

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. C USIA 23
TAHUN G₁P₀A₀ INPARTU 38-39 MINGGU KALA I FASE
AKTIF MEMANJANG DENGAN PREEKLAMPSI DI
RUANG VK RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Diploma 3 Kebidanan
Fakultas ilmu keperawatan dan kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**DEA KHOIRUNNISA
KHGB23004**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik A.Md.Keb, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada maupun di 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 dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2026

Yang membuat pernyataan

(Dea Khoirunnisa)

KHGB23004

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C USIA 23 TAHUN
G₁P₀A₀ INPARTU 38-39 MINGGU KALA 1 FASE AKTIF
MEMANJANG DENGAN PREEKLAMSI**

NAMA : DEA KHOIRUNNISA

NIM : KHGB23004

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 22 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIK: 042039.1009.064

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. C USIA 23 TAHUN
G₁P₀A₀ INPARTU 38-39 MINGGU KALA 1 FASE AKTIF
MEMANJANG DENGAN PREEKLAMSI**

NAMA : DEA KHOIRUNNISA

NIM : KHGB23004

Laporan Tugas Akhir Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi D-3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 22 Juni 2026

Mengesahkan,
Pembimbing

Lina Humaeroh, SST, M.Kes
NIK: 042039.1009.064

Penela'ah I

Penela'ah II

Fitri Hanriyani, SST, M.Pd, M.Keb
NIK: 042039.1009.063

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

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Kebidanan

Lina Humaeroh, SST, M.Kes
NIK: 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.C USIA 23 TAHUN G₁P₀A₀ INPARTU KALA 1 FASE AKTIF MEMANJANG DENGAN PREEKLAMPSI DIRUANG VK RSUD DR SLAMET GARUT”. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan Institut kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat., MA selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE., M,Si Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.kep., Ners., M.Kep selaku ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST, M. Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dan pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
5. Fitri Hanriyani, SST, M.Pd, M.Keb Selaku penguji 1 yang telah menguji dan membimbing

6. Hj.Esa Risi Suazini, AM. Keb, MKM Selaku Penguji 2 yang telah menguji dan Membimbing
7. Seluruh Dosen, Staf pengajar, dan tata usaha di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membekali barbagai ilmu yang bermanfaat.
8. Terimakasih kepada Ibu Nur, S. Tr.Keb Selaku CI Ruang vk Rsud dr. Slamet Garut yang selalu memberikan dukungan, doa, semangat dan selalu memberikan fasilitas untuk mendukung selama saya praktik di ruang Perinatologi.
9. Terimakasih kepada Ny.C selaku pasien yang bersedia dan mengizinkan saya untuk menjadikan kasus yang di alaminya menjadi LTA ini.
10. Teristimewa kepada ayahanda Bapak Dede Suhandi dan Ibu Yati Nurhafsyah, selaku orang tua saya yang telah memberikan support yang slalu mendo'akan setiap saat, memberikan semangat serta memberikan dukungan baik moral maupun materi.
11. Teruntuk Teman dekat saya Nina Naisyah, Euis sila, Anna wasilah, Anisa rahmmawati dan Tsalsa anzala yang selalu memberikan saya motivasi, semangat, harapan dan kekuatan.
12. Terimakasih kepada rekan-rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi DIII Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi serta memberikan rasa semangat untuk berjuang Bersama dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Ini.

Garut, Mei 2026

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	1
LAPORAN TUGAS AKHIR	1
LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN TUGAS AKHIR	1
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Masalah	6
1.3.1. Tujuan Umum	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Metode Pengumpulan Data	7
1.5. Manfaat Penulisan	7
1.5.1. Manfaat Teoritis	7
1.5.2. Bagi Penulis.....	7
1.5.3 Bagi Lahan Praktik.....	7
1.5.4 Bagi Industri Pendidikan.....	7
1.6. Tempat dan Waktu	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
2.1 Konsep persalinan	9
2.1.1. Definisi Persalinan	9
2.1.2. Tanda-Tanda Persalinan.....	10
2.1.3. Tanda-Tanda Persalinan Kala	10
2.2 Kala I Persalinan	11
2.2.1 Fase pada kala I.....	11
2.3 Pemantauan kemajuan persalinan kala I	12
2.4 Kala I Fase Aktif Memanjang	13

2.4.1.	Pengertian Kala 1 Fase aktif Memanjang	13
2.5	Etiologi.....	13
2.6	Komplikasi	15
2.7	Penatalaksanaan	15
2.8	Pengertian Preeklamsi	17
2.9	Etiologi Preeklamsi	18
2.10	Patofisiologi	19
2.11	Diagnosis.....	20
2.12	Manajemen Persalinan Preeklamsi.....	20
2.13	Penatalaksanaan	21
2.14	Peran Bidan	22
2.15.	Penelitian Terdahulu/ Telaah Jurnal.....	23
2.15.1.	Hubungan Aktivitas Ibu dengan Kemajuan Persalinan.....	23
2.15.2.	Hubungan Kala I Fase Aktif Memanjang dengan Preeklampsia	25
2.15.4	Hubungan Faktor Risiko dengan Kala I Fase Aktif Memanjang dan Preeklmpsi.....	26
2.15.5.	Hubungan Faktor Psikologis dengan Kemajuan Persalinan	28
2.16.	Algoritma Preeklampsia.....	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....		32
3.1. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.C Usia 23 Tahun		32
3.2.	Data Subjektif.....	32
3.3.	Data Objektif	35
3.4.	Pemeriksaan Penunjang.....	38
3.5.	Analisa.....	38
3.6.	Penatalaksanaan	38
3.7	Penatalaksanaan Kasus Kronologis Preeklamsia	47
3.8	MATRIKS.....	49
BAB IV PEMBAHASAN		55
4.1	Data Subjektif.....	55
4.2	Data Objektif	55

4.3	Analisa/Diagnosa	58
4.4	Penatalaksanaan	62
4.5	Pendokumentasian.....	64
BAB V PENUTUP.....		73
5.1	Kesimpulan.....	73
5.2	Saran.....	74
5.2.1.	Bagi Institusi Pendidikan	74
5.2.2.	Bagi Lahan Praktik (RSUD Dr. Slamet Garut)	74
5.2.3.	Bagi Tenaga Kesehatan.....	74
5.2.4	Bagi Ibu Hamil dan Masyarakat.....	75
5.2.5.	Bagi Penulis.....	75
LAMPIRAN.....		78
Lampiran SOP Preeklamsi di RSUD dr. Slamet		79

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah kematian selama kehamilan, persalinan atau hingga 42 hari setelah melahirkan dalam setiap 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan, Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi pada masa neonatal (0-28 hari) dan postnatal (28 hari hingga kurang dari 1 tahun) (labkesmas 2024). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia pada tahun 2023 sebanyak sebanyak 346 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia pada tahun 2024 menurut data *World Health Organization* (WHO) diperkirakan mencapai 37,4 per 1000 kelahiran hidup (WHO, 2026).

Target *World Health Organization* dalam program *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah menurunkan rasio kematian ibu secara global hingga di bawah 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Namun, pada tahun 2020 angka kematian ibu masih mencapai 223 per 100.000 kelahiran hidup. Faktor utama penyebab kematian ibu berkaitan dengan komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Hampir 75% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan berat, terutama perdarahan postpartum, infeksi yang umumnya terjadi pada masa nifas, hipertensi dalam kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia, komplikasi persalinan, serta tindakan aborsi yang tidak aman. Salah satu komplikasi persalinan yang sering terjadi adalah persalinan lama.

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2025 di Provinsi Jawa Barat sebanyak 646 kasus atau 88,78 per 100.000 KH, menurun dibandingkan tahun 2024 yaitu mencapai 749 kasus. Penyebabnya didominasi oleh 27,2% perdarahan, 25,4% hipertensi dalam kehamilan, dan 28,8% proporsi. Sedangkan jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Barat sebanyak 5.037 kasus, menurun dibandingkan tahun 2024 yaitu mencapai 5.533 kasus. Penyebab tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu berat badan lahir rendah (BBLR), prematuritas, komplikasi saat persalinan serta keterbatasan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (profil kesehatan 2024, 2024) .

Jumlah kematian ibu di Kabupaten Garut tercatat sebanyak 58 kasus. Penyebab kematian tersebut meliputi perdarahan sebanyak 12 kasus, hipertensi dalam kehamilan atau eklamsia sebanyak 12 kasus, persalinan lama sebanyak 10 kasus, gangguan metabolik sebanyak 9 kasus, serta 15 kasus lainnya disebabkan oleh faktor lain (Ira Nufus Khaerani et al., 2024)

Menurut Sulaiman preeklampsia merupakan gangguan pada kehamilan yang dapat berkembang dengan cepat dan ditandai oleh peningkatan tekanan darah di atas 140/90 mmHg serta kadar protein urin lebih dari 300 mg per hari. Kondisi ini sering kali tidak menunjukkan gejala atau tanda yang jelas, tetapi dapat mengalami perburukan secara progresif dalam waktu singkat. Oleh karena itu, preeklampsia memerlukan penanganan dan perhatian khusus untuk mencegah terjadinya komplikasi kehamilan yang dapat membahayakan ibu maupun janin (Suleman et al., 2021).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam *Profil Kesehatan Indonesia 2022*, penyebab kematian ibu pada tahun 2022 didominasi oleh hipertensi dalam kehamilan dengan 801 kasus. Selain itu, perdarahan intrapartum dan postpartum tercatat sebanyak 741 kasus, penyakit jantung 232 kasus, infeksi 175 kasus, gangguan sistem peredaran darah 27 kasus, serta kehamilan ektopik sebanyak 19 kasus. Sementara itu, penyebab lainnya mencapai 1.577 kasus.

Berdasarkan data pencatatan program kesehatan keluarga Kementerian Kesehatan, jumlah kematian ibu di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2021, tercatat sebanyak 7.389 kasus kematian ibu, meningkat dibandingkan tahun 2020 yang berjumlah 4.627 kasus. Ditinjau dari penyebabnya, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh COVID-19 dengan 2.982 kasus, diikuti perdarahan sebanyak 1.330 kasus, serta hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan penelitian Sari dkk. (2021), dari 30 ibu bersalin multipara ditemukan bahwa 12 responden (40%) mengalami kala I persalinan cepat dengan durasi kurang dari 6 jam. Sebanyak 8 responden (26,7%) mengalami kala I normal dengan lama persalinan sekitar 6 jam, sedangkan 10 responden (33,3%) mengalami kala I lambat dengan waktu persalinan lebih dari 6 jam. Pada primipara, lama kala I persalinan umumnya berlangsung sekitar 12 jam, yang terdiri dari fase laten selama 6 jam dan fase aktif sekitar 5 jam dengan pembukaan serviks 1 cm per jam. Sementara itu, pada multipara, kala I berlangsung lebih singkat yaitu sekitar 6 jam, dengan fase laten 3–4 jam dan fase aktif sekitar 2 jam serta pembukaan serviks 1–2 cm per jam.

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang ditandai dengan munculnya tekanan darah tinggi, proteinuria, dan edema yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan, meskipun dapat muncul lebih awal. Diagnosis preeklampsia ditegakkan apabila ibu hamil mengalami hipertensi dan terdapat protein dalam urine setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu. Hingga saat ini penyebab pasti preeklampsia belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor yang diduga berpengaruh, seperti paritas, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi, faktor genetik, dan obesitas. Preeklampsia dikategorikan berat apabila tekanan darah mencapai lebih dari 160/110 mmHg serta protein urine melebihi 5 gram dalam 24 jam (Rahyani, 2020).

Kala I memanjang didefinisikan sebagai persalinan yang berlangsung lebih dari 20 jam pada primigravida dan lebih dari 14 jam pada multigravida (WHO, 2023). Kondisi ini merupakan salah satu komplikasi persalinan yang paling sering ditemukan dan menjadi penyebab penting morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

Kala I persalinan yang berlangsung terlalu lama menjadi salah satu faktor penting penyebab tingginya angka kematian ibu. Ibu yang mengalami kala I memanjang memiliki risiko lebih besar mengalami perdarahan akibat atonia uteri, robekan jalan lahir, infeksi, kelelahan, ruptur uteri, cincin retraksi patologis, terbentuknya fistula, cedera pada otot dasar panggul, hingga syok. Selain berdampak pada ibu, kondisi ini juga dapat membahayakan janin, seperti menyebabkan asfiksia berat, trauma serebral, infeksi, kaput succedaneum, molase kepala janin, serta cedera akibat tindakan medis (Restanty dkk., 2023).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2017, bidan berwenang memberikan pelayanan pada persalinan normal, sedangkan pada kasus komplikasi seperti kala I memanjang dengan Preeklamsi, bidan berperan dalam deteksi dini, penanganan awal, dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (Kemenkes RI, 2023). Menurut (K. M. Kesehatan, 2020), bidan juga harus memantau kondisi ibu dan janin, memberikan pertolongan awal, mempersiapkan rujukan yang aman, serta mendampingi ibu selama persalinan.

Preeklampsia menjadi salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu saat persalinan, sehingga diperlukan upaya pencegahan dan penanganan yang tepat agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih berat. Dalam hal ini, bidan memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan ini pertama dalam mendeteksi tanda-tanda preeklampsia. Bidan dapat memberikan penanganan awal sesuai kewenangannya serta segera merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan lebih lengkap, seperti rumah sakit PONEK. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan Laporan Tugas Akhir **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. C USIA 23 TAHUN G₁P₀A₀ INPARTU 38-39 MINGGU KALA I FASE AKTIF MEMANJANG DENGAN PREEKLAMSI DI RUANG VK RSUD dr. SLAMET GARUT”**

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu

bersalin Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu inpartu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3. Tujuan Masalah

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan ini yaitu untuk memberikan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mengumpulkan dan mengkaji data Subjekif pada ibu bersalin pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Mengumpulkan dan mengkaji data Objektif pada ibu bersalin pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menentukan analisa atau diagnosa kebidanan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian asuhan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4. Metode Pengumpulan Data

Laporan tugas akhir ini disusun dalam bentuk studi kasus data primer dan data sekunder dengan cara mengobservasi langsung terhadap ibu hamil dengan dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Sedangkan mencari data sekunder yaitu dari rekam medik dan status KIA.

1.5. Manfaat Penulisan

1.5.1. Manfaat Teoritis

Bagi perkembangan ilmu kebidanan, hasil penulisan ini di harapkan dapat menjadi sumber informasi dan menambah wawasan mengenai pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin inpartu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.5.2. Bagi Penulis

Bagi penulis, penyusunan studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, serta pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin inpartu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi sesuai standar pelayanan kebidanan yang berlaku.

1.5.3 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan dalam ilmu kebidanan, khususnya mengenai preeklamsi, sesuai dengan teori yang berlaku.

1.5.4 Bagi Industri Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan bahan pembelajaran, sumber informasi, dan referensi bagi institusi pendidikan bagi mahasiswi kebidanan dalam memahami dan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin, terutama pada ibu

bersalin kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.6. Tempat dan Waktu

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

1.7. Sasaran

Objek yang diambil dalam Tugas akhir ini pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu kala 1 fase aktif memanjang dengan Preeklamsi di RSUD dr. Slamet Garut.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep persalinan

2.1.1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Eka Sasmita et al., 2023)

Menurut (Eka Sasmita et al., 2023) persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetapi demikian selama proses persalinan berlangsung. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu lengkap. Setelah persalinan, ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik.

Menurut (Eka Sasmita et al., 2023) mendefinisikan persalinan sebagai suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur, pembukaan serviks, dan pengeluaran janin beserta plasenta.

2.1.2. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut (Setiyani & Ciptiasrini, 2024) terdapat beberapa tanda persalinan yang penting untuk dikenali baik oleh tenaga kesehatan maupun ibu hamil, yaitu:

- a) Lightening, yaitu kondisi ketika kepala janin mulai turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida, sedangkan pada multigravida kondisi ini bisa saja belum terjadi sebelum persalinan dimulai.
- b) His palsu (Braxton-Hicks), yaitu kontraksi rahim yang tidak teratur, tidak semakin kuat, tidak semakin sering, dan tidak disertai peningkatan nyeri.
- c) Perubahan serviks, berupa penipisan (effacement) serta proses pematangan serviks menjelang persalinan.
- d) Pengeluaran lendir bercampur darah (bloody show) dari vagina sebagai tanda awal persalinan.
- e) Keluarnya cairan ketuban, terutama apabila terjadi ketuban pecah sebelum atau saat persalinan.

2.1.3. Tanda-Tanda Persalinan Kala

Menurut (Shafira Yuniarty et al., 2022) Persalinan dibagi menjadi empat kala (tahapan) :

a) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai ketika kontraksi persalinan yang teratur muncul dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Tahap ini terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

b) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II berlangsung sejak serviks telah membuka lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Lama persalinan normal pada primigravida umumnya tidak lebih dari 2 jam, sedangkan pada multigravida biasanya tidak lebih dari 1 jam.

c) Kala III (Kala Uri)

Kala III dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta keluar sepenuhnya. Proses ini biasanya berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

d) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV merupakan periode dua jam pertama setelah plasenta lahir, di mana dilakukan pemantauan secara intensif terhadap kondisi ibu untuk memastikan tidak terjadi komplikasi.

2.2 Kala I Persalinan

Menurut (Anggraeni et al., 2022) Kala I persalinan adalah periode yang dimulai dari kontraksi uterus yang regular, adekuat, dan menyebabkan perubahan serviks hingga serviks berdilatasi penuh (10 cm). Menurut Kemenkes RI (2023), kala I persalinan normal berlangsung rata-rata 12–14 jam pada primigravida dan 6–8 jam pada multigravida.

2.2.1 Fase pada kala I

Menurut (Jamil et al., 2025) Kala I persalinan terbagi menjadi dua fase utama, yaitu:

a) Fase Laten

Fase laten merupakan periode awal kala I yang ditandai dengan kontraksi uterus yang tidak teratur namun progresif menyebabkan pembukaan serviks hingga 4 cm. fase laten berlangsung tidak lebih dari 8 jam pada ibu in partu

normal. Pada fase ini, serviks mengalami penipisan (effacement) dan mulai berdilatasi hingga 4 cm.

b) Fase Aktif

Fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm. Pada fase ini his menjadi lebih teratur, lebih kuat, dan lebih sering. Menurut, kemajuan pembukaan pada fase aktif diharapkan berlangsung minimal 1 cm per jam pada primigravida dan dapat lebih cepat pada multigravida, Fase aktif terbagi menjadi tiga sub-fase Menurut (Friedman & Cohen, 2023):

- a) Fase akselerasi: pembukaan serviks dari 3–4 cm dalam waktu sekitar 2 jam.
- b) Fase dilatasi maksimal: pembukaan dari 4–9 cm berlangsung cepat, sekitar 2 jam.
- c) Fase deselerasi: pembukaan dari 9 cm hingga lengkap (10 cm), berlangsung sekitar 2 jam.

2.3 Pemantauan kemajuan persalinan kala I

Pemantauan kemajuan persalinan kala I menggunakan partograf merupakan standar baku dalam asuhan kebidanan di Indonesia. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Indah et al., 2022)

Menurut (Sharma, 2022) , komponen yang dipantau dalam partograf meliputi:

- 1) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin (kepala), dan moulase kepala janin.

2) Kondisi janin : denyut jantung janin (DJJ), warna dan jumlah cairan amnion, dan moulase.

3) Kondisi ibu : nadi, tekanan darah, suhu tubuh, kontraksi uterus (frekuensi, durasi, intensitas), urine (volume, protein, aseton), serta obat-obatan dan cairan IV yang diberikan.

Pemantauan dilakukan setiap 30 menit untuk DJJ dan kontraksi, setiap 4 jam untuk tekanan darah, suhu, dan pembukaan serviks pada fase aktif. Jika garis pembukaan melewati garis waspada atau garis bertindak pada partograf, diperlukan tindakan segera (Kemenkes RI, 2023).

2.4 Kala I Fase Aktif Memanjang

2.4.1. Pengertian Kala 1 Fase aktif Memanjang

Kala I fase aktif memanjang (*prolonged active phase*) adalah kondisi di mana laju pembukaan serviks pada fase aktif persalinan tidak adekuat atau kurang dari 1 cm per jam. Menurut WHO, melalui panduan *Labor Care Guide* (LCG), persalinan memerlukan perhatian khusus apabila kemajuan dilatasi serviks tidak mencapai 1 cm per jam selama lebih dari 4 jam pada fase aktif. (WHO'S, 2022)

2.5 Etiologi

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan kala I fase aktif memanjang Menurut (Idham Lutfi et al., 2024) faktor-faktor yang memengaruhi kondisi ini dapat dibagi menjadi beberapa kelompok berikut:

A. Faktor Power (Tenaga/His)

- 1) Inersia uteri hipotonik, yaitu kontraksi uterus yang kurang adekuat baik dari segi kekuatan, frekuensi, maupun durasi sehingga tidak efektif dalam mendorong kemajuan persalinan.
- 2) Inersia uteri hipertonic, yaitu kontraksi yang terlalu kuat dan sering tetapi tidak teratur atau tidak terkoordinasi, yang umumnya terjadi pada fase laten.
- 3) Penggunaan analgesia epidural berlebihan yang dapat menurunkan kekuatan kontraksi uterus.

B. Faktor Passage (Jalan Lahir)

- 1) Panggul sempit atau disproporsi sefalopelvik (*cephalopelvic disproportion/CPD*), baik relatif maupun absolut.
- 2) Kelainan bentuk panggul, seperti panggul tipe platipeloid, android, atau anthropoid.
- 3) Adanya tumor pada jalan lahir, misalnya mioma pada segmen bawah uterus, kista ovarium, atau massa lain yang menghambat proses persalinan.
- 4) Kelainan serviks, seperti serviks kaku (*rigid cervix*) atau adanya jaringan parut pada serviks.

C. Faktor Passenger (Janin)

- 1) Presentasi janin abnormal, seperti presentasi dahi, muka, atau posisi oksipito posterior.
- 2) Makrosomia janin dengan berat badan lebih dari 4000 gram.
- 3) Hidrosefalus yang menyebabkan ukuran kepala janin membesar akibat penumpukan cairan serebrospinal.

- 4) Kehamilan gemelli (janin kembar) yang dapat menimbulkan overdistensi uterus.

D. Faktor Lain

- 1) Ketuban pecah dini yang tidak disertai kemajuan proses persalinan.
- 2) Kehamilan dengan komplikasi, seperti Preeklampsia, yang dapat memengaruhi perfusi uteroplasenta serta kemampuan kontraksi uterus.
- 3) Anemia berat pada ibu selama persalinan.
- 4) Kondisi dehidrasi dan kelelahan pada ibu bersalin.
- 5) Faktor psikologis, seperti kecemasan dan rasa takut yang berlebihan, yang dapat menghambat proses persalinan.

2.6 Komplikasi

Pada kehamilan dengan komplikasi Preeklampsia, terjadi vasospasme sistemik yang menurunkan aliran darah uteroplasenta. Kondisi hipoperfusi ini dapat memengaruhi fungsi kontraksi miometrium serta menurunkan produksi prostaglandin lokal, sehingga kontraksi uterus menjadi kurang efektif. Di samping itu, edema jaringan termasuk pada serviks akibat hipoproteinemia pada Preeklampsia dapat menyebabkan serviks menjadi lebih kaku dan menghambat proses dilatasi (Kutllovci Hasani et al., 2025)

2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kala I memanjang bergantung pada etiologi dan kondisi ibu serta janin. Menurut (Mufarrocha et al., 2024) Prinsip umum penatalaksanaan adalah sebagai berikut:

1) Penilaian ulang segera

Lakukan evaluasi kembali terhadap faktor power, passenger, dan passage. Pastikan presentasi serta posisi janin, kaji kecukupan panggul, dan nilai efektivitas kontraksi uterus. Selain itu, pasang akses infus intravena untuk mencegah dehidrasi serta kelelahan ibu.

2) Perbaikan Posisi dan ambulasi

Perubahan posisi ibu, seperti dari posisi terlentang ke posisi miring kiri, berdiri, atau jongkok, diketahui dapat membantu memperlancar kemajuan persalinan. Selain itu, mobilisasi atau ambulasi aktif pada fase laten yang berkepanjangan dapat meningkatkan frekuensi serta efektivitas kontraksi uterus.

3) Augmentasi dengan oksitosin

Jika tidak terdapat kontraindikasi seperti disproporsi sefalopelvik (CPD) absolut atau adanya jaringan parut pada uterus, maka dapat dilakukan augmentasi menggunakan oksitosin intravena. Pemberian oksitosin dimulai dengan dosis 2–4 mIU/menit, kemudian dinaikkan secara bertahap setiap 30 menit sampai tercapai kontraksi uterus yang adekuat, yaitu 3–5 kali kontraksi dalam 10 menit dengan durasi masing-masing 40–60 detik. Dosis maksimum yang dianjurkan berkisar antara 32–40 mIU/menit.

4) Amniotomi

Amniotomi, yaitu tindakan pemecahan selaput ketuban secara buatan, dapat dilakukan apabila ketuban masih utuh pada fase aktif yang mengalami pemanjangan. Prosedur ini diketahui dapat memperpendek lama persalinan sekitar 1–2 jam. Setelah amniotomi, pemantauan ketat terhadap denyut jantung

janin (DJJ) perlu dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya prolaps tali pusat (World Health Organization, 2023).

- 5) Terminasi Persalinan Per Abdominan (Seksio sesarea)Seksio sesarea dilakukan bila terdapat kondisi seperti disproporsi sefalopelvik (CPD), gawat janin, kegagalan augmentasi, atau adanya kontraindikasi untuk persalinan per vaginam. Pada ibu dengan Preeklampsia, keputusan terminasi kehamilan harus dipertimbangkan secara menyeluruh dengan melihat kondisi ibu dan janin (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023 ; Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia ,2023).

2.8 Pengertian Preeklamsi

Preeklamsia adalah suatu kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan hipertensi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg) pada dua kali pemeriksaan dengan selang waktu minimal 4 jam, setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal, disertai atau tanpa proteinuria. Preeklamsia dikategorikan apabila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg, disertai gangguan fungsi organ (Laskowska et al., 2025)

Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan sering kali disertai adanya protein dalam urin setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada berbagai organ tubuh, seperti ginjal, hati, otak, dan plasenta. Preeklampsia termasuk dalam kelompok gangguan hipertensi pada

kehamilan yang mencakup hipertensi gestasional, preeklampsia, dan eklampsia (Kemenkes, 2025).

Preeklampsia merupakan suatu sindrom pada kehamilan yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah disertai proteinuria, yang umumnya mulai muncul pada trimester kedua kehamilan. Kondisi ini biasanya akan mengalami perbaikan setelah ibu memasuki masa nifas (postpartum). Preeklampsia dapat terjadi pada berbagai periode, baik selama kehamilan (antepartum), saat proses persalinan (intrapartum), maupun setelah persalinan (postpartum) (Nahdlatul & Surabaya, 2024).

2.9 Etiologi Preeklamsi

Penyebab pasti preeklampsia hingga saat ini masih belum diketahui secara jelas. Meskipun demikian, terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil, seperti riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, adanya anggota keluarga yang pernah mengalami preeklampsia, kehamilan pertama (primigravida), serta usia ibu hamil yang lebih dari 35 tahun. Selain itu, kondisi lain yang juga berperan sebagai faktor risiko meliputi obesitas, kehamilan ganda atau kembar, diabetes melitus, hipertensi, serta gangguan yang berkaitan dengan plasenta dan janin.

Preeklampsia dapat menimbulkan berbagai dampak yang merugikan bagi ibu maupun janin. Pada ibu, komplikasi yang dapat terjadi antara lain persalinan prematur, oliguria, hingga kematian. Sementara pada janin, preeklampsia dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan, oligohidramnion,

serta meningkatkan angka kesakitan dan kematian perinatal (Rahmadi & Anjani, 2024)

2.10 Patofisiologi

Patofisiologi preeklampsia hingga saat ini belum dapat dijelaskan secara pasti. Namun, terdapat dua mekanisme utama yang berperan dalam terjadinya preeklampsia, yaitu abnormalitas proses plasentasi dan respons inflamasi maternal yang berlebihan. Pada kehamilan normal, arteri spiralis mengalami proses remodeling untuk meningkatkan aliran darah ke plasenta sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi janin dapat terpenuhi. Akan tetapi, pada preeklampsia proses remodeling tersebut tidak berlangsung secara optimal sehingga menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta.

Gangguan plasentasi ini mengakibatkan terjadinya hipoksia dan iskemia plasenta yang selanjutnya memicu pelepasan berbagai faktor inflamasi ke dalam sirkulasi maternal. Kondisi tersebut menyebabkan disfungsi endotel yang berperan dalam terjadinya vasokonstriksi, peningkatan permeabilitas pembuluh darah, dan aktivasi sistem koagulasi. Selain itu, jumlah arteri spiralis yang mengalami remodeling pada kasus preeklampsia jauh lebih sedikit, terutama pada daerah tengah placentar bed.

Pada kasus preeklampsia yang disertai restriksi pertumbuhan janin, arteri spiralis dapat mengalami aterosclerosis yang ditandai dengan infiltrasi makrofag kaya lipid ke dalam lumen pembuluh darah, adanya infiltrasi sel inflamasi mononuklear di sekitar pembuluh darah, serta nekrosis fibrinoid pada dinding pembuluh darah. Perubahan tersebut menyebabkan terjadinya iskemia uteroplasenta yang

berkontribusi terhadap gangguan pertumbuhan janin dan berbagai komplikasi kehamilan lainnya (Rahmadi et al, 2024).

2.11 Diagnosis

Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan Kriteria berikut (Veri et al, 2024) :

- 1) Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan selang waktu minimal 4 jam setelah usia kehamilan 20 minggu.
- 2) Proteinuria ≥ 300 mg/24 jam atau rasio protein/kreatinin $\geq 0,3$, atau hasil dipstick 2+ (hanya jika metode kuantitatif tidak tersedia).
- 3) Atau, tanpa proteinuria, hipertensi baru disertai gejala berat seperti trombositopenia, insufisiensi ginjal, gangguan fungsi hati, edema paru, atau gejala neurologis.

2.12 Manajemen Persalinan Preeklamsi

Kemenkes RI (2023) keputusan manajemen persalinan pada Preeklamsi dengan fase aktif memanjang didasarkan pada:

1) Augmentasi Oksitosin

Jika penyebab fase aktif memanjang adalah inersia uteri tanpa CPD, dan kondisi maternal serta janin masih memungkinkan, augmentasi oksitosin dapat dilakukan dengan pemantauan ketat. Menurut (Moraes et al., 2024) Protokol augmentasi mengikuti standar oksitosin 2,5 IU dalam 500 mL RL, dimulai 8

tetes/menit, dinaikkan 4 tetes setiap 15 menit hingga his adekuat (maksimal 40 tetes/menit). Pemantauan DJJ dan kontraksi setiap 15–30 menit.

2) Amniotomi

Amniotomi dapat dilakukan jika ketuban masih utuh, pembukaan minimal 4 cm, presentasi kepala, dan tidak ada CPD. Namun perlu dipertimbangkan risiko prolaps tali pusat dan peningkatan risiko infeksi pada kasus Preeklamsi dengan lamanya rawat inap (Safitri et al., 2022).

3) Terminasi Persalinan dengan Seksio Sesarea

Indikasi seksio sesarea pada Preeklamsi dengan fase aktif memanjang (Yusri, 2020) meliputi:

- a) Kegagalan augmentasi (tidak ada kemajuan setelah 4 jam augmentasi oksitosin adekuat).
- b) Tanda-tanda gawat janin (fetal distress) yang tidak membaik.
- c) CPD absolut atau relatif berat.
- d) Kondisi maternal yang memburuk (eklampsia, HELLP, edema paru, oliguria refrakter).
- e) Presentasi abnormal atau kontraindikasi persalinan pervaginam lainnya.

2.13 Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan preeklamsi pada ibu bersalin meliputi:

- 1) Pemantauan ketat tekanan darah setiap 15-30 menit, terutama pada preeklamsi.

- 2) Pemberian antihipertensi: Nifedipin 10 mg oral (dapat diulang setiap 15-30 menit, maksimum 3 dosis) atau Hydralazin intravena untuk preeklamsi dengan TD $\geq$ 160/110 mmHg.
- 3) Pencegahan eklamsi: Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO₄) 4 gram IV sebagai loading dose dalam 15-20 menit, dilanjutkan maintenance 1-2 gram/jam selama minimal 24 jam pasca persalinan.
- 4) Pemantauan refleks patella, produksi urin, dan frekuensi napas selama pemberian MgSO₄.
- 5) Terminasi kehamilan/persalinan sebagai satu-satunya penatalaksanaan definitif preeklamsi.
- 6) Pemantauan kondisi janin secara berkelanjutan (DJJ, CTG).

2.14 Peran Bidan

Berdasarkan Peraturan (K. M. Kesehatan, 2020) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan berwenang memberikan pelayanan kebidanan pada kasus normal. Pada kasus komplikasi seperti kala I memanjang dengan Preeklamsi, bidan berperan dalam deteksi dini, penanganan awal, dan merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

Ikatan Bidan Indonesia (K. M. Kesehatan, 2020) menekankan bahwa dalam menghadapi kasus Preeklamsi dengan kala I memanjang, bidan harus mampu: melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara ketat, memberikan pertolongan pertama sebelum rujukan, mempersiapkan proses rujukan yang aman, serta mendampingi ibu selama proses persalinan.

2.15. Penelitian Terdahulu/ Telaah Jurnal

2.15.1. Hubungan Aktivitas Ibu dengan Kemajuan Persalinan

Astuti dan Rahmi (2021) Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang rutin melakukan aktivitas fisik ringan hingga sedang selama trimester III memiliki durasi kala I yang lebih singkat secara signifikan. Aktivitas fisik terbukti meningkatkan tonus otot uterus dan memperbaiki posisi janin sehingga proses pembukaan serviks berlangsung lebih efektif. Persamaan dengan studi kasus ini adalah sama-sama membahas faktor yang memengaruhi kemajuan kala I persalinan. Perbedaannya, penelitian Astuti dan Rahmi berfokus pada aktivitas fisik di trimester III tanpa komplikasi, sedangkan kasus Ny. C mengkaji kala I fase aktif memanjang yang diperparah oleh adanya Preeklamsi.

Menurut Wijayanti dan Nurhayati (2022), penelitian mengenai pengaruh mobilisasi dini dan posisi bersalin terhadap kemajuan kala I fase aktif pada ibu primigravida menggunakan metode quasi eksperimen dengan desain pre-post test pada 45 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi aktif, seperti berjalan dan jongkok (squatting) dapat mempercepat pembukaan serviks dengan rata-rata 1,8 cm/jam, Selain itu, posisi tegak saat persalinan membantu proses penurunan kepala janin ke panggul. Kesamaan penelitian tersebut dengan studi kasus ini adalah sama-sama melibatkan ibu primigravida, seperti Ny. C G₁P₀A₀. Namun, penelitian tersebut dilakukan pada ibu tanpa komplikasi preeklampsia, sedangkan pada kasus Ny. C mobilisasi menjadi terbatas karena kondisi Preeklamsi yang dialaminya.

Menurut Sari dkk. (2021) melakukan penelitian berjudul “*Hubungan Aktivitas Ibu Bersalin dengan Lama Kala I pada Ibu Multipara*” menggunakan metode deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* terhadap 30 ibu multipara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 40% responden mengalami kala I cepat (kurang dari 6 jam), 26,7% mengalami kala I normal (sekitar 6 jam), dan 33,3% mengalami kala I lambat (lebih dari 6 jam). Aktivitas ambulasi selama persalinan terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan lamanya kala I. Kesamaan penelitian tersebut dengan studi kasus ini adalah sama-sama membahas durasi kala I serta pengaruh aktivitas ibu bersalin terhadap kemajuan persalinan. Perbedaannya, penelitian Sari dkk. melibatkan ibu multipara, sedangkan pada studi kasus ini subjeknya adalah Ny. C yang merupakan primigravida dengan komplikasi preeklampsia.

Kesimpulan dibawah ini adalah aktivitas fisik selama kehamilan, mobilisasi dini, dan aktivitas ambulasi selama persalinan berpengaruh positif terhadap kemajuan persalinan kala I. Ibu yang aktif cenderung mengalami pembukaan serviks yang lebih cepat, penurunan kepala janin yang lebih baik, dan durasi persalinan yang lebih singkat dibandingkan ibu yang kurang aktif. Dengan demikian, aktivitas fisik dan mobilisasi merupakan faktor penting yang mendukung kelancaran persalinan kala I. Namun, efektivitas aktivitas tersebut dapat berbeda pada ibu dengan komplikasi, seperti preeklampsia, karena kondisi tersebut dapat membatasi mobilisasi dan meningkatkan risiko terjadinya kala I memanjang.

2.15.2. Hubungan Kala I Fase Aktif Memanjang dengan Preeklampsia

Menurut Juliantari dkk. (2023) melakukan penelitian berjudul "Hubungan Preeklampsia dengan Kejadian Fase Aktif Memanjang pada Ibu Bersalin di RSUP Sanglah Denpasar". Metode yang digunakan adalah analitik observasional dengan desain case control pada 80 responden yang terdiri atas 40 kasus dan 40 kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan Preeklamsi memiliki risiko 4,2 kali lebih besar mengalami fase aktif memanjang dibandingkan ibu tanpa Preeklamsi. Vasospasme uteroplasenta pada Preeklamsi terbukti menghambat kontraksi miometrium dan memperlambat dilatasi serviks. Persamaan dengan studi kasus ini adalah secara langsung mengkaji hubungan antara Preeklamsi dan fase aktif memanjang, yang sesuai dengan diagnosis Ny. C.

Anggraini dan Setiawan (2024) melakukan penelitian berjudul “Pengaruh Pemberian $MgSO_4$ pada Pasien Preeklamsi terhadap Kemajuan Persalinan Kala I di RS Rujukan Provinsi Lampung” dengan metode analitik retrospektif terhadap 65 rekam medis ibu yang mengalami preeklampsia dan mendapatkan terapi $MgSO_4$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan $MgSO_4$ menyebabkan fase aktif persalinan berlangsung lebih lama, yaitu rata-rata 3,2 jam dibandingkan kelompok yang tidak menerima $MgSO_4$. Kondisi ini diduga terjadi karena efek relaksasi $MgSO_4$ pada otot polos miometrium yang dapat mengurangi efektivitas kontraksi uterus. Kesamaan penelitian ini dengan studi kasus Ny. C terletak pada pembahasan mengenai penatalaksanaan Preeklamsi dan pengaruh pemberian $MgSO_4$ terhadap kemajuan persalinan kala I. Adapun perbedaannya, penelitian Anggraini dan

Setiawan hanya meninjau dampak satu intervensi farmakologis, sedangkan studi kasus Ny. C membahas asuhan kebidanan secara menyeluruh dan komprehensif.

Menurut Kurniasih dkk. (2023) melakukan penelitian berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Fase Aktif Memanjang pada Ibu Bersalin dengan Komplikasi Hipertensi di RSUD Kabupaten Ciamis” menggunakan desain analitik *cross sectional* terhadap 75 ibu bersalin dengan hipertensi dan preeklampsia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap terjadinya fase aktif memanjang adalah nilai Bishop Score yang rendah, Usia kehamilan kurang dari 39 minggu saat induksi dan status nullipara. Selain itu, Preeklampsi diketahui meningkatkan risiko fase aktif memanjang hingga 3,5 kali. Kesamaan penelitian tersebut dengan studi kasus ini terletak pada wilayah penelitian yang sama-sama berada di Jawa Barat serta adanya faktor yang sesuai dengan kondisi Ny.C, yaitu primigravida dengan hipertensi. Adapun perbedaannya, penelitian Kurniasih dkk. menggunakan pendekatan kuantitatif dengan banyak responden, sedangkan studi ini merupakan kajian kasus pada satu pasien.

2.15.4 Hubungan Faktor Risiko dengan Kala I Fase Aktif Memanjang dan Preeklmpsi

Menurut Restanty dkk. (2023) melakukan penelitian berjudul “*Faktor-Faktor Penyebab Kala I Memanjang dan Dampaknya terhadap Morbiditas Ibu dan Neonatus di RS Rujukan Jawa Tengah*” dengan metode deskriptif analitik retrospektif terhadap 120 kasus kala I memanjang selama periode 2021–2022. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab terbanyak kala I memanjang adalah inersia uteri (42%), diikuti disproporsi sefalopelvik (CPD) sebesar 21%, faktor

psikologis 18%, preeklampsia 12%, dan faktor lainnya 7%. Penelitian ini juga menemukan beberapa komplikasi yang dapat terjadi, seperti atonia uteri, asfiksia neonatus, dan ruptur uteri. Kesamaan dengan studi kasus ini terletak pada Preeklampsia yang menjadi salah satu faktor penyebab kala I memanjang, sesuai dengan kondisi yang dialami Ny. C. Perbedaannya, penelitian Restanty dkk. menelaah faktor penyebab dan dampaknya pada populasi secara umum, sedangkan studi kasus ini berfokus pada pemberian asuhan kebidanan secara individual berdasarkan manajemen Varney.

Dalam buku *Sinopsis Obstetri: Fisiologi dan Patologi Persalinan* edisi revisi menjelaskan bahwa preeklampsia berat dapat menghambat kemajuan persalinan melalui mekanisme vasospasme yang menurunkan perfusi uteroplasenta. Kondisi tersebut menyebabkan miometrium kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga kontraksi menjadi kurang efektif. Selain itu, proteinuria berat yang menimbulkan hipoproteinemia dapat menyebabkan edema serviks dan memperlambat proses dilatasi. Teori ini memiliki kesamaan dengan studi kasus Ny. C karena digunakan untuk menjelaskan mekanisme patofisiologis Preeklamsi yang menyebabkan kala I fase aktif memanjang. Perbedaannya, sumber Mochtar merupakan kajian teoritis, sedangkan studi kasus ini menggambarkan penerapannya secara langsung dalam praktik klinis. Mochtar (2022)

Meneliti “*Hubungan Paritas, Usia Ibu, dan Obesitas dengan Kejadian Preeklampsia di RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah*” Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu primipara memiliki risiko 2,8 kali lebih besar mengalami Preeklamsi dibandingkan multipara. Selain itu, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35

tahun serta obesitas juga terbukti berhubungan signifikan dengan kejadian preeklampsia berat. Kesamaan dengan studi kasus ini terletak pada faktor paritas primigravida yang dimiliki Ny. C, yang termasuk faktor risiko Preeklamsi sebagaimana dijelaskan dalam penelitian tersebut. Adapun perbedaannya, penelitian Rahyani berfokus pada faktor risiko terjadinya Preeklamsi, sedangkan studi kasus ini membahas asuhan kebidanan pada ibu yang sudah mengalami Preeklamsi disertai kala I fase aktif memanjang. Rahyani (2020)

2.15.5. Hubungan Faktor Psikologis dengan Kemajuan Persalinan

Rohani dkk. (2022) meneliti *“Pengaruh Kecemasan Ibu Bersalin terhadap Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif di Puskesmas Poned Kota Garut”* dengan desain kuantitatif *cross sectional* pada 55 ibu bersalin. Tingkat kecemasan diukur menggunakan instrumen HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan kecemasan berat mengalami fase aktif persalinan yang rata-rata berlangsung 2,4 jam lebih lama dibandingkan ibu dengan kecemasan ringan. Hal ini terjadi karena peningkatan kadar katekolamin akibat kecemasan dapat menghambat kontraksi uterus dan memperlambat pembukaan serviks. Penelitian ini memiliki kesamaan dengan studi kasus Ny. C karena dilakukan di wilayah yang sama, yaitu Kota Garut, serta sama-sama membahas pengaruh faktor psikologis terhadap kemajuan persalinan kala I. Perbedaannya, penelitian tersebut dilakukan pada ibu tanpa komplikasi Preeklamsi, sedangkan Ny. C mengalami kecemasan yang disertai preeklampsia berat.

Suleman dkk. (2021) melakukan penelitian berjudul *“Hubungan Dukungan Suami dan Tingkat Kecemasan dengan Lama Persalinan Kala I pada Ibu*

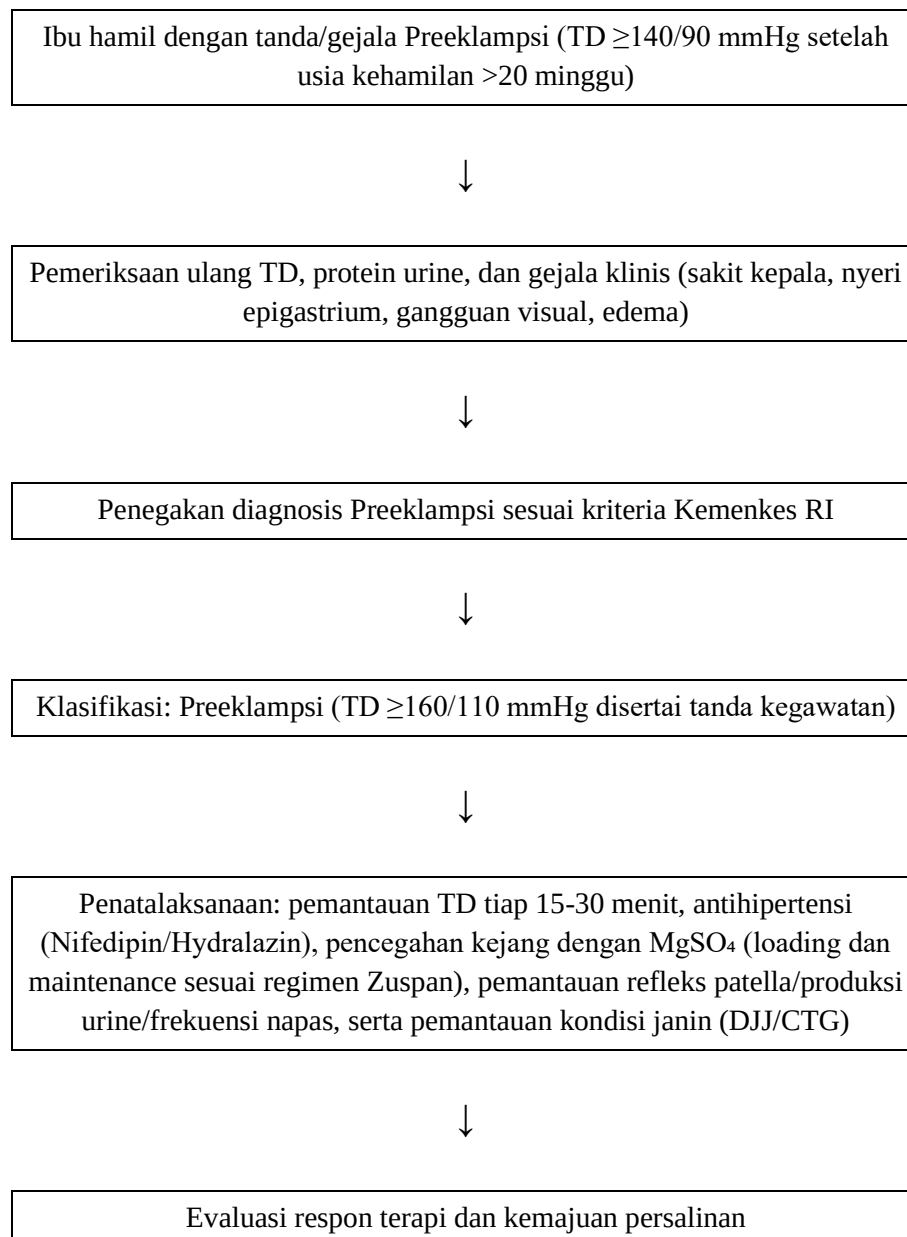
Primigravida di RS Provinsi Gorontalo”. Penelitian menggunakan metode deskriptif korelatif *cross sectional* pada 40 ibu primigravida dengan instrumen *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memperoleh dukungan suami yang baik mengalami kala I persalinan lebih singkat, dengan rata-rata perbedaan waktu 1,6 jam. Selain itu, kecemasan berat yang tidak disertai dukungan sosial meningkatkan risiko persalinan lama hingga 3,1 kali. Kesamaan dengan studi kasus ini terletak pada karakteristik responden yang sama-sama primigravida serta fokus penelitian terhadap pengaruh faktor psikologis dan dukungan sosial terhadap kemajuan persalinan. Perbedaannya, penelitian Suleman dkk. tidak membahas komplikasi Preeklampsia, sedangkan pada kasus Ny. C faktor psikologis terjadi bersamaan dengan preeklampsia.

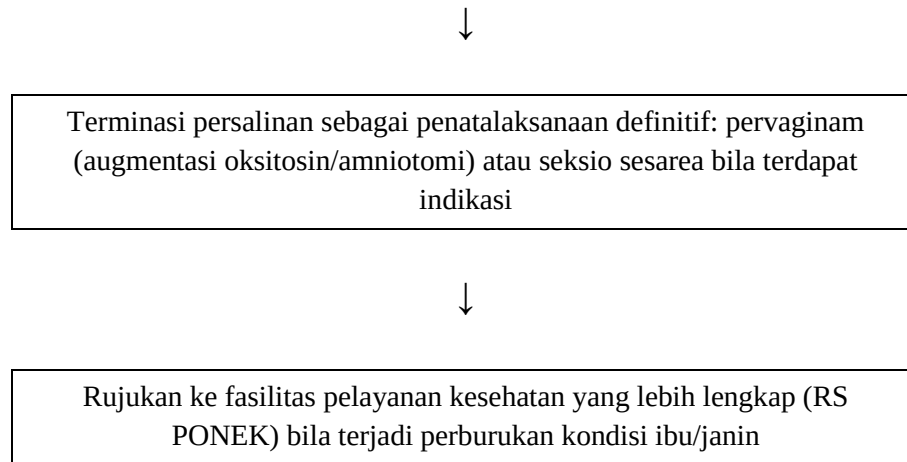
Ijabah dkk. (2023) dalam penelitian “*Hubungan Stres Psikologis Ibu Bersalin dengan Kejadian Persalinan Lama di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*” menggunakan pendekatan analitik retrospektif terhadap 80 rekam medis ibu yang mengalami persalinan lama maupun normal. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara stres psikologis dan kejadian persalinan lama. Secara fisiologis, stres meningkatkan kadar kortisol dan epinefrin yang dapat menekan produksi oksitosin endogen, sehingga kontraksi uterus menjadi kurang efektif dan proses persalinan berlangsung lebih lama. Kesamaan dengan studi kasus ini adalah sama-sama mengkaji pengaruh faktor psikologis terhadap terjadinya persalinan lama atau kala I memanjang, sesuai dengan kondisi yang dialami Ny. C selama menjalani perawatan. Perbedaannya, penelitian Ijabah dkk. tidak secara

khusus meninjau kasus yang disertai, sedangkan studi kasus ini berfokus pada kombinasi kala I fase aktif memanjang dan preeklampsia.

2.16. Algoritma Penatalaksanaan Preeklampsia

Berikut bagan algoritma Penatalaksanaan Preeklampsia berdasarkan uraian teori di atas:





Bagan 2.1 Algoritma Penatalaksanaan Preeklampsi

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.C Usia 23 Tahun G₁P₀A₀ Inpartu Kala

1 Fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia Di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 05 April 2026
Waktu Pengkajian : 15.00 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang VK
Nama Mahasiswa : Dea Khoirunnisa
NIM : KHGB23004

3.2. Data Subjektif

1) Identitas

Identitas Ibu		Identitas Suami	
Nama Ibu	: Ny.C	Nama Suami	: Tn.W
Usia	: 23 Tahun	Usia	: 23 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Guru	Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Alamat	: Kp. Kandang Kidul	Alamat	: Kp. Kandang Kidul

2) Alasan Datang

Ibu datang ke ruang VK RSUD dr. Slamet Garut pukul 12.00 WIB sebagai rujukan dari Puskesmas lembang pada pukul 11.20 WIB dengan indikasi Kala 1 fase aktif memanjang dengan preeklampsia. Ibu merasa hamil 9 bulan dan mengeluhkan mulas mulas berawal dari pinggang menjalar keperut bagian depan (perut bawah) sejak 8 jam yang lalu disertai nyeri ulu hati, sakit kepala dan pandangan kabur, gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu mengaku memiliki riwayat tekanan darah tinggi sejak 1 bulan yang lalu. Keluhan sakit kepala dan pandangan kabur.

Setelah tiba di PONEK RSUD dr. Slamet Garut dilakukan pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi 122x/menit, Respirasi : 21x/menit, Suhu 36°C, SPO₂ 98%, his 3x10' x 35'', pembukaan 8 cm, portio tipis lunak, ketuban (-), presentasi kepala, penurunan Hodge III, serta kepala sudah masuk PAP. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan protein urin positif +1 yang mendukung diagnosis preeklampsia. Selanjutnya ibu diberikan Diberikan terapi sesuai protap preeklampsi Nifedipine 3x10 mg, Metildopa 3x500 mg, MgSO₄ maintenance dose dan dipindahkan ke ruang VK untuk observasi dan penatalaksanaan persalinan lebih lanjut.

3) Keluhan Utama

Ibu mengeluh mulas berawal dari pinggang menjalar keperut bagian depan (perut bawah) sejak 8 jam yang lalu disertai nyeri ulu hati, sakit kepala dan pandangan kabur.

4) Riwayat Obstetri

Menarche : 13 tahun
 Siklus : 30 hari
 Lama : 6-7 hari
 Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut
 Dismenore : -
 HPHT : 08-07-2025
 TP : 15-04-2026
 UK : 38 – 39 Minggu

5) Riwayat Kehamilan Sekarang

Mengaku hamil 9 bulan, gerakan janin sudah dirasakan ibu sejak 4 bulan sampai sekarang, tidak ada riwayat perdarahan, tidak mengonsumsi jamu-jamuan, ibu mengonsumsi tablet Fe dan obat anti hipertensi, status TT1, riwayat pemeriksaan ANC sebanyak 10x, ibu mengalami hipertensi sejak 1 bulan yang lalu.

6) Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

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

7) Pola Kebutuhan Sehari-hari

Nutrisi : Makan 2-3x sehari, minum 8-9 gelas sehari

Eliminasi : BAB 1x sehari, BAK 9-10x sehari

Istirahat : Kurang (tidur malam 4-5 jam, tidur siang 1 jam)

Personal Hygiene : Mandi 2x sehari, ganti baju 2x sehari

8) Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan ini pernikahan pertamanya, ibu menikah pada usia 22 tahun dan suami pada usia 22 tahun. Ibu mengatakan kehamilan ini diinginkan, suami dan keluarga sangat mendukung. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

9) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya tidak menggunakan alat kontrasepsi dan setelah melahirkan ibu berencana ingin menggunakan KB suntik.

3.3. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Sakit sedang
- b) Kesadaran : *Composmentis*

2. Antropometri

- a) BB sebelum hamil : 55 kg
- b) BB sekarang : 67 kg
- c) Tinggi badan : 156 cm
- d) IMT : 27,5 (Overweight)
- e) LP : 114 cm
- f) LILA : 28 cm

3. Tanda-Tanda Vital

- a) Tekanan Darah : 150/90 mmHg
- b) Nadi : 122x/menit
- c) Respirasi : 22x/menit
- d) Suhu : 36°C
- e) SPO₂ : 98%

4. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Warna rambut, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok,
tidak ada nyeri tekan
- b) Wajah : Bersih, tidak oedema, tidak pucat
- c) Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda,
Pandangan kabur
- d) Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e) Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik
- f) Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi
Bibir tidak pucat
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena
Jugularis, tidak ada nyeri tekan
- h) Payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, putting susu
Menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum
ada
- i) Abdomen
Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat

Striae gravidarum

Kandung : Kosong
kemih

TFU : 33 cm

Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting

Leopold II : Bagian kanan teraba bagian terkecil janin, bagian kiri teraba keras memanjang (PUKI)

Leopold III : Teraba bulat keras melenting, sudah masuk PAP

Leopold IV : penurunan kepala 2/5

TBBJ : $(33-11) \times 155 = 3.410$ gram

DJJ : 150x/menit, reguler

His : 3 x 10' x 35''

j) Genitalia :

V/V : Tidak ada kelainan

Portio : Tipis lunak

Ketuban : Utuh

Pembukaan : 8 cm

Penurunan : Hodge III

k) Anus : Tidak ada hemoroid

l) Ekstremitas : Terdapat oedema pada kedua kaki, kuku berwarna kemerahan, refleks patella (+)

3.4. Pemeriksaan Penunjang

- a) Hb : 12,1 gr/dl
- b) Protein Urine : Positif (+1)
- c) Glukosa Urine : Negatif
- d) HIV/AIDS : Negatif
- e) Sifilis : Negatif
- f) HBsAg : Negatif
- g) Golongan Darah : O

3.5. Analisa

G₁P₀A₀ Inpartu 38-39 minggu Kala I Fase Aktif Memanjang dengan Preeklampsia

3.6. Penatalaksanaan

- 1) Memberikan informed consent kepada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan.
Evaluasi : Ibu bersedia.
- 2) Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti.
- 3) Melakukan drip oksitosin dalam RL 500 mL 20 tetes per menit di ruang vk
Evaluasi : Drip oksitosin terpasang Pada pukul 15.20
- 4) Melakukan pemeriksaan CTG
Evaluasi : Pemeriksaan CTG sudah dilakukan.
- 5) Memberitahu hasil pemeriksaan kemajuan persalinan.

Evaluasi : Pembukaan 8 cm, portio tipis lunak, presentasi kepala, Hodge III, DJJ 150x/menit, His 3 x 10'x 35'', ketuban pecah spontan pukul 16.40

- 6) Memberikan motivasi dan dukungan kepada ibu agar lebih tenang dan tidak mengkhawatirkan persalinannya.

Evaluasi : Ibu tampak lebih tenang.

- 7) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring kiri

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya

- 8) Melakukan Observasi Kemajuan Persalinan

Evaluasi : Observasi kemajuan sudah dilakukan

Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal Pengkajian : 05 April 2026

Waktu Pengkajian : 17.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

Nama Mahasiswa : Dea Khoirunnisa

NIM : KHGB23004

S : Ibu mengatakan mulas dan ada rasa ingin mencedan.

O :

Keadaan Umum : Sakit sedang

Abdomen : DJJ 144x/menit, His 5x10"x45"

V/V : Tidak ada kelainan

Portio : Sudah tidak teraba

Ketuban : (-)

Pembukaan : 10 cm

Penurunan : Hodge IV

A : G₁P₀A₀ inpartu Kala II.

P :

1) Informed consent kepada ibu dan keluarga.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

2). Melihat tanda dan gejala kala II.

Evaluasi : Terdapat tanda gejala kala II (Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva membuka).

3). Mendekatkan alat dan obat-obatan.

Evaluasi : Alat dan obat-obatan sudah didekatkan.

4). Melakukan pimpinan persalinan dan menganjurkan ibu untuk mengedan pada saat kontraksi terasa kuat.

Evaluasi : pukul 17.40 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot kuat. BB 3.400 gram, PB 52 cm, LK 32 cm, LD 31 cm, LP 30 cm.

5). Melakukan jepit potong tali pusat dan skin to skin antara ibu dan bayi.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal Pengkajian : 05 April 2026
Waktu Pengkajian : 17.45 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang VK
Nama Mahasiswa : Dea Khoirunnisa
NIM : KHGB23004

S : Ibu mengatakan masih merasa mules.

O :

Keadaan Umum : Baik
Tekanan Darah : 140/90 mmHg
Nadi : 88x/menit
Respirasi : 21x/menit
Suhu : 36,5°C
SPO₂ : 97%
Kandung Kemih : Kosong
Kontraksi Uterus : Keras
TFU : 2 jari di bawah pusat
Perdarahan : 150 ml

A : P₁A₀ Inpartu Kala III.

P :

1) Informed consent kepada ibu.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

2). Memastikan janin tunggal.

Evaluasi : Tidak terdapat janin kedua.

3). Memberitahu ibu akan disuntik oksitosin.

Evaluasi : Suntik oksitosin sudah dilakukan.

4). Melakukan peregangan tali pusat terkendali.

Evaluasi : Plasenta lahir pukul 17.55 WIB secara spontan.

5). Melakukan masase uterus.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

6). Mengecek kelengkapan plasenta.

Evaluasi : Plasenta lahir lengkap.

Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal Pengkajian : 05 April 2026
 Waktu Pengkajian : 18.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Ruang VK
 Nama Mahasiswa : Dea Khoirunnisa
 NIM : KHGB23004

S : Ibu mengatakan masih merasa mules.

O :

Keadaan Umum : Baik
 Tekanan Darah : 140/90 mmHg
 Nadi : 88x/menit
 Respirasi : 21x/menit
 Suhu : 36,5°C
 SPO₂ : 97%

A : P₁A₀ Inpartu Kala IV.

P :

1) Informed consent kepada ibu.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

2) Mengecek laserasi.

Evaluasi : Terdapat luka laserasi derajat 2.

3) Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan hecting pada perineum.

Evaluasi : Ibu bersedia dan hecting pada perineum sudah dilakukan.

4) Menilai perdarahan.

Evaluasi : Perdarahan ibu normal, 50 ml.

5) Melakukan pendokumentasian dan observasi kala IV pada lembar partograf.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

Catatan Perkembangan hari ke-2

Tanggal : 6 April 2026

Waktu : 15.00 WIB

Tempat : Jade

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih terasa ngilu jalan lahir

B. Data Objektif

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV tekanan darah 110/70mmHg, nadi 85 x/menit, Respirasi 21 x/menit, suhu 36,5°, spo 98%, Tfu 2jari dibawah pusat, konsistensi keras, kandung kemih kosong, luka jahitan perineum bersih dan masih basah, pendarahan ± 20 cc.

C. Analisa

Ny.C usia 23 tahun P₁A₀ post partum 1 hari

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Mengingatkan ibu untuk konsumsi obat yang telah diberikan dokter

Evaluasi : tablet tambah darah 60 mg, paracetamol 500 mg, amoxicillin 500 mg

- 3) Memberikan KIE Kepada ibu tentang perawatan luka jahitan, tanda bahaya nifas, Asi eksklusif

Evaluasi : Ibu mengerti

- 4) Mengingatkan kepada ibu untuk selalu memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahatnya

Evaluasi : ibu bersedia mengikuti anjuran

- 2) Memberikan dukungan psikologi dan emosional kepada ibu agar tetap bersemangat dalam menjalani peran barunya

Evaluasi : ibu merasa senang

- 3) Memberitahu ibu untuk vulva hygiene

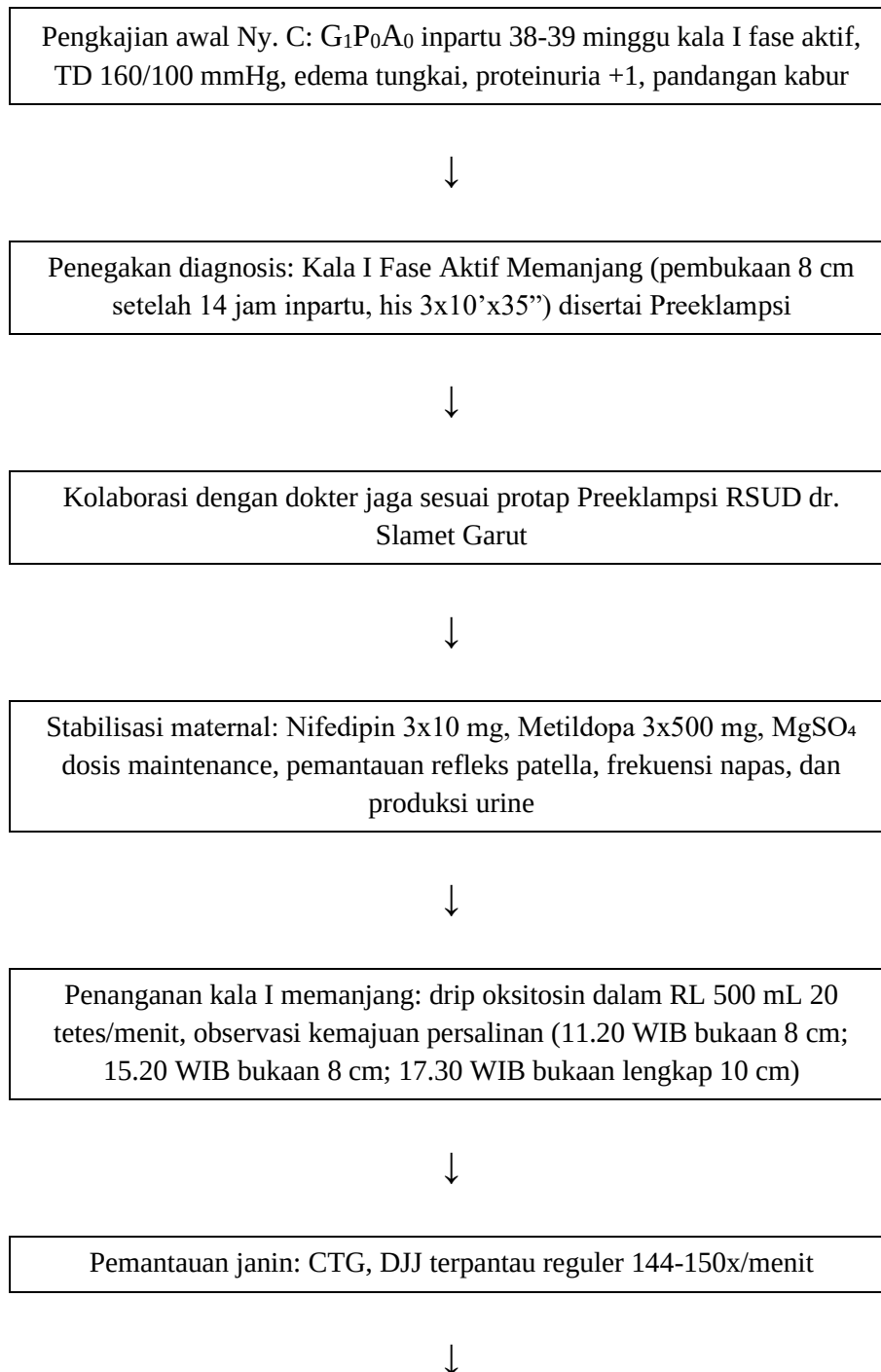
Evaluasi :ibu mengerti dan bersedia melakukannya

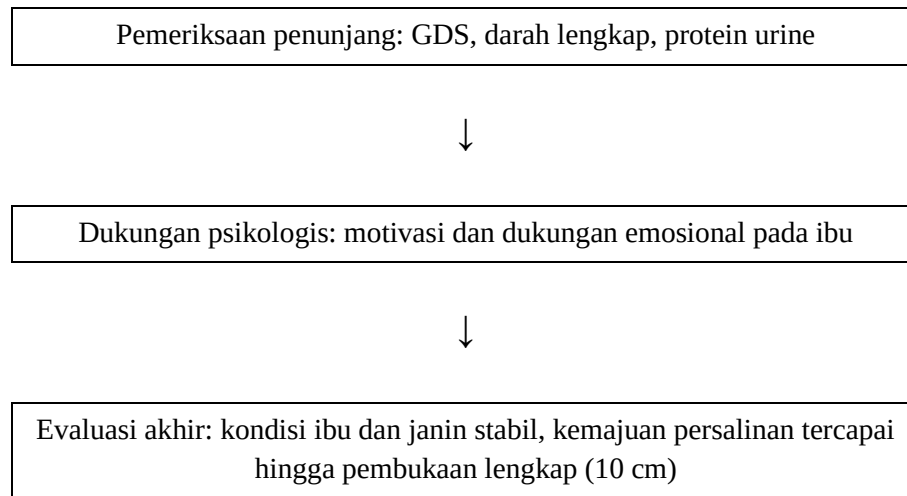
- 4) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : pendokumentasi telah dilakukan

3.7 Penatalaksanaan Kasus Kronologis Preeklampsia

Berikut bagan algoritma penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. C berdasarkan tinjauan kasus di atas:





Bagan 3.1 Algoritma Penatalaksanaan Preeklampsia pada Ny. C

3.8 MATRIKS

NO	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda Gejala		Intervensi	
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
1.	1. Kala I Fase Aktif Memanjang: Persalinan fase aktif yang tidak maju (< 1 cm/jam) selama > 12 jam tanpa kemajuan adekuat. 2. Preeklamsi:	1. Kala I Fase Aktif Memanjang: a. Suatu kondisi patologis dimana laju pembukaan serviks < 1 cm/jam dalam fase aktif persalinan (Prawiroha	1. Faktor Power (Tenaga/His): a. Inersia uteri hipotonik: kontraksi lemah/tidak adekuat. b. Inersia uteri hipertonic: kontraksi kuat tapi tidak terkoordinasi. c. Analgesia epidural berlebihan.	Faktor yang ditemukan pada Ny. C: 1.Power: His 3x10'x35" (< 4x10' x 40") → tidak adekuat → inersia uteri hipotonik. 2. Passenger: TBBJ 3.410 gram,	Kala I Fase Aktif Memanjang: a. Pembukaan serviks < 1 cm/jam. b. His tidak adekuat (< 3x dalam 10 menit, durasi < 40 detik). c. Garis partograf melewati	Kala I Fase Aktif Memanjang: a. Pembukaan 8 cm setelah 14 jam inpartu (< 1 cm/jam). b. His 3x10'x35" → belum adekuat. c. Ibu mengeluh mules	A. Stabilisasi Maternal (Preeklamsi): a. Antihipertensi: Nifedipin oral 10 mg (dapat diulang 15-30 menit, maks 3x), target TD 140-155/90-105 mmHg.	A. Stabilisasi Maternal (Preeklamsi): a. Kolaborasi dengan dokter jaga → terapi sesuai protap Preeklamps i RSUD dr. Slamet. b. Nifedipine 3x10 mg (oral).

	Komplikasi kehamilan dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg disertai tanda kegawatan setelah UK > 20 minggu.	rdjo, 2022). b. Kemenkes RI (2023): kemajuan persalinan pada fase aktif berlangsung > 12 jam tanpa pembukaan adekuat. c. Diagnosisnya jika garis pembukaan melewati garis waspada	2. Faktor Passage (Jalan Lahir): a. CPD (disproporsi sefalopelvik) relatif/absolut. b. Kelainan bentuk panggul. c. Tumor jalan lahir atau serviks kaku. 3. Faktor Passenger (Janin): a. Presentasi abnormal	presentasi kepala (tidak ada makrosomia/malpresentasi). 3. Passage: Tidak ditemukan CPD secara klinis. Penurunan kepala Hodge III. 4. Komplikasi Preeklamsia: a. Vasospasme akibat preeklamsia	garis waspada. d. Ibu tampak kelelahan. Preeklamsia: a. TD $\geq 160/110$ mmHg menetap. b. Sakit kepala berat (frontal/okipital). c. Gangguan visual: fotofobia, pandangan	namun kemajuan lambat. (Preeklamsia): a. TD $\geq 160/100$ mmHg $\rightarrow$ memenuhi kriteria Preeklams. b. Pandangan sedikit kabur (gangguan visual). c. Edema pada kedua kaki.	b. MgSO₄ (Regimen Zuspan): Loading 4 gr IV/15-20 menit $\rightarrow$ maintenance 1-2 gr/jam. c. Pantau: refleks patella, napas ≥ 16x/mnt, urine ≥ 30 mL/jam; siapkan Ca-	c. Metildopa 3x500 mg. d. MgSO₄ maintenance dose (loading sudah diberikan). e. Pemantauan refleks patella, frekuensi napas, dan produksi urine. B. Penanganan Kala I Memanjang:
--	---	---	---	--	---	---	--	--

		(alert line) ke garis bertindak (action line) pada partograf.	(dahi, muka, oksipito posterior). b. Makrosomia (> 4000 gram) / hidrosefalus. 1. Faktor preeklampsia terhadap persalinan: a. Vasospasme → hipoperfusi miometriu m → inersia uteri. b. Hipoproteinemia →	i → aliran darah uteroplasenta berkurang → kontraksi lemah. b. Edema tungkai bilateral → kemungkinan edema serviks. c. MgSO ₄ diberikan → efek relaksasi miometriu m.	kabur, skotoma. d. Nyeri epigastrium/kuadran kanan atas. e. Oliguria (< 500 mL/24 jam atau < 25 mL/jam). f. Edema paru: sesak, ortopnea, ronki basah. g. Edema jaringan	d. Protein urine +1 (riwayat +2 sebelumnya). e. Refleks patella (+). f. Bibir pucat. g. Nadi 122x/menit (takikardia). h. SpO ₂ 98% (dalam batas normal). i. Tidak ada sakit kepala	Glukonat 1 gr IV. d. Pemantauan input-output cairan ketat. B. Penanganan Kala I Memanjang: a. Evaluasi ulang faktor 3P (Power, Passenger, Passage). b. Augmentasi oksitosin: 2,5 IU	a. Drip oksitosin dalam RL 500 mL 20 tetes/menit. b. Observasi kemajuan persalinan secara berkala: - 11.20 WIB: bukaan 8 cm, his 3x10'x35" - 15.20 WIB: bukaan 9 cm, his 4x10'x45" - 17.30 WIB: bukaan lengkap 10 cm
--	--	---	---	--	---	--	--	--

		mmHg disertai ≥ 1 tanda kegawatan setelah UK > 20 minggu (Kemenkes RI, 2023). b. Preeklampsia adalah kondisi obstetri yang mengancam nyawa; peringkat kedua penyebab	edema serviks → dilatasi terhambat. c. MgSO_4 → relaksasi otot polos → kontraksi kurang efektif. d. induksi saat Bishop Score rendah. e. Kecemasan → peningkatan	d. Primigravida tambah kecemasan → katekolamin meningkat → hambatan his.	(tungkai, wajah). h. Proteinuria positif. i. Refleks patella hiperaktif.	berat atau oliguria yang tercatat.	dalam 500 mL RL, mulai 8 tetes/mnt, naik 4 tetes/15 mnt hingga his adekuat (maks 40 tetes/mnt). c. Amniotomi : jika ketuban utuh, pembukaan ≥ 4 cm, tidak ada CPD.	C. Pemantauan Janin: a. Pemeriksaan CTG → sudah dilakukan b. DJJ terpantau reguler 144-150x/mnt. D. Pemeriksaan Penunjang: a. Cek GDS, lab darah lengkap, protein urine.
--	--	---	--	---	---	---	--	---

		kematian ibu di Indonesia setelah perdarahan .	katekolamin → hambat kontraksi.				d. Perubahan posisi dan ambulasi. e. Terminasi (SC): jika gagal augmentasi , gawat janin, CPD, kondisi ibu memburuk. C. Pemantauan Janin: a. CTG untuk menilai kesejahteraan janin.	E. Dukungan Psikologis: a. Motivasi dan dukungan emosional → ibu tampak lebih tenang.
--	--	--	---------------------------------	--	--	--	---	---

							b. DJJ dan kontraksi tiap 15-30 menit. D. Dukungan Psikologis: a. Motivasi dan ketenangan ibu untuk mengurangi katekolamin.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini membahas perbandingan antara teori dan praktik dalam pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ inpartu 38-39 minggu kala I fase aktif memanjang dengan Preeklampsia di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut. Pembahasan dilakukan secara sistematis mengikuti pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan).

4.1. Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif, Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ datang ke Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut merupakan rujukan dari Puskesmas Lembang dengan indikasi kala I fase aktif memanjang disertai preeklampsia. Ibu mengeluhkan mulas-mulas yang berawal dari pinggang menjalar ke perut bagian depan sejak 8 jam sebelum masuk rumah sakit, disertai nyeri ulu hati, sakit kepala, dan pandangan sedikit kabur, sedangkan gerakan janin masih dirasakan aktif. Keluhan mulas yang menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah tersebut sesuai dengan teori tanda-tanda persalinan, yaitu kontraksi uterus yang teratur, adekuat, dan progresif sehingga menyebabkan perubahan pada serviks (Anggraeni et al., 2022). Keluhan sakit kepala, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati (nyeri epigastrium) yang menyertai kontraksi tersebut sesuai dengan gejala klinis preeklampsia berat, yang menurut Kemenkes RI 2023 meliputi sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, dan nyeri pada kuadran kanan atas atau ulu hati akibat regangan kapsul hepar. Dengan demikian, keluhan subjektif yang disampaikan Ny. C tidak dapat dipandang sebagai keluhan persalinan biasa, melainkan merupakan

tanda peringatan (*warning signs*) yang mengarah pada preeklampsia berat sehingga memerlukan kewaspadaan dan penanganan segera.

Data riwayat obstetri menunjukkan HPHT 08-07-2025 dengan taksiran persalinan 15-04-2026 dan usia kehamilan 38-39 minggu pada saat pengkajian, sehingga kehamilan Ny. C tergolong aterm. Hal ini penting untuk digarisbawahi karena preeklampsia menurut teori memang umumnya bermanifestasi klinis pada trimester ketiga atau usia kehamilan lebih dari 20 minggu (Kemenkes, 2025), dan kondisi ini akan mengalami perbaikan secara bertahap setelah ibu memasuki masa nifas (Nahdlatul & Surabaya, 2024). Riwayat kesehatan ibu menunjukkan bahwa Ny. C telah mengalami tekanan darah tinggi sejak satu bulan sebelum persalinan, sudah diperiksa ke dokter dengan hasil protein urine +1, dan telah mendapatkan terapi antihipertensi. Data ini menegaskan bahwa preeklampsia pada Ny. C bukan merupakan kejadian yang muncul secara tiba-tiba pada saat inpartu, melainkan sudah terdeteksi sejak masa antenatal, sehingga sesuai dengan teori bahwa preeklampsia dapat terjadi pada berbagai periode, baik antepartum, intrapartum, maupun postpartum (Nahdlatul & Surabaya, 2024).

Status Ny. C sebagai primigravida usia 23 tahun turut menjadi faktor yang relevan untuk dibahas. Meskipun usia 23 tahun berada di luar kelompok usia risiko tinggi preeklampsia (<20 tahun atau >35 tahun), status kehamilan pertama (primigravida) tetap merupakan salah satu faktor risiko independen terjadinya preeklampsia sebagaimana disebutkan dalam teori (Rahmadi & Anjani, 2024). Di sisi lain, status primigravida juga berkontribusi terhadap munculnya kecemasan menghadapi persalinan pertama. Kecemasan tersebut, menurut Jamil et al, dapat

meningkatkan kadar katekolamin dalam darah yang selanjutnya menghambat kontraksi uterus dan memperlambat kemajuan persalinan. Dengan demikian, terdapat dua jalur yang saling memperberat pada kasus Ny. C, yaitu jalur fisiologis akibat preeklampsia (vasospasme dan hipoperfusi uteroplasenta) serta jalur psikologis akibat kecemasan primigravida, yang keduanya bermuara pada perlambatan kemajuan persalinan.

Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari ibu turut memberikan gambaran pendukung. Ny. C mengaku memiliki pola istirahat yang kurang, yaitu tidur malam hanya 4-5 jam dan tidur siang 1 jam. Kondisi ini relevan dengan teori (Idham Lutfi et al.2024) yang menempatkan kelelahan dan dehidrasi ibu bersalin sebagai salah satu faktor lain penyebab kala I fase aktif memanjang. Riwayat pemeriksaan antenatal care (ANC) sebanyak 10 kali menunjukkan bahwa Ny. C sesungguhnya cukup patuh dalam memeriksakan kehamilannya, bahkan melebihi standar minimal kunjungan ANC. Akan tetapi, kepatuhan ANC yang baik ternyata tidak sepenuhnya mencegah terjadinya preeklampsia, mengingat etiologi preeklampsia hingga saat ini belum dapat dijelaskan secara pasti dan lebih berkaitan dengan gangguan proses plasentasi pada awal kehamilan (Rahmadi et al., 2024). Kondisi ini menjadi catatan penting bahwa kepatuhan ANC perlu diimbangi dengan skrining faktor risiko preeklampsia yang lebih terarah sejak trimester pertama, bukan hanya pemeriksaan tekanan darah rutin semata.

Secara keseluruhan, seluruh data subjektif yang diperoleh dari Ny. C, baik keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, maupun riwayat psikososial, telah digali secara lengkap oleh penulis sesuai dengan format pengkajian anamnesis

kebidanan yang berlaku, dan seluruh temuan tersebut konsisten dengan teori mengenai gejala kala I fase aktif memanjang yang menyertai preeklampsia. Dengan demikian, pada aspek data subjektif tidak ditemukan kesenjangan yang berarti antara teori dan praktik di lapangan.

4.2. Data Objektif

Hasil pemeriksaan objektif pada saat masuk menunjukkan tekanan darah Ny. C sebesar 160/100 mmHg dengan nadi 122 x/menit, respirasi 21 x/menit, suhu 36°C, dan SpO₂ 98%. Nilai tekanan darah tersebut telah memenuhi kriteria diagnosis preeklampsia berat karena tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg dapat ditegakkan sebagai preeklampsia berat meskipun hanya satu dari dua kriteria yang terpenuhi (Kemenkes RI, 2023). Nadi 122 x/menit menunjukkan adanya takikardia yang secara fisiologis dapat dijelaskan sebagai respons kompensasi tubuh terhadap nyeri persalinan, kecemasan, maupun sebagai bagian dari respons simpatis terhadap kondisi vasospasme pada preeklampsia. Nilai SpO₂ 98% dan suhu 36°C masih berada dalam batas normal, yang menunjukkan bahwa belum terdapat gangguan oksigenasi maupun tanda infeksi pada saat pengkajian. Pemeriksaan lanjutan pada catatan perkembangan kala II dan III memperlihatkan tekanan darah yang berangsur turun menjadi 150/90 mmHg kemudian 140/90 mmHg, hal ini menggambarkan keberhasilan terapi antihipertensi yang diberikan dan sejalan dengan prinsip pemantauan tekanan darah secara ketat setiap 15-30 menit pada kasus preeklampsia (Kemenkes RI, 2023).

Pemeriksaan antropometri menunjukkan indeks massa tubuh (IMT) Ny. C sebesar 27,5 yang tergolong *overweight*. Kondisi berat badan berlebih ini

merupakan salah satu faktor risiko yang memperbesar peluang terjadinya preeklampsia sebagaimana dikemukakan oleh (Rahmadi & Anjani 2024), sehingga temuan objektif ini semakin memperkuat plausibilitas diagnosis preeklampsia pada Ny. C. Pemeriksaan fisik juga menemukan edema pada kedua kaki dan pandangan kabur pada pemeriksaan mata, yang keduanya merupakan bagian dari gejala klinis preeklampsia berat sesuai kriteria (Kemenkes RI 2023). Refleks patella yang masih positif merupakan temuan objektif yang penting artinya dalam konteks preeklampsia dengan terapi $MgSO_4$, sebab hilangnya refleks patella merupakan salah satu tanda dini toksisitas magnesium sulfat. Refleks patella yang tetap positif pada Ny. C menunjukkan bahwa pemberian $MgSO_4$ berada dalam rentang dosis yang aman dan belum menimbulkan efek toksik, sesuai dengan prinsip pemantauan refleks patella, produksi urine, dan frekuensi napas selama pemberian $MgSO_4$ (Kemenkes RI, 2023).

Hasil pemeriksaan Leopold menunjukkan TFU 33 cm, presentasi kepala, punggung kiri (PUKI), penurunan kepala 2/5, dengan taksiran berat badan janin (TBBJ) sebesar 3.410 gram. Hasil ini menunjukkan bahwa janin dalam presentasi dan ukuran normal, tanpa tanda makrosomia (>4.000 gram) maupun kelainan presentasi. Dengan demikian, faktor *passenger* (janin) dapat disingkirkan sebagai penyebab kala I fase aktif memanjang pada Ny. C, sesuai dengan kerangka etiologi yang disusun oleh Idham Lutfi et al. (2024) yang membagi penyebab kala I memanjang menjadi faktor *power*, *passage*, *passenger*, dan faktor lain. Pemeriksaan his menunjukkan frekuensi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 35 detik (3x10'x35"), yang belum memenuhi kriteria his adekuat menurut teori, yaitu

minimal 4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik (4x10'x40"). Temuan his yang tidak adekuat ini konsisten dengan konsep inersia uteri hipotonik akibat preeklampsia, di mana vasospasme pembuluh darah menyebabkan hipoperfusi miometrium sehingga kontraksi uterus menjadi lemah dan tidak terkoordinasi dengan baik (Kutllovci Hasani et al., 2025).

Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) menunjukkan pembukaan serviks 8 cm setelah 14 jam sejak keluhan mulas pertama kali dirasakan ibu, dengan portio tipis lunak dan penurunan kepala pada Hodge III. Apabila dihitung laju pembukaan serviks Ny. C, maka kemajuan yang terjadi kurang dari 1 cm per jam, sehingga sesuai dengan definisi kala I fase aktif memanjang (*prolonged active phase*) menurut *Labor Care Guide* WHO, yaitu kondisi ketika laju dilatasi serviks tidak mencapai 1 cm per jam selama fase aktif persalinan (WHO'S, 2022). Temuan ini juga tergambar pada partograf, di mana garis pembukaan serviks Ny. C telah melewati garis waspada menuju garis bertindak, sesuai dengan fungsi partograf sebagai alat pemantauan kemajuan persalinan dan pengambilan keputusan klinis (Sharma, 2022; Indah et al., 2022). Hasil pemeriksaan cardiotocography (CTG) menunjukkan denyut jantung janin (DJJ) reguler pada rentang 144-150 x/menit, yang menandakan kesejahteraan janin masih baik meskipun ibu mengalami komplikasi preeklampsia. Hal ini sejalan dengan teori bahwa vasospasme derajat sedang pada preeklampsia belum tentu langsung menimbulkan gawat janin apabila cadangan plasenta masih adekuat, namun tetap memerlukan pemantauan janin secara berkelanjutan melalui DJJ dan CTG (Kemenkes RI, 2023).

Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan hasil protein urine positif (+1), Hb 12,1 gr/dl (tidak anemia), glukosa urine negatif, serta HIV, sifilis, dan HBsAg negatif. Hasil protein urine +1 mendukung diagnosis preeklampsia meskipun secara kuantitatif belum mencapai ambang ≥ 300 mg/24 jam maupun dipstik 2+ sebagaimana disyaratkan pada kriteria proteinuria bermakna (Veri et al., 2024). Namun demikian, mengacu pada kriteria diagnosis yang sama, preeklampsia tetap dapat ditegakkan tanpa proteinuria bermakna apabila hipertensi baru disertai gejala berat seperti gangguan visual dan nyeri epigastrium, sebagaimana yang dialami Ny. C. Dengan kata lain, meskipun angka proteinuria pada Ny. C tergolong ringan, kombinasi tekanan darah $\geq 160/100$ mmHg dengan gejala klinis berat (sakit kepala, pandangan kabur, edema, nyeri ulu hati) sudah cukup untuk menegaskan diagnosis preeklampsia, sehingga tidak terdapat kesenjangan bermakna pada aspek ini, hanya diperlukan kecermatan dalam menginterpretasikan hasil laboratorium secara holistik bersama data klinis lainnya. Hasil laboratorium lain yang normal (Hb, glukosa urine, dan skrining infeksi) menunjukkan tidak adanya penyulit tambahan seperti anemia atau infeksi yang dapat memperberat kondisi persalinan Ny. C.

Berdasarkan uraian di atas, data objektif yang diperoleh selama pengkajian dan observasi pada Ny. C secara umum telah sesuai dan mendukung teori mengenai kala I fase aktif memanjang yang menyertai preeklampsia berat, sehingga pada aspek data objektif tidak ditemukan kesenjangan yang signifikan antara teori dan praktik.

4.3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah diuraikan, ditegakkan diagnosa Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ inpartu 38-39 minggu kala I fase aktif memanjang dengan preeklampsia. Penegakan diagnosa kala I fase aktif memanjang didasarkan pada kriteria pembukaan serviks yang tidak mencapai laju 1 cm/jam dalam fase aktif persalinan (Prawirohardjo, 2022; WHO'S, 2022), yang pada kasus Ny. C dibuktikan dengan pembukaan 8 cm setelah 14 jam sejak awitan mulas serta garis partograf yang telah melewati garis waspada menuju garis bertindak. Diagnosa preeklampsia ditegakkan berdasarkan tekanan darah $\geq 160/100$ mmHg yang menetap pada dua kali pemeriksaan, disertai proteinuria positif dan gejala berat berupa gangguan visual (pandangan kabur) dan nyeri epigastrium setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu, sesuai kriteria (Kemenkes RI 2023) dan (Veri et al.2024).

Kedua diagnosa tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan saling berkaitan secara patofisiologi. Preeklampsia menimbulkan vasospasme sistemik yang menurunkan aliran darah uteroplasenta (hipoperfusi), sehingga kontraksi miometrium menjadi kurang efektif dan produksi prostaglandin lokal menurun. Selain itu, edema jaringan akibat hipoproteinemia pada preeklampsia turut menyebabkan serviks menjadi lebih kaku sehingga menghambat proses dilatasi (Kutllovci Hasani et al., 2025). Dengan demikian, preeklampsia pada Ny. C bukan sekadar penyerta, melainkan berperan sebagai salah satu penyebab utama terjadinya kala I fase aktif memanjang melalui mekanisme inersia uteri hipotonik, sejalan

dengan teori (Idham Lutfi et al.2024) yang menempatkan preeklampsia sebagai salah satu faktor lain penyebab kala I fase aktif memanjang.

Perlu ditelaah pula mengenai waktu terjadinya preeklampsia pada Ny. C. Riwayat hipertensi baru muncul sejak satu bulan sebelum persalinan, yaitu pada usia kehamilan sekitar 34-35 minggu, sehingga tergolong preeklampsia dengan onset lambat (*late-onset preeclampsia*) dan bukan hipertensi kronik yang sudah ada sebelum kehamilan. Klasifikasi ini penting karena preeklampsia *late-onset* umumnya memiliki prognosis maternal dan janin yang lebih baik dibandingkan preeklampsia *early-onset* yang berkaitan erat dengan gangguan plasentasi berat (Rahmadi et al., 2024). Fakta bahwa kesejahteraan janin Ny. C tetap baik (DJJ reguler 144-150 x/menit, TBBJ sesuai usia kehamilan) turut mendukung klasifikasi preeklampsia *late-onset* tersebut.

Penulis juga mempertimbangkan diagnosa banding berupa kemungkinan disproporsi sefalopelvik (CPD) sebagai penyebab kala I fase aktif memanjang, namun hal ini dapat disingkirkan berdasarkan hasil pemeriksaan Leopold yang menunjukkan TBBJ 3.410 gram (tidak makrosomia), presentasi kepala dengan penurunan Hodge III, serta tidak ditemukannya kelainan panggul secara klinis. Dengan tersingkirnya faktor *passenger* dan *passage*, maka penyebab utama kala I fase aktif memanjang pada Ny. C lebih mengarah pada faktor *power* (inersia uteri hipotonik) yang diperberat oleh kondisi preeklampsia, sehingga tata laksana yang tepat adalah augmentasi persalinan disertai stabilisasi maternal, bukan terminasi per abdominam. Secara keseluruhan, proses penegakan diagnosa pada kasus ini telah dilakukan secara sistematis dan berbasis bukti klinis, sehingga tidak terdapat

kesenjangan antara langkah analisa/diagnosa yang dilakukan penulis dengan kaidah teori yang berlaku.

4.4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. C mencakup dua aspek utama yang dilaksanakan secara simultan, yaitu stabilisasi maternal terhadap kondisi preeklampsia dan penanganan kala I fase aktif memanjang, yang kemudian berlanjut pada asuhan persalinan kala II, III, dan IV secara menyeluruh. Pembahasan penatalaksanaan berikut disusun berdasarkan tahapan asuhan yang diberikan agar perbandingan antara teori dan praktik dapat ditelaah secara rinci pada setiap tahap.

Penatalaksanaan preeklampsia pada Ny. C meliputi pemberian Nifedipine 3x10 mg per oral, Metildopa 3x500 mg per oral, serta MgSO₄ dosis maintenance. Pemberian Nifedipine sebagai antihipertensi lini pertama sejalan dengan teori Kemenkes RI (2023) yang merekomendasikan Nifedipin 10 mg oral, dapat diulang setiap 15-30 menit hingga maksimum 3 dosis, pada ibu dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg. Penambahan Metildopa sebagai antihipertensi golongan agonis alfa-2 sentral tidak disebutkan secara eksplisit dalam salah satu sumber teori yang dikaji penulis pada Bab II, sehingga pada aspek ini terdapat sedikit kesenjangan antara teori dan praktik. Meskipun demikian, penggunaan kombinasi Nifedipin dan Metildopa merupakan praktik yang lazim dan dibenarkan dalam pedoman *Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI)* sebagai bagian dari protokol lokal rumah sakit untuk mencapai kontrol tekanan darah yang lebih stabil,

sehingga kesenjangan ini lebih bersifat pelengkap (komplementer) dan bukan penyimpangan dari prinsip dasar tata laksana preeklampsia.

Pemberian MgSO_4 dosis maintenance pada Ny. C sejalan dengan prinsip pencegahan kejang (eklampsia) sebagaimana dikemukakan Kemenkes RI (2023), yaitu pemberian MgSO_4 loading dose 4 gram IV dalam 15-20 menit dilanjutkan maintenance 1-2 gram/jam selama minimal 24 jam. Oleh karena Ny. C telah mendapatkan penanganan awal di Puskesmas Lembang sebelum dirujuk, maka dosis loading kemungkinan telah diberikan pada fasilitas perujuk, dan RSUD dr. Slamet Garut melanjutkan dengan dosis maintenance, yang menggambarkan kesinambungan pelayanan (*continuum of care*) antara fasilitas kesehatan primer dan rujukan. Selama pemberian MgSO_4 , dilakukan pemantauan refleks patella, frekuensi napas, dan produksi urine, yang seluruhnya berada dalam batas aman (refleks patella positif, tidak ada depresi napas, produksi urine adekuat), sehingga tidak ditemukan tanda toksisitas magnesium selama perawatan. Hal ini menunjukkan kepatuhan pelaksanaan asuhan terhadap prinsip keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pemberian MgSO_4 sebagaimana diamanatkan oleh teori (Kemenkes RI, 2023).

Penatalaksanaan preeklampsia pada Ny. C dilakukan melalui kolaborasi antara bidan dan dokter jaga sesuai dengan protokol tetap (protap) preeklampsia RSUD dr. Slamet Garut. Kolaborasi ini sesuai dengan kewenangan bidan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, di mana pada kasus komplikasi seperti preeklampsia, bidan berperan dalam deteksi dini, penanganan awal, dan kolaborasi

rujukan kepada tenaga kesehatan yang lebih kompeten (K. M. Kesehatan, 2020). Dengan demikian, secara umum penatalaksanaan stabilisasi maternal pada Ny. C telah sesuai dengan teori dan pedoman nasional, dengan satu catatan kesenjangan minor terkait penambahan Metildopa yang tidak eksplisit tercantum pada tinjauan teori namun tetap rasional secara farmakologis dan klinis.

Penanganan kala I fase aktif memanjang pada Ny. C dilakukan melalui pemberian drip oksitosin dalam larutan RL 500 mL dengan kecepatan 20 tetes per menit di Ruang VK. Apabila dibandingkan dengan protokol augmentasi oksitosin menurut (Moraes et al. 2024), yaitu oksitosin 2,5 IU dalam 500 mL RL dimulai pada kecepatan 8 tetes/menit kemudian dinaikkan bertahap 4 tetes setiap 15 menit hingga tercapai his adekuat (maksimal 40 tetes/menit), Setelah mencapai 8 cm dengan waktu inpartu yang telah berlangsung 14 jam, sehingga diperlukan augmentasi yang lebih agresif untuk mempercepat kemajuan persalinan sekaligus memperpendek durasi paparan kondisi preeklampsia terhadap ibu dan janin. Meskipun demikian, langkah ini tetap perlu menjadi catatan evaluatif bagi institusi agar titrasi oksitosin senantiasa mengikuti prinsip kehati-hatian bertahap sebagaimana dianjurkan teori, mengingat pemberian oksitosin dosis tinggi berisiko menimbulkan hiperstimulasi uterus dan gawat janin.

Selama proses augmentasi, dilakukan pemantauan kemajuan persalinan secara berkala, yaitu pada pukul 11.20 WIB pembukaan 8 cm saat tiba di PONEK, 15.20 WIB pembukaan 8 cm, evaluasi ulang di ruang VK, dan 17.30 WIB (pembukaan lengkap 10 cm). Pemantauan ini didokumentasikan pada lembar partograf sesuai dengan komponen pemantauan kala I yang meliputi kemajuan

persalinan, kondisi janin, dan kondisi ibu (Sharma, 2022). Ketuban pecah spontan terjadi pada pukul 16.40 WIB, sehingga tindakan amniotomi tidak diperlukan lagi pada kasus ini. Hal tersebut tetap sejalan dengan teori bahwa amniotomi merupakan salah satu pilihan tindakan pada fase aktif memanjang dengan ketuban masih utuh, namun bukan tindakan wajib apabila ketuban telah pecah secara spontan (*World Health Organization*, 2023). Selain intervensi medis, penulis juga memberikan asuhan suportif berupa motivasi dan dukungan emosional kepada ibu agar lebih tenang serta anjuran mobilisasi miring kiri sesuai dengan teori Mufarrocha et al. 2024 yang menyatakan bahwa perubahan posisi ibu, termasuk posisi miring kiri, dapat membantu memperlancar kemajuan persalinan.

Hasil akhir penanganan kala I menunjukkan bahwa pembukaan serviks Ny. C berhasil mencapai pembukaan lengkap 10 cm dalam rentang waktu kurang lebih 2 jam setelah augmentasi oksitosin dimulai, tanpa disertai tanda gawat janin maupun perburukan kondisi maternal. Keberhasilan augmentasi ini menjadi dasar keputusan klinis untuk tidak melakukan terminasi persalinan per abdominam seksio sesarea, sebab menurut (Yusri 2020) indikasi seksio sesarea pada preeklampsia dengan fase aktif memanjang baru ditegakkan apabila terjadi kegagalan augmentasi, tanda gawat janin yang tidak membaik, disproporsi sefalopelvik, atau kondisi maternal yang memburuk. Maka keputusan untuk melanjutkan persalinan per vaginam dengan augmentasi merupakan pilihan yang tepat dan telah sesuai dengan prinsip kegawatdaruratan maternal yang berimbang dengan prinsip persalinan fisiologis.

Kala II pada Ny. C ditandai dengan munculnya gejala dan tanda kala II yang lengkap pada pukul 17.30 WIB, meliputi dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka. Keempat tanda tersebut merupakan tanda klasik dimulainya kala II persalinan yang menjadi dasar bagi bidan untuk segera mempersiapkan pertolongan persalinan, mendekatkan alat dan obat-obatan, serta memimpin ibu untuk meneran secara efektif pada saat kontraksi. Bayi lahir spontan pada pukul 17.40 WIB, menangis kuat, kulit kemerahan, dan tonus otot kuat, dengan berat badan 3.400 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, dan lingkar perut 30 cm. Kondisi bayi baru lahir tersebut tergolong normal dan sesuai dengan taksiran berat badan janin sebelumnya 3.410 gram, sehingga tidak ditemukan penyulit pada proses kelahiran bayi.

Durasi kala II pada Ny. C berlangsung sekitar 10 menit sejak tanda dan gejala kala II lengkap teridentifikasi, tergolong sangat singkat untuk seorang primigravida yang secara umum diperkirakan berlangsung hingga dua jam. Durasi kala II yang singkat ini kemungkinan besar merupakan kelanjutan dari efektivitas augmentasi oksitosin pada kala I sebelumnya, yang telah menghasilkan his adekuat serta penurunan kepala janin yang optimal hingga Hodge IV pada awal kala II. Meskipun kala II berlangsung cepat, tidak ditemukan komplikasi seperti robekan jalan lahir yang luas, perdarahan berlebihan, maupun gawat janin, sehingga proses ini tetap dapat dikategorikan sebagai persalinan yang aman.

Setelah bayi lahir, dilakukan jepit potong tali pusat serta kontak kulit ke kulit (*skin to skin contact*) antara ibu dan bayi. Tindakan ini sejalan dengan prinsip asuhan sayang ibu dan bayi yang direkomendasikan untuk mencegah kehilangan

panas tubuh bayi (hipotermia) sekaligus menstimulasi inisiasi menyusui dini. Di deskripsikan secara kualitatif (menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot kuat).

Penatalaksanaan kala III pada Ny. C dilakukan sesuai dengan prinsip manajemen aktif kala III (*active management of third stage of labour*), yang meliputi pemberian informed consent, memastikan janin tunggal, pemberian suntikan oksitosin segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali (PTT), serta masase fundus uteri setelah plasenta lahir. Plasenta lahir spontan dan lengkap pada pukul 17.55 WIB, yaitu sekitar 15 menit setelah bayi lahir, yang masih berada dalam batas waktu normal kala III (kurang dari 30 menit). Manajemen aktif kala III ini memiliki relevansi khusus pada kasus preeklampsia, mengingat pemberian MgSO_4 memiliki efek relaksasi otot polos yang secara teoritis dapat meningkatkan risiko atonia uteri dan perdarahan pascasalin (Veri et al., 2024). Oleh karena itu, pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir menjadi langkah krusial untuk mengantisipasi risiko tersebut.

Hasil evaluasi menunjukkan kontraksi uterus yang keras, TFU 2 jari di bawah pusat, dan jumlah perdarahan sebanyak 150 ml, yang masih berada dalam batas normal kurang dari 500 ml. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat potensi risiko atonia uteri akibat efek relaksan MgSO_4 , manajemen aktif kala III yang dilakukan secara tepat waktu berhasil mencegah terjadinya komplikasi perdarahan pascasalin pada Ny. C. Hal ini menegaskan pentingnya kewaspadaan dan ketepatan waktu bidan dalam melaksanakan manajemen aktif kala III, khususnya pada kasus dengan komplikasi preeklampsia yang mendapat terapi

MgSO₄, sebagai upaya pencegahan komplikasi lebih lanjut sesuai dengan prinsip kewaspadaan dini yang dianjurkan dalam teori.

Pada kala IV ditemukan laserasi jalan lahir derajat 2, sehingga dilakukan penjahitan (hecting) pada perineum setelah mendapatkan persetujuan dari ibu. Penilaian perdarahan pada kala IV menunjukkan jumlah 50 ml yang tergolong normal, serta dilakukan pendokumentasian dan observasi kala IV pada lembar partograf sesuai dengan standar pemantauan 2 jam pertama pascasalin. Pemantauan tekanan darah pada kala IV menunjukkan penurunan bertahap dari 160/100 mmHg pada awal masuk menjadi 140/90 mmHg, yang menandakan adanya perbaikan kondisi hemodinamik ibu setelah mendapatkan terapi antihipertensi dan setelah proses persalinan selesai. Perbaikan tekanan darah pascasalin ini sejalan dengan teori Nahdlatul & Surabaya 2024 yang menyatakan bahwa preeklampsia umumnya mengalami perbaikan setelah ibu memasuki masa nifas, meskipun demikian pemantauan tetap perlu dilanjutkan secara ketat karena preeklampsia postpartum tetap dapat terjadi.

Sehubungan dengan hal tersebut, terapi MgSO₄ menurut teori seharusnya tetap dilanjutkan hingga minimal 24 jam pascasalin sebagai upaya pencegahan eklampsia postpartum Kemenkes RI, 2023. Catatan perkembangan yang didokumentasikan penulis pada kala IV tidak menjelaskan secara rinci mengenai kelanjutan pemberian MgSO₄ pascasalin, sehingga hal ini menjadi salah satu titik kesenjangan pendokumentasian yang perlu menjadi perhatian, meskipun kemungkinan besar terapi tetap dilanjutkan sesuai protap ruangan mengingat kondisi Ny. C dipindahkan untuk perawatan lanjutan. Pada catatan perkembangan

hari kedua 6 April 2026, diperoleh data tekanan darah Ny. C telah turun menjadi 110/70 mmHg, yang menunjukkan bahwa kondisi preeklampsia pada Ny. C mengalami perbaikan signifikan pascasalin, sejalan dengan perjalanan alamiah preeklampsia yang membaik setelah plasenta dilahirkan sebagai sumber utama faktor antiangiogenik penyebab preeklampsia.

Asuhan pada hari kedua pascasalin juga mencakup pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan, pengingat konsumsi obat (tablet tambah darah, paracetamol, dan amoxicillin), edukasi mengenai perawatan luka jahitan, tanda bahaya nifas, dan ASI eksklusif, anjuran pemenuhan nutrisi dan istirahat, dukungan psikologis dan emosional, serta anjuran vulva hygiene. Rangkaian asuhan ini menggambarkan pendekatan asuhan kebidanan yang komprehensif, tidak hanya berfokus pada penyelesaian persalinan, tetapi juga mempersiapkan ibu menjalani masa nifas dan peran barunya sebagai seorang ibu, sejalan dengan prinsip asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*).

4.5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. C dilakukan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan) yang merupakan standar pendokumentasian dalam praktik kebidanan di Indonesia. Seluruh proses asuhan, mulai dari pengkajian awal, penegakan diagnosa, implementasi tindakan, evaluasi hasil, hingga catatan perkembangan kala I, II, III, dan IV serta catatan perkembangan hari kedua pascasalin, telah didokumentasikan secara berkesinambungan. Partograf WHO digunakan sebagai instrumen standar untuk mendokumentasikan dan memantau kemajuan persalinan, khususnya pada fase

aktif kala I, sejalan dengan teori bahwa partograf berfungsi sebagai alat bantu pemantauan kemajuan persalinan sekaligus dasar pengambilan keputusan klinis (Sharma, 2022).

Pendokumentasian yang dilakukan penulis secara umum telah lengkap dan sistematis, mencakup data subjektif, objektif, analisa, dan penatalaksanaan pada setiap tahap persalinan disertai evaluasi dari setiap tindakan yang diberikan. Hal ini penting karena pendokumentasian merupakan bukti tanggung jawab profesional bidan sekaligus sarana komunikasi antar tenaga kesehatan dalam penanganan pasien secara tim, terutama pada kasus dengan komplikasi seperti preeklampsia yang memerlukan kolaborasi lintas profesi.

Secara keseluruhan, hasil pembahasan pada seluruh tahap asuhan kebidanan Ny. C menunjukkan bahwa penatalaksanaan kala I fase aktif memanjang dengan preeklampsia yang dilaksanakan di RSUD dr. Slamet Garut telah sejalan dengan teori dan pedoman nasional (Kemenkes RI 2023) maupun berbagai sumber teori lain yang relevan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. C usia 23 tahun G₁P₀A₀ inpartu 38-39 minggu kala I fase aktif memanjang dengan Preeklampsia di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut, Maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan hasil Pengkajian data Subjektif Ny.C 23 G₁P₀A₀ Inpartu Kala I fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia Di RSUD dr. Slamet Garut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
- 2) Berdasarkan hasil Pengkajian data Objektif Ny.C 23 G₁P₀A₀ Inpartu Kala I fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia Di RSUD dr. Slamet Garut tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
- 3) Berdasarkan hasil dari pengkajian data Subjektif dan data Objektif pada Ny.C 23 Tahun maka analisa yang di dapat adalah G₁P₀A₀ Inpartu Kala I fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia.
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan Pada Ny. C 23 Tahun G₁P₀A₀ Inpartu Kala I fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
- 5) Pendokumentasian asuhan kebidanan Pada Ny. C 23 Tahun G₁P₀A₀ Inpartu Kala I fase Aktif Memanjang Dengan Preeklampsia Di RSUD dr. Slamet Garut dalam bentuk catatan SOAP.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

5.2.1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dapat terus meningkatkan kualitas pembelajaran klinis mengenai komplikasi persalinan, khususnya preeklampsia berat dan kala I fase aktif memanjang. Pengembangan kurikulum dengan integrasi kasus-kasus obstetri kompleks, simulasi klinis, dan pelatihan penggunaan partograf akan sangat membantu mahasiswa kebidanan dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan kebidanan di lapangan.

5.2.2. Bagi Lahan Praktik (RSUD Dr. Slamet Garut)

Diharapkan RSUD dr. Slamet Garut dapat terus mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan obstetri, terutama dalam penanganan kasus-kasus berisiko tinggi seperti preeklampsia berat. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan rutin manajemen preeklampsia dan kegawatdaruratan obstetri, serta pembaruan SOP sesuai dengan perkembangan evidence-based practice terkini, sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas asuhan dan keselamatan pasien.

5.2.3. Bagi Tenaga Kesehatan

Bidan dan tenaga kesehatan lainnya diharapkan dapat terus meningkatkan kompetensi dalam deteksi dini dan penanganan komplikasi persalinan. Penggunaan partograf secara konsisten dan benar merupakan kunci dalam mendeteksi kala I memanjang secara dini. Kolaborasi interprofesional yang baik antara bidan, dokter

spesialis, dan tenaga kesehatan lain sangat penting dalam penanganan kasus obstetri kompleks untuk mengoptimalkan luaran maternal dan perinatal.

5.2.4 Bagi Ibu Hamil

Ibu hamil diharapkan dapat melakukan pemeriksaan antenatal care (ANC) secara rutin minimal 6 kali selama kehamilan sesuai standar Kemenkes RI untuk deteksi dini faktor risiko preeklampsia. Edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan perlu ditingkatkan agar ibu hamil dan keluarga dapat mengenali gejala dini dan segera mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan.

5.2.5. Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat terus mengembangkan kemampuan akademik dan kompetensi klinis dalam bidang kebidanan, khususnya penanganan komplikasi persalinan. Pengalaman dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi bekal yang berharga dalam menjalankan praktik kebidanan yang profesional, evidence-based, dan berorientasi pada keselamatan ibu dan bayi. Penulis juga diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu dan keterampilan yang telah diperoleh untuk memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, P. D., Thamrin, H., Azrida, M., Kebidanan, D., Masyarakat, F. K., & Indonesia, U. M. (2022). *Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny . K dengan Kala I Fase Laten*
- Eka Sasmita, R., Syahda, S., & Handayani, F. (2023). Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Normal Di Pmb Ketra Delfi Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.
- Friedman, E. A., & Cohen, W. R. (2023). The active phase of labor.
- Idham Lutfi, M., Dinda Syahfira Silitonga, R., Kedokteran, F., Lampung, U., Obstetri dan Ginekologi, B., & Abdul Moeloek Abstrak, R. H. (2024).
- Indah, R., Setiawan, D., & Sumarni. (2022). Tinjauan Kelengkapan Formulir Partograf Di Rumah Sakit Sumber Waras Kabupaten Cirebon. *Jurnal Kesehatan Mahardika*.
- Ira Nufus Khaerani, Susiarno, H., & Sakilah Adnani, Q. E. (2024). Analisis Faktor Risiko pada Ibu dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terhadap Kematian Maternal di Kabupaten Garut.
- Jamil, S. N., Octavia, E., Pratiwi, Y. A., & Revinel, R. (2025). Perbedaan Penggunaan Birth Ball Terhadap Lamanya Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Primigravida.
- Kesehatan, K. (2025). *Mengenal Preeklampsia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kesehatan, K. M. (2020). Buku digital Standar Profesi Bidan.
- Kutlllovci Hasani, K., Ajeti, N., & Goswami, N. (2025). Understanding Preeclampsia: Cardiovascular Pathophysiology, Histopathological Insights and Molecular Biomarkers.
- Laskowska, M., Bednarek, A., & Stworowski, M. (2025). The Etiopathogenesis of Preeclampsia.
- Moraes, F. C. A. de, Kelly, F. A., Leite, M. G. H. S. J., Dal Moro, L., Morbach, V., & Burbano, R. M. R. (2024). High-Dose versus Low-Dose Oxytocin for Labor Augmentation
- Mufarrocha, W. A., Purwanti, D., Kusumaningtyas, K., & Utami, S. (2024). Pengaruh Teknik Rebozo terhadap Kemajuan Persalinan Kala I fase Aktif.
- profil kesehatan 2024. (2024). TIM PENYUSUN Pembina Pengarah Penanggung

Rahmadi, D., & Anjani, K. T. (2024). Nusantara Hasana Journal.

Rahmadi, D., Miarta, A., & Mafiana, R. (2024). Peran Lactate Dehydrogenase (LDH) terhadap Prognosis Pasien Preeklampsia / Eklampsia Role of Lactate Dehydrogenase (LDH) on Patient Prognosis with Preeclampsia / Eclampsia.

Safitri, R., Pujiastuti, W., & Yuniyanti, B. (2022). Effectiveness Of Endhorpin Massage On The Success Of Labor Induction. *Midwifery and Nursing Research*, 4(2), 58–62.

Setiyani, R., & Ciptiasrini, U. (2024). Efektivitas Exercise Pelvic Rocking untuk Mempercepat Persalinan Kala I Fase Aktif di PMB R Pandeglang Tahun 2022.

Shafira Yuniarty, K., Hardianti Saputri, L., Kebidanan, D., & Kesehatan Masyarakat, F. (2022). *Intranatal dengan Persalinan Normal Kala I Fase Aktif*.

Sharma, U. (2022). Partograph. *National Journal of Medical Research*,

Veri, N., Lajuna, L., Mutiah, C., Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh, J., Keperawatan Poltekkes Kemenkes Aceh, J., & Kunci, K. (2024). Preeclamsia: Pathophysiology, diagnosis, screening, preventive and management.

WHO'S. (2022). Advancement in Partograph: WHO's Labor Care Guide. *Cureus*, 14(10).

WHO. (2026). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Yusri, A. Z. dan D. (2020). Seksio Sesarea. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

LAMPIRAN

[illegible][illegible]

Lampiran SOP Preeklampsia di RSUD dr. Slamet

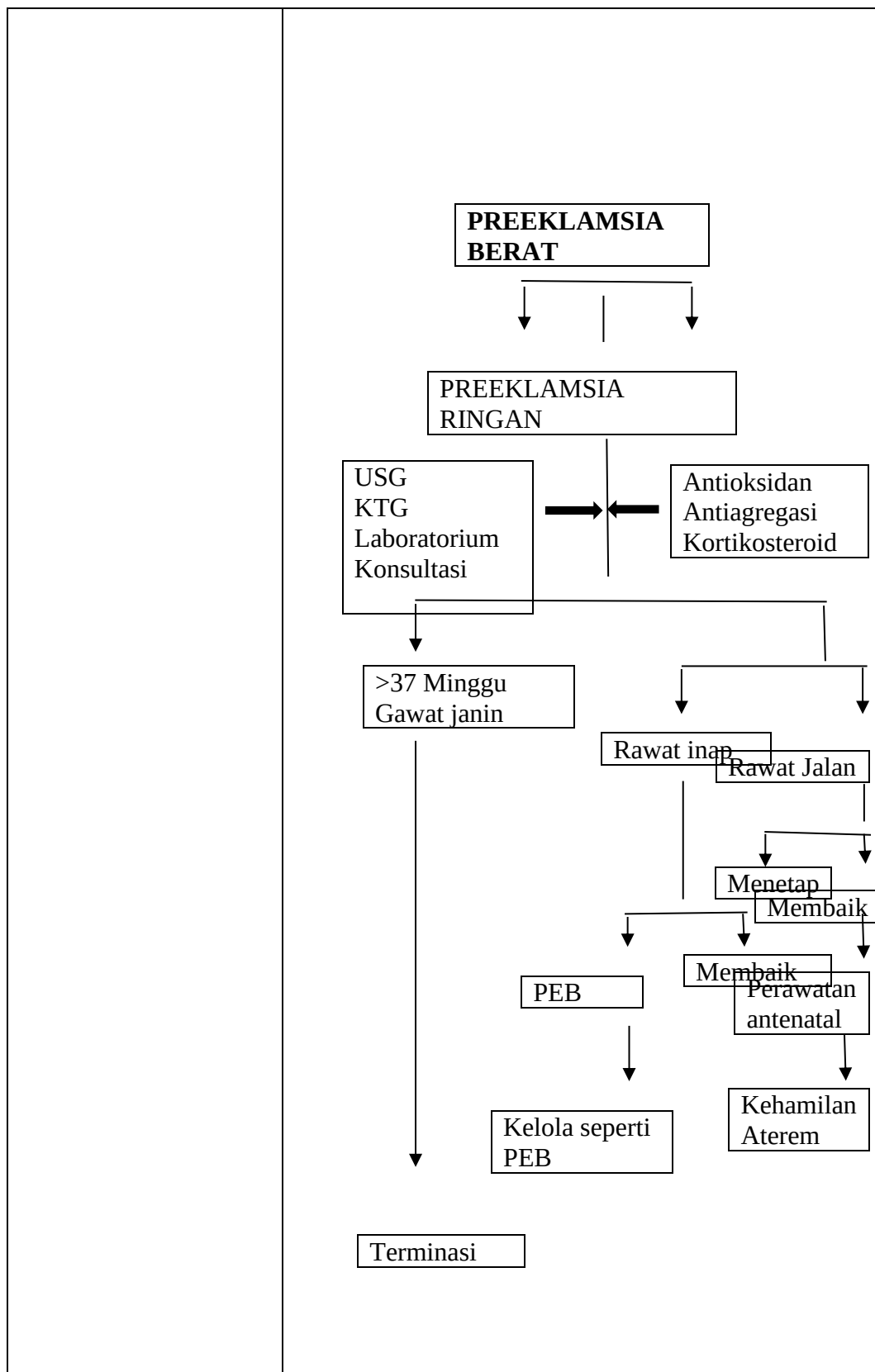
 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr.SLAMET	PREEKLAMPSI		
	No. Dokumen KS.01.03/004/080/RSUD	No.Revisi 01	Halaman 1/6
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  Ditandatangani secara elektronik oleh: Direktur RSUD dr. SLAMET GARUT, dr. H. Husein Deroi Adi, Sp.OT,Spine NIP. 1960517199101113	
PENGERTIAN	Preeklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuri akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan, Dibedakan : Hipertensi Kronik adalah hipertensi pada ibu hamil yang sudah ditemukan sebelum kehamilan atau yang ditemukan pada umur kehamilan kurang 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan Preeklamsia/Eklamsia atas dasar hipertensi kronis adalah timbulnya preeklamsia atau eklamsia pada hipertensi kronik. Hipertensi Gestasional adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala – gejala hipertensi kronik atau preeklamsia/eklamsia (tidak disertai proteinuri). Gejala ini akan hilang dalam waktu <12 minggu pascasalin		
TUJUAN	Sebagai acuan langkah – langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan preeklamsia diruangan rawat kebidanan 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	Preeklamsia Ringan Rawat jalan, pasien dianjurkan cukup istirahat, memantau tekanan darah dan proteinuria setiap hari. Dapat dipertimbangkan pemberian antioksidan dan kalsium. kontrol setiap minggu. Bila tekanan darah terkontrol pada umur kehamilan 37 minggu dilakukan terminasi kehamilan. Preeklamsia Berat Rawat bersama dengan departemen yang terkait (Penyakit Dalam, Penyakit Saram, Mata, Anastesi,,dll). A. Medikamentosa ▪ Infus Larutan ringer laktat ▪ Pemberian Obat MgSO₄ Cara pemberian MgSO₄: 1. Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infus dengan infusion pump): a. Dosis awal: 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄ 40%) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. b. Dosis pemeliharaan: 10 gram dalam 500 cc cairan RL, diberikan dengan kecepatan 1-2 gram/jam (20-30 tetes per menit) ▪ Syarat-syarat pemberian MgSO₄ - Harus tersedia antidotum MgSO₄, yaitu kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan i.v dalam waktu 3-5 menit. - Refleks patella (+) kuat - Frekuensi pernafasan > 16 kali per menit - Produksi urin 30 cc dalam 1 jam sebelumnya (0,5 cc/kg bb/jam) ▪ Sulfas magnesikus dihentikan bila: - Ada tanda-tanda intoksikasi - Setelah 24 jam pascalin

	- Dalam 6 jam pascasalin sudah terjadi perbaikan tekanan darah (normotensif) 2. Antihipertensi: Tekanan darah: • Sistolik 160 mmHg • Diastolik 110 mmHg Dapat diberikan : • Nifedipin: 10 mg per oral dan dapat diulangi setiap 30 menit (maksimal 120 mg/24 jam) sampai terjadi penurunan MABP 20%. Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10mg (pemberian nifedipine tidak boleh diberikan sub lingual) • Nikardipine diberikan bila tekanan darah $\geq 180/110$ mmHg/hipertensi emergensi dengan dosis 1 ampul 10 mg dalam larutan 50cc per jam atau 2 ampul 10 mg dalam larutan 100cc tetes per menit mikro drip. Pelarut yang tidak dapat digunakan adalah ringer laktat dan bikarbonat natrikus. B. Pengelolaan konservatif a. Indikasi: Kehamilan preterm (<34 minggu) tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsi dengan keadaan janin baik b. Pengobatan medisinal: Sama dengan perawatan medisinal pengelolaan secara aktif. Hanya dosis awal MgSO₄ tidak diberikan i.v cukup i.m saja. (MgSO₄ 40%, 8 gram i.m). Atau bila menggunakan cara intravena secara kontinyu diberikan langsung dosis pemeliharaan. Pemberian MgSO₄ dihentikan bila sudah mencapai tanda-tanda preeklamsi ringan, selambat lambatnya dalam waktu 24 jam. c. Pengelolaan obstetrik: 1. Selama perawatan konservatif, tindakan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, termasuk pemeriksaan NST dan USG untuk memantau kesejahteraan janin
--	--

	2. Bila setelah 2 kali 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medisinal dan harus diterminasi. Cara terminasi sesuai dengan pengelolaan aktif. 3. Penyulit: Sindroma HELLP, gagal ginjal, gagal jantung, edema paru, kelainan pembekuan darah. 4. Konsultasi: Disiplin ilmu Terkait (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ICU, Departemen Syaraf, Departemen Mata) 5. Perawatan Rumah Sakit 6. Terapi Lampiran protokol 7. Izin Tindakan Seksio sesarea, ekstraksi forseps, embryotomi 8. Lama Perawatan Lampiran protokol C. Pengelolaan Aktif Indikasi Bila didapatkan satu/lebih keadaan di bawah ini: Ibu: ▪ Kehamilan > 34 minggu (dengan kortikosteroid selama 2 hari telah diberikan, dan memberi tahu bagian perinatologi sebelum pengakhiran kehamilan) ▪ Adanya gejala impending eklamsi ▪ Gagal perawatan konservatif Janin: ▪ Adanya tanda-tanda gawat janin ▪ Adanya tanda-tanda IUGR Laboratorik: • Adanya HELLP syndrome D. Pengelolaan Obstetri Cara terminasi kehamilan Belum inpartu : 1. Dilakukan induksi persalinan bila skor bishop ≥ 6. Bila perlu dilakukan pematangan serviks dengan misoprostol. Induksi persalinan harus sudah mencapai kala II
--	--

	dalam waktu 24 jam. Bila tidak, induksi persalinan dianggap gagal, dan harus disusul dengan seksio sesarea. 2. Indikasi seksio sesarea: - Syarat persalinan pervaginam tidak terpenuhi - Terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam - Induksi persalinan gagal - Terjadi gawat janin - Kelainan letak - Bila umur kehamilan < 34 minggu Sudah inpartu: - Perjalanan persalinan normal diikuti dengan Partograf WHO. - Memperpendek kala II - Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin. - Bila skor bishop 6 direkomendasikan tindakan seksio sesarea - Anestesia: regional anesthesia, epidural anesthesia. Tidak dianjurkan anesthesia umum. Catatan: Pemeriksaan dalam, amniotomi dan tetes oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 15 menit setelah pemberian pengobatan medisinal. Kala II: Kala II diselesaikan dengan partus buatan kecuali ada kontraindikasi. Unit Terkait: - Departemen Ilmu Penyakit Dalam - ICU - Departemen Mata - Departemen Syaraf
--	---



RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Dea Khoirunnisa
Tempat Tanggal Lahir : Garut 11 April 2004
Agama : Islam
Nama Ayah : Dede Suhandi
Nama Ibu : Yati Nurhafsyah
Email : khoirunnisadea801@gmail.com
Alamat : Kp.Tanjung RT/RW 04/04, Ds. Selaawi , kec.Selaawi,
Kab.Garut
Moto hidup : “Ilmu yang bermanfaat adalah sebaik baik warisan untuk
kehidupan”

2. Riwayat Pendidikan

- 1) TK : TK RA Bakti 6 Bogor (2010-2011)
- 2) SD : Sdn Kukupu 2 Bogor (2011-2012)
: Sdn Selaawi II (2012-2017)
- 3) SMP : Smp Plus Madaarikul Ulum (2017-2020)
- 4) SMK : Smk Bhakti Kencana Limbangan (2020-2023)
- 5) Terdaftar Sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Program
Studi DIII Kebidanan

LAMPIRAN

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Dea khoirunnisa Nama Pembimbing : Una humardhiss, MKes
 NIM : KHGB23009 NIDN : 012039.1009.069
 Judul KTI :

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 08/ Mei/ 2026	Bab 1-3	Perbaiki bab 3 Lanjut Bab 4-5		
2.	18/ Mei/ 2026	Bab 4-5	Selesaikan Bab 5 + Paragraf		
3.	26/ Mei/ 2026	Bab Lampiran Daftar Pustaka	Lengkapi Lampiran Dan Daftar Pustaka		
4.	2/ Juni/ 2026	Daftar Isi	Perbaiki bab 3		
5.	15/ Juni/ 2026	PPT			
6.					
7.					

