883–1895.
- Wrench, I. J., Allison, A., Galimberti, A., Radley, S., & Wilson, M. J. (2022). Introduction of enhanced recovery for elective caesarean section enabling next day discharge: A tertiary centre experience. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24(2), 124–130.

LAMPIRAN
SOP EKLAMSI

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr SLAMET	EKLAMSI		
	NO Dokumen : Kep/obg/003/06/2016	No Revisi :	Halaman 1/5
STANDAR PROSEDUR OPRASIONAL	Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan oleh Direktur RSUD dr Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Maskut Farid,</u> <u>MM</u> NIP. 19670625 199803 1 004	
PENGERTIAN	Eklamsi adalah kelainan akut pada preeklamsi ringan atau berat, dalam kehamilan, persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang dengan atau tanpa penurunan kesadaran (gangguan sistem saraf pusat). Eclampsia sine eclampsia adalah eklamsi yang ditandai dengan penurunan kesadaran tanpa kejang.		
TUJUAN	sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan eklamsi di ruangan rawat kebidanaan dan kandungan RSUD dr Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr Slamet Garut.		
PERSIAPAN ALAT			
PROSEDUR	Diagnosis : Penderita preeklamsi berat disertai kejang Anamnesis :		

	1. Umur kehamilan >20 minggu 2. Hipertensi 3. Kejang 4. Penurunan kesadaran 5. Penglihatan kabur 6. Nyeri kepala hebat 7. Nyeri ulu hati Pemeriksaan fisik 1. Kesadaran : Somnolen sampai koma 2. Tanda vital : Tekanan darah >140/90mmHg 3. Proteinuria minimal +1 4. Penurunan kesadaran tanpa disertai kejang Pemeriksaan penunjang : 1. Pemeriksaan Hb, Ht, Leukosit Trombosit, Urine lengkap, fungsi hati, fungsi ginjal. 2. Pemeriksaan foto rontgen thoraks 3. Pemeriksaan CT scan bila klien memungkinkan 4. Punksi lumbal, bila ada indikasi 5. Pemeriksaan elektrolit Na, K, Ca, dan Cl; kadar glukosa, Urea N, Kreatinin, SGOT, SGPT, analisa gas darah, asam urat untuk mencari penyebab kejang yang lain, atas indikasi 6. Pemeriksaan USG, KTG TERAPI Pengobatan medisinal : 1. Infus larutan ringer laktat 2. Pemberian obat : MgSO₄ Cara pemberian MgSO₄ sama dengan preeklamsi berat • Bila timbul kejang-kejang ulangan maka dapat diberikan 2g MgSO₄ 40% IV selama 2 menit, sekurang-kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir. Dosis tambahan 2 g hanya diberikan sekali saja. Bila setelah diberi dosis tambahan masih tetap kejang maka diberikan amobarbital 3-5 mg/kg/bb/iv pelan-pelan. Perawatan pasien dengan serangan kejang : • Dirawat dikamar isolasi yang cukup terang. • Masukkan sudip lidah ke dalam mulut pasien. • Kepala direndahkan : daerah orofaring dihisap. • Fiksasi badan pada tempat tidur harus cukup longgar guna menghindari fraktur. Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada : a. Oedema paru b. Payah jantung kongestif c. Oedema anasarka
--	--

	Antihipertensi diberikan sesuai dengan preeklamsi berat Kardiotonika : • Indikasi pemberian kardiotonika ialah, bila ada tanda-tanda payah jantung. • Perawatan dilakukan bersama dengan bagian penyakit jantung. Lain-lain : 1. Obat-obatan antipiretik • Diberikan bila suhu rektal diatas 38,5°C • Dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alkohol 2. Antibiotika • Diberikan atas indikasi 3. Anti nyeri • Bila pasien gelisah karena kontraksi rahim dapat diberikan petidin HCI 50-70 mg sekali saja. Pengobatan Obstetrik : Sikap terhadap kehamilan a. Sikap dasar : • Semua kehamilan dengan eklamsi dan impending eklamsi harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin. • Gejala impending eklamsi, adalah : Penglihatan kabur Nyeri ulu hati Nyeri kepala yang hebat b. Saat pengakhiran kehamilan • Terminasi kehamilan impending eklamsi adalah dengan pervaginam, seksio bila ada indikasi obstetri. Perawatan rumah sakit : Diperlukan perawatan diruang rawat intensif, dan ruang HCU (<i>High Care unit</i>), bila tersedia. Penyulit : Gagal ginjal, gagal jantung, oedema paru, kelainan pembekuan darah, perdarahan otak, kematian. Informed consen • Dilakukan <i>informed consent</i> pada setiap aspek tindakan, baik diagnostik maupun terapeutik, kecuali bila keadaan sudah sangat mengancam jiwa, Patologi anatomi : Tidak diperlukan Otopsi : dilakukan pada kasus kematian akibat eklamsi
--	--

	Catatan medik : Mencakup keluhan utama, gejala klinis, riwayat obstetri, pemeriksaan fisik & penunjang, terapi, operasi, perawatan, tindak lanjut, konsultasi, prognosis PENGobatan OBSTETRIK Sikap terhadap kehamilan 1. Sikap dasar Semua kehamilan dengan eklamsi dan impending eklamsi harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin. Sindrom HELLP Weinstein 1982, yang mula-mula menggunakan istilah HELLP syndrome untuk kumpulan gejala <i>hemolysis, Elevated liver enzym</i> dan <i>Low Platelets</i> yang merupakan gejala utama dari sindrom ini. Diagnosis laboratorium : • Hemolisis : ➢ Adanya sel-sel spherocytes, schistocytes, triangular, dan sel Burr pada apus darah perifer ➢ Kadar bilirubin total >1,2mg% • Kenaikan kadar enzim hati ➢ Kadar SGOT >70IU/L ➢ Kadar LDH >600IU/L • Trombosit <100x10³/mm³ Pengelolaan : Pada prinsipnya, pengelolaan terdiri dari : 1. Atasi hipertensi dengan pemberian obat antihipertensi (lihat pengelolaan preeklamsi berat) 2. Cegah terjadinya kejang dengan pemberian MgSO₄ (sesuai dengan preeklamsi) 3. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit 4. Pemberian transfusi trombosit apabila kadar trombosit <30.000/mm³ untuk mencegah perdarahan spontan. 5. Terapi konservatif dilakukan apabila umur kehamilan <34 minggu, tekanan darah terkontrol <160/110, diuresis normal (>30cc/jam), kenaikan kadar enzim hati yang tidak disertai nyeri perut kuadran atas kanan atau nyeri ulu hati. 6. Kortikosteroid di gunakan untuk pematangan paru janin. Deksametason 2x5mg (2 hari), Betametason 1x12mg (2 hari) 7. Dianjurkan persalinan pervaginam, kecuali bila ditemukan indikasi seperti : serviks yang belum matang (skor bishop <6), bayi prematur, atau ada kontraindikasi persalinan pervaginam.
--	--

8. Bila akan dilakukan operasi SC, kadar trombosit $<50.000/\text{mm}^3$ merupakan indikasi untuk melakukan transfusi trombosit.
9. Pemasangan drain intraperitoneal dianjurkan untuk mengantisipasi adanya perdarahan intraabdominal. Perawatan pascabedah di ICU atau HCU merupakan indikasi untuk monitor komplikasi gagal jantung kongestif dan sindroma distress pernafasan.

Penyakit : Sindrom HELLP, gagal ginjal, gagal jantung, oedema paru, kelainan pembekuan darah, perdarahan

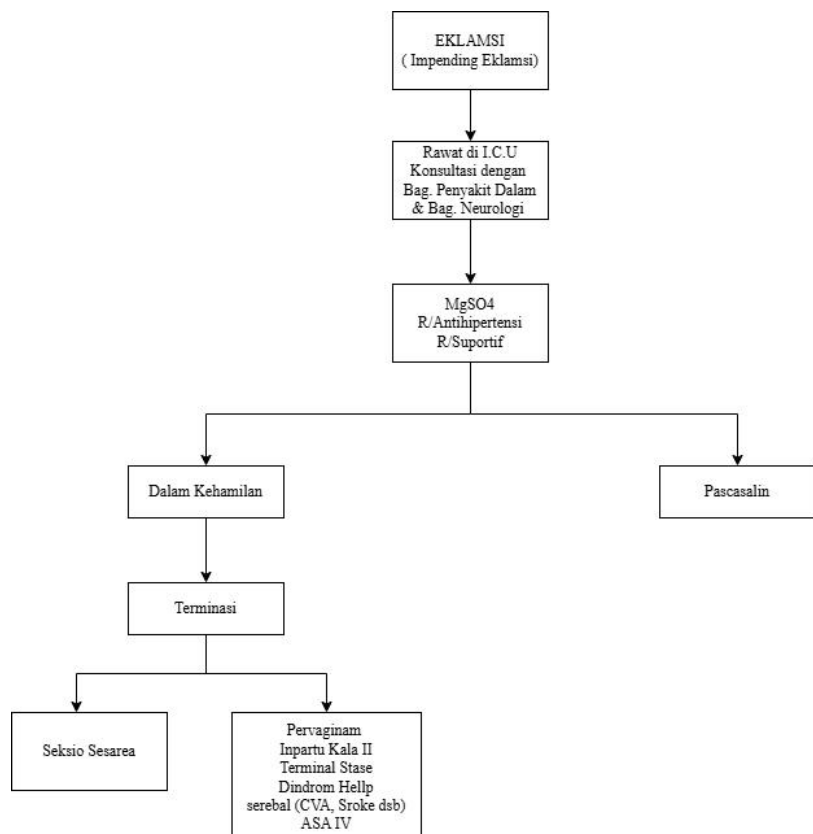
otak.

Konsultasi : Disiplin ilmu terkait (UPF Ilmu Penyakit Dalam, ICU, UPF Syaraf, UPF Mata)

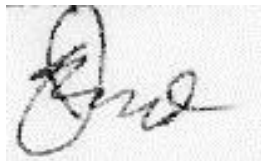
Izin Tindakan : Seksio sesarea, ekstraksi forceps embriotomi

Lama Perawatan : Lampiran protokol

Unit Terkait : 1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam
2. Neurologi
3. ICU/HCU
4. Departemen Anestesi
5. Departemen Ilmu Kesehatan Anak

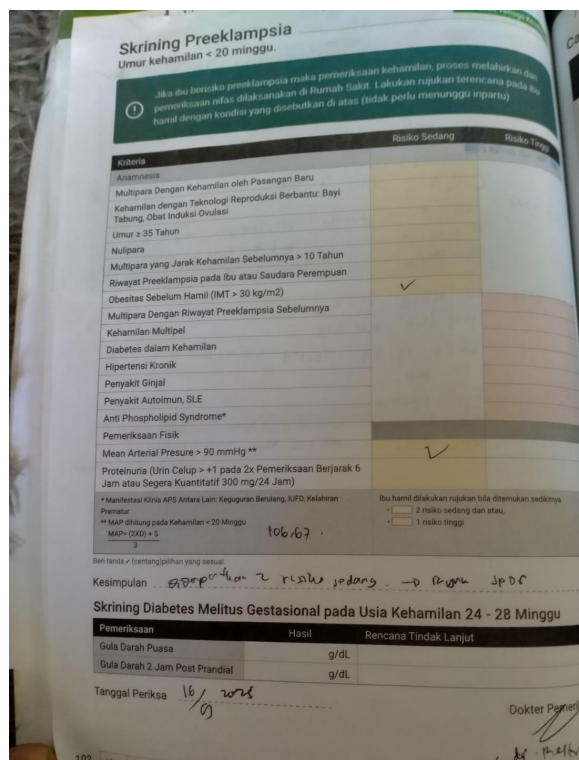
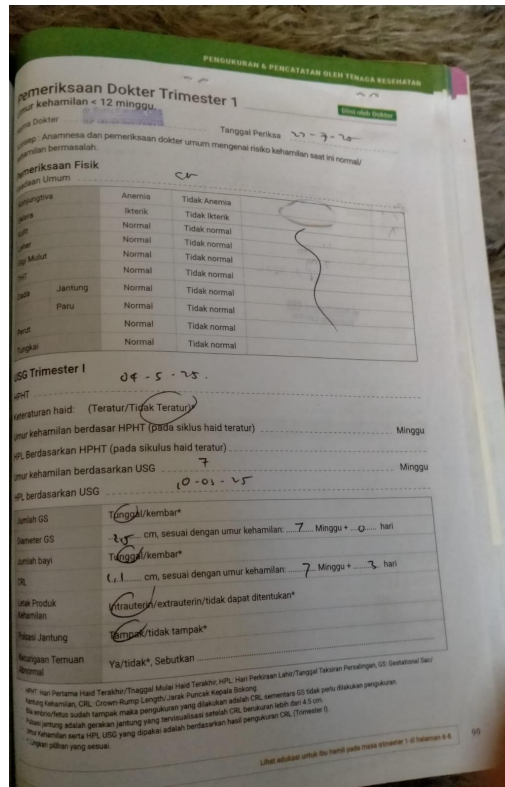


LAMPIRAN
SOP SEKSIO SESAREA

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr SLAMET	SEKSIO SESAREA		
	NO Dokumen : Kep/obg/003/06/2016	No Revisi :	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPRASIONAL	Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan oleh Direktur RSUD dr Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Maskut Farid, MM</u> NIP. 19670625 199803 1 004	
PENGERTIAN	Seksio Sesarea adalah suatu tindakan bedah untuk melahirkan janin dengan berat di atas 500 gr melalui sayatan yang masih utuh (intact)		
TUJUAN	sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien yang akan dilakukan tindakan Seksio Sesarea di ruangan Bedah RSUD dr. Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. ,Tentang Pelayanan Medis.		
PERSIAPAN ALAT	1. Persiapan Alat : a. Transfusion set b. IV Cateter c. Cairan infus RL atau NaCl 0,9% d. Folley Cateter e. Urine Bag f. Sput 10 cc g. Aquabidest. 2. Persiapan Pasien :		

	a. Beritahu pasien tentang hal yang akan dilakukan b. Isian formulir informed concern c. Untuk pasien di ruang perawatan puasa ± 6 jam sebelum oprasi. 3. Persiapan Obat-obatan Obat antibiotic.
PROSEDUR	a. Pasang sampiran b. Bidan mempersiapkan pasien yang akan dilakukan bedah Seksio Sesarea c. Bidan / Residen / Mahasiswa memberikan fisik dan mental pasien yang akan menghadapi bedah Seksio Sesarea d. Keluarga pasien mengisi Formulir Informed Consern e. Bidan / Residen mengonsultasikan pasien yang akan dilakukan tindakan bedah Seksio Sesarea ke bagian Anastesi f. Bidan / Residen / Mahasiswa memeriksa apakah pasien memakai perhiasan atau gigi palsu, bila pasien memakai bantu untuk melepaskannya g. Bidan / Residen / Mahasiswa melakukan pemasangan infus dan dower chateter h. Bidan / Residen mengambil simple darah untuk crossmacting i. Bidan / Residen memberikan therapy antibiotic pre operatif j. Bidan / Residen / Mahasiswa mengantar pasien ke kamar oprasi dan timbang terima dengan petugas kamar operaasi.
UNIT TERKAIT	1. Kamar Bersalin 2. Ruang Rawat Inap 3. Emergency Kebidanan dan Kandungan 4. Ruangan-ruangan yang memerlukan tindakan ini.

BUKU KIA NY A



PENGURUNAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Catatan Pelayanan Kesehatan Ibu Trimester 2

Tanggal Periksa, Stamp dan Paraf: 10/10/2015

Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan dan Saran: Kel: baliu putih, muntah, sakit bahu

Tanggal Kembali: 10/10/2015

Kel: baliu putih, muntah, sakit bahu
 TD: 120/80 mmHg
 TB: 120 cm
 BB: 50 kg
 G1P0A0 umur: 15 wng
 Cade URG

HASIL PEMERIKSAAN USG

AC	5.2	cm
FL	10	cm
FW	13	cm
CD	150	mmHg
FD	16.6	mmHg
TD	27.2-26.148	mmHg
CD	14.2	mmHg
FD	14.2	mmHg

dr. Restu Kusuma, GBS
 Konselor Laktasi

1. Rujukan SPOB → muntah karena BRJT 6m pda
 RJE BPO5
 MMJ 1 x 1 hr
 metlapa 1 x 250 mg
 Ap. 1 hr
 kontrol 3 hari → evaluasi TD

2/10/2015 TD: 110/70 mmHg MAP: 90
 RJE: 110/70
 G1P0A0 umur: 19 wng

3/10/2015 Kel: I-A-K
 BB: 50
 TD: 110/70
 TB: 120
 G1P0A0 umur: 19 wng

3/10/2015 Kel: I-A-K
 BB: 50
 TD: 110/70
 TB: 120
 G1P0A0 umur: 19 wng

PENGURUNAN & PENCATATAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Catatan Pelayanan Kesehatan Ibu Trimester 3

Tanggal Periksa, Stamp dan Paraf: 13/1/2016

Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan dan Saran: Kel: baliu putih, muntah, sakit bahu

Tanggal Kembali: 13/1/2016

Kel: baliu putih, muntah, sakit bahu
 TD: 120/80 mmHg
 TB: 120 cm
 BB: 50 kg
 G1P0A0 umur: 35 wng
 Cade URG

HASIL PEMERIKSAAN USG

AC	8.36	cm
FL	30.91	cm
FW	30.35	cm
CD	20.13	mmHg
FD	12.26	mmHg
TD	27.2-26.148	mmHg
CD	14.2	mmHg
FD	14.2	mmHg

dr. Restu Kusuma, GBS
 Konselor Laktasi

1. Rujukan SPOB → muntah karena BRJT 6m pda
 RJE BPO5
 MMJ 1 x 1 hr
 metlapa 1 x 250 mg
 Ap. 1 hr
 kontrol 3 hari → evaluasi TD

2/10/2015 TD: 110/70 mmHg MAP: 90
 RJE: 110/70
 G1P0A0 umur: 19 wng

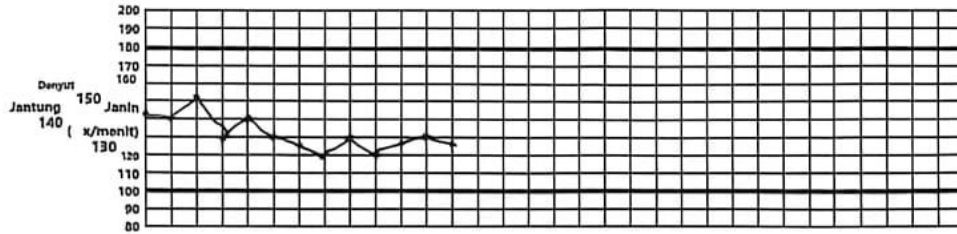
3/10/2015 Kel: I-A-K
 BB: 50
 TD: 110/70
 TB: 120
 G1P0A0 umur: 19 wng

3/10/2015 Kel: I-A-K
 BB: 50
 TD: 110/70
 TB: 120
 G1P0A0 umur: 19 wng

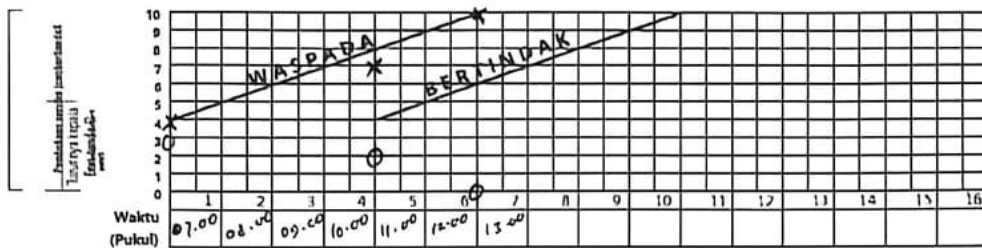


PARTOGRAF

No. Register 0117182572 Nama Ibu/Bapak: Ny. A, T N. Z Umur: 23 / 25 ^{GPA} 10 ⁹⁰ 91 minggu
 RS/Puskesmas/RB 0117182572 Masuk Tanggal: 23 Februari 2026 Pukul: 07.00 WIB
 Kotuban Pecah sejak pukul _____ WIB Mules sejak pukul _____ WIB Alamat: Kp. C. longkrang 01/02



air ketuban M penyusupan O



Kontraksi < 20 5
 tiap 20-40 4
 10 menit > 40 3
 (detik) 1 2
 Oksitosin U/I 0 1
 tetes/menit 0 2

Obat dan cairan IV 0 1
 Nadi 0 1
 Tekanan darah 0 1
 Temperatur °C 36,6 36,7

Urine Protein Aseton Volume 50 cc

Makan terakhir: Pukul 07.00 Jenis: Nasi Porsi: 1/2
 Minum terakhir: Pukul 12.00 Jenis: air putih Porsi: 1/2 gelas

Penolong

()

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 23-02-2016

Pendidik/Pembimbing:

PSUD Dr. Slamet Ganu

Tempat persalinan: [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya

Alamat tempat persalinan:

KALA I

[] Partograf melewati garis waspada

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:

KALA II

Lama Kala II: _____ menit. Episiotomi: [] tidak [] ya. Indikasi:

Pondamping pada saat persalinan: [] suami [] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada

Gawat Janin: [] miringkan ibu ke sisi kiri [] minta ibu menarik napas [] episiotomi

Distosia Bahu: [] Manuver Mc Robert Ibu merangkang [] Lainnya

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:

KALA III

Lama Kala III: _____ menit. Jumlah Perdarahan: _____ ml

a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [] ya [] tidak

Pemberian Oksitosin ulang (2x)? [] ya [] tidak

b. Pemegangan tali pusat terkendali? [] ya [] tidak

c. Masase fundus uteri? [] ya [] tidak

Laserasi perineum derajat: _____ Tindakan: [] mengeluarkan secara manual [] merujuk

Atonia uteri: [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan: 3210 gram Panjang: 50 cm Jenis Kelamin: L Nilai APGAR: _____

Perdarahan 1-2 jam: [] tidak ada

Bayi baru lahir pucat/biru/lemas: [] mengeringkan [] menghangatkan [] bebaskan jalan napas

[] stimulasi rangsang aktif [] Lain-lain, sebutkan: _____

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	17.00	100/90	83	36,6	1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 30 cc
	17.15	100/90	83		1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 30 cc
	17.30	100/90	85		1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 30 cc
	17.45	100/90	87		1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 20 cc
2	18.15	100/90	83	36,5	1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 20 cc
	18.30	100/90	80		1 jr l, ptl	Keras	Kesong	+ 20 cc

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

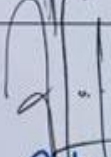
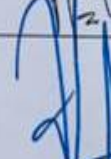
Nama Mahasiswa: *Ana Wasilah A.M*

Nama Pembimbing :

NIM : *KHGB23031*

NIDN :

Judul KTI : *Eksistensi Antepartum*

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	<i>Sen/asa</i> <i>5/5 - 2026</i>	<i>BAB III</i> <i>Tinjauan Kasus</i>	<i>- SOP SC & eksistensi</i> <i>- SC apa ? Anastesi?</i> <i>- Terapi Analgesik</i> <i>- MHCU</i> <i>- Susun BAB II</i>		
2.	<i>Kamis</i> <i>7/5 - 2026</i>	<i>BAB II</i>			
3.	<i>Senin</i> <i>18/5 - 2026</i>		<i>- Cover</i> <i>- Daftar isi</i> <i>- BAB IV</i> <i>- Jurnal 2</i>		
4.	<i>Rabu</i> <i>26/5 - 2026</i>	<i>BAB IV</i>	<i>- Buat BAB V</i> <i>- Lampiran</i>		
5.	<i>03/6 - 2026</i>		<i>Buat lampiran</i> <i>- Daftar pustaka</i> <i>- Daftar isi</i>		
6.	<i>Rabu</i> <i>10/6 - 2026</i>	<i>ACC</i>	<i>ACC</i>		
7.					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Ana Wasilah Annajwa Mardiana

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 02 Agustus 2004

Motto : Kesuksesan adalah hasil dari kerja keras, doa, dan ketekunan.

Agama : Islam

Email : anawasilah08@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. MI Kebon Jeruk
2. SMP IT Nurul Wasilah
3. SMK Kesehatan Bhakti Kencana Limbangan
4. Terdaftar sebagai mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut jurusan D3 Kebidanan