

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY R G4P3A0
PARTURIENT ATERM AKTIF DENGAN PREEKLAMSI
DI RSUD dr . SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Diploma Tiga Kebidanan

N NADILA

NIM KHGB 23016



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya, ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.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 tidak benaran 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, 18 Juni 2026

Yang membuat pernyataan

(N Nadila)

KHGB23016

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY R
G4P3A0 PARTURIENT ATERM DENGAN
PREEKLAMSI DI RSUD DR SLAMET GARUT**

NAMA : N NADILA

NIM : KHGB23016

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang
dan perbaikan Laporan Tugas Akhir.

Garut, 18 Juni 2026

Menyetujui,

Penela'ah I

Penela'ah II

Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb
NIP. 042039.1223.182

Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb M.K.M
NIP. 042039.1004.031

Pembimbing

Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd
NIP. 042039.1009.063

Mengetahui,
Ka.Prodi

Lina Humaeroh, SST M.Kes
NIP. 042039. 1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY R G4P3A0 PARTURIENT ATERM DENGAN PREEKLAMSI DIRSUD DR SLAMET GARUT

Disusun oleh

N NADILA

NIM KHGB23016

Laporan Tugas Akhir

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Menyetujui,
Pembimbing

Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd
NIP. 042039.1009.063

Laporan Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu
persyaratan untuk memperoleh gelar Diploma Tiga Kebidanan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan
Kebidanan

Mengetahui
Ketua Program Studi
DIII Kebidanan

Sulastini, Skep, Ners., M Kep
NIP.43298.0810.083

Lina Humaeroh, SST M.Kes
NIP. 042039. 1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY R G4P3A0 PARTURIENT ATERM DENGAN PREEKLAMSI DI 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 Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE., M,Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Rektor Institut Kesehatann Karsa Husada Garut.
4. Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Lina Humaeroh, SST.,M.Kes. selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran serta meluangkan waktunya dan memberikan banyak masukan berharga, koreksi yang membangun, dan motivasi dalam proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
7. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb Selaku penguji 1 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis ini.

8. Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M selaku penguji 2 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis ini.
9. Seluruh Dosen, Staf pengajar, dan tata usaha di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
10. Kepada Ibu Nur, SST., M.Kes. selaku Pembimbing Lapangan Ruangan Bersalin VK yang selalu memberikan dukungan, doa, semangat dan selalu memberikan fasilitas untuk mendukung selama saya praktik di Ruang Rumah Sakit dr Slamet Garut.
11. Ny. R dan keluarga yang telah bersedia menjadi pasien untuk Laporan Tugas Akhir ini.

Garut, Juli 2026

Penulis

KATA PERSEMBAHAN

1. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta, Ayah H. Enong Saepudin dan Ibu Hj. Iyah Samsiah. Tidak ada kata yang cukup untuk menggambarkan rasa terima kasih penulis atas segala cinta, kasih sayang, doa, pengorbanan, dan perjuangan yang telah diberikan selama ini. Terima kasih karena selalu menjadi tempat pulang terbaik, menjadi penyemangat saat penulis merasa lelah, dan menjadi alasan terbesar penulis untuk terus melangkah hingga berada di titik ini. Setiap tetes keringat, setiap doa yang dipanjatkan dalam diam, serta setiap pengorbanan yang diberikan tanpa mengharap balasan adalah kekuatan yang mengantarkan penulis menyelesaikan pendidikan ini. Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan sebagai bentuk rasa hormat, cinta, dan terima kasih yang tak terhingga kepada Ayah dan Ibu. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, umur yang penuh keberkahan, serta membalas segala kebaikan Ayah dan Ibu dengan pahala yang berlipat ganda. Tidak ada pencapaian yang lebih membahagiakan selain dapat melihat senyum bangga di wajah Ayah dan Ibu.
2. Kepada kakak-kakak tercinta, Nurodin, Aidah Suminar, dan Iwan Setiawan, terima kasih atas segala dukungan, perhatian, doa, dan motivasi yang selalu diberikan kepada penulis. Terima kasih karena selalu hadir dalam setiap proses perjalanan ini, baik dalam keadaan senang maupun sulit. Kehangatan, nasihat, dan kepedulian yang diberikan menjadi sumber semangat bagi penulis untuk terus berjuang menyelesaikan pendidikan ini.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapat balasan terbaik dari Allah SWT.

3. Kepada sahabat dan teman-teman seperjuangan tercinta, Pera Yunita, Neneng Elda Rohimah, Suci Nurani, Annisa Aulia Rahman, dan Anisa Rahmawati, terima kasih karena telah menjadi bagian dari perjalanan yang begitu berharga ini. Terima kasih atas setiap tawa yang menghapus lelah, setiap dukungan yang menguatkan saat penulis merasa ingin menyerah, setiap bantuan yang diberikan tanpa diminta, serta setiap kenangan yang telah kita ukir bersama selama masa perkuliahan. Kalian bukan hanya teman belajar, tetapi juga keluarga yang hadir di perantauan, yang selalu memberikan semangat dalam setiap langkah. Perjalanan ini mungkin tidak selalu mudah, namun kehadiran kalian membuat setiap proses terasa lebih ringan dan bermakna. Kelak ketika kita berada di jalan pengabdian masing-masing, semoga persahabatan ini tetap terjaga dan kenangan perjuangan yang pernah kita lalui bersama akan selalu menjadi cerita indah yang tidak terlupakan.
4. Terima kasih kepada keluarga besar yang selalu memberikan doa, perhatian, dan dukungan selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Kehadiran, semangat, serta kepedulian yang diberikan menjadi kekuatan bagi penulis dalam menghadapi berbagai tantangan. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapat balasan yang berlipat ganda, dan semoga karya ini dapat menjadi salah satu bentuk kebanggaan bagi keluarga.

5. Terima kasih kepada diri sendiri Neng Nadila yang telah bertahan, berusaha, dan tidak menyerah hingga mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terima kasih karena tetap melangkah meskipun pernah merasa lelah, ragu, dan menghadapi berbagai kesulitan selama proses penyusunannya. Semoga pencapaian ini menjadi pengingat bahwa setiap usaha dan perjuangan yang dilakukan tidak pernah sia-sia, serta menjadi langkah awal untuk meraih impian yang lebih besar di masa depan.

Puji syukur yang mendalam Penulis haturkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan kekuatan, kesehatan, dan kelancaran yang luar biasa selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Tanpa ridha dan pertolongan-Mu ya Allah, pencapaian ini tidak akan pernah menjadi nyata. Semoga karya ini menjadi berkah dan langkah awal yang baik untuk masa depan Penulis. Aamiin.

Garut, Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PERSEMBAHAN	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	5
1.3 Metode Pengumpulan Data	6
1.4 Manfaat.....	6
1.5 Tempat Dan Waktu	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Persalinan	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Tanda-tanda persalinan.....	8
2.1.3 Tanda-Tanda Menjelang Persalinan.....	9
2.1.4 Tahapan Persalinan.....	10
2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan	11
2.1.6 Persiapan persalinan	13
2.1.7 Tujuan Asuhan Persalinan	14
2.2 Preeklamsia	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Etiologi	15
2.2.3 Patofisiologi.....	15
2.2.4 Diagnosis	16
2.2.5 Penanganan.....	17
2.2.6 Telaah Jurnal.....	20

BAB III TINJAUAN KASUS.....	26
3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. R G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.....	26
3.2 Catatan Perkembangan Kala I	34
3.3 Catatan Perkembangan Kala II.....	35
3.4 Catatan Perkembangan Kala III	37
3.5 Catatan Perkembangan Kala IV	38
3.5 Asuhan Pada ibu Nifas 6 jam post partum	40
3.7 Asuhan Pada ibu Nifas 1 hari post partum	42
3.8 Matriks Teori Dan Kasus	45
BAB IV PEMBAHASAN.....	49
4.1 Data Subjektif.....	49
4.2 Data Objektif	51
4.3 Analisa.....	52
4.4 Penatalaksanaan	52
BAB V PENUTUP	55
5.1 Kesimpulan.....	55
5.2 Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN.....	63

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Matriks.....	45
------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Perawatan Antenatal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Berat Badan Lahir
CTG	: <i>Cardiotocography</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
HB	: Hemoglobin
His	: Kontraksi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LP	: Lingkar Perut
MgSO ₄	: <i>Magnesium Sulfat</i>
MOW	: <i>Medical Operative Women</i> (Metode Operasi Wanita)
PAP	: Pintu Atas Panggul
PKM	: Puskesmas
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Postpartum	: Masa Setelah Persalinan
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOAP	: <i>Subjective, Objective, Assessment, Planning</i>
SpO ₂	: Saturasi Oksigen Perifer
SPOG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin

TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toksoid
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VK	: <i>Verlos Kamer</i> (Ruang Bersalin)
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan suatu negara. Menurut *World Health Organization*, sekitar 260.000 wanita meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan lebih dari 700 kematian per hari di seluruh dunia (*WHO*, 2025).

Indonesai, AKI masih tergolong tinggi. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2024, AKI mengalami penurunan selama periode 1991 sampai 2020 yaitu dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu tahun 2024 sebanyak 4.151. Penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2024 adalah komplikasi non *obstetric* sebanyak 1.351 kasus, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 988 kasus, dan perdarahan obstetric sebanyak 955 kasus (Profil kesehatan Indonesia, 2024).

Berdasarkan Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat mencatat jumlah kematian ibu pada tahun 2025 sebanyak 646 kasus (88,78 per 100.000 KH). Penyebab utama kematian ibu di Jawa Barat didominasi oleh komplikasi non-obstetrik sebesar 28,8%, diikuti perdarahan sebesar 27,2%, serta hipertensi dalam kehamilan sebesar 25,4%. Selain itu, terdapat pula penyebab lain seperti komplikasi obstetrik sebesar 12,1%, infeksi 3,9%, abortus 1,9%, dan komplikasi manajemen 0,8% (Profil kesehatan Jabar, 2025).

Kabupaten Garut menjadi salah satu wilayah dengan jumlah kematian ibu yang cukup tinggi di Provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2025, Kabupaten Garut mencatat sebanyak 68 kasus kematian ibu dan menempati urutan kedua tertinggi setelah Kabupaten Bogor yang mencapai 92 kasus. Tingginya angka kematian ibu di wilayah tersebut menunjukkan masih perlunya penguatan sistem rujukan, peningkatan akses pelayanan kesehatan, serta penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan secara cepat dan tepat, terutama di daerah dengan jangkauan geografis yang luas seperti Kabupaten Garut (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2025).

Preeklampsia merupakan gangguan yang terjadi pada masa kehamilan dan ditandai oleh peningkatan tekanan darah disertai gangguan fungsi organ, terutama ginjal dan hati. Kondisi ini umumnya muncul setelah usia kehamilan memasuki lebih dari 20 minggu pada ibu hamil yang sebelumnya tidak memiliki riwayat hipertensi. Apabila tidak ditangani dengan baik, preeklampsia dapat berkembang menjadi eklampsia, yaitu kondisi yang disertai kejang dan berisiko membahayakan keselamatan ibu maupun janin (Siregar et al., 2024).

Gejala dan tanda preeklampsia meliputi peningkatan tekanan darah, munculnya edema, adanya protein dalam urine (proteinuria), gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, sakit kepala, serta nyeri pada area epigastrium. Faktor yang dapat meningkatkan risiko terkena preeklampsia, adalah kehamilan pertama kali, kehamilan ganda (kembar, kembar tiga), obesitas, kondisi yang sudah ada sebelumnya seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit ginjal, riwayat keluarga preeklampsia. Gejala umum pre-eklampsia yaitu tekanan darah tinggi persisten, proteinuria, sakit kepala parah gangguan penglihatan

(misalnya, penglihatan kabur, melihat bintik-bintik), sakit perut bagian atas, mual dan muntah (setelah trimester pertama), pembengkakan di tangan dan wajah (Dini Kurniawati et al., 2023).

Diagnosis preeklampsia ditegakkan apabila ditemukan hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang muncul akibat kehamilan, disertai gangguan pada sistem organ lain setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu. Kondisi ini perlu dikenali dan ditangani secara tepat sejak dini untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia) serta komplikasi serius yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin (Andriani et al., 2022).

Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu maupun perinatal. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan ibu, tetapi juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada janin yang dikandungnya. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain asfiksia, berat badan lahir rendah (BBLR), hingga kematian perinatal. Kejadian preeklampsia dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko, baik yang berasal dari ibu maupun janin. Faktor maternal yang berperan antara lain usia ibu yang terlalu muda (≤ 20 tahun) atau terlalu tua (≥ 35 tahun), paritas tinggi, usia kehamilan, riwayat penyakit, serta riwayat obstetri sebelumnya. Selain itu, faktor kehamilan seperti kehamilan kembar (gemelli), mola hidatidosa, dan hidramnion juga dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia (Masruroh et al., 2022).

Sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kebidanan di tingkat primer, bidan memiliki peran strategis dalam deteksi dini dan penatalaksanaan

awal preeklampsia. Peran tersebut meliputi skrining klinis secara berkala, edukasi kesehatan kepada ibu hamil, identifikasi faktor risiko, serta pengambilan keputusan untuk merujuk kasus berisiko ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih memadai. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi dan pengalaman bidan berpengaruh terhadap efektivitas implementasi skrining preeklampsia. Meskipun demikian, pelaksanaan skrining di lapangan masih menghadapi sejumlah tantangan, antara lain keterbatasan pelatihan, kurangnya ketersediaan alat penunjang, serta kendala dalam sistem rujukan (Ma'rifat et al., 2024).

Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Sebagai tenaga kesehatan yang mendampingi perempuan sepanjang siklus reproduksinya, bidan berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui berbagai tindakan preventif. Upaya tersebut meliputi pemberian pendidikan kesehatan mengenai kehamilan, persalinan, dan masa nifas, serta penyelenggaraan asuhan kebidanan yang berkesinambungan dan menyeluruh guna mencapai hasil yang optimal bagi ibu maupun bayi.

Selain itu, bidan dituntut untuk memiliki kepekaan yang tinggi terhadap kondisi setiap pasien. Identifikasi faktor risiko sejak dini sangat diperlukan agar komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin dapat dicegah. Dengan deteksi dan penatalaksanaan yang tepat, kondisi kesehatan ibu dapat dipertahankan dan ditingkatkan sehingga risiko terjadinya masalah kesehatan selama kehamilan hingga masa nifas dapat diminimalkan (Nuraisyah, 2023).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk menulis Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"Asuhan Kebidanan Persalian Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut"**.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan Persalian Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan manajemen varney dalam bentuk pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian data Subjektif ibu bersalin Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan Pengkajian data Objektif ibu bersalin Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menetapkan Analisa Melaksanakan Asuhan Kebidanan Persalian Pada Ny. R Usia 38 Tahun G3P2A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalian Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut.

- 5) Melakukan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Persalian Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsia Di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Metode Pengumpulan Data

1.3.1 Data Primer

Pengumpulan data primer diperoleh dengan cara melakukan pengkajian data dan pengamatan terhadap perkembangan status kesehatan klien. Data Subjektif diperoleh dengan wawancara dengan alat bantu format pengkajian. Data Objektif diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan langsung kepada klien.

1.3.2 Data Sekunder

Pengumpulan Data Sekunder dilakukan dengan dua acara yaitu pengambilan data dari status pasien dan buku register pasien di ruangan serta studi kasus tentang asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Preeklamsia.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Penulis

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

1.4.2 Manfaat Bagi Pendidikan

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

1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktik

Mengetahui perkembangan ilmu Kebidanan khususnya Preeklamsi Berat secara nyata dan sesuai teori yang ada, serta dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi untuk lahan praktik.

1.5 Tempat Dan Waktu

1.5.1 Tempat

Tempat dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu bersalin di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.5.2 Waktu

Dilaksanakan pada tanggal 02-03 Maret 2026.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses fisiologis keluarnya janin beserta plasenta dan selaput ketuban dari dalam uterus melalui jalan lahir. Proses ini diawali dengan terjadinya pembukaan dan penipisan serviks yang disebabkan oleh kontraksi rahim yang berlangsung secara teratur, baik dari segi frekuensi, durasi, maupun intensitasnya. Pada awalnya kontraksi terjadi dengan kekuatan yang ringan, kemudian semakin meningkat secara bertahap hingga mencapai pembukaan serviks lengkap, sehingga janin dapat dilahirkan melalui jalan lahir (Nur Anisa., 2024).

Persalinan adalah proses keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban dari dalam uterus melalui jalan lahir. Proses ini diawali dengan terjadinya pembukaan dan pelebaran serviks yang disebabkan oleh kontraksi rahim yang berlangsung secara teratur dalam frekuensi, durasi, dan intensitas tertentu. Kontraksi awalnya terjadi dengan kekuatan yang ringan, kemudian semakin meningkat secara bertahap hingga mencapai puncak, sehingga serviks membuka lengkap dan memungkinkan janin dilahirkan (Herlina et al., 2023).

2.1.2 Tanda-tanda persalinan

Menurut Sari et al.,(2024), menjelang persalinan, tubuh ibu hamil akan mengalami berbagai perubahan sebagai tanda bahwa proses kelahiran semakin

dekat. Perubahan ini terjadi akibat pengaruh hormon dan penyesuaian tubuh terhadap janin yang telah siap dilahirkan. Oleh karena itu, mengenali tanda-tanda persalinan penting agar ibu dan keluarga dapat mempersiapkan diri serta segera mendapatkan pertolongan yang diperlukan.

Beberapa tanda utama menjelang persalinan meliputi

2.1.3 Tanda-Tanda Menjelang Persalinan

- 1) Kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat
 - a. Kontraksi terjadi secara teratur dengan frekuensi dan intensitas yang terus meningkat.
 - b. Tidak berkurang meskipun ibu beristirahat atau mengubah posisi.
 - c. Berfungsi membuka serviks dan membantu penurunan janin ke jalan lahir.
- 2) Pengeluaran lendir bercampur darah (bloody show)
 - a. Terjadi akibat lepasnya sumbat lendir yang menutupi serviks selama kehamilan.
 - b. Menunjukkan bahwa serviks mulai menipis dan membuka.
 - c. Umumnya berupa lendir kental berwarna merah muda atau kecokelatan dalam jumlah sedikit.
- 3) Pecahnya ketuban
 - a. Ditandai dengan keluarnya cairan ketuban melalui vagina akibat robeknya selaput ketuban.
 - b. Cairan biasanya jernih atau sedikit keruh dan tidak berbau menyengat.
 - c. Menjadi tanda bahwa persalinan akan segera berlangsung sehingga memerlukan pemeriksaan tenaga kesehatan.

4) Penurunan janin ke rongga panggul (*engagement*)

- a) Janin mulai bergerak turun ke panggul sebagai persiapan persalinan.
- b) Menimbulkan tekanan pada perut bagian bawah dan peningkatan frekuensi buang air kecil.
- c) Ibu dapat merasakan pernapasan lebih lega karena tekanan pada diafragma berkurang.

2.1.4 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat kala, yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV. Pada kala I dan II, ibu umumnya mengalami nyeri serta ketidaknyamanan akibat proses persalinan yang berlangsung.

1) Kala I (Kala Pembukaan)

- a. Dimulai sejak munculnya kontraksi uterus yang teratur disertai pembukaan serviks hingga pembukaan lengkap (10 cm).
- b. Nyeri persalinan terjadi akibat kontraksi uterus, dilatasi serviks, penurunan aliran darah ke uterus saat kontraksi, serta tekanan janin pada jaringan sekitar.
- c. Semakin besar pembukaan serviks, semakin meningkat intensitas nyeri yang dirasakan.
- d. Tanda khas pada kala ini adalah keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) akibat pembukaan serviks.
- e. Fase aktif dimulai pada pembukaan serviks 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap, ditandai dengan kontraksi yang semakin kuat, sering, dan efektif.

- f. Posisi miring kiri dianjurkan karena dapat meningkatkan kenyamanan ibu dan membantu kemajuan persalinan.

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

- a. Dimulai sejak pembukaan serviks lengkap hingga bayi lahir.
- b. Ibu memerlukan tenaga dan kemampuan mengendalikan nyeri saat janin turun melalui jalan lahir.
- c. Keberhasilan kala II berperan penting dalam mengurangi risiko tindakan operatif, seperti *seksio sesarea*, *vakum*, atau *forceps*.

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

- a. Berlangsung sejak bayi lahir hingga plasenta dan selaput ketuban keluar seluruhnya.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

- a. Berlangsung selama dua jam pertama setelah plasenta lahir.
- b. Pada tahap ini dilakukan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu untuk mendeteksi dan mencegah komplikasi pascapersalinan.

Secara keseluruhan, proses persalinan sering disertai nyeri, kecemasan, dan stres emosional. Nyeri tersebut terutama disebabkan oleh peregangan serviks, kontraksi uterus, penurunan janin, serta pelepasan prostaglandin selama proses persalinan (Sari et al., 2024).

2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Herlina et al., 2023) :

1) *Passage* (Jalan Lahir)

- a. Jalan lahir terdiri dari jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

- b. Jalan lahir keras meliputi ukuran serta bentuk panggul, sedangkan jalan lahir lunak meliputi serviks, segmen bawah rahim, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.
- c. Kondisi jalan lahir sangat menentukan kelancaran proses persalinan.

2) *Power* (Kekuatan)

- a. Terdiri atas kekuatan primer dan kekuatan sekunder.
- b. Kekuatan primer berupa kontraksi uterus yang terjadi secara tidak sadar (involunter) dan berfungsi menipiskan serta membuka serviks sehingga janin dapat turun.
- c. Kekuatan sekunder berasal dari kontraksi otot perut dan diafragma ibu saat mengejan yang membantu mendorong janin keluar melalui jalan lahir.

3) *Passenger* (Janin dan Plasenta)

- a. Faktor yang diperhatikan pada janin meliputi ukuran kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.
- b. Pada plasenta, hal yang perlu diperhatikan adalah letak, ukuran, dan luas plasenta.
- c. Kondisi janin dan plasenta berpengaruh terhadap kemajuan persalinan.

4) *Psychological Response* (Respons Psikologis)

- a. Ibu sering mengalami rasa cemas dan takut menjelang maupun selama persalinan, terutama pada kehamilan pertama.
- b. Kondisi psikologis yang kurang baik dapat meningkatkan persepsi nyeri, menimbulkan ketegangan otot, menghambat pembukaan serviks, dan menyebabkan ibu lebih cepat lelah.

5) Penolong Persalinan

- a. Penolong persalinan berperan dalam memantau jalannya persalinan, mendeteksi dini komplikasi, serta memberikan penanganan yang tepat bagi ibu dan janin.
- b. Keberhasilan penanganan persalinan sangat dipengaruhi oleh kompetensi dan kesiapan tenaga kesehatan.

2.1.6 Persiapan persalinan

Peran dalam persiapan persalinan meliputi beberapa aspek penting, yaitu memberikan edukasi dan informasi kepada ibu hamil mengenai hal-hal yang perlu dipersiapkan menjelang persalinan, seperti tanda-tanda persalinan, cara menghadapi kontraksi, serta persiapan transportasi menuju fasilitas kesehatan. Selain itu, dukungan emosional dan psikologis juga diperlukan agar ibu merasa lebih tenang, nyaman, dan percaya diri dalam menghadapi proses kelahiran.

Upaya lainnya adalah memfasilitasi akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan, termasuk membantu memperoleh pemeriksaan kehamilan secara rutin dan memastikan ibu mendapatkan perawatan yang sesuai. Deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan, seperti preeklampsia atau gangguan lainnya, juga penting dilakukan agar penanganan dan rujukan dapat diberikan secara cepat dan tepat.

Selain itu, ibu hamil didorong untuk menerapkan pola hidup sehat melalui pemenuhan gizi yang seimbang, aktivitas fisik ringan, serta menghindari kebiasaan yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin. Persiapan persalinan juga mencakup penyusunan rencana persalinan bersama keluarga, seperti menentukan tempat persalinan, metode persalinan yang akan dipilih, serta

pendamping yang akan menemani selama proses kelahiran. Dengan adanya edukasi, dukungan, dan akses layanan kesehatan yang memadai, ibu hamil diharapkan lebih siap menghadapi persalinan secara aman dan optimal (Puspita et al., 2024)

2.1.7 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan Asuhan Persalinan Normal adalah memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi selama proses persalinan dengan mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Hal ini dilakukan melalui pelayanan yang menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan dengan intervensi seminimal mungkin, sehingga keamanan serta mutu pelayanan tetap terjaga secara maksimal (IBI, 2025).

2.2 Preeklamsia

2.2.1 Definisi

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).

2.2.2 Etiologi

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)

2.2.3 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 uteroplacenta.

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

2.2.4 Diagnosis

Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi yang muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, yang disertai proteinuria, disfungsi organ maternal (hati, ginjal, neurologis, atau hematologis), atau gangguan uteroplacenta. Preeklampsia dapat terjadi selama

kehamilan, persalinan, maupun setelah persalinan. Pada wanita dengan hipertensi kronis, diagnosis preeklampsia dapat ditegakkan apabila ditemukan proteinuria atau gangguan organ yang baru muncul. Jika preeklampsia disertai kejang yang tidak disebabkan oleh penyebab lain, kondisi tersebut disebut eklampsia (Veri et al, 2024).

Diagnosis Preeklampsia Salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia adalah riwayat hipertensi sebelum kehamilan. Ibu yang telah mengalami hipertensi sebelum hamil memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat tersebut (Juli et al, 2023).

2.2.5 Penanganan

Penatalaksanaan preeklampsia bertujuan untuk mencegah perkembangan kondisi menjadi eklampsia serta memastikan proses persalinan dapat berlangsung dengan aman bagi ibu dan janin. Selain itu, tindakan kebidanan dilakukan untuk mencapai hasil persalinan yang optimal dengan meminimalkan trauma. Seluruh kasus preeklampsia berat memerlukan penanganan aktif dan pemantauan yang ketat. Tatalaksana umum meliputi pemberian obat antihipertensi apabila tekanan darah diastolik melebihi 110 mmHg, pemasangan jalur intravena menggunakan jarum berukuran besar, serta pemantauan keseimbangan cairan melalui kateterisasi urin. Pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) perlu dihentikan apabila produksi urin kurang dari 30 mL per jam. Selain itu, tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin harus dievaluasi secara berkala setiap jam. Jika terjadi edema paru, pemberian cairan intravena dihentikan dan dapat diberikan diuretik seperti

furosemid 40 mg secara intravena. Pemeriksaan fungsi pembekuan darah juga perlu dilakukan sebagai bagian dari pemantauan kondisi ibu (Hidayah et al., 2022).

Penatalaksanaan preeklampsia disesuaikan dengan derajat keparahan penyakit serta usia kehamilan. Pada kasus preeklampsia, ibu memerlukan pemantauan secara ketat untuk mencegah terjadinya komplikasi. Tindakan yang dilakukan meliputi anjuran istirahat sesuai kondisi ibu, pemantauan tekanan darah secara berkala, pemeriksaan laboratorium secara rutin untuk mengevaluasi perkembangan penyakit, serta pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan yang adekuat.

Selain pemantauan, terapi farmakologis juga dapat diberikan sesuai indikasi. Pemberian obat antihipertensi bertujuan untuk mengendalikan tekanan darah agar tetap dalam batas aman. Kortikosteroid dapat digunakan untuk mempercepat maturasi paru janin apabila terdapat kemungkinan persalinan prematur. Sementara itu, magnesium sulfat diberikan sebagai upaya pencegahan maupun penanganan kejang pada ibu dengan preeklampsia berat (Kemenkes, 2025).

Pemberian magnesium sulfat (MgSO_4) pada kasus preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya eklampsia serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi. Mekanisme kerja MgSO_4 adalah menghambat transmisi neuromuskular melalui penurunan pelepasan asetilkolin pada ujung saraf, sehingga dapat mengurangi rangsangan yang memicu terjadinya kejang. Selain itu, MgSO_4 juga memiliki efek vasodilatasi pada pembuluh darah serebral

yang dapat memperbaiki perfusi otak dan mengurangi iskemia akibat vasospasme saat terjadi kejang. Penggunaan MgSO_4 direkomendasikan pada ibu hamil dengan preeklampsia yang disertai tanda atau gejala berat. Regimen terapi diawali dengan pemberian dosis muatan (loading dose) sebanyak 4–6 gram secara intravena selama 5–15 menit, kemudian dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan sebesar 1 gram per jam selama 24 jam. Apabila kejang masih berulang, dapat diberikan tambahan MgSO_4 sebanyak 2–4 gram sesuai indikasi klinis (Sondakh et al., 2023).

Magnesium sulfat (MgSO_4) merupakan terapi pilihan utama yang digunakan sebagai profilaksis maupun penatalaksanaan kejang pada preeklampsia berat dan eklampsia. Obat ini telah menjadi *gold standard* karena memiliki efektivitas yang lebih tinggi dibandingkan diazepam maupun fenitoin dalam mencegah terjadinya eklampsia serta menurunkan angka kematian ibu.

Pemberian MgSO_4 dapat dilakukan dengan dua regimen yang paling sering digunakan, yaitu regimen Pritchard dan regimen Zuspan. Regimen Pritchard diawali dengan pemberian dosis muatan berupa 4 gram MgSO_4 secara intravena selama kurang lebih 5 menit, kemudian dilanjutkan dengan 10 gram secara intramuskular yang dibagi masing-masing 5 gram pada kedua bokong. Selanjutnya diberikan dosis pemeliharaan sebanyak 5 gram secara intramuskular setiap 4 jam. Sementara itu, regimen Zuspan menggunakan dosis awal 4–6 gram secara intravena selama 15–20 menit yang diteruskan dengan infus kontinu sebanyak 1–2 gram per jam.

Mekanisme kerja magnesium sulfat meliputi penghambatan aktivitas reseptor asetilkolin, reseptor *N-methyl-D-aspartate* (NMDA), serta kanal kalsium pada sistem saraf pusat. Selain itu, MgSO₄ berperan dalam menjaga integritas sawar darah otak sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya edema serebri. Obat ini juga memiliki efek vasodilatasi pada pembuluh darah serebral maupun perifer sehingga membantu memperbaiki perfusi jaringan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa magnesium sulfat lebih efektif dibandingkan fenitoin, diazepam, maupun nimodipine dalam mencegah terjadinya kejang eklampsia.

Sebelum pemberian magnesium sulfat, terdapat beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk menjamin keamanan terapi. Antidotum berupa kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 mL) harus tersedia dan dapat diberikan secara intravena selama 3–5 menit apabila terjadi tanda-tanda toksisitas. Selain itu, pasien harus memiliki refleks patela yang masih positif, frekuensi napas lebih dari 16 kali per menit, serta produksi urin minimal 30 mL per jam atau sekitar 0,5 mL/kgBB/jam.

Pemberian magnesium sulfat harus dihentikan apabila muncul tanda-tanda intoksikasi magnesium. Selain itu, terapi dihentikan setelah persalinan berlangsung selama 24 jam atau 24 jam setelah kejang terakhir, sesuai dengan kondisi klinis pasien (Rahmadi & Anjani, 2024).

2.2.6 Telaah Jurnal

Telaah jurnal dalam Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memperkuat landasan teori dan pembahasan mengenai asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan preeklampsia. Jurnal-jurnal yang digunakan merupakan hasil penelitian

yang relevan dan terbaru terkait faktor risiko, diagnosis, serta penatalaksanaan preeklampsia pada ibu bersalin. Hasil telaah menunjukkan bahwa preeklampsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal yang memerlukan deteksi dini serta penatalaksanaan yang tepat guna mencegah terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin.

1) Hubungan Antara Usia dengan Preeklampsia

Usia ibu merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi terjadinya preeklampsia. Kehamilan pada usia tertentu dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan hipertensi dalam kehamilan akibat belum optimalnya kesiapan organ reproduksi pada usia terlalu muda maupun penurunan fungsi fisiologis pada usia yang lebih tua. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian preeklampsia berat, dengan nilai *p*-value sebesar 0,008 dan nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,244. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa karakteristik usia kehamilan berhubungan dengan meningkatnya risiko preeklampsia berat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kejadian preeklampsia, sehingga diperlukan deteksi dini terhadap ibu hamil yang memiliki faktor risiko untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Rosalina et al., 2023).

Salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia adalah usia ibu. Risiko preeklampsia cenderung meningkat pada ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Usia 20–35 tahun dianggap sebagai usia reproduksi yang ideal karena kondisi dan fungsi organ reproduksi

berada pada tahap optimal. Sementara itu, kehamilan pada usia di luar rentang tersebut memiliki risiko lebih besar mengalami komplikasi akibat belum matangnya atau menurunnya fungsi organ reproduksi, sehingga dapat meningkatkan kejadian preeklampsia (Deshinta Utari, 2022).

2) Hubungan obesitas dengan kejadian preeklamsi

Obesitas merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan meningkatnya kejadian preeklampsia pada ibu hamil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 33 responden yang mengalami obesitas, sebanyak 14 orang (42,4%) mengalami preeklampsia, sedangkan dari 62 responden yang tidak mengalami obesitas hanya 3 orang (4,8%) yang mengalami preeklampsia. Analisis bivariat menggunakan uji Chi-Square memperoleh nilai $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga terdapat hubungan yang bermakna antara obesitas dengan kejadian preeklampsia.

Selain itu, nilai Odds Ratio (OR) sebesar 14,991 menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami obesitas memiliki peluang 14,991 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak obesitas. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa obesitas merupakan faktor risiko yang berhubungan secara signifikan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil (Silaban & Rahmawati, 2025).

Obesitas diketahui sebagai salah satu faktor risiko penting dalam kejadian preeklampsia. Akumulasi lemak tubuh yang berlebihan dapat meningkatkan pembentukan peroksida lemak, sedangkan kadar antioksidan pada masa kehamilan cenderung menurun. Keadaan ini mengakibatkan terjadinya stres

oksidatif akibat dominasi senyawa oksidan dalam tubuh. Selain itu, jaringan adiposa menghasilkan sitokin inflamasi yang dapat memicu respons peradangan, menyebabkan disfungsi endotel, serta menimbulkan gangguan aliran darah ke plasenta. Mekanisme tersebut berkontribusi terhadap perkembangan preeklampsia pada ibu hamil (Ayu Lestar Diah & Eka Juniarty, 2024).

Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum maupun selama kehamilan merupakan salah satu indikator yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin. IMT yang tidak berada dalam batas normal dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan. Pada ibu dengan IMT rendah ($<25 \text{ kg/m}^2$), risiko yang dapat muncul antara lain bayi berat lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, dan gangguan pertumbuhan janin. Sebaliknya, ibu dengan IMT tinggi ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) yang termasuk kategori overweight dan obesitas memiliki risiko lebih besar mengalami preeklampsia, diabetes gestasional, serta persalinan pervaginam yang tidak berhasil. Oleh karena itu, pemantauan dan pengendalian IMT selama kehamilan penting dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi maternal maupun perinatal (Kurniawan et al., 2022).

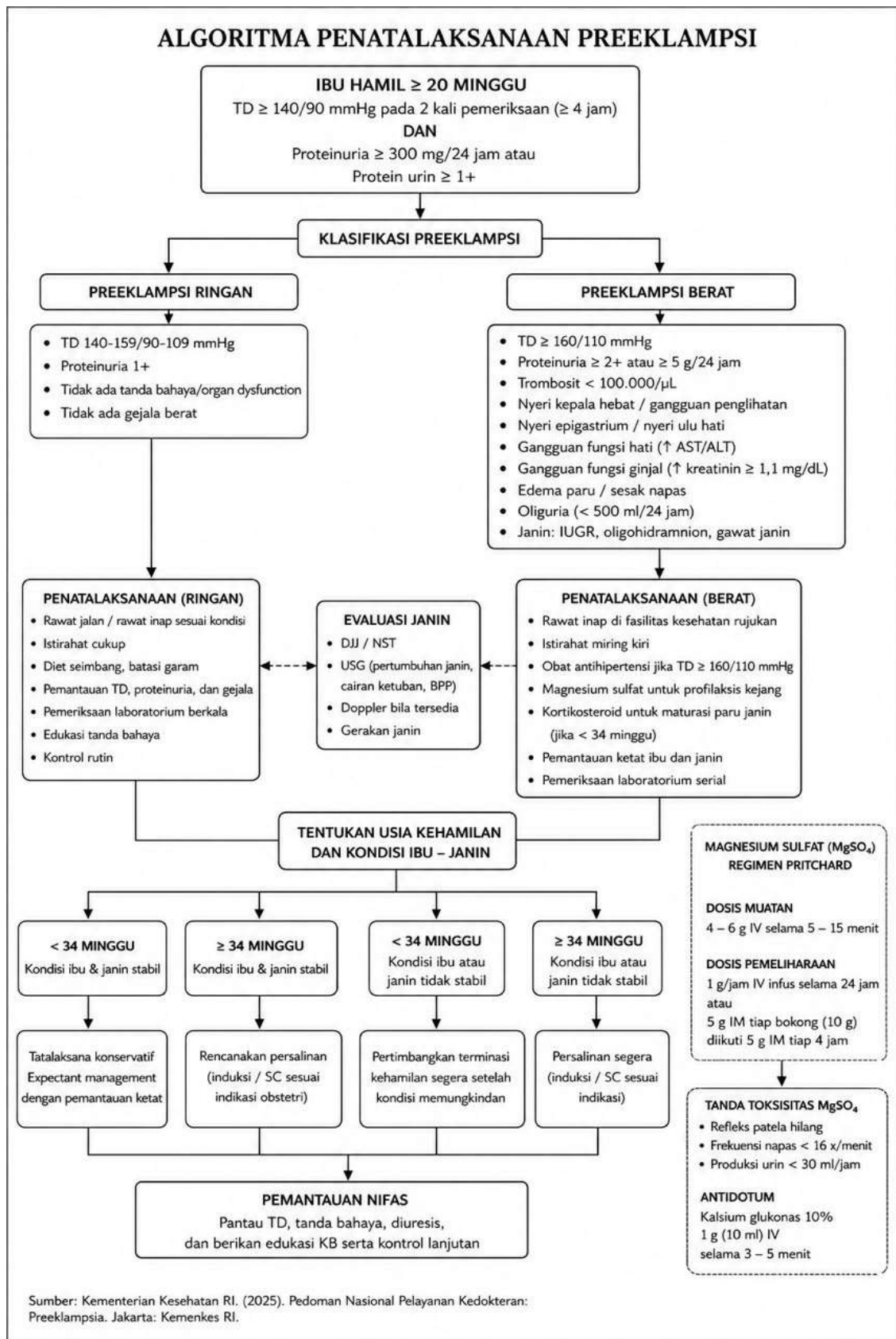
3) Hubungan paritas dengan preeklamsi

Paritas merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan paritas berisiko, seperti primigravida atau grandemultipara, memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas yang tidak berisiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 108 responden yang memiliki paritas risiko tinggi, sebanyak 79 responden didiagnosis mengalami preeklampsia. Analisis bivariat

menggunakan uji Chi-Square memperoleh nilai p-value sebesar 0,000 ($<0,05$), yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian preeklampsia. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa paritas merupakan salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan dengan terjadinya preeklampsia pada ibu hamil, sehingga diperlukan perhatian dan pemantauan yang lebih optimal pada ibu dengan paritas berisiko untuk mencegah terjadinya komplikasi kehamilan (Saputri et al., 2023).

Paritas merupakan salah satu faktor risiko yang dapat memengaruhi terjadinya preeklampsia. Ibu dengan status primipara maupun multipara memiliki kemungkinan lebih besar mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas yang tidak berisiko. Pada primipara, kondisi ini berkaitan dengan belum optimalnya adaptasi sistem imun maternal terhadap antigen plasenta pada kehamilan pertama. Sedangkan pada multipara, perubahan struktur dan fungsi uterus akibat kehamilan yang berulang dapat meningkatkan kerentanan terhadap gangguan kehamilan, termasuk preeklampsia. Dengan demikian, paritas menjadi faktor yang perlu diperhatikan dalam upaya deteksi dini dan pencegahan preeklampsia pada ibu hamil (Lestari et al., 2025).

ALGORITMA PENATALAKSANAAN PREEKLAMPSI



BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. R G4P3A0 Parturient Aterm Dengan Preeklamsi Di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 02 Maret 2026
Waktu Pengkajian : 21.00 WIB
Tempat pengkajian : Ruang VK
Nama Pengkaji : N Nadila

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Pasien

Nama Ibu	: Ny. R	Nama Suami	: Tn. H
Umur	: 38 Tahun	Umur	: 48 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD Sederajat	Pendidikan	: SD Sederajat
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat: Kp. Neglasari, Kecamatan Leuwigoong			

2. Alasan Datang

Ibu datang ke ruang VK RSUD dr. Slamet Garut pukul 13.30 WIB sebagai rujukan dari Puskesmas Leuwigoong pada pukul 12.00 WIB dengan indikasi preeklampsia. Ibu merasa hamil 9 bulan dan mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah seperti kram sejak kemarin. Keluar air-air disangkal, dan gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu mengaku memiliki riwayat tekanan darah tinggi sejak kehamilan ini. Keluhan sakit kepala (-), mual (-), muntah (-), nyeri ulu hati (-), 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 92 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 36,3°C, dan SpO2 99%. Pemeriksaan obstetri didapatkan DJJ 130 x/menit, his 2x10'15'', pembukaan 4 cm, portio tebal lunak, ketuban (+), presentasi kepala, penurunan Hodge I, serta kepala sudah masuk PAP. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan protein urin positif ++ yang mendukung diagnosis preeklampsia. Selanjutnya ibu dipindahkan ke ruang VK untuk observasi dan penatalaksanaan persalinan lebih lanjut.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh mules-mules sejak kemari, ibu merasa lemas.

4. Riwayat Menstruasi

Ibu mengaku pertama kali haid pada usia 13 tahun. Siklus haid 28 hari, lamanya haid 7 hari, ganti pembalut 2-3 kali sehari.

5. Riwayat obstetri

a) Riwayat Kehamilan saat ini

Ibu mengaku ini kehamilan keempat belum pernah keguguran, HPHT 17 Mei 2025. Ibu mengaku pada trimester I ibu mengalami mual muntah dan tidak ada keluhan pada trimester II sedangkan pada trimester III ibu mengeluh terkadang merasa sakit pinggang, selama hamil ibu selalu memeriksa kehamilannya ke PKM dan Bidan >6x dan ibu mengatakan tidak pernah USG selama kehamilan, status imunisasi TT terakhir ibu TT I, ibu pertamakali merasakan gerakan janin pada usia 16 minggu, gerakan janin bisa dirasakan >10x/hari. Ibu hanya mengonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu tablet Fe sebanyak 90 tablet dengan aturan minum 1 kali sehari. Ibu tidak ada riwayat hipertensi sebelumnya, pada saat sebelum di rujuk dilakukan pemeriksaan tekanan darah di puskesmas ditemukan adanya hipertensi pada saat pemeriksaan kehamilan.

Di Puskesmas Leuwigoong ibu telah diberikan terapi Dopamet 500 mg dan Nifedipin 10 mg. Berdasarkan pemeriksaan penunjang, didapatkan hasil protein urin positif ++. Dipasang infus MgSO₄ 40% dengan tetesan 15–20 tetes/menit kemudian ibu dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut.

Pemeriksaan HB Terakhir tanggal 12 Februari 2026 dengan hasil 11,7 gr/dl.

Kehamilan	Tahun	Tempat	Penolong	UK	Persalinan	BB Lahir	JK	Keadaan	Komplikasi
1	2002	Rumah	Paraji	Aterm	Spontan	3.200 gr	L	Hidup	Tidak ada
2	2010	Rumah	Paraji	Aterm	Spontan	3.300 gr	L	Hidup	Tidak ada
3	2012	TPMB	Bidan	Aterm	Spontan	3.000 gr	L	Hidup	Tidak ada

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

c) Riwayat Ginekologi

Ibu mengaku tidak memiliki penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksinya, seperti : Myoma, kista.

6. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan ibu

Ibu mengaku bahwa ibu tidak menderita penyakit berat seperti jantung, asma, TBC.

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengaku dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular atau penyakit keturunan dan ibu sebelumnya tidak mengetahui adanya riwayat penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi dalam keluarganya.

7. Riwayat Kontrasepsi Yang Pernah Digunakan

Ibu mengaku terakhir menggunakan alat kontrasepsi IUD selama 8 tahun.

8. Riwayat Psikososial

a) Riwayat Pernikahan

Ibu mengaku menikah pada usia ibu 16 tahun dan usia suaminya 26 tahun, ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan suaminya.

b) Respon ibu dan keluarga pada persalinan ini

Ibu dan keluarga sangat merespon dengan baik.

c) Kebiasaan adat istiadat

Ibu mengaku tidak ada pantangan dan larangan apapun yang dapat merugikan selama kehamilan, persalinan dan nifas.

d) Pengambilan Keputusan

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

e) Riwayat Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola nutrisi

Ibu makan 2–3 kali sehari dengan menu bervariasi yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, sayur, dan buah. Tidak terdapat pantangan makanan maupun keluhan saat makan. Asupan cairan sekitar 8–10 gelas per hari, serta sesekali mengonsumsi jus, teh, dan susu. Tidak terdapat keluhan dalam pola minum ibu.

2) Pola eliminasi

BAB : Ibu mengatakan belum BAB

BAK : Ibu mengatakan BAK 5-6 kali kadang tidak menentu, warna kuning.

3) Pola istirahat

Ibu mengatakan istirahat secukupnya, tidur malam 8 jam, dan tidur siang 2 jam tanpa ada keluhan.

4) Personal Hygiene

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

f) Aktivitas sehari-hari

Ibu sehari-hari melakukan pekerjaan rumah tangga dan mengurus anak. Aktivitas tersebut masih dapat dilakukan secara mandiri dan ibu tidak merasa terbebani dalam menjalankannya meskipun usia kehamilan semakin besar.

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : *Composmentis*

2) Antropometri

- BB Sebelum hamil : 69 kg
- BB Sesudah hamil : 85 kg
- TB : 153 cm
- LILA : 31 cm
- LP : 108 cm
- IMT : 29,5 (obesitas)

3) Tanda – Tanda Vital

- Tekanan Darah : 150/80 mmhg
- Nadi : 90x/menit
- Suhu : 36,5°C
- Respirasi : 22x/menit
- Spo2 : 99 %

4) Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan.
- b. Muka : Bersih oedema(-) , pucat.
- c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva pucat, penglihatan normal.
- 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 pucat.
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, cairan colostrum (+).
- i. Abdomen
 - Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi.
 - Palpasi
 - TFU : 34 cm
 - Leopold I : Bagian atas teraba lunak tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Dibagian kiri teraba punggung (puki), bagian kanan teraba bagian bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III	: Teraba keras bulat melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, sudah tidak bisa di goyangkan (Divergen)
Leopold IV	: 2/5
DJJ	: 140 x/menit
His	: 4x10'40"
TBBJ	: 3.565 gram
j. Eksremitas	
Tangan	: simetris, kuku bersih tidak oedema, jari lengkap, terpasang infus berisi
Kaki	: simetris, tidak oedema, kuku bersih, jari lengkap, tidak varices, refleks patella+
k. Genetalia	: Vulva vagina tidak ada kelainan
Pemeriksaan dalam	
Portio	: Tipis lunak
Pembukaan	: 8 cm
Ketuban	: (+)
Presentasi	: Kepala
Penurunan	: Hodge III
Terpasang selang kateter, urine	130 cc
Protein urine	: ++

C. ANALISA

G4P3A0 Parturien aterm janin tunggal hidup intrauterine dengan Preeklampsia.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga. bahwa ibu sudah dalam persalinan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui

2. Advice dr SPOG melakukan pemantauan DJJ dengan *Cardiotocography* (CTG) sesuai dengan advis dokter

Evaluasi : Denyut jantung janin normal dan dipasang drip Oxy sesuai advis dokter.

3. Melakukan observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, HIS, DJJ, dan kemajuan persalinan

Evaluasi : Dilakukan observasi

4. Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat

Evaluasi : Ibu mengerti

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi

Evaluasi : Ibu sudah makan dan minum

6. Melakukan pendokumentasian SOAP

Evaluasi : Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

7. Mempersiapkan perlengkapan dan peralatan persalinan.

3.2 Catatan Perkembangan Kala I

Tanggal	Pukul	TD	N	S	R	Ø	DJJ	HIS	Keterangan
02-03-2026	21.30 WIB	150/80	87	36,4°C	21	8	156	4x10'40"	Ketuban utuh
	22.00 WIB		90	36,6°C	21		147	5x10'50"	Ketuban utuh
	22.30 WIB	130/80	89	36,2°C	22	10	149	5x10'50"	Ketuban pecah spontan

3.3 Catatan Perkembangan Kala II

Waktu : 22.30 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin sering, ketuban sudah pecah dan rasa ingin mendedan.

B. Data Objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : *composmentis*
- 3) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah	: 140/80 mmhg
Nadi	: 87x/menit
Suhu	: 36,6°C
Respirasi	: 21x/menit
Spo2	: 99 %
- 4) Abdomen : DJJ 151x/menit, His 5x10"50"
- 5) Genetalia : terpasang Dc

V/V	: Tidak ada kelainan
Pembukaan	: 10cm
Portio	: Tidak teraba
Ketuban	: (-)
Presentasi	: kepala
Penurunan	: Hodge IV

C. Analisa

G4P3AO inpartu kala II dengan Preeklampsia.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengetahui bahwa pembukaan sudah lengkap

- 2) Memposisikan ibu untuk mencari posisi yang nyaman

Evaluasi : ibu melakukan

- 3) Memberikan motivasi kepada ibu dalam menghadapi persalinan

Evaluasi : ibu merasa tenang dan rasa cemas berkurang

- 4) Masih terpasang infus RL dengan drip MgSO₄ 40%

Evaluasi : tetesan 15–20 tetes/menit.

- 5) Melakukan pelepasan kateter

Evaluasi : kateter sudah terlepas

- 6) Menganjurkan kepada ibu untuk meneraan yang baik jika ada his

dan mengatur nafas

Evaluasi : ibu mengerti dan melaksanakan

- 7) Memimpin persalinan

Evaluasi : jam 22.50 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, jenis kelamin perempuan.

- 8) Melakukan pemotongan tali pusat dan melanjutkan asuhan

Persalinan.

3.4 Catatan Perkembangan Kala III

Waktu : 22.50 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran anaknya, dan masih merasakan mules.

B. Data Objektif

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : *Composmentis*
- 3) TTV
 - TD : 140/90mmHg
 - Nadi : 86x/menit
 - Respirasi : 21x/menit
 - Suhu : 36,7
- 4) Abdomen : TFU sepusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras kandung kemih kosong, tidak teraba janin kedua

C. Analisa

P4A0 Kala III

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa plasenta akan dilahirkan
 - Evaluasi : ibu mengetahui
- 2) Memberitahu ibu akan di suntikan oksitosin
 - Evaluasi : Ibu bersedia
- 3) Menyuntikan Oksitosin di suntikan 1/3 paha kanan secara IM

Evaluasi : sudah diberikan

4) Melakukan peregangan tali pusat

Evaluasi : Plasenta lahir pukul 23.00 WIB terkesan lengkap

5) Melakukan masase uterus selama 15x selama 15 detik

Evaluasi : Kontraksi uterus baik

6) Melakukan cek kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap tidak ada sisa.

3.5 Catatan Perkembangan Kala IV

Waktu : 23.15 WIB

A. Data Subjektif

Ibu merasa senang karena proses persalinan berjalan dengan baik dan ibu mengatakan masih ada rasa sedikit mules.

B. Data Objektif

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : Composmentis

3) TTV

TD : 140/90mmHg

Nadi : 92x/m

Respirasi : 20x/m

Suhu : 36°C

4) Abdomen : Kontraksi baik, TFU 2jari dibawah pusat

5) Genetalia : pendarahan normal, Terdapat laserasi Derajat 1

- 6) Ekstremitas : Masih terpasang infus RL dengan drip MgSO₄ 40%.

C. Analisa

P4A0 Kala IV.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
Evaluasi : ibu mengatakan bahwa ibu kondisinya baik
- 2) Mengajarkan ibu untuk masase uterus
Evaluasi : ibu mengerti dan melaksanakan
- 3) Melakukan Inform consent untuk pemasangan IUD postplasenta
Evaluasi : ibu menolak di pasang IUD dan memilih untuk di MOW
- 4) Melakukan penjahitan pada luka perineum
Evaluasi : Sudah dilakukan.
- 5) Membersihkan ibu dan lingkungan sekitar ibu
Evaluasi : ibu telah di bersihkan dan merasa nyaman
- 6) Melakukan dekontaminasi alat
Evaluasi : alat telah di dekontaminasi.
- 7) Melibatkan keluarga untuk pemenuhan nutrisi pada ibu
Evaluasi : ibu sudah makan roti dan minum air putih.
- 8) Melakukan pemantauan kala IV
Evaluasi : hasil terlampir dalm partograf.

3.5 Asuhan Pada ibu Nifas 6 jam post partum

Tanggal pengkajian : 2 Maret 2026
 Jam : 06.00 WIB
 Tempat : Ruang VK
 Pengkaji : N Nadila

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh masih merasa mulas dan lemas.

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : *Composmentis*
 Keadaan emosional : Stabil

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 130/90mmHg
 Nadi : 80x/m
 Respirasi : 20x/m
 Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan fisik

a) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 b) Payudara : Bentuk simetris, puting menonjol, ASI (+),
 tidak ada nyeri tekan.

- c) Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong
- d) Genetalia : Tidak ada kelainan, lochea rubra
- e) Ekstremitas : Atas terdapat infus RI,
Bawah tidak varises, tidak oedema.

C. Analisa

P4A0 Postpartum 6 jam

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
Evaluasi : ibu mengetahui bahwa kondisinya baik
- 2) Mengajarkan ibu untuk massase uterus untuk mencegah pendarahan
Evaluasi : Ibu melakukannya
- 3) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring kiri kanan
Evaluasi : Ibu akan mencoba
- 4) Menganjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi
Evaluasi : Ibu sudah makan
- 5) Memberitahu tanda bahaya nifas seperti perdarahan berlebihan, demam tinggi, pusing berlebih dan nyeri perut hebat
Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahuinya.

3.7 Asuhan Pada ibu Nifas 1 hari post partum

Tanggal pengkajian : 03 Maret 2026
 Jam : 21.00 WIB
 Tempat : Ruang Nifas
 Pengkaji : N Nadila

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan keadaanya semakin membaik dan asi sudah keluar

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : *Composmentis*
 Keadaan emosional : Stabil

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 130/80mmHg
 Nadi : 87x/m
 Respirasi : 21x/m
 Suhu : 36,4°C

3) Pemeriksaan fisik

a) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 b) Payudara : Bentuk simetris, puting menonjol, ASI
 (+),
 tidak ada nyeri tekan

- c) Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 3 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong
- d) Genetalia : Tidak ada kelainan, lochea rubra
- e) Ekstremitas : Atas terdapat infus RI,
Bawah tidak varises, tidak oedema.

C. Analisa

P4A0 Postpartum 1 Hari

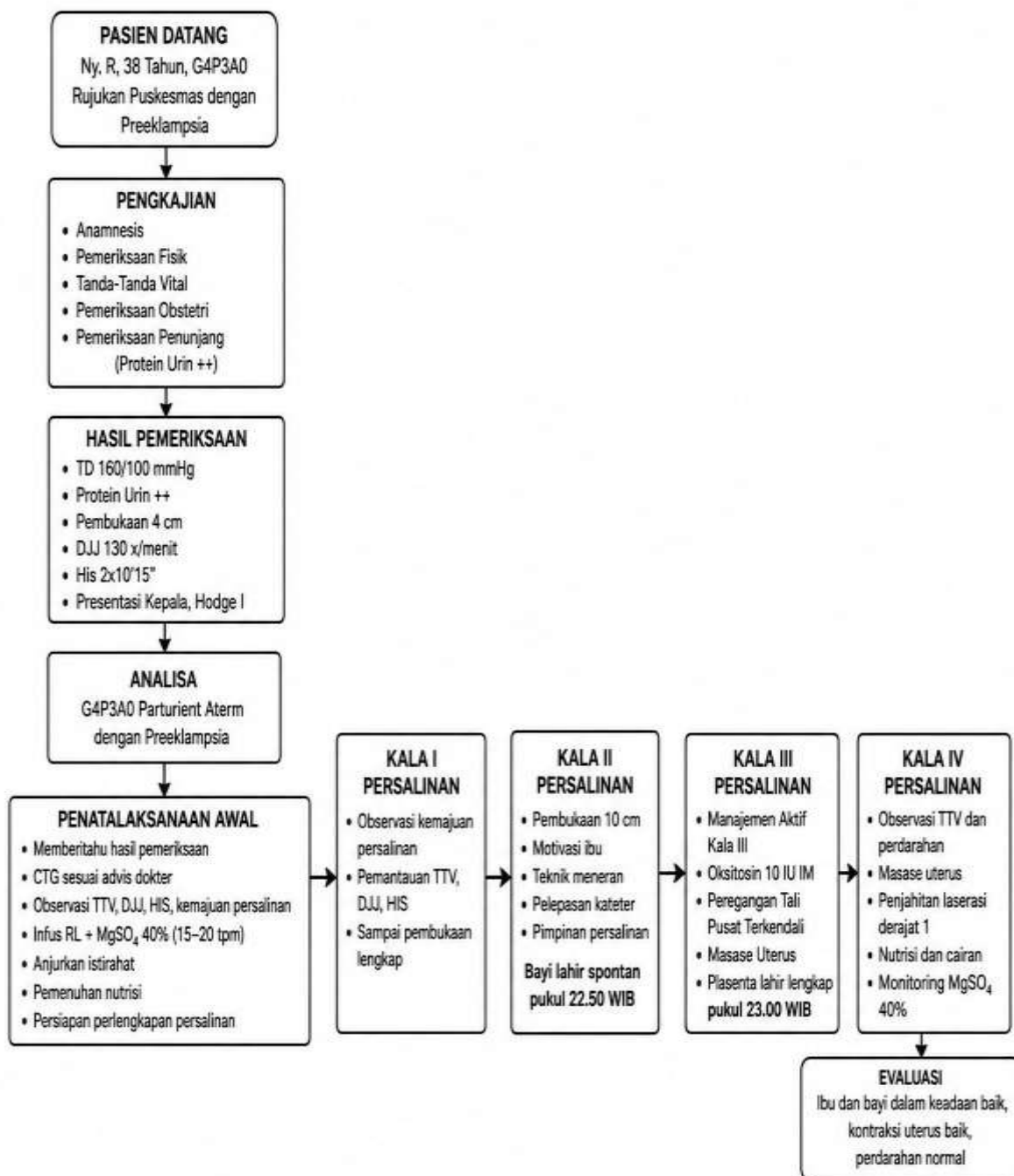
D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
Evaluasi : ibu mengetahui bahwa kondisinya baik
- 2) Memberitahu ibu cara perawatan luka pada jahitan
Evaluasi : ibu mengerti
- 3) Memberitahu ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya
Evaluasi : ibu mengerti dan melaksanakannya
- 4) Memberitahu tanda bahaya nifas perdarahan berlebihan, demam tinggi, nyeri perut atau punggung.
Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahuinya
- 5) Memberitahu ibu makanan bergizi dan banyak minum air putih
Evaluasi : ibu mengetahui dan melaksanakannya.
- 6) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar
Evaluasi : ibu mengerti.

Bagan Alur Penanganan Kasus Pada Ny. R

Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. R Usia 38 Tahun G4P3A0

Parturient Aterm Dengan Preeklamsia Di RSUD dr. Slamet Garut



3.8 Matriks Teori Dan Kasus

Tabel 3.1 Matriks

No.	Poin Analisis	Tinjauan Teori	Tinjauan Kasus (Ny. R di RSUD dr. Slamet Garut)	Relevansi / Kesenjangan
1	Masalah	Komplikasi kehamilan/persalinan berupa gangguan hipertensi yang dapat berkembang menjadi eklampsia (kejang) dan mengancam keselamatan ibu serta janin jika tidak ditangani sejak dini.	Ibu bersalin multigravida masuk kamar bersalin (VK) dengan diagnosis Preeklampsia dalam persalinan Kala I Fase Aktif.	Sesuai (Tidak Ada Kesenjangan): Masalah utama yang dihadapi di lapangan berfokus pada mitigasi risiko kegawatdaruratan akibat preeklampsia saat proses persalinan berlangsung
2	Pengertian	Sindrom spesifik kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah ($\geq 140/90$ mmHg) dan disertai proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu.	Ny. R datang sebagai rujukan dengan kehamilan 9 bulan, memiliki tekanan darah tinggi, dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar protein urine positif dua (++).	Sesuai (Sangat Relevan): Kondisi klinis pasien memenuhi kriteria dasar dari batasan pengertian preeklampsia dalam teori medis.

3	Penyebab / Faktor Risiko	Maladaptasi imunologi, iskemia plasenta, faktor genetik, serta faktor risiko seperti usia ibu >35 tahun, multigravida / paritas tinggi, dan obesitas.	Ny. R berusia 38 tahun, berstatus G4P3A0 (multigravida), serta memiliki IMT 29,5 kg/m ² (Kategori Obesitas)	Sesuai (Sangat Relevan): Pasien memiliki tiga faktor risiko utama sekaligus yang memicu terjadinya preeklampsia sesuai literatur ilmiah.
4	Tanda dan Gejala	tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, proteinuria, edema, sakit kepala parah, gangguan penglihatan (kabur), mual/muntah, dan nyeri epigastrium.	• TD: 150/80 mmHg • Proteinuria: (++) • Nyeri kram perut bawah (tanda persalinan) • Gejala subjektif lain seperti sakit kepala, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati disangkal (-).	Sesuai dengan Variasi Klinis: Teori menyebutkan tidak semua gejala sub-klinis harus muncul bersamaan. Diagnosis preeklampsia pada Ny. R sudah sah secara objektif melalui parameter hipertensi dan proteinuria.

5		Planning Sesuai Teori: Pemantauan ketat TTV & DJJ , pencegahan kejang dengan antikonvulsan (Magnesium Sulfat/MgSO_4), pemberian antihipertensi, monitoring kemajuan persalinan dengan partograf , dan kolaborasi dengan dokter spesialis . Refleksi yang Sebenarnya Dilakukan di Lapangan: Memberikan informasi hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga . Memasang infus RL dengan drip MgSO_4 40% (kecepatan 15– 20 tetes/menit) sebagai profilaksis kejang . Memantau TTV, his, kemajuan persalinan lewat partograf, dan kesejahteraan janin lewat <i>Cardiotocography</i> (CTG) Menganjurkan posisi miring kiri untuk mengoptimalkan aliran darah ke plasenta . Persalinan berhasil ditangani secara spontan, bayi lahir bugar (menangis kuat). Ibu dipantau ketat pada Kala III, IV hingga masa nifas tanpa komplikasi eklampsia.	Sesuai (Tidak Ada Kesenjangan): Langkah <i>planning</i> yang direncanakan dapat diimplementasikan secara utuh di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut. Seluruh tindakan bidan di lapangan merefleksikan kepatuhan penuh terhadap standar operasional prosedur (SOP) rumah sakit dan manajemen kebidanan Varney.	
---	--	---	---	--

6	Evidence Based Practice (EBP) tentang Planning yang Seharusnya	Profilaksis Kejang Menggunakan MgSO_4: Studi klinis membuktikan bahwa MgSO_4 adalah <i>gold standard</i> terbaik dibandingkan diazepam untuk menurunkan risiko kejang (eklampsia) hingga 50% dan mencegah kematian maternal pada ibu dengan preeklampsia berat . Pemantauan Janin Berkelanjutan via CTG: Penggunaan CTG secara kontinu pada persalinan dengan risiko tinggi (preeklampsia) terbukti mendeteksi gawat janin dini akibat insufisiensi plasenta secara akurat . Manajemen Posisi Miring Kiri (<i>Left Lateral Recumbent</i>): Posisi ini berbasis bukti efektif mengurangi kompresi rahim pada vena cava inferior, sehingga mampu menstabilkan curah jantung ibu, mengendalikan lonjakan tekanan darah, dan meningkatkan perfusi oksigen ke janin . Penerapan Hubungan Obesitas & Risiko: Penapisan ketat berbasis bukti (<i>evidence-based screening</i>) pada ibu hamil dengan IMT $>25 \text{ kg/m}^2$ krusial karenamemiliki <i>Odds Ratio</i> (OR) hingga 14,9 kali lebih tinggi memicu preeklampsia.		Sesuai: Semua keputusan <i>planning</i> klinis yang dijalankan oleh tenaga kesehatan (kolaborasi bidan dan dokter spesialis) di lapangan didukung kuat oleh bukti ilmiah terkini (<i>Evidence Based</i>) untuk menjamin keselamatan <i>mother and baby</i>.
---	--	--	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan praktik asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada Ny. R usia 38 tahun G4P3A0 parturient kala I fase aktif dengan preeklampsia di RSUD dr. Slamet Garut tanggal 02–03 Maret 2026. Pembahasan dilakukan berdasarkan pendekatan SOAP meliputi data subjektif, data objektif, analisa, dan penatalaksanaan.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 02 Maret 2026, Ny. R usia 38 tahun G4P3A0 datang ke ruang VK RSUD dr. Slamet Garut sebagai rujukan dari Puskesmas Leuwigoong dengan indikasi preeklampsia. Ibu mengeluhkan nyeri perut bagian bawah seperti kram sejak sehari sebelum masuk rumah sakit. Ibu mengaku usia kehamilan 9 bulan dan gerakan janin masih aktif dirasakan. Keluar air ketuban disangkal. Keluhan yang sering ditemukan pada preeklampsia seperti sakit kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, mual, dan muntah tidak dirasakan oleh ibu.

Keluhan nyeri perut seperti kram yang dialami Ny. R menunjukkan adanya kontraksi rahim yang teratur sebagai tanda dimulainya proses persalinan kala I fase aktif. Kondisi ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa persalinan merupakan proses fisiologis keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban yang

diawali dengan kontraksi uterus yang teratur sehingga menyebabkan terbukanya serviks (Herlina et al., 2023).

Meskipun Ny. R tidak mengalami keluhan khas preeklampsia seperti sakit kepala atau gangguan penglihatan, diagnosis preeklampsia tetap dapat ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria. Gejala preeklampsia dapat berupa tekanan darah tinggi, proteinuria, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, mual, dan muntah, namun tidak seluruh gejala harus muncul secara bersamaan pada setiap pasien (Dini Kurniawati et al., 2023)

Pada kasus ini ditemukan faktor risiko preeklampsia berupa usia ibu 38 tahun. Kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan hipertensi dalam kehamilan akibat adanya penurunan fungsi fisiologis tubuh. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan adanya hubungan yang berarti antara usia ibu dengan kejadian preeklampsia berat dengan nilai $p=0,008$ (Rosalina et al., 2023).

Selain usia, Ny. R merupakan multigravida dengan status obstetri G4P3A0. Paritas tertentu dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Ibu dengan paritas berisiko memiliki kemungkinan lebih besar mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas yang tidak berisiko (Saputri et al., 2023).

Pada kasus ini ditemukan bahwa Ny. R memiliki faktor risiko obesitas. Berdasarkan hasil anamnesis dan perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum kehamilan, ibu termasuk dalam kategori obesitas. Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penting terjadinya preeklampsia karena dapat menyebabkan peningkatan stres oksidatif, inflamasi sistemik, dan disfungsi endotel yang berperan dalam gangguan perfusi plasenta.

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 150/80 mmHg, nadi 90 kali per menit, respirasi 22 kali per menit, suhu 36,5°C, dan SpO₂ 99%.

Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 34 cm, presentasi kepala, denyut jantung janin 140 kali per menit, his 4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik, pembukaan serviks 8 cm, ketuban masih utuh, serta penurunan kepala pada Hodge III.

Pemeriksaan penunjang menunjukkan protein urin positif (++). Temuan hipertensi disertai proteinuria pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu mendukung diagnosis preeklampsia. Hal ini sesuai dengan teori Veri yang menyatakan bahwa diagnosis preeklampsia ditegakkan apabila ditemukan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai proteinuria atau gangguan organ maternal lainnya (Veri et al., 2024).

Selain itu, hasil antropometri menunjukkan IMT ibu sebesar 29,5 kg/m² yang termasuk kategori obesitas. Hasil penelitian Silaban & Rahmawati menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami obesitas memiliki risiko 14,991 kali lebih besar mengalami preeklamsia dibandingkan ibu yang tidak obesitas. Dengan demikian, kondisi obesitas pada Ny. R sesuai dengan teori sebagai faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya preeklamsia (Silaban & Rahmawati, 2025).

Denyut jantung janin selama pemantauan berada dalam rentang normal yaitu 140–156 kali per menit. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun ibu

mengalami preeklampsia, keadaan janin masih dalam batas normal karena dilakukan pemantauan secara ketat.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif, ditegakkan analisa kebidanan yaitu G4P3A0 parturien aterm janin tunggal hidup intrauterin dengan preeklampsia. Analisa tersebut telah sesuai dengan teori diagnosis preeklampsia yang dikemukakan oleh Veri yaitu adanya hipertensi setelah usia kehamilan 20 minggu disertai proteinuria. Pada kasus Ny. R ditemukan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg serta protein urin positif (++), sehingga diagnosis preeklampsia dapat ditegakkan (Veri et al., 2024).

Selain itu, pembukaan serviks 8 cm disertai kontraksi uterus yang adekuat menunjukkan bahwa ibu berada pada kala I fase aktif persalinan. Fase aktif dimulai sejak pembukaan serviks 4 cm hingga pembukaan lengkap dengan kontraksi yang semakin kuat, sering, dan efektif (Sari et al., 2024).

Tidak ditemukan kesenjangan antara hasil analisa kasus dengan teori yang ada karena seluruh tanda dan gejala yang ditemukan mendukung diagnosis yang ditegakkan.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. R meliputi pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan denyut jantung janin menggunakan Cardiotocography (CTG) sesuai advis dokter spesialis obstetri dan ginekologi, observasi kemajuan

persalinan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, anjuran istirahat, persiapan alat persalinan, serta pendokumentasian SOAP.

Ibu telah mendapatkan terapi antihipertensi berupa Dopamet 500 mg dan Nifedipin 10 mg di Puskesmas sebelum dilakukan rujukan. Selain itu, pasien juga telah diberikan terapi magnesium sulfat (MgSO_4) 40% melalui infus dengan kecepatan 15–20 tetes per menit sebagai upaya profilaksis untuk mencegah terjadinya kejang pada preeklampsia.

Penatalaksanaan tersebut sesuai dengan teori Hidayah yang menyatakan bahwa kasus preeklampsia memerlukan pemantauan ketat terhadap tekanan darah, keseimbangan cairan, refleks, denyut jantung janin, serta pemberian magnesium sulfat untuk mencegah terjadinya eklampsia (Hidayah et al., 2022).

Kemenkes juga menjelaskan bahwa terapi preeklampsia dapat berupa pemberian antihipertensi untuk mengendalikan tekanan darah serta magnesium sulfat sebagai profilaksis kejang pada preeklampsia berat (Kemenke., 2025).

Selama proses persalinan dilakukan observasi berkala terhadap tekanan darah, his, DJJ, serta kemajuan persalinan melalui partograf. Persalinan berlangsung spontan dengan bayi lahir pukul 22.50 WIB dalam keadaan menangis kuat dan berjenis kelamin perempuan. Kala III dan kala IV berlangsung normal tanpa komplikasi yang berarti. Kondisi ibu pada masa nifas 6 jam dan 1 hari postpartum juga menunjukkan perbaikan, ditandai dengan tekanan darah yang mulai menurun dan tidak ditemukannya tanda bahaya nifas.

Berdasarkan hasil pembahasan tersebut, tidak ditemukan kesenjangan yang bermakna antara teori dan praktik karena seluruh tindakan yang diberikan telah

sesuai dengan standar penatalaksanaan preeklampsia dan asuhan persalinan normal.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada Ny. R usia 38 tahun G4P3A0 dengan preeklampsia di RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 02–03 Maret 2026, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian Data Subjektif

Pada pengkajian data subjektif diperoleh informasi bahwa Ny. R datang sebagai rujukan dari Puskesmas Leuwigoong dengan indikasi preeklampsia. Ibu mengeluhkan nyeri perut bagian bawah seperti kram sejak sehari sebelumnya. Ibu mengaku usia kehamilan 9 bulan, gerakan janin masih aktif, serta memiliki riwayat tekanan darah tinggi pada kehamilan ini. Keluhan khas preeklampsia seperti sakit kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, mual, dan muntah tidak ditemukan, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Pengkajian Data Objektif

Didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 150/80 mmHg, protein urin positif (++), IMT 29,5 kg/m² (obesitas), pembukaan serviks 8 cm, presentasi kepala, DJJ dalam batas normal, dan his adekuat. Data tersebut mendukung diagnosis preeklampsia pada ibu bersalin kala I fase aktif, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Analisa

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif, ditegakkan analisa kebidanan yaitu **G4P3A0 parturient Aterm janin tunggal hidup intrauterin dengan preeklampsia**. Analisa tersebut sesuai dengan tanda dan gejala klinis serta hasil pemeriksaan penunjang yang diperoleh selama pengkajian, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Penatalaksanaan

Dilakukan sesuai standar pelayanan, meliputi pemantauan tanda-tanda vital, observasi kemajuan persalinan, pemantauan denyut jantung janin menggunakan CTG, pemberian terapi sesuai advis dokter, pemantauan pemberian magnesium sulfat, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan istirahat, persiapan persalinan, serta pendokumentasian SOAP. Persalinan berlangsung spontan dengan bayi lahir hidup, menangis kuat, berjenis kelamin perempuan, serta tidak ditemukan komplikasi selama kala III dan kala IV.

Yang diberikan pada 6 jam postpartum dan 1 hari postpartum menunjukkan kondisi ibu semakin membaik. Tekanan darah mengalami penurunan, kontraksi uterus baik, involusi uterus sesuai, ASI sudah keluar, serta tidak ditemukan tanda bahaya nifas. Ibu juga telah diberikan edukasi mengenai nutrisi, mobilisasi, perawatan luka, ASI eksklusif, dan tanda bahaya masa nifas, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan telah dilakukan secara sistematis menggunakan format SOAP sesuai dengan manajemen kebidanan Varney.

Dokumentasi mencakup pengkajian, analisa, penatalaksanaan, evaluasi, perkembangan persalinan, serta asuhan masa nifas sehingga memudahkan pemantauan kondisi ibu secara berkesinambungan.

Berdasarkan keseluruhan proses asuhan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa asuhan kebidanan pada Ny. R dengan preeklampsia telah dilaksanakan sesuai dengan teori, standar pelayanan kebidanan, dan SOP RSUD dr. Slamet Garut sehingga tidak ditemukan kesenjangan yang bermakna antara teori dan praktik.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi penulis selanjutnya dalam penyusunan studi kasus mengenai preeklampsia, serta dapat dikembangkan dengan menggunakan data yang lebih lengkap dan pembahasan yang lebih mendalam.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat terus mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, khususnya dalam penanganan kasus preeklampsia, melalui penerapan standar operasional prosedur yang sesuai serta kerja sama multidisiplin untuk memberikan pelayanan yang optimal.

5.2.4 Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan, khususnya bidan, dapat meningkatkan kewaspadaan melalui deteksi dini faktor risiko preeklampsia, melakukan

pemantauan secara ketat terhadap ibu hamil dengan hipertensi, serta memberikan penatalaksanaan yang cepat dan tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin.

5.2.5 Bagi Ibu dan Keluarga

Diharapkan ibu dan keluarga dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin, mengenali tanda bahaya kehamilan terutama preeklampsia, mematuhi anjuran tenaga kesehatan, serta memberikan dukungan selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas guna mencegah terjadinya komplikasi.

Dengan tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu kebidanan serta menjadi salah satu upaya dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan pada ibu dengan preeklampsia sehingga angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi dapat ditekan

DAFTAR PUSTAKA

- (WHO), W. H. O. (2025). *Kematian ibu*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Andriani, R., Rahmadhani, S. P., Kebidanan, S., Keperawatan, K., & Bangsa, U. K. (2022). *hubungan karakteristik ibu dengan kejadian preeklamsia pada ibu hamil Angka merupakan kesehatan sebagai Kematian indikator masyarakat salah satu Goals Ibu (AKI) derajat Indonesia kematian maternal 28 , 8 persen disebabkan Diagnosis karena d. 7*, 137–147.
- Ayu Lestar Diah, & Eka Juniarty, A. F. (2024). Hubungan Paritas Dan Obesitas Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih. *Jurnal Ilmu Kebidanan Dan Kesehatan (Journal of Midwifery Science and Health)*, 15(2), 88–94.
<https://doi.org/10.52299/jks.v15i2.284>
- Barat, D. K. P. J. (2025). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2025*.
<https://diskes.jabarprov.go.id/profilkesehatan>
- Deshinta Utari, H. H. (2022). Hubungan Usia Ibu Hamil Dengan Tingkat Kejadian Preeklampsia. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics, SMC-6(12)*, 882–887.
- Dini Kurniawati, Adilah Mia Azubah, Eka Afdi Septiyono, Iis Rahmawati, & Lantin Sulistyorini. (2023). Tanda dan Gejala pada Kehamilan dengan Preeklampsia di Wilayah Pertanian Jember. *Sehatmas: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1064–1072.
<https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2578>
- Herlina, N., Agustina, I. fitri, Ekowati, E., Bdn. Perwitasari, T., Johara, Ratnaningsih, T., Puspariny, C., Judijanto, L., & Maineny, A. (2023). Asuhan Kebidanan Persalinan. In *Sonpedia Publishing Indonesia*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=1cA-EQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=definisi+persalinan&ots=dssLe5p9cU&sig=B2ChybGOobHvBMVNYHVLe0Z_QtY&redir_esc=y#v=onepage&q=definisi+persalinan&f=false
- Hidayah, N., Rohmah, S., & Sumiati, E. (2022). *Penanganan Preeklampsia Berat Di Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Treatment of Severe*

- Preeclampsion At Dr. Soekardjo Tasikmalaya City*. 4(1), 2685–4007.
<http://dx.doi.org/10.25157/jmph.v4i1.15903>
- IBI. (2025). 60 Langkah Apn (Asuhan Persalinan Normal). *Jurnal Kebidanan Besurek*, 8(1), 21–26.
- Indonesia, K. K. R. (2024). Profil Kesehatan Profil Kesehatan. In *Buku*.
- Juli, N., Dalam, P., & Preeklampsia, P. (2023). *Sentri : Jurnal Riset Ilmiah*. 2(7), 2850–2858.
- Kesehatan, K. (2025). *Mengenal Preeklampsia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/4194/mengenal-preeklamps
- Kurniawan, A. T., GeA, N. Y., & Kristina Meriyandah, H. (2022). Original article jurnal medicare : volume 1, nomor 2, tahun 2022. *Jurnal Medicare*, 1(88), 47–63.
- Lestari, D. A., Putri, N. A. M., & Fitriyah, A. (2025). Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di RSUD Kota Prabumulih. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 15(1), 21–30.
- Ma'rifat, R. A., I, & Made Suraharta, I. I. J. (2024). *Optimalisasi Peran Bidan dalam deteksi dini preeklampsia sebagai upaya penguatan kesehatan ibu menuju indonesia emas 2024*. 2, 306–312
- Masruroh, N., Rizki, L. K., Jannah, M., & Afifa, V. N. (2022). Mengenal dan Mencegah Preeklampsia Pada Masa Kehamilan Di Kelurahan Wonokromo Surabaya. *Seminar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat 2021*, 1(1), 28–33. <https://doi.org/10.33086/snpm.v1i1.774>
- Nahdlatul, U., & Surabaya, U. (2024). *Article History: Received: August 20*. 2(5), 1626–1631.
- Nur Anisa, D. (2024). *Asuhan Kebidanan Persalinan: Teori dan Implementasi*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Nuraisyah, W. (2023). Implementasi Pada Kehamilan Dengan Hipertensi Kronis Superimposed Preeklampsia. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 2(2), 57–64. <https://doi.org/10.58222/juvokes.v2i2.161>
- profil kesehatan 2024. (2024). Tim Penyusun Pembina Pengarah Penanggung Jawab Koordinator Anggota. *Kesehatan*, 400, 268.
- Puspita, I. M., Mardiyana, N. E., & Ainiyah, N. H. (2024). Pemberdayaan kader kesehatan dalam mendampingi ibu hamil untuk persiapan persalinan normal.

- Jurnal Inovasi Hasil Pengabdian Masyarakat (JIPEMAS)*, 8(1), 12–22.
<https://doi.org/10.33474/jipemas.v8i1.22338>
- Rahmadi, D., & Anjani, K. T. (2024). Nusantara Hasana Journal. *Nusantara Hasana Journal*, 1(7), 132–137.
- 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. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 13(2024), 105–112.
- Rosalina, Y. M., Ismansyah, & Siregar, N. (2023). 379-Article Text-1041-1-10-20230214. 14(1), 57–65.
- Saputri, D., Sari, M., Fransiska, P., Rangga, A. K., & Prabumulih, H. (2023). Characteristics of Pregnant Women With Preeclampsia. *Cendekia Medika : Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(1), 132–142.
- Sari, D. I., Fariningsih, E., Lieskusumasuti, A. D., Hutagaol, A., Amini, A., Noviasari, D., Kasanova, E., & Handayani, S. (2024). *Manajemen Persalinan: Teori dan Praktik Klinis Kebidanan*. PT Bukuloka Literasi Bangsa. sumber: Google Books
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=zp3SEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=info:1VFRv59KWg8J:scholar.google.com/&ots=qXrQtOX832&sig=0cs4wS9lGsWbb9z71V_I6OWWC4M&redir_esc=y
- Silaban, T. D. S., & Rahmawati, E. (2025). Hubungan Riwayat Hipertensi, Riwayat Keturunan dan Obesitas dengan Kejadian Preeklamsi Pada Ibu Hamil. *Journal of Midwifery Science*, 4(2), 40–51.
<https://doi.org/10.54816/jms.v1i1.304>
- Siregar, E. P., Silaban, M. A., S, D., Rezeki, S., Sinaga, E. D., Erawaty, A., & Munthe, J. (2024). Preeklampsia Berat: Kehamilan dalam Kebidanan. In CV. AA. Rizky (Cetakan Pe). CV. AA. Rizky.
<https://share.google/2sbg4hF8bTyhkyVck>
- Sondakh, J. S. P., Dohong, A. A., & Endjun, J. J. (2023). Peran Dokter Umum Dalam Penatalaksanaan Preeklampsia Dengan Ciri Pemberatan: Laporan Kasus the Role of General Practitioners in the Manag. *Volume 1, Nomor 1, 2023 (Mei)*, 1(1), 1–6.
- 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. *Femina Jurnal Kebidanan*, 4, 283–296.

<https://jmk.stikesmitrakeluarga.ac.id/index.php/jmk/article/view/337/142>

LAMPIRAN

SOP Preeklamsi Rsud dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	PREEKLAMSI		
	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  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT. Spine NIP. 196505171991031013	
	PENGERTIAN	Preeklamsi 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 dari 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan. Preeklamsi/eklamsi atas dasar hipertensi kronis adalah timbulnya preeklamsi atau eklamsi pada pasien hipertensi kronik. Hipertensi gestasional adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau preeklamsi/eklamsi (tidak disertai proteinuri). Gejala ini akan hilang dalam waktu < 12 minggu pascasalin	
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan preeklamsi 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	Preeklamsi 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. Preeklamsi Berat Rawat bersama dengan Departemen yang Terkait (Penyakit Dalam, Penyakit Saraf, Mata, Anestesi,dll). A. Medikamentosa ▪ Infus larutan ringer laktat ▪ Pemberian obat: 1. $MgSO_4$ Cara pemberian $MgSO_4$: 1. Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infus dengan infusion pump): a. Dosis awal : 4 gram $MgSO_4$ (10 cc $MgSO_4$ 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 $MgSO_4$ - Harus tersedia antidotum $MgSO_4$, 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 pascasalin - 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 Lampiran protokol 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 : a. Syarat persalinan pervaginam tidak terpenuhi b. Terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam c. Induksi persalinan gagal d. Terjadi gawat janin e. Kelainan letak f. Bila umur kehamilan < 34 minggu Sudah inpartu : 1. Perjalanan persalinan normal diikuti dengan Partograf WHO. 2. Memperpendek kala II 3. Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin. 4. Bila skor bishop ≤ 6 direkomendasikan tindakan seksio sesarea 5. 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: 1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam 2. ICU 3. Departemen Mata 4. Departemen Syaraf
--	---



RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Neng Nadila
 Tempat Tanggal Lahir : Garut, 19 Agustus 2004
 Agama : Islam
 Nama Ayah : H Enong Saepudin
 Nama Ibu : Hj Iyah Samsiah
 No Hp : 085294396641
 Email : nenknadd19@gmail.com
 Alamat : Kp. Batu Malik, RT/RW01/09, Desa Maroko,
 Kecamatan Cibalong, Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat.

2. Riwayat Pendidikan

- a. SDN 01 Simpang 2010-2016.
- b. SMP Fauzaniyyah 2017.
- c. SMP Satap 2 Cibalong 2018-2020.
- d. SMA Sabilul Huda 2021-2022.
- e. MA Fauzaniyyah 2023.
- f. Terdaftar sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
- g. Program Studi D3 Kebidanan Tahun Ajaran 2023-2026.

Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : N. Nadia

Nama Pembimbing : Ibu Fiti Hanizumi

NIM : KHGB25016

NIDN :

Judul KTI :

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Senin 07 - Mei - 2026				
2.	Senin 13 - Mei - 2026				
3.	Kamis 24 - Mei - 2026	BAB I	Perbaiki data ke-1 & tanggal pengujian		
4.	Kamis 31 - Mei - 2026	BAB III	Perbaiki penulisan data primer & sekunder. SOAP di buat soal. Person penulisan di buat di VR		
5.	Selasa 26 - Mei - 2026				
6.	Selasa 09 Juni - 2026		Lengkap BAB II dengan format Jurnal.		
7.	Sabtu 13 - Juni - 2026				

8.	sewa 15 Juni 2025		ACC	Adila sewa	
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Garut 2025

Mahasiswa

Pembimbing



W. Nadila

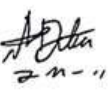
(.....)

(.....)

LEMBAR BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY R G4P3A0
PARTURIENT ATERM DENGAN PREEKLAMSI
DIRSUD dr.SLAMET GARUT**

**Nama Mahasiswa : N NADILA
NIM : KHGB23016
Penela'ah I : Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb
NIP : 042039.1223.182
Penela'ah II : Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb M.K.M
NIP : 042039.1004.031**

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	Rabu 24 juni 2026	- Sistematisasi Penulisan - Bab I. - Bab IV.	- Perbaiki & Cek kembali - Fokus pada pembahasan		
2	Kamis 25 Juni 2026	- Sistematisasi Penulisan - Bab II	- Papikan kembali		
3	Rabu 22 Juli 2026	Acc Penul	- Acc.		
4					
5					