

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. A USIA 37
TAHUN G₆P₅A₀ GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN
PREEKLAMSI DESERTAI SIFILIS DI RUANG
BERSALIN RSUD DR. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk menyelesaikan program studi D3 Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**DIHAN GERLIANI
KHGB23036**



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

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.A
USIA 37 TAHUN G₆P₅A₀ GRAVIDA 34-35 MINGGU
DENGAN PREEKLAMSI DI SERTAI SIFILIS DI
RSUD dr. SLAMET GARUT**

Nama Mahasiswa : DIHAN GERLIANI
NIM : KHGB23036

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

Garut, 17 Juli 2026

Menyetujui,

Penela'ah I

Penela'ah II

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

Fitri Hanriyani SST.Mkeb.Mpd
NIP: 042039.0317.135

Pembimbing

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

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Kebidanan

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

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. A USIA 37 TAHUN
G₆P₅A₀ GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI
DI SERTAI SIFILIS DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

Disusun oleh

**DIHAN GERLIANI
KHGB23036**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Menyetujui,

Pembimbing

Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb

NIP: 042039.1223.182

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar A.Md.Keb

Mengesahkan,
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**

Mengetahui,
**Ketua Program Studi D-III
Kebidanan**

Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP: 043298.0810.083

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

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan (A.Md. Keb), baik di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan 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 hal terdapat penyimpangan dan ketidak 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.

Garut, Juni 2026

Yang membuat pernyataan

DIHAN GERLIANI
NIM: KHGB23036

DAFTAR ISTILAH

Antenatal Care (ANC)	: Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan untuk memantau kesehatan ibu dan janin.
Edema	: Pembengkakan yang terjadi akibat penumpukan cairan di dalam jaringan tubuh.
Eklampsia	: Kejang yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, atau nifas sebagai komplikasi preeklamsia.
Fase Laten	: Fase awal kala I persalinan yang ditandai dengan pembukaan serviks 0–3 cm dan kontraksi yang masih ringan hingga sedang.
Gravida (G)	: Jumlah seluruh kehamilan yang pernah dialami seorang wanita, termasuk kehamilan saat ini.
Hipertensi	: Keadaan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg.
Kala I Persalinan	: Periode persalinan yang dimulai sejak timbul kontraksi teratur hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm).
Kolaborasi	: Kerja sama antara bidan dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
Morbiditas	: Keadaan sakit atau angka kejadian penyakit dalam suatu populasi.
Multiparitas	: Keadaan seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari satu kali.
Partus (P)	: Jumlah persalinan yang pernah dialami seorang wanita dengan usia kehamilan yang dapat hidup di luar kandungan.
Proteinuria	: Adanya protein dalam urine yang melebihi batas normal.

Preeklamsia Berat	: Gangguan kehamilan yang ditandai hipertensi disertai proteinuria dan/atau gangguan organ setelah usia kehamilan 20 minggu.
Sifilis	: Penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri <i>Treponema pallidum</i> .
Sifilis Kongenital	: Sifilis yang ditularkan dari ibu kepada janin selama kehamilan.
SOAP	: Metode pendokumentasian yang terdiri dari Subjective, Objective Assessment, dan Plan.
Tekanan Darah	: Tekanan yang dihasilkan oleh darah terhadap dinding Pembuluh darah.
<i>Treponema pallidum</i>	: Bakteri penyebab penyakit sifilis.
Usia Kehamilan	: Lama kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir hingga waktu pemeriksaan.

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
DJJ	: Denyut Jantung Janin
G	: Gravida
Hb	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IM	: Intramuskular
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
MgSO ₄	: Magnesium Sulfat
P	: Partus
PEB	: Preeklamsia Berat
PMS	: Penyakit Menular Seksual
RR	: Respiratory Rate
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOAP	: Subjective, Objective, Assessment, Plan
Sp.OG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SPO	: Standar Prosedur Operasional
TD	: Tekanan Darah

TP	: Tafsiran Persalinan
TTD	: Tanda Tangan Dokter
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

KATA PENGANTAR

Pertama, penulis ingin mengucapkan puji dan syukur kepada Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya saya dapat menyelesaikan laporan tugas akhir guna memenuhi tugas akhir ini dengan judul” ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.A USIA 37 TAHUN PARTURIENT 34-35 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI DI SERTA SIFILIS DI RSUD Dr SLAMET GARUT.

Kesempatan kali ini, saya menyampaikan trimakasih sebesar-besarnya dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Dr. H. Hadiyat,MA selaku ketua pembina yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Dr. Iwan Wahyudi,S.Kep.,Ns M.Kep selaku Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Lina Humaeroh,SST.M.Kes., selaku ketua Prodi DIII Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Sekaligus Penelaah I yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan Laporan Tugas Akhir.
4. Bilqis A-rrohman, M.Tr.Keb selaku pembimbing laporan tugas akhir yang telah memberikan bimbingan serta pengarahannya dalam pelaksanaan penulisan laporan tugas akhir ini.
5. Terimakasih Untuk Penelaah II Ibu Fitri Hanriyani SST.Keb,M.Pd Yang telah memberi masukan untuk penyempurnaan Laporan Tugas akhir.
6. Direktur RSUD dr.Slamet beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan pengarahannya serta memfasilitasi dalam pelaksanaan laporan tugas akhir.

7. Pembimbing lapangan beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan pengarahannya serta memfasilitasi dalam pelaksanaan penelitian laporan tugas akhir.
8. Terimakasih Kepada Ny. A selaku pasien yang bersedia dan mengizinkan saya untuk menjadikan kasus yang di alaminya menjadi laporan tugas akhir saya.

Garut, Juni 2026

Dihan Gerliani
Nim:KHGB23036

KATA PERSEMBAHAN

Untuk kedua orang tuaku Dida Sudarya Dan Ibuku Cucu Handayani yang selalu memberi dukungan, bantuan dan doa dalam menyelesaikan tugas akhir Terimakasih atas kesabaran sedalam samudra yang kalian miliki untuk menghadapi prosesku yang panjang dan melelahkan ini, Maaf atas segala kekhawatiran air mata, dan waktu yang sempat terbuang, Gelar ini adalah milik kalian yang telah menukar masa mudanya demi masa depan ku yang cerah.

Untuk sahabatku Intan Permata Sari yang selalu ada di samping ku, memberi support, doa sekaligus motivasi hari hari yang kita lewati selama 3 tahun ini bukan hal yang mudah yang tapi aku sangat bangga kita bisa lewati badainya selama ini, semoga kita sukses.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan doa, dukungan. Penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca, institusi, serta perkembangan ilmu kebidanan. Penulis juga mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas akhir ini di masa mendatang.

Garut, Juni 2026

Dihan Gerliani
Nim:KHGB23036

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	i
DAFTAR ISTILAH	ii
DAFTAR SINGKATAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data	5
1.5 Manfaat.....	6
1.6 Waktu Dan Tempat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Definsi	8
2.1.1 Definisi Preeklamsi.....	8
2.1.2 Klasifikasi preeklamsi.....	9
2.1.3 Eklampsia.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Etiologi.....	11
2.1.6 Dampak preeklamsi	13
2.1.7 Penanganan	19
2.2 Sifilis	20

2.2.1 Definisi Sifilisa	20
2.2.2 Klasifikasi Sifilis.....	21
2.2.3 Patofisiologi	22
2.2.4 Etiologi.....	23
2.2.5 Diagnosa	24
2.2.6 Pencegahan	26
2.2.7 Penatalaksanaan.....	28
2.2.8 Peran Dan Kewenangan Bidan	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....	32
3.1 Data Subjektif.....	32
3.2 Data Objektif	36
3.3 Analisa.....	38
3.4 Penatalaksanaan.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	46
4.1. Data Subjektif.....	46
4.2 Data Objektif	46
4.3 Analisa.....	47
4.4. Penatalaksanaan.....	48
4.5 Evaluasi	49
4.6 Rangkuman Hasil	50
BAB V PENUTUP.....	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA.....	54

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang dialami oleh seorang wanita sejak terjadinya konsepsi hingga persalinan. Meskipun sebagian besar kehamilan berlangsung normal, terdapat beberapa kondisi yang dapat menyebabkan komplikasi dan meningkatkan risiko kesakitan maupun kematian ibu dan janin. Salah satu komplikasi yang sering terjadi selama kehamilan adalah preeklampsia. Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai dengan proteinuria atau tanda kerusakan organ lainnya. (Risikesdas, 2025).

Preeklampsia masih menjadi masalah kesehatan maternal di dunia maupun di Indonesia karena berkontribusi besar terhadap morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi. Preeklampsia adalah gangguan hipertensi yang memengaruhi 3-8% wanita yang melahirkan di seluruh dunia. Preeklampsia dapat berkembang menjadi eklampsia yang melibatkan kejang dan dapat mengancam jiwa. Preeklampsia dan eklampsia berkontribusi secara signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal. Gangguan hipertensi bertanggung jawab atas sekitar 16% kematian ibu secara global, pada tahun 2023 ini setara dengan sekitar 42.000 kematian (2,3). Pada wanita dengan preeklampsia, suntikan magnesium sulfat dapat diberikan untuk mengurangi risiko eklampsia

lebih dari setengahnya. Meskipun magnesium sulfat tersedia, penggunaannya masih terbatas di banyak lingkungan dengan sumber daya terbatas di Indonesia, angka kejadian preeklamsia masih cukup tinggi dan memerlukan perhatian serius dalam pelayanan kebidanan dan kesehatan maternal. (Riskesdas, 2025)

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

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

rendah (BBLR), prematuritas, komplikasi saat persalinan serta keterbatasan akses dan kualitas pelayanan kesehatan (profil kesehatan 2024, 2024) .

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

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

Preeklampsia menjadi salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu saat persalinan, sehingga diperlukan upaya pencegahan dan penanganan yang tepat agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih berat. Dalam hal ini, bidan memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan ini pertama dalam mendeteksi tanda-tanda preeklampsia. Bidan dapat memberikan penanganan awal sesuai

kewenangannya serta segera merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan lebih lengkap, seperti rumah sakit PONEK. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan Laporan Tugas Akhir “ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.A USIA 37 TAHUN G6P4A0 GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI DI SERTAI SIFILIS”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ny.A Dengan Diagnosa medis G₆P₅A₀ usia kehamilan 34-35 Minggu Dengan Preeklamsi Disertai Sifilis?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

“Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan preeklamsia disertai sifilis menggunakan pendekatan manajemen kebidanan sesuai standar pelayanan kebidanan.”

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengumpulkan dan mengkaji data Subjekif pada ibu bersalin pada Ny.A usia 37 tahun G₆P₅A₀ Inpartu 34-35 minggu dengan Preeklamsi Disertai sifilis di RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Mengumpulkan dan mengkaji data Objektif pada ibu bersalin pada Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ Inpartu 34-35 dengan Preeklamsi Di sertai sifilis di RSUD dr. Slamet Garut.

- 3) Menentukan analisa atau diagnosa kebidanan pada Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ Inpartu 34-35 dengan Preeklamsi Di sertai sifilis di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada pada Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ Inpartu 34-35 minggu dengan Preeklamsi Di sertai sifilis di RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian asuhan pada Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ Inpartu 34-35 minggu dengan Preeklamsi Di sertai sifilis di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Penulis melakukan wawancara secara langsung kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, serta riwayat penyakit menular seksual.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan langsung terhadap keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, proses persalinan, serta kondisi ibu dan janin selama pemberian asuhan kebidanan.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan umum,

pemeriksaan obstetri Leopold I–IV, pemeriksaan tekanan darah, edema, refleks patella, denyut jantung janin, serta pemeriksaan penunjang seperti protein urine dan hasil laboratorium lainnya yang mendukung diagnosis preeklamsia berat disertai sifilis.

4. Studi Dokumentasi

Dilakukan dengan melihat data rekam medis pasien, buku KIA, hasil laboratorium, catatan perkembangan pasien, serta dokumentasi lain yang berhubungan dengan kondisi ibu selama perawatan di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut. Dokumentasi digunakan untuk melengkapi data yang diperoleh dari hasil wawancara dan observasi.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data dan teori dari buku, jurnal, artikel ilmiah, dan pedoman terkait preeklamsia berat serta sifilis pada kehamilan sebagai dasar teori dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

1.5 Manfaat

a) Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan preeklamsia berat disertai sifilis sesuai standar pelayanan kebidanan.

b) Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi dan sumber bacaan bagi mahasiswa kebidanan dalam penyusunan karya tulis ilmiah dan penerapan asuhan kebidanan pada kasus preeklamsia berat disertai sifilis.

c) Bagi RSUD dr.Slamet Garut

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan khususnya pada penanganan ibu bersalin dengan preeklamsia berat disertai sifilis.

d) Bagi Pasien

Diharapkan pasien mendapatkan pelayanan kebidanan yang optimal sehingga dapat mencegah komplikasi pada ibu dan bayi.

e) Bagi Masyarakat

Hasil penyusunan Laporan Tugas Akhir. ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah pengetahuan masyarakat, khususnya ibu hamil dan keluarga, mengenai preeklamsia berat disertai sifilis pada kehamilan. Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala bahaya kehamilan seperti tekanan darah tinggi, nyeri kepala hebat, edema, pandangan kabur, serta pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin untuk mencegah komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin.

1.6 Waktu Dan Tempat

Pelaksanaan asuhan kebidanan dan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan pada 26 februari/Juni Dilakukan di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definsi

2.1.1 Definisi Preeklamsi

Preeklamsia merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai proteinuria atau gangguan organ lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius pada ibu maupun janin apabila tidak segera ditangani. (Octaviani *et al.* 2025).

Preeklamsia adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria akibat gangguan perfusi plasenta yang dapat berkembang menjadi preeklamsia berat maupun eklampsia. Preeklamsia menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal di Indonesia sehingga memerlukan deteksi dini dan penatalaksanaan yang tepat. (Budi, 2025).

Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan yang terjadi akibat vasospasme dan disfungsi endotel pembuluh darah sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kerusakan organ pada ibu hamil. Penyakit ini dapat mengancam keselamatan ibu dan janin apabila tidak dilakukan pengawasan dan penanganan secara optimal. (Cover 2025).

2.1.2 Klasifikasi preeklamsi

Preeklamsi merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang ditandai dengan munculnya hipertensi baru setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai proteinuria dan/atau disfungsi organ maternal maupun uteroplasenta. Berdasarkan perkembangan terbaru dalam berbagai pedoman internasional dan hasil telaah ilmiah tahun 2025 preeklamsia diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahan dan waktu onset terjadinya penyakit. (Lim, K.H, 2025).

2.1.3 Eklampsia

Eklampsia merupakan komplikasi lanjutan dari preeklamsia yang ditandai dengan terjadinya kejang pada ibu hamil, bersalin, atau nifas yang tidak disebabkan oleh kelainan neurologis lainnya. Eklampsia menjadi salah satu penyebab utama tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) karena dapat menyebabkan perdarahan otak, edema paru, koma, hingga kematian maternal dan janin. (Triyono, 2024).

Penanganan eklampsia dilakukan secara cepat dan tepat melalui stabilisasi kondisi ibu, pemberian magnesium sulfat, terapi antihipertensi, pemantauan jalan napas, serta persiapan terminasi kehamilan sesuai kondisi ibu dan janin. Deteksi dini preeklamsia oleh bidan sangat penting untuk mencegah perkembangan penyakit menjadi eklampsia. (Tridiawati and Hidayanti 2025).

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi preeklamsia sampai saat ini belum diketahui secara pasti, namun secara umum preeklamsia terjadi akibat gangguan perkembangan dan fungsi plasenta yang menyebabkan terjadinya vasospasme, disfungsi endotel, serta gangguan perfusi organ pada ibu hamil. Preeklamsia diawali dengan gangguan implantasi trofoblas pada pembuluh darah spiral uteri sehingga pembuluh darah gagal mengalami dilatasi secara sempurna. Akibatnya aliran darah menuju plasenta menjadi berkurang dan menyebabkan hipoksia plasenta. (Veri *et al.*, 2023).

Hipoksia plasenta menyebabkan pelepasan faktor antiangiogenik dan mediator inflamasi ke dalam sirkulasi maternal. Kondisi tersebut mengakibatkan kerusakan endotel pembuluh darah ibu sehingga terjadi vasospasme atau penyempitan pembuluh darah secara menyeluruh. Vasospasme menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer yang akhirnya meningkatkan tekanan darah pada ibu hamil. Selain itu, kerusakan endotel menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga cairan keluar ke jaringan interstisial dan menimbulkan edema. (Syafirah *et al.*, 2025).

Gangguan fungsi endotel juga menyebabkan aktivasi sistem koagulasi dan penurunan perfusi organ-organ vital seperti ginjal, hati, otak, dan paru-paru. Pada ginjal terjadi endoteliosis glomerulus yang menyebabkan filtrasi ginjal menurun sehingga muncul proteinuria. Pada hati dapat terjadi nekrosis periportal dan peningkatan enzim hati, sedangkan pada otak terjadi

vasospasme serebral yang menimbulkan nyeri kepala, gangguan penglihatan, bahkan kejang atau eklampsia. (Syafirah *et al*, 2025).

Pada plasenta, vasospasme dan hipoperfusi menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat (Intrauterine Growth Restriction/IUGR), oligohidramnion, persalinan prematur, hingga kematian janin dalam kandungan. Semakin berat gangguan perfusi plasenta maka semakin berat pula kondisi preeklamsia yang dialami ibu hamil. (Syafirah *et al*, 2025).

Preeklamsia dapat berkembang menjadi eklampsia apabila tidak segera ditangani. Eklampsia terjadi akibat vasospasme serebral dan edema otak yang menyebabkan kejang pada ibu hamil. Selain itu dapat terjadi komplikasi berat seperti edema paru, gagal ginjal akut, sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme, Low Platelet Count), perdarahan otak, hingga kematian ibu dan janin. Oleh karena itu, deteksi dini dan penatalaksanaan preeklamsia sangat penting untuk mencegah komplikasi yang lebih berat. (Syafirah *et al*. 2025).

2.1.5 Etiologi

Hipoksia plasenta menyebabkan pelepasan faktor antiangiogenik dan mediator inflamasi ke dalam sirkulasi maternal. Kondisi tersebut mengakibatkan kerusakan endotel pembuluh darah ibu sehingga terjadi vasospasme atau penyempitan pembuluh darah secara menyeluruh. Vasospasme menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer

yang akhirnya meningkatkan tekanan darah pada ibu hamil. Selain itu, kerusakan endotel menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga cairan keluar ke jaringan interstisial dan menimbulkan edema. (Pristika *et al.* 2025).

Gangguan fungsi endotel juga menyebabkan aktivasi sistem koagulasi dan penurunan perfusi organ-organ vital seperti ginjal, hati, otak, dan paru-paru. Pada ginjal terjadi endoteliosis glomerulus yang menyebabkan filtrasi ginjal menurun sehingga muncul proteinuria. Pada hati dapat terjadi nekrosis periportal dan peningkatan enzim hati, sedangkan pada otak terjadi vasospasme serebral yang menimbulkan nyeri kepala, gangguan penglihatan, bahkan kejang atau eklampsia. (Kupang, 2025).

Pada plasenta, vasospasme dan hipoperfusi menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat (Intrauterine Growth Restriction/IUGR), oligohidramnion, persalinan prematur, hingga kematian janin dalam kandungan. Semakin berat gangguan perfusi plasenta maka semakin berat pula kondisi preeklampsia yang dialami ibu hamil. (Octaviani *et al.* 2025).

Preeklampsia berat dapat berkembang menjadi eklampsia apabila tidak segera ditangani. Eklampsia terjadi akibat vasospasme serebral dan edema otak yang menyebabkan kejang pada ibu hamil. Selain itu dapat terjadi komplikasi berat seperti edema paru, gagal ginjal akut, sindrom

HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme, Low Platelet Count), perdarahan otak, hingga kematian ibu dan janin. Oleh karena itu, deteksi dini dan penatalaksanaan preeklamsia sangat penting untuk mencegah komplikasi yang lebih berat. (Di,Prov,and Kupang 2025).

2.1.6 Dampak preeklamsi

Preeklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang dapat memberikan dampak serius bagi ibu maupun janin. Kondisi ini terjadi akibat gangguan perfusi plasenta dan kerusakan endotel pembuluh darah sehingga menyebabkan gangguan fungsi berbagai organ tubuh. Dampak preeklamsia dapat bersifat ringan hingga berat dan berpotensi menyebabkan kematian apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat. Oleh karena itu, preeklamsia menjadi salah satu penyebab utama tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Kupang, 2025).

1. Dampak Preeklamsia pada Ibu

a. Eklampsia

Preeklamsia dapat berkembang menjadi eklampsia apabila tekanan darah tidak terkontrol dengan baik. Eklampsia ditandai dengan terjadinya kejang pada ibu hamil, bersalin, atau nifas yang dapat menyebabkan koma bahkan kematian maternal. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan obstetri yang membutuhkan penanganan segera. (Di, Prof, and Kupang 2025).

b. Edema Paru

Kerusakan endotel dan peningkatan permeabilitas kapiler pada preeklamsia menyebabkan cairan mudah keluar ke jaringan paru-paru sehingga terjadi edema paru. Kondisi ini mengakibatkan sesak napas berat dan penurunan oksigenasi yang dapat mengancam keselamatan ibu. (Islamy et al. 2025).

c. Gagal Ginjal

Preeklamsia menyebabkan vasospasme pembuluh darah ginjal yang mengakibatkan penurunan perfusi ginjal dan gangguan filtrasi glomerulus. Akibatnya ibu dapat mengalami oliguria hingga gagal ginjal akut apabila kondisi tidak segera ditangani. (Aji, Saputra, and Triyono 2024).

Preeklamsia berat dapat menyebabkan sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme, Low Platelet Count). Sindrom ini ditandai hemolisis, peningkatan enzim hati, dan penurunan trombosit yang meningkatkan risiko perdarahan dan kegagalan organ (Islamy *et al*, 2025).

d. Perdarahan Otak

Hipertensi berat pada preeklamsia dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak sehingga terjadi perdarahan intracranial. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu akibat preeklamsia (Islamy et al. 2025).

2. Dampak Preeklamsia pada Janin

a. Pertumbuhan Janin Terhambat (IUGR)

Gangguan perfusi uteroplasenta menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke janin berkurang sehingga pertumbuhan janin menjadi terhambat atau Intrauterine Growth Restriction (IUGR). Janin dengan IUGR memiliki risiko tinggi mengalami gangguan kesehatan setelah lahir. (Islamy *et al*, 2025).

b. Prematuritas

Kondisi ibu yang memburuk pada preeklamsia sering mengharuskan dilakukan terminasi kehamilan lebih awal demi menyelamatkan ibu dan janin. Hal ini menyebabkan bayi lahir prematur dengan risiko gangguan pernapasan, hipotermia, dan komplikasi neonatal lainnya. (Islamy *et al*, 2025)

c. Asfiksia Neonatorum

Penurunan aliran darah dan oksigen ke janin dapat menyebabkan asfiksia neonatorum. Bayi mengalami kesulitan bernapas saat lahir akibat kekurangan oksigen selama dalam kandungan maupun proses persalinan. (Ningrum, 2025)

d. Kematian Janin dalam Kandungan (IUFD)

Preeklamsia berat dapat menyebabkan gangguan perfusi plasenta yang sangat berat sehingga janin mengalami hipoksia kronis dan kematian dalam kandungan (Intrauterine Fetal Death/IUFD). Risiko

IUFD meningkat apabila penanganan terlambat dilakukan. (Islamy et al. 2025).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Preeklamsia

Preeklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor maternal, genetik, vaskular, dan lingkungan. Sampai saat ini penyebab pasti preeklamsia belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor risiko yang terbukti meningkatkan kejadian preeklamsia pada ibu hamil. Faktor-faktor tersebut dapat memperberat gangguan perfusi plasenta dan menyebabkan hipertensi dalam kehamilan. (Pristika et al. 2025).

1. Usia Ibu

Usia ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian preeklamsia. Ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklamsia dibandingkan usia reproduksi sehat 20–35 tahun. Pada usia >35 tahun terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah dan fungsi organ sehingga meningkatkan risiko hipertensi selama kehamilan. (Pristika et al. 2025).

2. Paritas

Paritas berhubungan dengan kejadian preeklamsia terutama pada primigravida dan multiparitas risiko tinggi. Ibu primigravida lebih berisiko karena proses adaptasi imunologis terhadap plasenta belum sempurna. Sedangkan pada multiparitas, penurunan fungsi reproduksi

akibat kehamilan berulang dapat meningkatkan risiko gangguan vaskular selama kehamilan. (Pristika *et al*, 2025).

3. Riwayat Hipertensi

Ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronik sebelum kehamilan lebih mudah mengalami preeklamsia. Hipertensi menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan gangguan perfusi organ sehingga memperberat perubahan hemodinamik selama kehamilan. Selain itu, riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya juga meningkatkan kemungkinan terjadinya preeklamsia pada kehamilan berikutnya. (Pristika *et al*. 2025).

4. Obesitas

Obesitas menjadi faktor risiko penting dalam kejadian preeklamsia karena peningkatan jaringan lemak menyebabkan inflamasi sistemik dan gangguan metabolisme. Ibu hamil dengan indeks massa tubuh berlebih lebih rentan mengalami hipertensi, resistensi insulin, dan disfungsi endotel yang berperan dalam patogenesis preeklamsia. (Pristika *et al*. 2025).

5. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda seperti kembar meningkatkan risiko preeklamsia akibat bertambahnya massa plasenta dan kebutuhan aliran darah uteroplasenta. Kondisi tersebut menyebabkan risiko hipoksia plasenta dan pelepasan faktor antiangiogenik menjadi lebih tinggi sehingga memicu preeklamsia (Pristika *et al*, 2025).

6. Faktor Genetik

Faktor keturunan atau genetik juga mempengaruhi kejadian preeklamsia. Ibu yang memiliki riwayat keluarga dengan preeklamsia memiliki risiko lebih besar mengalami kondisi serupa. Kelainan genetik tertentu dapat menyebabkan gangguan pembentukan plasenta dan fungsi pembuluh darah selama kehamilan.

7. Penyakit Penyerta

Penyakit penyerta seperti diabetes melitus, penyakit ginjal, penyakit autoimun, anemia, dan gangguan vaskular dapat meningkatkan risiko preeklamsia. Penyakit tersebut menyebabkan gangguan metabolisme dan sirkulasi darah sehingga memperburuk adaptasi fisiologis ibu selama kehamilan.

8. Kurangnya Pemeriksaan Antenatal Care (ANC)

Ibu hamil yang jarang melakukan pemeriksaan ANC berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi preeklamsia karena tanda bahaya kehamilan tidak terdeteksi secara dini. Pemeriksaan ANC rutin sangat penting untuk memantau tekanan darah, protein urine, dan kondisi ibu serta janin selama kehamilan.

Preeklamsia berat (PEB) merupakan kegawatdaruratan obstetri yang memerlukan penanganan cepat dan tepat untuk mencegah komplikasi maternal maupun fetal. Penanganan PEB bertujuan untuk menstabilkan kondisi ibu, mencegah terjadinya kejang (eklampsia), mengontrol tekanan darah, mempertahankan kondisi janin, serta

menentukan waktu terminasi kehamilan yang tepat. Penanganan dilakukan secara kolaboratif antara bidan dan dokter sesuai kondisi pasien. (Pristika *et al*, 2025).

2.1.7 Penanganan

Pada ibu dengan preeklamsi dilakukan observasi ketat terhadap keadaan umum, kesadaran, tekanan darah, frekuensi nadi, respirasi, suhu, refleks patella, serta kesejahteraan janin. Pemantauan dilakukan untuk mendeteksi dini komplikasi seperti eklampsia, edema paru, dan gangguan janin. Pemeriksaan protein urine dan jumlah urin juga perlu dilakukan untuk memantau fungsi ginjal ibu (Kupang, 2025).

Magnesium sulfat merupakan terapi utama pada preeklamsi untuk mencegah dan mengatasi kejang eklampsia. Pemberian MgSO₄ dilakukan sesuai protokol medis dengan pemantauan refleks patella, frekuensi napas, dan produksi urin untuk mencegah toksisitas magnesium. MgSO₄ terbukti efektif menurunkan risiko eklampsia dan kematian maternal pada preeklamsia berat (Kupang, 2025).

Terapi antihipertensi diberikan untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah komplikasi perdarahan otak akibat hipertensi berat. Obat yang sering digunakan antara lain nifedipin, hidralazin, dan labetalol sesuai indikasi medis. Penurunan tekanan darah dilakukan secara bertahap agar perfusi uteroplasenta tetap terjaga (Di, Prov, and Kupang 2025).

Pemberian oksigen dilakukan apabila ibu mengalami sesak napas atau saturasi oksigen menurun. Cairan infus diberikan secara hati-hati

karena pada preeklamsi terdapat risiko edema paru akibat peningkatan permeabilitas kapiler. Pemantauan keseimbangan cairan sangat penting selama perawatan. (Rahim and Istiqamah 2024).

Kesejahteraan janin dipantau melalui pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), gerakan janin, dan pemeriksaan ultrasonografi (USG) apabila tersedia. Gangguan perfusi plasenta pada PEB dapat menyebabkan hipoksia janin, IUGR, hingga kematian janin dalam kandungan sehingga pemantauan janin sangat penting dilakukan. (Syafirah et al. 2025).

Terminasi kehamilan merupakan penanganan definitif pada PEB. Persalinan dilakukan apabila usia kehamilan sudah cukup bulan atau kondisi ibu dan janin memburuk. Cara persalinan ditentukan berdasarkan kondisi obstetri dan keadaan ibu maupun janin. Pada kondisi tertentu dapat dilakukan seksio sesarea untuk menyelamatkan ibu dan janin (Syafirah et al. 2025).

2.2 Sifilis

2.2.1 Definisi Sifilisa

Sifilis merupakan penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*, yaitu bakteri berbentuk spiral (spirochete) yang dapat menginfeksi berbagai organ tubuh manusia. Penularan sifilis terutama terjadi melalui kontak seksual vaginal, anal, atau oral dengan individu yang terinfeksi. Selain itu, sifilis juga dapat ditularkan

dari ibu hamil kepada janinnya melalui plasenta, yang dikenal sebagai sifilis kongenital.

Sifilis berkembang melalui beberapa stadium, yaitu sifilis primer, sekunder, laten, dan tersier. Pada stadium primer biasanya muncul luka (chancre) yang tidak nyeri pada tempat masuknya bakteri. Jika tidak diobati, infeksi dapat berkembang menjadi sifilis sekunder yang ditandai dengan ruam kulit dan gejala sistemik lainnya. Selanjutnya penyakit dapat memasuki fase laten tanpa gejala, kemudian berkembang menjadi sifilis tersier yang dapat menyebabkan kerusakan serius pada sistem saraf, jantung, pembuluh darah, dan organ lainnya. (Guarino et al. 2024).

2.2.2 Klasifikasi Sifilis

Sifilis diklasifikasikan berdasarkan stadium perjalanan penyakit menjadi sifilis primer, sekunder, laten, dan tersier. Klasifikasi ini penting untuk menentukan diagnosis, terapi, serta prognosis penderita.

1. Sifilis Primer

Sifilis primer merupakan tahap awal infeksi yang ditandai dengan munculnya lesi khas berupa chancre atau ulkus pada tempat masuknya bakteri *Treponema pallidum*. Luka biasanya tidak nyeri, berbatas tegas, dan dapat sembuh sendiri dalam beberapa minggu. (Tendean and Wagey 2021).

2. Sifilis Sekunder

Sifilis sekunder terjadi akibat penyebaran bakteri melalui aliran darah. Stadium ini ditandai dengan ruam pada kulit dan mukosa, limfadenopati, demam, malaise, serta dapat disertai kondiloma lata. Manifestasi klinis dapat

sangat bervariasi sehingga sifilis disebut “the great imitator” (Basoeki *et al*, 2025).

3. Sifilis Laten

Sifilis laten adalah stadium sifilis ketika infeksi oleh bakteri *Treponema pallidum* masih ada dalam tubuh, tetapi penderita tidak menunjukkan tanda dan gejala klinis. Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan serologis yang positif. Stadium ini dibedakan menjadi sifilis laten dini (kurang dari 1 tahun sejak infeksi) dan sifilis laten lanjut (lebih dari 1 tahun atau tidak diketahui lamanya infeksi). Apabila tidak diobati, sifilis laten dapat berkembang menjadi sifilis tersier setelah bertahun-tahun (Basoeki *et al*. 2025).

4. Sifilis Tersier

Sifilis tersier adalah stadium lanjut yang muncul bertahun-tahun setelah infeksi awal apabila tidak diobati. Stadium ini dapat menyebabkan kerusakan organ berat neurosifilis sifilis kardiovaskular gumma sifilitik. Komplikasi pada tahap ini dapat bersifat permanen dan mengancam jiwa (Basoeki *et al*. 2025).

2.2.3 Patofisiologi

Sifilis merupakan penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*. Patofisiologi sifilis dimulai ketika bakteri masuk ke dalam tubuh melalui luka kecil pada kulit atau mukosa saat kontak seksual. Setelah masuk, bakteri berkembang biak di lokasi infeksi dan kemudian menyebar melalui pembuluh darah serta sistem limfatik ke seluruh tubuh.

Pada tahap awal, *Treponema pallidum* menyebabkan reaksi inflamasi lokal sehingga terbentuk lesi primer berupa chancre atau ulkus yang tidak nyeri. Lesi ini muncul akibat kerusakan jaringan dan infiltrasi sel radang seperti limfosit, makrofag, dan sel plasma pada daerah infeksi.

Selanjutnya bakteri menyebar secara sistemik melalui aliran darah sehingga terjadi sifilis sekunder. Pada fase ini muncul manifestasi berupa ruam kulit, limfadenopati, demam, dan lesi mukokutaneus akibat respons imun tubuh terhadap penyebaran bakteri. *Treponema pallidum* memiliki kemampuan menghindari sistem imun sehingga infeksi dapat berlangsung kronis. Apabila tidak diobati, penyakit memasuki fase laten, yaitu tidak terdapat gejala klinis tetapi pemeriksaan serologi tetap positif. Pada fase ini bakteri tetap berada di dalam tubuh dan dapat berkembang menjadi sifilis tersier. Sifilis tersier terjadi akibat kerusakan jaringan kronis karena reaksi imun yang berlangsung lama. Stadium ini dapat menyerang berbagai organ seperti jantung, pembuluh darah, otak, dan sistem saraf pusat sehingga menyebabkan neurosifilis, sifilis kardiovaskular, maupun gumma sifilitik (Basoeki et al. 2025).

2.2.4 Etiologi

Sifilis adalah penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri spirochaeta *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*. Bakteri ini berbentuk spiral, sangat infeksius, dan dapat masuk ke dalam tubuh melalui luka kecil pada kulit maupun mukosa saat kontak seksual. Selain melalui hubungan seksual, sifilis juga dapat ditularkan dari ibu hamil kepada janin (sifilis kongenital), transfusi darah, serta penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi. (Basoeki et al. 2025).

Penularan sifilis paling sering terjadi melalui kontak langsung dengan lesi infeksius pada genital, anus, atau mulut penderita. Setelah masuk ke dalam tubuh, *Treponema pallidum* berkembang biak dan menyebar melalui pembuluh limfe dan aliran darah sehingga dapat menyerang berbagai organ tubuh. (Cover 2025).

Beberapa faktor yang meningkatkan risiko terjadinya sifilis antara lain:

- a. hubungan seksual tanpa kondom,
 - b. berganti-ganti pasangan seksual,
 - c. riwayat infeksi menular seksual,
 - d. perilaku seksual berisiko,
 - e. serta kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi
- (Basoeki et al. 2025).

2.2.5 Diagnosa

Diagnosis sifilis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium sangat penting karena gejala sifilis sering menyerupai penyakit lain sehingga disebut the great imitator.

1. Anamnesis

Pada anamnesis dikaji:

- a. Riwayat hubungan seksual berisiko
- b. Berganti pasangan seksual
- c. Riwayat infeksi menular seksual (IMS)
- d. Keluhan luka pada genital
- e. Ruam kulit atau pembesaran kelenjar getah bening
- f. Riwayat kehamilan juga penting pada ibu hamil karena sifilis dapat ditularkan kepada janin (Octaviani *et al*, 2025)

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai stadium sifilis:

- a. Sifilis primer : terdapat chancre atau ulkus tidak nyeri pada genital

- b. Sifilis sekunder : muncul ruam kulit, kondiloma lata, limfadenopati
- c. Sifilis tersier : dapat ditemukan gangguan neurologis dan kardiovaskular (Basoeki et al. 2025).

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan penunjang merupakan standar utama diagnosis sifilis, meliputi:

a. Tes Non-Treponemal

Digunakan untuk skrining awal dan memantau keberhasilan terapi.

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

RPR (Rapid Plasma Reagin)

Tes ini mendeteksi antibodi nonspesifik terhadap kerusakan jaringan akibat infeksi sifilis. (Aliwardani *et al*, 2021).

b. Tes Treponemal

Digunakan untuk memastikan diagnosis sifilis.

TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay)

FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption)

CMIA (Chemiluminescence Microparticle Immunoassay)

Tes treponemal memiliki sensitivitas dan spesifisitas lebih tinggi dibanding tes non-treponemal (Aliwardani *et al*, 2021).

c. Pemeriksaan Molekuler

Metode PCR (Polymerase Chain Reaction) (Aliwardani et al. 2021)

mulai banyak digunakan untuk mendeteksi *Treponema pallidum*

secara lebih cepat dan akurat terutama pada sifilis dini (Aliwardani et al. 2021).

2.2.6 Pencegahan

Pencegahan sifilis bertujuan untuk memutus rantai penularan *Treponema pallidum* melalui upaya promotif, preventif, deteksi dini, dan pengobatan yang tepat. Pencegahan sangat penting karena kasus sifilis terus meningkat secara global, termasuk pada ibu hamil dan remaja.

1. Melakukan Hubungan Seksual yang Aman

Pencegahan utama sifilis dilakukan dengan menerapkan perilaku seksual aman, seperti:

- a. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual
- b. Tidak berganti-ganti pasangan seksual
- c. Menghindari hubungan seksual berisiko tinggi
- d. Menjalani hubungan monogami dengan pasangan yang Penggunaan kondom secara konsisten dapat membantu menurunkan risiko penularan sifilis meskipun tidak memberikan perlindungan 100% apabila terdapat lesi di luar area yang tertutup kondom. (Rahim and Istiqamah 2024).

2. Skrining dan Deteksi Dini

Pemeriksaan sifilis secara rutin sangat dianjurkan terutama pada:

- a. Ibu hamil
- b. Pasangan dengan riwayat IMS
- c. Individu dengan perilaku seksual berisiko

d. Penderita HIV

Deteksi dini penting untuk mencegah komplikasi dan penularan kepada pasangan maupun janin. Pemeriksaan dapat dilakukan menggunakan tes VDRL, RPR, maupun TPHA. (Rahim and Istiqamah 2024).

3. Pengobatan Dini dan Tuntas

Penderita sifilis harus segera mendapatkan terapi antibiotik sesuai anjuran tenaga kesehatan. Pengobatan yang cepat dapat menghentikan penularan dan mencegah perkembangan penyakit menjadi sifilis tersier atau sifilis kongenital. (Aliwardani et al. 2021).

4. Edukasi Kesehatan Reproduksi.

Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual penting untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai:

- a. Cara penularan sifilis
- b. Gejala awal sifilis
- c. Pentingnya penggunaan kondom
- d. Pentingnya pemeriksaan IMS secara berkala

Kurangnya edukasi kesehatan reproduksi menjadi salah satu faktor meningkatnya Kasus Sifilis pada remaja dan usia produktif.(Rahim and Istiqamah 2024).

5. Pencegahan Sifilis Kongenital

Pada ibu hamil, pencegahan dilakukan melalui:

- a. Skrining sifilis saat antenatal care (ANC)

- b. Pengobatan ibu hamil yang terinfeksi
- c. Pemeriksaan pasangan seksual
- d. Pemantauan kehamilan secara rutin

Pencegahan ini penting untuk mengurangi risiko kematian janin, prematuritas, dan sifilis kongenital pada bayi. (Wolffs and Loo 2023).

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sifilis bertujuan untuk menghilangkan infeksi *Treponema pallidum*, mencegah komplikasi, memutus rantai penularan, dan mencegah sifilis kongenital pada ibu hamil. Terapi utama sifilis adalah antibiotik penisilin karena memiliki efektivitas tinggi terhadap bakteri penyebab sifilis. (Manado 2025)

1. Penatalaksanaan Sifilis Primer, Sekunder, dan Laten Dini

Terapi yang direkomendasikan yaitu:

Benzathine Penicillin G 2,4 juta unit intramuskular dosis tunggal. Pengobatan ini efektif untuk menghentikan perkembangan penyakit dan mencegah penularan kepada pasangan seksual.

2. Penatalaksanaan sifilis laten lanjut dan tersier

Pada sifilis laten lanjut atau tersier tanpa neurosifilis diberikan:

Benzathine Penicillin G 2,4 juta unit intramuskular setiap minggu selama 3 minggu berturut-turut. Terapi jangka panjang diperlukan karena bakteri telah menyebar lebih luas dan berlangsung kronis.

3. Penatalaksanaan Neurosifilis

Neurosifilis diobati menggunakan:

Aqueous Crystalline Penicillin G intravena selama 10–14 hari. Terapi ini diberikan untuk mengatasi infeksi pada sistem saraf pusat dan mencegah kerusakan neurologi permanen.

4. Penatalaksanaan pada Ibu Hamil

Ibu hamil dengan sifilis harus segera mendapatkan terapi penisilin karena merupakan pengobatan paling efektif untuk mencegah sifilis kongenital pada janin. Penatalaksanaan meliputi:

- a. Skrining sifilis saat ANC
- b. Pemberian antibiotik sesuai stadium
- c. Pemeriksaan pasangan seksual
- d. Pemantauan kehamilan secara rutin
- e. Deteksi dan pengobatan dini dapat menurunkan risiko abortus, lahir mati, prematuritas, dan kematian neonatal.

5. Monitoring dan Evaluasi

Evaluasi terapi dilakukan melalui:

- a. Pemeriksaan klinis
- b. Pemeriksaan serologi VDRL atau RPR
- c. Pemantauan dilakukan pada bulan ke-3, 6, dan 12 setelah pengobatan.

Keberhasilan terapi ditandai dengan penurunan titer antibodi minimal empat kali lipat. (Aliwardani et al. 2021).

2.2.8 Peran Dan Kewenangan Bidan

Bidan memiliki peran penting dalam upaya promotif, preventif, deteksi dini, pendampingan, serta rujukan kasus sifilis terutama pada ibu hamil. Peran bidan sangat dibutuhkan untuk mencegah sifilis kongenital dan meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat. (Dwiyana 2026)

Peran Bidan Sebagai Edukator

Bidan memberikan pendidikan kesehatan mengenai:

- a. Cara penularan sifilis
- b. Pencegahan infeksi menular seksual
- c. Pentingnya penggunaan kondom
- d. Pentingnya pemeriksaan kehamilan dan skrining sifilis
- e. Pencegahan sifilis kongenital

Edukasi kesehatan reproduksi merupakan bagian penting dalam menurunkan angka kejadian sifilis di masyarakat.(Villarreal and Babalola 2025). Sebagai Detektor Dini Dalam pelayanan antenatal care (ANC), bidan melakukan:

- a. Pengkajian faktor risiko
- b. Pemeriksaan ibu hamil
- c. Skrining IMS dan sifilis
- d. Pemantauan hasil laboratorium
- e. Identifikasi tanda dan gejala sifilis

Deteksi dini sangat penting untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin (Messias and Sampaio 2025).

Peran Bidan Sebagai Konselor

Bidan memberikan konseling kepada pasien dan pasangan mengenai:

- a. Kepatuhan pengobatan
- b. Pencegahan penularan ulang
- c. Perawatan kesehatan reproduksi
- d. Dukungan psikologis pada pasien sifilis

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN INTERNATAL CARE PADA NY.A USIA 37 TAHUN G6P5A0 GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSI DAN SIFILIS DI RSUD DR SLAMET GARUT

Tanggal pengkajin : 26,Februari 2026
Waktu pengkajian : 07.00 WIB
Pengkaji : Dihan Gerliani
Tempat pengkajian : Ruang Vk Rsud Dr.Slamet

3.1 Data Subjektif

1. Identitas

Nama	: Ny.A	Nama	: Tn.I
Umur	: 37 Tahun	Umur	: 45 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Koromoy , Cipanas Garut		

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan datang ke ponek atas rujukan dari puskesmas cipanas karena adanya riwayat hipertensi dan positif sifilis.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan adanya kontraksi yang semakin kuat, dan ibu mengatakan pusing dan merasa lemas.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

1. Menarche : 13 Tahun
2. Siklus haid : 28 Hari
3. Lama : 6 Hari
4. Banyaknya : 2x ganti pembalut
5. Keluhan : tidak ada keluhan

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Usia	Tempat Bersalin	Usia Kehamilan	Penolong	Jenis Persalinan	Berat Badan	Keadaan Sekarang	Komplikasi
1	16 Tahun	TPMB	9bulan	Bidan	Normal	3100 gr	Hidup	Tidak ada komplikasi
2	14 Tahun	TMPB	9bulan	Bidan	Normal	3000gr	Hidup	Tidak ada komplikasi
3	7 Tahun	TPMB	9bulan	Bidan	Normal	2800 gr	Hidup	Tidak ada komplikasi
4	6 Tahun	TPMB	9bulan	Bidan	Normal	3200 gr	Hidup	Tidak ada komplikasi
5	4 Tahun	TPMB	9bulan	Bidan	Normal	2900 gr	Hidup	Tidak ada komplikasi

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT	: 25 juni 2025
TP	: 27 februari 2026
UK	: 34-35 minggu
Tempat Fasilitas Kesehatan	: Puskesmas
Frekuensi anc	: 4x puskesmas,
	Tm 1= 1 x Anc
	Tm 2= 2x Anc
	Tm 3=1x Anc
Status imunisasi TT	: TT3
Keluhan selama hamil	: Pusing dan mual di TM 1
Gerakan janin	: Mulai dirasakan saat usia kehamilan 4 bulan
Obat di konsumsi selama hamil	: MMS
Rencana persalinan	: Di Puskesmas Cipanas

d. Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan sekarang : Ibu mengatakan adanya riwayat hipertensi saat kehamilan sekarang,

Riwayat Kesehatan dahulu : Ibu mengatakan tidak adanya riwayat penyakit tumor,kanker,radang panggul,

Riwayat Kesehatan Keluarga : Ibu mengatakan di keluarga tidak ada yang menderita penyakit berat seperti ASMA, Hipertensi, DM, Jantung maupun penyakit menular Seperti HIV AIDS TBC dan penyakit kelamin, preeklamsi.

Riwayat Ginekologi

a. Riwayat Sifilis :

Diagnosis : Terdiagnosis Sifilis Laten pada kehamilan saat ini (hasil skrining trimester 1)

b. Tumor : Ibu mengatakan tidak ada Riwayat penyakit tumor

c. Kanker : Ibu mengatakan Tidak ada Riwayat penyakit kanker

d. Radang Panggul : Ibu mengatakan Tidak ada Riwayat penyakit Radang panggul

e. Pemeriksaan & status suami pasangan : Ibu tidak mengetahui status Kesehatan dan Riwayat pemeriksaan suami, belum ada data pemeriksaan pasangan yang tersedia dalam rekam medis maupun hasil wawancara.

Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama dengan suami begitupun suami, usia saat menikah 20 tahun, suami tidak berpoligami.

Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya memakai kb suntik 3 bulan, lamanya 4 tahun memakai KB suntik 3 bulan,

Keluhan : Tidak Ada

Rencana kontrasepsi : Ibu mengatakan memakai kontrasepsi IUD

Riwayat Psikososial

Dalam keputusan ini di ambil oleh keluarga dan di dukung oleh suami

Pola Kebutuhan Sehari-hari

- Nutrisi : Makan 3 kali dalam sehari dengan porsi sederhana terdapat karbohidrat, protein dan serat. Tidak ada pantangan, minum kurang lebih 1,5 liter dalam sehari.
- Eliminasi : BAB 1 - 2 kali/hari, BAK 6-7 kali/hari.
- Aktivitas : Ibu mengerjakan pekerjaan rumah.
- Istirahat : Siang kurang lebih 1jam, Malam 8jam/hari.
- Personal hygiene : Ibu mandi 1-2 kali sehari.

3.2 Data Objektif

1. Keadaan umum : Sakit sedang
2. Kesadaran : Composmetis
3. IMT : : 18,5
4. LILA : : 24
5. Tanda tanda vital:
 - Tekanan darah : 160/90 mmHg
 - Nadi : 103x/m
 - Respirasi : 22x/m

Suhu : 36,1^oC

Spo2 : 98%

6. Pemeriksaan fisik

a) Kepala : Kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak ada nyeri tekan.

b) Wajah : Bersih, tidak ada oedema, tidak pucat.

c) Mata : Simetris, sclera putih, konjungtiva sedikit pucat.

d) Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik.

e) Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.

f) Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.

g) Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar tyroid dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.

h) Dada : Payudara simetris tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum ada.

i) Abdomen :

Inspeksi : Tidak ada luka bekas op, terdapat striae gravidarum

Palpasi : TFU 30 Cm

TBBJ : 2.945 gram

LP : 101 cm

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

Leopold II : Bagian kanan teraba penuh, keras, memanjang (punggung) dan bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas)

Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk PAP

Leopold IV : 3/5 Divergen

Auskultasi : 142 x/menit reguler

His : 4x10'35"

Genitalia : Pemeriksaan dalam
 Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
 Portio : Tebal Lunak
 Pembukaan : 4 Cm
 Ketuban : (+)
 Presentasi : Kepala
 Penurunan bagian terendah : Hodge II
 Moulase : Tidak terdapat moulase
 Uuk :Bagian terendah:ubun ubun kecil
 Pemeriksaan penunjang : HB:11,2 Goldar: O
 HIV: (-) Sifilis: (+)
 Hepatitis B: (-) Protein urine:+ 2

3.3 Analisa

G6P5A0 gravida 34-35 minggu dengan Preeklampsi dan Sifilis.

3.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, dan memberi tahu bahwa hasil pemeriksaan lab pada ibu sifilis positif

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui kondisinya

2. DC sudah terpasang

Evaluasi : DC Terpasang di puskesmas

3. Infus sudah terpasang

Evaluasi:Memberikan loading dose 4gram MgSO₄ 40% Di berikan secara IV Selama 5 menit Untuk mencegah terjadinya kejang

4. Memberikan terapi obat dopamet 250mg/oral, nifedifin 10mg/oral

Memberikan maintenance dose 10gr MgSO₄ Dibeikan dalam larutan infus RL 500cc.

5. Memberikan Antibiotik Ampisilin 1 gram

Evaluasi : Sesuai advice dokter ibu memahami tujuan pengobatan menerima obat dengan baik tidak ada keluhan reaksi alergi.

6. Memberitahu ibu Teknik relaksasi yang benar.

Evaluasi : Ibu memahami.

7. Memberitahu ibu untuk pemenuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu memahami.

8. Anjurkan ibu untuk miring kiri.

Evaluasi : Ibu memahami

9. Menjelaskan tentang penting nya bersalin di rumah sakit

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan persalinan di rumah sakit

10. Memberitahu ibu mengenai tanda tanda bahaya pada ibu hamil seperti pendarahan, sakit perut hebat, penglihatan kabur, sakit kepala yang hebat, keluarnya air ketuban dan jalan lahir sebelum waktunya, demam tinggi, gerakan janin dirasakan berkurang atau tidak ada gerakan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari,tanggal waktu	CATATAN PERKEBANGAN KALA I
26/02/2026 10.20	S: Ibu mengatakan adanya kontraksi yang semakin sering menjalar hingga pinggang,ibu mengatakan sudah keluar lendir darah dari jalan lahir,namun ada air ketuban yang rembes, ibu mengeluh haus,merasa Lelah,dan khawatir namun masih merasakan Gerakan janinnya masih aktif. O: Keadaan Umum : baik Kesadaran:Composmentis tekanan darah: 170/90 N:87 SPO2:98 R:22 S:36,2 Djj:135 x/menit Ketuban(+) HIS:4x.10.40 Detik A: G6P5A0 Inpartu kala1 Fase Aktif janin tunggal intrauterine P: 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan Evaluasi:Ibu Mengerti 2. Observasi BJA Setiap 30 Menit Evaluasi:Dilakukan 3. Menganjurkan ibu istirahat di sela sela kontraksi Evaluasi:Ibu mengerti 4.Mengajarkan ibu Teknik relaksasi nafas dalam Evaluasi:Ibu mengerti 5.pemasangan infus,dan pemberian MSOG4 Secara maintenance Evaluasi: Sudah Dilakukan 6. Pemberian Dopamet 500mg,Nipedipine 10mg Evaluasi: Sudah Dilakukan

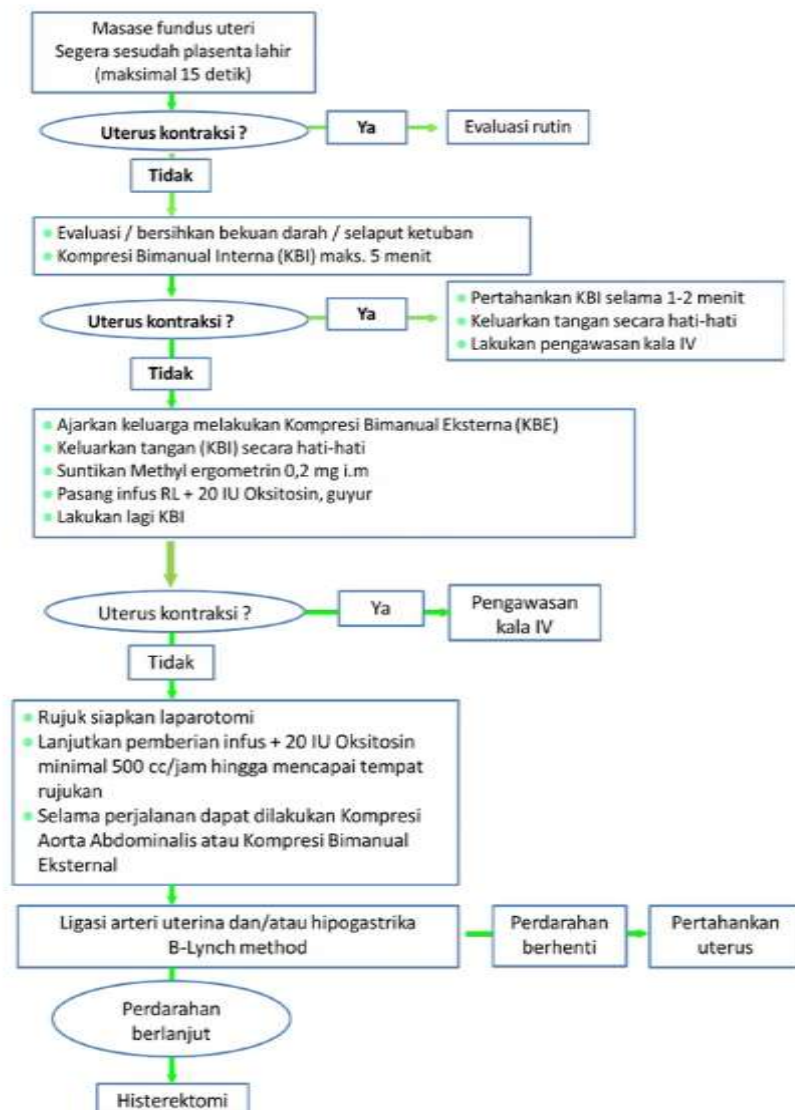
26/02/2026 11.00 Wib	CATATAN PERKEMBANGAN KALA II
	S:Ibu mengatakan sudah ingin meneran,ibu merasa seperti ada tekanan keras pada anus dan merasa ingin buang air besar. O: Keadaan umum:Baik Kesadaran:Composmentis Memeriksa keadaan vulva dan vagina: Tidak adaVarises Tidak ada Edema Cairan ketuban pecah spontan mekonium Pembukaan = Lengkap Lendir darah (+) Kelainan atau luka (-) A: G6P5A0 Inpartu kala II P: 1. Memberitahu ibu bahwa akan menghadapi Persalinan Evaluasi :Ibu mengerti 2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV, DJJ, dan pembukaan. Evaluasi : Tekanan darah :160,90mmHg Nadi 105x/menit, Respirasi 22x/menit, Suhu 36,1^oC, Spo2 98%, DJJ 143 x/menit regular, Pembukaan 10 3. Mendekatkan alat partus, obat dan persiapan penolong. Evaluasi : Mendekatkan alat, obat dan APD penolong lengkap 4. Mengajarjan ibu cara mengedan yang benar. Evaluasi : Ibu mengikuti cara mengedan yang benar.

	5. Mengobservasi DJJ Di Sela Sela kontraksi Evaluasi : DJJ normal 6. Melakukan penolong persalinan sesuai dengan APN 60 langkah. Evaluasi : Jam 11.00 WIB bayi lahir 7. Melakukan penilaian selintas dan mengeringkan bayi Evaluasi : Bayi menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot aktif dan megeringkan bayi 8. Melakukan jepit-jepit potong tali pusat. Evaluasi : Jepit-jepit potong telah di lakukan
--	---

26/02/2026	CATATAN PERKEMBANGAN KALA III
11.15	
	S : Ibu mengatakan masih merasa mules dan nyeri pada jalan lahir O : Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis Abdomen : Sepusat, tidak teraba janin kedua Kontraksi : Baik Kandung kemih : Kosong Genitalia : v/v tampak semburan darah secara tiba-tiba dan terdapat pemanjangan tali pusat pengeluaran darah ± 100 cc A : P6A0 inpartu Kala III P : 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan Evaluasi : Ibu mengetahui kondisinya 2. Melakukan pengecekan janin kedua Evaluasi : Tidak ada janin kedua

3. Melakukan manajemen aktif kala III (suntik oxytocin, PTT, masase uterus 15x dalam 15 detik)
 Evaluasi : plasenta lahir lengkap, tidak ada sisa plasenta, kontraksi uterus lembek, pengeluaran darah 500cc melakukan infus ulang+ drip oxy melakukan eksplorasi
4. Melakukan Tindakan

Alur Tatalaksana Atonia Uteri



5. Pengecekan robekan jalan lahir.
 Evaluasi : Adanya aserasi derajat 2

26/02/2026 11.35	CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV
	S; ibu mengatakan mari merasa mules O: Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis Tanda-Tanda Vital Tekanan darah : 130/80 mmHg Nadi : 95x/m Respirasi : 20x/m Suhu : 36,2 C Abdomen : Kontraksi keras, TFU 2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong Genitalia : Terdapat luka laserasi derajat 2 pengeluaran darah kurang lebih 10cc A: P3A0 inpartu kala IV Laserasi Derajat II P: 1. Memberitahu hasil pemeriksaan yang dilakukan Evaluasi: Ibu mengetahui keadaannya 2. Chek laserasi jalan lahir Evaluasi : Terdapat luka Laserasi Derajat II 3. Membereskan alat partus, obat lingkungan sekitar Evaluasi : Membereskan alat partus 4. memastikan lingkungan ibu rapi dan nyaman Evaluasi: Sudah di lakukan 5. Mengobservasi ku, TTV, kontraksi,

	perdarahan, TFU, kandung kemih Evaluasi : Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua 6. Melakukan dekontaminasi:alat,pisahkan alat infeksius Evaluasi : Sudah dilakukan . Melakukan pendokumentasian

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada Ny. A usia 37 tahun, G₆P₅A₀, usia kehamilan 34–35 minggu dengan preeklamsi disertai sifilis di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut. Pembahasan dilakukan berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis, penatalaksanaan, dan evaluasi.

4.1. Data Subjektif

Berdasarkan hasil anamnesis, Ny. A datang dengan keluhan kontraksi yang semakin sering, badan terasa lemas, dan bengkak pada kedua kaki. Ny. A merupakan ibu dengan kehamilan ke-6 dan memiliki riwayat hipertensi yang baru diketahui pada kehamilan ini.

Pasien datang ke rumah sakit atas rujukan dari Puskesmas Cipanas. Dari hasil pemeriksaan sebelumnya diketahui bahwa tes sifilis reaktif (positif).

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum Ny. A dalam kondisi sakit sedang dengan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah mencapai 160/90 mmHg dan sempat 170/90 mmHg, nadi 103 kali/menit, dan pernapasan 22 kali/menit.

Pemeriksaan obstetri menunjukkan TFU 30 cm, presentasi kepala, dan kepala sudah masuk PAP dengan penurunan Hodge II. Pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks 4 cm dengan ketuban masih utuh.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan protein urine +2 dan tes sifilis reaktif (+). Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, kondisi Ny. A sesuai dengan gambaran preeklampsia berat disertai sifilis.

Usia Ny. A yang sudah 37 tahun dan kehamilan yang ke-6 menjadi salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia. Sifilis juga dapat memberikan dampak pada kehamilan karena dapat meningkatkan risiko gangguan pada janin, seperti pertumbuhan janin terhambat, persalinan prematur, dan sifilis kongenital.

Dari hasil pengkajian dapat disimpulkan bahwa data yang ditemukan pada Ny. A sesuai dengan teori mengenai preeklampsia berat dan sifilis.

4.3 Analisa

Selesai melakukan pengumpulan data untuk menetapkan diagnosa kebidanan pada Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ gravida 34–35 minggu dengan preeklampsi disertai sifilis.

Diagnosis tersebut didukung oleh tekanan darah yang tinggi, yaitu 160/90 mmHg hingga 170/90 mmHg, protein urine +2, keluhan pusing dan lemas, serta hasil pemeriksaan sifilis yang reaktif.

Usia ibu lebih dari 35 tahun dan jumlah kehamilan yang banyak juga menjadi faktor risiko pada kasus ini. Oleh karena itu, kondisi Ny. A membutuhkan pemantauan dan penanganan yang lebih ketat untuk mencegah komplikasi pada ibu maupun janin.

4.4. Penatalaksanaan

Asuhan yang diberikan kepada Ny. A dilakukan sesuai kondisi pasien dan hasil kolaborasi dengan dokter. Penatalaksanaan berfokus pada menjaga kondisi ibu, mencegah kejang, memantau janin, serta mengawasi kemajuan persalinan. Tindakan yang dilakukan antara lain:

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada Ny. A dan suami.
2. Memasang Dauer Catheter (DC) untuk memantau jumlah urine.
3. Memasang infus dengan cairan Ringer Laktat (RL).
4. Berkolaborasi dalam pemberian $MgSO_4$ untuk mencegah kejang/eklamsia.
5. Memantau kondisi ibu, seperti tekanan darah, nadi, pernapasan, dan tanda-tanda komplikasi.
6. Memberikan obat antihipertensi sesuai instruksi dokter, yaitu Dopamet 250 mg dan Nifedipine 10 mg.
7. Memantau DJJ dan kemajuan persalinan secara berkala.
8. Menganjurkan ibu posisi miring ke kiri untuk membantu aliran darah ke plasenta.
9. Memberikan dukungan, nutrisi, hidrasi, dan mengajarkan teknik relaksasi napas.
10. Memberikan edukasi mengenai sifilis dan kemungkinan dampaknya terhadap janin.
11. Menganjurkan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan neonatal lengkap.

Persalinan kemudian mengalami kemajuan. Pada pukul 10.20 WIB pasien memasuki kala I fase aktif dan pada pukul 11.00 WIB pembukaan lengkap (kala II). Bayi lahir spontan, menangis kuat, kulit kemerahan, dan tonus otot baik.

Pada kala III dilakukan Manajemen Aktif Kala III. Sempat terjadi kontraksi uterus yang lemah dan perdarahan sekitar 500 cc, tetapi dapat ditangani dengan eksplorasi, masase uterus, dan pemberian oksitosin tambahan.

Terdapat laserasi jalan lahir derajat II yang kemudian dilakukan penjahitan. Setelah itu dilakukan pemantauan kala IV secara ketat untuk memastikan kondisi ibu tetap stabil.

4.5 Evaluasi

Setelah seluruh asuhan diberikan, dilakukan evaluasi terhadap kondisi Ny. A. Hasil pemantauan menunjukkan kondisi ibu membaik. Tekanan darah kembali menurun dan tanda-tanda vital berada dalam kondisi stabil.

Kontraksi uterus terasa kuat dan TFU berada sekitar 2 jari di bawah pusat. Perdarahan masih dalam batas normal dan tidak ditemukan tanda-tanda komplikasi selama pemantauan.

Hal yang penting dari hasil evaluasi adalah Ny. A tidak mengalami kejang eklampsia dan tidak mengalami komplikasi berat lainnya. Bayi juga lahir dalam keadaan baik dan stabil tanpa mengalami asfiksia berat.

4.6 Rangkuman Hasil

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan, Ny. A usia 37 tahun G₆P₅A₀ dengan usia kehamilan 34–35 minggu, preeklampsia disertai sifilis, telah mendapatkan penanganan dengan baik di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

Meskipun Ny. A memiliki beberapa faktor risiko, seperti usia lebih dari 35 tahun, kehamilan ke-6, preeklampsia berat, dan sifilis, kondisi tersebut dapat ditangani melalui pengkajian yang tepat, penegakan diagnosis, pemantauan yang ketat, kolaborasi dengan dokter, pemberian MgSO₄ dan antihipertensi, serta pemantauan persalinan.

Hasil akhir menunjukkan kondisi ibu dapat dikendalikan dengan baik. Ibu tidak mengalami kejang eklampsia maupun komplikasi berat lainnya, sedangkan bayi lahir dalam keadaan baik dan stabil.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus dan pembahasan mengenai asuhan kebidanan pada Ny. A usia 37 tahun, G₆P₅A₀, usia kehamilan 34–35 minggu dengan preeklampsia disertai sifilis di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian

Hasil pengkajian menunjukkan Ny. A mengalami keluhan seperti sakit kepala, pandangan kabur, dan bengkak pada kaki. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah tinggi, protein urine positif, edema, dan pemeriksaan sifilis reaktif.

2. Diagnosis

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan, diagnosis Ny. A adalah kehamilan 34–35 minggu dengan preeklampsia berat disertai sifilis.

3. Penatalaksanaan

Asuhan dilakukan dengan pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan kondisi janin, pemasangan infus, pemberian terapi sesuai anjuran dokter, pemberian MgSO₄ untuk mencegah kejang, pemberian obat antihipertensi, serta kolaborasi dengan dokter spesialis.

4. Hasil asuhan

Dengan penanganan dan pemantauan yang dilakukan secara rutin, kondisi ibu dan janin dapat dipantau dengan baik dan komplikasi lebih lanjut dapat dicegah.

5. Kesesuaian teori dan praktik

Dalam kasus Ny. A terdapat kesesuaian antara teori dan praktik, baik dalam pengkajian, penentuan diagnosis, maupun penatalaksanaan preeklampsia disertai sifilis.

5.2 Saran

A. Bagi intitusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan pembelajaran mengenai deteksi dini dan penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal khususnya preeklamsia berat disertai penyakit infeksi pada kehamilan agar mahasiswa memiliki kompetensi yang lebih baik dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif.

B. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan tenaga kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan antenatal care (ANC), deteksi dini faktor risiko kehamilan, serta kolaborasi dalam penanganan kasus preeklamsia berat disertai sifilis guna mencegah komplikasi maternal dan neonatal.

C. Bagi Bidan

Diharapkan bidan dapat meningkatkan keterampilan dalam melakukan skrining preeklamsia dan sifilis pada kehamilan, memberikan edukasi

kepada ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan, serta melakukan rujukan secara cepat dan tepat pada kasus risiko tinggi.

D. Bagi Masyarakat

Diharapkan ibu hamil dan keluarga lebih meningkatkan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin, menjaga pola hidup sehat, serta segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya kehamilan seperti nyeri kepala hebat, tekanan darah tinggi, edema, dan gangguan penglihatan.

E. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan Laporan Tugas akhir ini dapat dijadikan referensi dan bahan pengembangan penelitian selanjutnya mengenai asuhan kebidanan pada kehamilan risiko tinggi khususnya preeklamsi disertai sifilis.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisah, Siti, Ira Kartika, Maya Indriati, and Dyah Triwidiyanti. 2024. "Hubungan Preeklampsia Berat Dengan Morbiditas Perinatal Di Rumah Sakit Umum Dr Slamet Garut Tahun 2023." : 1–12.
- Aji, Tri, Tunggal Saputra, and Gandung Triyono. 2024. "Klasifikasi Preeklampsia Pada Ibu Hamil Menggunakan Algoritma KNN Faculty of Information Technology , Universitas Budi Luhur , Indonesia Classification of Preeclampsia in Pregnant Women Using the KNN Algorithm." 4(12): 679–86.
- Aldika Akbar, Muhammad Ilham, Roudhona Rosaudyn, Khanisyah Erza Gumilar, Renuka Shanmugalingam, and Gustaaf Dekker. 2025. "Secondary Prevention of Preeclampsia." *Frontiers in Cell and Developmental Biology* 13(February): 1–16. doi:10.3389/fcell.2025.1520218.
- Aliwardani, Ambar, Putti Fatiharani, Fiska Rosita, and Endra Yustin Ellistasari. 2021. "Pemeriksaan Serologi Untuk Diagnosis Sifilis." 48(11): 380–84.
- Basoeki, Rijanto Agoeng, Adisty Nadiatul, Kamila Amelia, and Kartika Tri Wahyuni. 2025. "Sifilis Laten Pada Kehamilan : Case Report." 2(3): 104–9.
- Cover, Journal. 2025. "Academia Open." 10(2). doi:10.21070/acopen.10.2025.8770.
- Di, Hamil, Rsud Prof, and W Z Johannes Kupang. 2025. "Analiti." *Di, H., Prof, R., & Kupang, W. Z. J. (2025). ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU. 9(April), 922–932. 9(April): 922–32.*
- Dwiyana, Cynthia Oktora. 2026. "PROFIL KLINIS DAN FAKTOR RISIKO PENDERITA SIFILIS: ANCAMAN KOINFEKSI HIV DAN SIFILIS KONGENITAL DI PUSKESMAS TANJUNGPURI SINTANG TAHUN 2025." 9: 51–60.
- profil kesehatan 2024. (2024). TIM PENYUSUN Pembina Pengarah Penanggung
- Guarino, Pierre, Francesco Chiari, Carlo Carosi, Giustino Parruti, Claudio Donadio Caporale, Livio Presutti, and Gabriele Molteni. 2024. "Description of Clinical Cases and Available Diagnostic Tools of Oropharyngeal Syphilis: A Systematic Review of the Literature." *BMC Infectious Diseases* 24(1): 1–10. doi:10.1186/s12879-024-10129-1.

- Islamy, Nurul, Marzuqi Sayuti, Dino Rinaldy, Abi Ryamafi Bazar, Ody Wijaya, Ade Yonata, Citra Saskia Masri, and Ladoni Amiro. 2025. "STRATEGI PENCEGAHAN PREEKLAMPSIA MELALUI EDUKASI KESEHATAN." 10: 30–35.
- Ira Nufus Khaerani, Susiarno, H., & Sakilah Adnani, Q. E. (2024). Analisis Faktor Risiko pada Ibu dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terhadap Kematian Maternal di Kabupaten Garut.
- Lim, K.H. (2025). *Preeclampsia: Background, Pathophysiology, Etiology*. Medscape.
- Manado, Universitas Muhammadiyah. 2025. "Hubungan Ibu Hamil Preeklampsia Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Kotamobagu." 9: 3585–89.
- Messias, Julliane, and Cordeiro Sampaio. 2025. "A Função Da Enfermagem Na Atenção Básica No Combate a Sífilis Gestacional e Congênita." doi:10.21727/rpu.16i3.5156.
- Octaviani, Dhita Aulia, Dhias Widiastuti, Rizky Amelia, Abu Salam, and Universitas Dian Nuswantoro. 2025. "Implementasi Data Mining Untuk Memprediksi Dalam Kehamilan Poltekkes Kemenkes Semarang , Indonesia Implementation Of Data Mining To Predict Pre-Eclampsia In Pregnancy Alamat Korespondensi :." 18(1): 29–38. doi:10.32763/ps5qpj75.
- Pristika, Jelita, Tandiarrang Ika, Azdah Murnita, Desi Dwirosalia Ns, and Hasil Pembahasan. 2025. "Faktor Ibu Yang Ada Hubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Beberapa Lokasi Di Wilayah Indonesia Periode Tahun 2014 Sampai Dengan Tahun 2021 Maternal Factors That Are Related to The Incidence of Preeclampsia in Pregnant Women in Several Lo." 3(1): 13–17. doi:10.56326/bmj.v3i1.2479.
- Rahim, Muhammad ReyzaIdy, and Ermina Istiqamah. 2024. "Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Angka Kematian Ibu Analysis of Factors Associated with Maternal Mortality Rates."
- Tahun, Tahun, Malahayati Nursing Journal, Issn Cetak, and Issn Online. 2023. "1* , 2 , 3 1." 5: 2707–17.
- Tendean, Hermie M M, and Freddy W Wagey. 2021. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Preeklampsia." 9(28): 68–80.
- Veri, Nora, Lia Lajuna, Cut Mutiah, Keperawatan Poltekkes, and Kemenkes Aceh. "Dan Penatalaksanaan Preeclamsia : Pathophysiology , Diagnosis ,

Screening , Preventive and Management.” : 283–96.

Villarreal, Diana D, and Chibuzor M Babalola. 2025. “Expanding Horizons in Syphilis Treatment: Challenges , Advances , and Opportunities for Alternative Antibiotics.” *Current HIV/AIDS Reports* 22(1): 1–10. doi:10.1007/s11904-025-00725-4.

Wolffs, Petra, and H M Van Loo. 2023. “Re Fi Ning Timely Diagnosis of Early Syphilis by Using Treponema Pallidum PCR or IgM Immunoblotting Next to Conventional Serology for Syphilis.” (May): 1–7.