



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHESIF PADA NY. N DI PUSKESMAS  
SLAWI KABUPATEN TEGAL  
(Studi Kasus Pre-Eklamsia dan Usia>35 tahun)**

**Karya Tulis Ilmiah**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan

**Disusun Oleh:**  
**Dewi Layinatun Luluk**  
**NIM.20070047**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA  
TAHUN 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul:

**“Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N Di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal Tahun 2022 (Studi Kasus Pre-Eklampsia dan Usia >35 tahun )”**

Adalah hasil karya tulis saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

**Nama : Dewi Layinatun Luluk**  
**NIM 20070047**

Tegal, 23 Agustus 2023

Penulis

(DEWILAYINATUN LULUK)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS  
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Politeknik Harapan Bersama Tegal, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dewi Layinatun Luluk  
NIM : 20070047  
Jurusan Program Studi : DIII Kebidanan Karya Tulis Ilmiah  
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Dengan ini menyetujui untuk memberikan kepada Politeknik Harapan Bersama Tegal **Hak Bebas Royalty Noneksklusif** (*None Exclusif Royalty Free Righ*) atas karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

**"Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal (Studi Kasus Pre-Eklampsia dan Faktor Resiko Usia >35 Tahun)"**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) Dengan hak bebas Royalty/Noneksklusifini Politeknik Harapan Bersama Tegal berhak menyimpan mengalih mediakan/formatkan. Mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan Karya Tulis Ilmiah saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan pemilik Hak Cipta Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Politeknik Harapan Bersama Tegal  
Pada tanggal : 23 Agustus 2023

Yang menyatakan

(Dewi Layinatun Luluk)

## HALAMAN PERSETUJUAN

### **Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul**

“Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal (Studi Kasus Pre-Eklamsia dan Usia >35 tahun)”

### **Di susun oleh:**

Nama : Dewi Layinatun Luluk

NIM 20070047

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan siap dipertahankan didepan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal.

**Tegal, Juli 2023**

**Pembimbing I: Meyliya Qudriani S.ST, M.Kes** (.....)

**Pembimbing II: Evi Zulfiana, S.SiT, MH** (.....)

## HALAMAN PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:**

Nama : Dewi Layinatun Luluk  
NIM : 20070047  
Program Studi : DIII Kebidanan  
Judul : “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N  
Umur 36 Tahun Di Puskesmas Sawi Kabupaten Tegal Tahun 2022 (Studi  
Kasus Pre-Eklampsia dan Usia.>35tahun).”

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan  
diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi  
Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal.**

**Tegal, 2023**

### DEWAN PENGUJI

**Penguji I: Nora Ramanindar, S.SiT, M.Keb** (.....)

**Penguji II: Umriaty, S.ST, M.Kes** (.....)

**Penguji III: Meyliya Qudriani, S.ST, M.Kes** (.....)

**Ketua Program Studi D III Kebidanan**

**Politeknik Harapan Bersama Tegal**

**(Seventina Nurul Hidayah, S.SiT, M.Kes)**

## **MOTTO**

*Whatever is going to happen will happen, whether we worry or not*

Tak perlu khawatir akan bagaimana alur cerita pada jalan ini, perankan saja.  
Allah adalah sebaik-baiknya sutradara.

## **PRAKATA**

Seraya memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-NYA, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Umur 36 Tahun (Studi Kasus Pre-Eklamsia dan Usia >35 tahun) Di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal Tahun 2022” untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat penyelesaian Pendidikan Diploma Kebidanan di Politeknik Harapan Bersama Tegal.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini banyak sekali kesalahan dan kekeliruan, tapi berkat bimbingan dan arahan dari semua pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu dengan segala ketulusan dan keikhlasan penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat:

1. Agung Hendarto, S.E., M.A. Selaku Direktur Politeknik Harapan Bersama Tegal.
2. Seventina Nurul Hidayah, S.SiT, M.Kes. Selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal.
3. Meyliya Qudriani S.ST, M.Kes Selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Evi Zulfiana, S.SiT, MH, Selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Semua dosen dan staf karyawan Politeknik Harapan Bersama Tegal.
6. Ny. N beserta keluarga klien dalam pelaksanaan asuhan Kebidanan yang telah membantu dan memberikan partisipasinya dalam pembuatan

proposal Karya Tulis Ilmiah dan dilakukan pemeriksaan sehingga penulis tahu mengenai kehamilan, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

7. Keluarga penulis yang telah memberikan dukungan baik secara material, moral dan spiritual.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi penulis pada khususnya para pembaca pada umumnya dan semoga bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Tegal, 23 Agustus 2023

Penulis

(Dewi Layinatun Luluk)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
MOTTO.....	vi
PRAKATA .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
ABSTRAK .....	xiv
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulis .....	5
1.4 Manfaat Penulis .....	6
1.5 Ruang Lingkup.....	6
1.6 Metode Memperoleh Data .....	7
1.7 Sistematika Penulisan Proposal .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Teori Konsep Dasar Kehamilan.....	10
2.1.2 Teori Konsep Dasar Pre-Eklampsia.....	30

2.1.3	Teori Konsep Dasar Faktor Resiko Usia >35 tahun .....	52
2.2	Teori Konsep Dasar Persalinan .....	65
2.3	Teori Konsep Dasar Nifas .....	79
2.4	Teori Konsep Dasar Bayi Baru Lahir .....	89
2.5	Teori Asuhan Kebidanan .....	102
2.6	Landasan Hukum Kewenangan Bidan .....	110
2.7	Standar Asuhan Kebidanan .....	114
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>		
3.1	Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan .....	115
3.2	Data Perkembangan .....	133
3.3	Catatan Persalinan .....	136
3.4	Data Perkembangan Masa Nifas .....	139
3.5	Data Perkembangan Bayi Baru Lahir .....	150
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>		
4.1	Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan .....	157
4.2	Asuhan Kebidanan Pada Persalinan .....	191
4.3	Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas .....	195
4.4	Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru lahir .....	208
<b>BAB V PENUTUP</b>		
5.1	Kesimpulan .....	216
5.2	Saran .....	219
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>221</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>231</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis Obat Anti Hipertensi .....	49
Tabel 2.2 Jadwal Pemeriksaan ANC .....	64
Tabel 2.3 Skor Pelvik menurut Bishop .....	78
Tabel 4.1 TFU menurut Spiegelberg .....	177

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Algoritma Manajemen Ekspektatif.....	50
Gambar 2.2 Penatalaksanaan Pre-eklamsia.....	51

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dokumentasi (foto-foto selama pengambilan data).....	231
Lampiran 2. Buku KIA.....	233
Lampiran 3. Lembar Permohonan Pengambilan Data .....	235
Lampiran . Lembar Konsultasi .....	237

# ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N DI PUSKESMAS SLAWI KABUPATEN TEGAL

(Studi Kasus Pre-Eklampsia dan Faktor Resiko Usia > 35 Tahun)

**Dewi Layinatun Luluk<sup>1</sup>, Meyliya Qudriani<sup>2</sup>, Evi Zulfiana<sup>3</sup>**

Email: dewilulu2020@gmail.com

<sup>1,2</sup>Diploma III Kebidanan, Politeknik Harapan Bersama Tegal

<sup>3</sup>Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal

## Abstrak

Angka kematian ibu di Kabupaten Tegal tahun 2020 yaitu sebanyak 9 kasus sedangkan jumlah angka kematian ibu ditahun 2019 sebanyak 7 kasus. Dengan demikian Angka Kematian Ibu (AKI) Kabupaten Tegal mengalami penurunan dari 56,00 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 menjadi 37,15 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018. Insiden preeklampsia di Indonesia adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3% dan merupakan penyebab kematian ibu tertinggi ke dua setelah perdarahan dari seluruh kehamilan, terjadi sekitar 3 – 8 % kehamilan dengan preeklampsia Tujuan dalam penelitian ini adalah melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N studi Kasus Pre-Eklampsia dan Usia >35 Tahun di Puskesmas slawi dengan menerapkan manajemen kebidanan langkah varney dan data perkembangan SOAP (Subjectif Objektif Assesment Planning). Objek studi kasus ini adalah Ny. N umur 36 tahun dari hamil, bersalin, nifas dan BBL. Studi kasus ini penyusun pelaksanaan pada dari tanggal 27 Oktober 2022 sampai selesai di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal. Asuhan dijabarkan secara menyeluruh dimulai sejak pasien hamil trimester III (35 minggu lebih 4 hari), bersalin (umur kehamilan 37 minggu), nifas dan bayi baru lahir (1 hari post partum-6 minggu post partum). Dari semua data yang diperoleh penyusun selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. N sejak umur kehamilan ibu 35 minggu lebih 4 hari sampai 6 minggu post partum. Penyusun menyimpulkan bahwa masa kehamilan, bersalin, nifas dan bayi baru lahir Ny. N berlangsung normal.

**Kata Kunci** : *Pre-Eklampsia dan Usia >35 tahun, Kehamilan, Persalinan, Nifas, BBL*

Daftar Pustaka : 76 (2013-2023)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) angka kematian ibu (AKI) masih sangat tinggi, sekitar 810 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan dan persalinan diseluruh dunia setiap hari, dan sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perdarahan hebat (kebanyakan berdarah setelah persalinan), infeksi (biasanya setelah persalinan), komplikasi dari persalinan, aborsi tidak aman dan salah satunya adalah preeklamsia (WHO,2020).

Profil Kesehatan RI Tahun 2019 memuat bahwa penyebab kematian ibu oleh karena penyakit hipertensi dan pre-eklamsia adalah sebesar 25% (1.066 dari 4.221 kematian ibu). Insiden preeklamsia di Indonesia adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3% dan merupakan penyebab kematian ibu tertinggi ke dua setelah perdarahan dari seluruh kehamilan, terjadi sekitar 3 – 8 % kehamilan dengan preeklamsia (Eka, Ernawati, & Djohar, 2021).

Menurut perkiraan 50.000 wanita pertahun meninggal dunia akibat preeklamsia, namun penyebab preeklamsia masih belum diketahui, sehingga preeklamsia disebut sebagai "*the disease of theories*" Preeklamsia adalah kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklamsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan

gangguan organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu (E Handayani,2019)

Preeklamsia diawali dengan plasenta abnormal dan menyebabkan berbagai masalah lainnya yang berhubungan dengan sistem vaskuler. Preeklamsia juga dapat berpotensi kejang yang disebut eklamsia dan bahaya terbesar adalah jika kemudia muncul sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated, Liver Enzemesdan Low Platelet Count*). Preeklamsia juga berdampak pada janin, yaitu mengubah pertumbuhan janin yang mengakibatkan cacat janin yang lebih besar, kesehatan janin serta berat badannya sangat terganggu, yang mengarah ke berbagai tingkat mordibitas janin dan menyebabkan kematian janin (Walyani, dkk, 2015).

AKI di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2018 sebanyak 421 kasus, mengalami penurunan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu tahun 2017 sebanyak 475 kasus. Penyebab AKI di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2018 adalah preeklampsia/eklampsia (36,80%), lain-lain (35,40%), perdarahan (22,60%), infeksi (5,20%) (Dinkes Jateng 2018)

Penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 "terlalu", yang terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas (<2 tahun) (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Usia reproduksi yang sehat dan aman untuk ibu hamil dan melahirkan yaitu pada rentang usia 20-35 tahun, sedangkan usia kurang dari 20 tahun dan

lebih dari 35 tahun merupakan usia reproduksi beresiko tinggi (Dwi Rani Sukma, Ratna Dewi Puspita Sari, 2020)

Salah satu faktor resiko kehamilan diatas usia 35 tahun antara lain: Diabetes gestasional, plasenta previa, ketuban pecah dini (KPD), serotinus atau kehamilan lewat bulan, kelainan letak atau malposisi janin, perdarahan (Hapsari, 2014).

Kasus Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Kabupaten Tegal mengalami peningkatan yang sangat drastis. Tahun 2020 tercatat ada 12 kasus, namun pada 2021 meningkat 28 kasus. Sejak pandemi Covid-19, AKI memang meningkat. Sedangkan dari Januari sampai Desember 2022 Kasus Kematian Ibu sebanyak 27 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, 2022).

Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Tegal pada tahun 2022 yaitu dimasa nifas 13 kasus, 10 kasus dimasa kehamilan, dan 4 kasus saat proses persalinan. Kasus tertinggi terjadi pada bulan Juli yaitu sebanyak 7 kasus dan Oktober sebanyak 4 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, 2022).

Sedangkan data ibu hamil dengan resiko tinggi yang ada di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal tahun 2022 sebanyak 252 kasus antara lain dikarenakan resiko tinggi umur <20 tahun 25 kasus, resiko tinggi usia > 35 tahun 60 kasus, kekurangan energi kronis (KEK) 36 kasus, pre-eklamsi ringan (PER) 7 kasus, pre-eklamsi berat (PEB) 20 kasus, anemia 77 kasus dan lain lain 30 kasus (Puskesmas Slawi, 2022).

Puskesmas Slawi juga mengadakan program kelas ibu hamil untuk menurunkan kasus kematian ibu. Kegiatan ini merupakan salah satu bagian dari program kesehatan ibu dan anak saran untuk belajar bersama tentang kesehatan

ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik seperti: pemeriksaan gratis, senam ibu hamil, pemaparan materi tentang kehamilan, persalinan dan nifas.

Dari uraian diatas maka penulis membuat kesimpulan bahwa Pre-Eklamsia adalah kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai oleh tingginya tekana darah, tingginya kadar protein dalam urine, dan odema pada ekstemitas. Di Indonesi Pre-Eklamsia merupakan penyebab kematian ibu tertinggi kedua setelah perdarahan, dan di Jawa Tengah jumlah AKI akibat Pre-Eklampsia sebesar 36,80%. Bahaya yang dapat terjadi apabila ibu mengalami Pre-Eklampsia dalam kehamilan nya yaitu eklamsia (kejang), muncul sindrom HELLP, ablasi retina, edema paru, dan Pre-eklampsia juga berdampak pada janin yaitu mengganggu pertumbuhan janin, prematuritas, fetal distress, dan BBLR. Dan penulis mengambil judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Umur 36 tahun G3 P2 A0 dengan Pre-Eklamsia dan Faktor Resiko Umur > 35 tahun, di Puskesmas Slawi Tahun 2022".

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang maka penulis merumuskan permasalahan dalam laporan kasus yaitu "Bagaimana Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Umur 36 tahun G3 P2 A0 Umur Kehamilan 35 minggu dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi tahun 2022? ".

### 1.3 Tujuan Penulisan

#### 1) Tujuan umum

Meningkatkan kemampuan dan keterampilan mahasiswa untuk memperoleh pengalaman secara nyata yang dapat digunakan dalam memberikan Asuhan Kebidanan pada ibu dengan Pre-Eklamsia dan faktor resiko umur lebih dari 35 tahun melalui pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney yang di dokumentasikan menggunakan 7 langkah Varney dan SOAP.

#### 2) Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian data Subjektif dan Objektif Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.
- b. Dapat menegakkan interpretasi data Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.
- c. Mampu merumuskan diagnosa potensial yang muncul pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.
- d. Dapat menentukan antisipasi penanganan segera terhadap masalah yang terjadi pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.
- e. Dapat menentukan intervensi Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.

- f. Mampu memberikan implementasi Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.
- g. Mampu mengevaluasi Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Pre-Eklamsia dan resiko umur >35 tahun di Puskesmas Slawi.

#### **1.4 Manfaat penulisan**

1) Penulis

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dengan faktor resiko.

2) Bagi Lahan Praktik

Sebagai gambaran informasi untuk meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil agar menurunkan angka kematian pada ibu bersalin akibat komplikasi yang tidak tertangani semasa hamil.

3) Bagi institusi

Sebagai bahan acuan atau pedoman bagi institusi program studi kebidanan untuk penulisan karya tulis selanjutnya.

4) Bagi masyarakat

Dapat memberikan informasi kepada ibu hamil agar dapat sedini mungkin mengetahui penyakit yang menghambat kehamilannya.

#### **1.5 Ruang Lingkup**

- 1) Penelitian ini mengambil sasaran yaitu Ny. N ibu hamil dengan umur 36 tahun dan kehamilan yang ke tiga merupakan kehamilan dengan preeklamsia dan faktor resiko umur lebih dari 35 tahun.

2) Tempat

Penelitian dilakukan di Puskesmas Slawi, Kecamatan Slawi, Kabupaten Tegal.

3) Waktu

Waktu pengambilan studi kasus dalam pembuatan karya tulis ini dilaksanakan pada tanggal 27 Oktober 2022 sampai 24 Desember 2022.

## **1.6 Metode Memperoleh Data**

1) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang yang menjadi sasaran penelitian. Penulis melakukan tanya jawab kepada Ny. N untuk mendapatkan data yang diperlukan.

2) Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana antara lain melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti, dikaji dari hasil yang telah dilakukan. Dari hasil observasi didapatkan data seperti pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, dan pemeriksaan penunjang.

3) Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendapatkan data obyektif yang nantinya di gunakan untuk menegakkan diagnosa.

## 1.7 Sistematika Penulisan

Proposal ini disusun secara sistematis terdiri dari:

### 1) BAB I PENDAHULUAN

Bab ini merupakan pendahuluan yang memberikan gambaran pada pembaca, peneliti, dan pemerhati tulisan karya tulis ilmiah komprehensif untuk memberikan gambaran awal tentang permasalahan yang akan dikupas dan diberikan solusinya oleh penulis. Bab pendahuluan ini terdiri atas: latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup, metode memperoleh data dan sistematika penulisan.

### 2) BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Landasan teori yang digunakan oleh penulis untuk mengembangkan konsep sedemikian rupa dari berbagai sumber yang relevan, autentik, dan actual. kerangka teori medis, tinjauan teori asuhan kebidanan, landasan hukum kewenangan bidan.

### 3) BAB III TINJAUAN KASUS

Berisi tentang Asuhan Kebidanan pada kehamilan dengan Pre-Eklamsia dan faktor resiko umur >35 tahun, catatan persalinan, nifas, dan BBL pada Ny. N G3 P2 A0.

### 4) BAB IV PEMBAHASAN

Berisi tentang perbandingan secara teori dengan kenyataan padakasus yang disajikan sesuai dengan langkah-langkah manajemen kebidanan yaitu pengumpulan data dasar sampai evaluasi.

#### 5) BAB V PENUTUP

Berisi tentang kesimpulan dan saran. Kesimpulan merupakan sintesis dari hasil bahasan yang dapat menjawab permasalahan dan tujuan penyusunan studi kasus, mengacu pada tujuan yang telah dibuat pada BAB 1. Saran berupa masukan berdasarkan kesimpulan. Saran menekankan pada usulan yang sifatnya lebih operasional atau aplikatif. Saran bisa ditunjukkan pada institusi, organisasi profesional, anggota profesi.

#### 6) DAFTAR PUSTAKA

Berisi sumber sumber materi.

#### 7) LAMPIRAN

Berisi bukti fisik yang dibutuhkan selama penyusunan karya tulis ilmiah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Teori medis**

##### **2.1.1 Kehamilan**

###### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah suatu proses pembentukan janin yang dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. Lama masa kehamilan yang aterm adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir ibu. Dan kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing dibagi dalam 13 minggu atau 3 bulan.

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan proses nidasi atau implantasi. Bila dihitung dimulai pada saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. (Prawirohardjo, 2018).

Kehamilan adalah proses fisiologis yang terjadi pada perempuan akibat adanya pembuahan antara sel kelamin laki-laki dan sel kelamin perempuan, dengan kata lain pembuahan oleh spermatozoa sehingga mengalami nidasi pada uterus dan berkembang sampai kelahiran janin (Arantika Meidya dan Fatimah, 2019).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 trimester yaitu : kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Aspiani dan Reni Yuli, 2017).

Kehamilan adalah suatu keadaan di dalam rahim seorang wanita terdapat hasil konsepsi (pertemuan ovum dan spermatozoa). Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis (Yanti, 2017)

Kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widatiningsih & Dewi, 2017).

## **2. Proses Kehamilan**

Selama proses kehamilan terdiri dari beberapa proses yaitu fertilisasi, migrasi, implantasi dan terakhir plasentasi. Yang pertama fertilisasi merupakan proses pembuahan yang terjadi di rahim tepatnya di tuba falopi yang di sebabkan terjadinya pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga sel sperma memasuki sel telur dan berfertilisasi dan mengalami penetrasi sehingga sel telur membentuk zigot (Hartini, 2018).

Setelah terjadinya proses fertilisasi, fase kehamilan selanjutnya akan berlanjut menuju fase migrasi dimana migrasi sendiri ialah suatu proses dimana morula yang sudah dibuahi akan berjalan menuju tuba falopi dengan tujuan menuju uterus (Stephanie, 2016).

Selanjutnya terjadinya proses penempelan sel telur atau implantasi pada uterus akan mengalami fase sekresi yaitu masa pasca menstruasi yang di pengaruhi oleh hormon progesteron yang menyebabkan banyak kelenjar selaput pada endometrium dan membentuk EPF (Early Egnancy Factor) untuk mencegah terjadinya konsepsi (Yulizawati et al, 2018).

Proses akhir dari kehamilan adalah plasentasi yang merupakan proses akhir terjadinya kehamilan yang dimana plasenta adalah bagian terpenting untuk janin yang terbentuk pada 2 minggu setelah pembuahan (Fatmawati, 2019).

### **3. Tanda-tanda kehamilan**

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tanda tidak pasti. Tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presumtif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil.

#### **1) Tanda Pasti**

##### **a) Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)**

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop Laennec/ stetoskop Pinard pada minggu ke 17-18. Serta dapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonik (Doppler) sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang menyertai seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015).

#### **2) Tanda Tidak Pasti**

##### **a) Tanda-tanda dugaan hamil (presumtif sign)**

Tanda dugaan (presumtif) yaitu perubahan fisiologis yang dialami pada wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta

sebagian besar bersifat subyektif dan hanya dirasakan oleh ibu hamil. Yang termasuk presumtif sign adalah:

a. Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase.

b. Mual muntah

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat, masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

c. Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

d. Payudara tegang

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron.

e. Hipersalivasi

Pengaruh hormon estrogen, pengeluaran asam lambung yang meningkat dapat menyebabkan pengeluaran air liur (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual muntah dan sakit kepala terutama pada pagi hari.

f. Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh progesteron. Penyebab lainnya yaitu perubahan pola makan selama hamil, dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus.

g. Pigmentasi kulit

Cloasma Gravidarum/topeng kehamilan berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar areola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan Melanotropin Stimulating Hormone/MSH. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (striae livide) atau putih (striae albicans) yang terjadi dari jaringan koagen yang retak diduga karena

pengaruh adrenocortikosteroid. Seringkali terjadi bercak-bercak kemerahan (spider) karena kadar esterogen yang tinggi.

b) Tanda Obyektif (Probability/ Kemungkinan)

a. Pembesaran rahim dan perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot-otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut, ascites, hernia perut bagian depan.

b. Tanda hegar

Ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan manual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.

c. Tanda chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di portio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

d. Tanda piscasek

Pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia 7 sampai 8 minggu.

- e. Tanda Braxton Hicks  
Adanya kontraksi uterus jika dirangsang
- f. Teraba Ballotement  
Jika uterus digoyangkan maka janin akan melenting dalam uterus.
- g. Reaksi pemeriksaan positif  
Teraba gerakan janin saat teraba bagian-bagian kecil  
Terdengar denyut jantung janin

#### **4. Perubahan Anatomis dan Fisiologis dalam Masa Kehamilan**

Banyak perubahan-perubahan yang terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Berikut beberapa perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil, diantaranya:

##### 1) Perubahan Sistem Reproduksi

###### a) Uterus

Uterus mengalami peningkatan ukuran dan perubahan bentuk. Pada saat kehamilan uterus akan membesar pada bulan pertama karena pengaruh dari hormone esterogen dan progesterone yang kadarnya meningkat. Pada wanita hamil berat uterus 1000gram dengan panjang kurang lebih 2,5 cm.

###### b) Decidua

Decidua merupakan sebutan yang diberikan kepada endometrium pada kehamilan. Progesterone dan estrogen pada awalnya diproduksi oleh korpus luteum yang menyebabkan decidua menjadi lebih tebal , lebih vaskuer dan lebih kaya di fundus.

## c) Myometrium

Hormon estrogen sangat berperan dalam pertumbuhan otot di dalam uterus. Pada usia kehamilan 8 minggu, uterus akan mulai menghasilkan gelombang kecil dari kontraksi yang dikenal dengan kontraksi Braxton Hicks.

## d) Serviks

Serviks mengalami pelunakan dan sianosis. Kelenjar pada serviks mengalami proliferasi. Segera setelah terjadi konsepsi, mucus yang kental akan diproduksi dan menutup kanalis servikal.

## e) Vagina dan perineum

Adanya hipervaskularisasi pada saat kehamilan mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiruan (livide). Tanda ini disebut tanda Chadwick.

## f) Ovarium

Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditas kira – kira berdiameter 3 cm. kemudian, ia mengecil setelah plasenta terbentuk.

## g) Payudara (Breast)

Payudara akan membesar dan tegang akibat stimulasi hormone somatomammotropin, estrogen, dan progesterone tetapi belum mengeluarkan air susu.

## h) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat – alat tertentu. Pigmentasi terjadi karena pengaruh melanophore

stimulating hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang – kadang terdapat deposit pigmen pada pipi, dahi dan hidung, yang dikenal dengan kloasma gravidarum. (Sutanto & Fitriana, 2019).

## 2) Perubahan Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodelusi atau pengenceran darah. Volume darah ibu meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari hormon adrenal oleh estrogen. Cardiac output atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari & Intan, 2015).

## 3) Perubahan Psikologis Kehamilan

### a) Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi terutama hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun,

berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

b) Trimester II

Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase praquickening dan pascaquickening. Di masa fase praquickening ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun daeudari keluarganya (Rustikayanti, 2016)

c) Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi.

Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, 2016).

## **5. Tanda Bahaya Kehamilan**

### **1) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I (0 – 12 minggu)**

#### **a) Perdarahan Pada Kehamilan Muda**

Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya Perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, misscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan pada kehamilan muda dikenal beberapa istilah sesuai dengan pertimbangan masing-masing, setiap terjadinya perdarahan pada kehamilan maka harus selalu berfikir tentang akibat dari perdarahan ini yang menyebabkan kegagalan kelangsungan kehamilan (Hadijanto, 2013).

#### **Abortus**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Hadijanto, 2013).

Berdasarkan jenisnya Sujiyatini dkk (2014) menyebutkan abortus dibagi menjadi:

a. Abortus Imminens (threatened)

Suatu abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Suatu abortus iminens dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks. Sementara pemeriksaan dengan real time ultrasound pada panggul menunjukkan ukuran kantong amnion normal, jantung janin berdenyut, dan kantong amnion kosong, serviks tertutup, dan masih terdapat janin utuh.

b. Abortus Insiptien (inevitable)

Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi ostium serviks dengan bagian kantung konsepsi menonjol. Hasil Pemeriksaan USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantung gestasi kosong (5 hingga 6,5 minggu),

uterus kosong (3-5 minggu) atau perdarahan subkorionik banyak di bagian bawah.

c. Abortus Incompletus (incomplete)

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, canalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam cavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan ireguler.

d. Abortus Completus (complete)

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada Pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong.

e. Missed Abortion

Adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

f. Abortus Habitualis (habitual abortion)

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

b) Kehamilan ektopik

Adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopii). Kejadian kehamilan ektopik tidak sama diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian salpingitis seseorang. Di Indonesia kejadian sekitar 5-6 per seribu kehamilan. Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi ruptur dan menjadi kehamilan ektopik terganggu (Hadijanto, 2013).

Tanda dan gejala pada kehamilan muda, dapat atau tidak ada perdarahan pervaginam, ada nyeri perut kanan/kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum. Dari Pemeriksaan fisik didapatkan rahim yang juga membesar, adanya tumor didaerah adneksa. Adanya tanda-tanda syok hipovolemik yaitu hipotensi, pucat dan ekstremitas dingin, adanya tanda-tanda abdomen akut yaitu perut tegang bagian bawah, nyeri tekan dan nyeri lepas dinding abdomen. Dari Pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri.

c) Mola hidatidosa

Adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm.

Menurut Hadijanto (2013) pada permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan. Ada pula kasus-kasus yang uterusnya lebih kecil atau sama besar walaupun jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan jaringan trofoblas tidak begitu aktif sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya *dying mole*. Perdarahan merupakan gejala utama mola. Biasanya keluhan perdarahan inilah yang menyebabkan mereka datang ke rumah sakit.

Gejala perdarahan ini biasanya terjadi antara bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Sifat perdarahan bias intermiten, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak sehingga menyebabkan syok atau kematian. Karena perdarahan ini umumnya pasien mola hidatidosa masuk dalam keadaan anemia.

d) Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktifitas sehari-hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan Hiperemesis Gravidarum.

e) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I.

f) Demam Tinggi

Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme pathogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Pusdiknakes, 2013).

## 2) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13 – 28 minggu)

### a) Demam Tinggi

Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Pusdiknakes, 2013).

### b) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 60 menit.

### c) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah  $<12 \text{ gr\%}$  pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi

### 3) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu)

#### a) Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

#### b) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia (Pusdiknakes, 2013).

#### c) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala,

kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang-kunang. Selain itu adanya skotoma, diploopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah) (Pusdiknakes, 2013).

d) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

e) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda

kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Pusdiknakes, 2013).

f) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim (Marjati dkk, 2014).

g) Kejang

Menurut Lalenoh, D.C. (2018), Munculnya eclampsia atau kejang pada ibu hamil selalu di dahului dengan preeklampsia. Prereklampsia akan ditandai dengan tekanan darah  $>140/90$  mmHg, ditemukannya protein pada urin, dan bisa disertai dengan pembengkakan pada tungkai. Jika tidak mendapatkan penanganan, preeklampsia bisa menyebabkan eklampsia.

h) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 12 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah yaitu kurang dari 2500 gram).

i) Demam Tinggi

Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme pathogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Pusdiknakes, 2013).

## 2.1.2 Konsep Dasar Pre-Eklamsia

### 1. Pengertian Pre-Eklamsia

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah  $\geq 140/90$  MmHg disertai dengan edema dan proteinuria (Faiqoh, 2014).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, tingginya kadar protein dalam urine serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan

adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (new onset hypertension with proteinuria) (POGI, 2016).

Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

## **2. Tanda Gejala Preeklamsia**

Preeklamsia terkadang berkembang tanpa gejala. Tekanan darah tinggi dapat berkembang secara perlahan, tetapi lebih sering diketahui secara mendadak. Oleh karena itu pemantauan tekanan darah sangat karena preeklamsia terlihat pertamakali dari tekanan darah.

1. Tekanan darah sistolik  $\geq 140$ mmHg dan diastolic  $\geq 90$ mmHg pada dua kali pemeriksaan yang berjarak sekitar 4jam
2. Protein berlebih dalam urin (proteinuria) atau tanda-tanda tambahan masalah ginjal
3. Sakit kepala parah
4. Perubahan visi, penglihatan kabur atau sensitivitas cahaya

5. Nyeri perut bagian atas, biasanya dibawah tulang rusuk sebelah kanan
6. Mual atau muntah
7. Out put urine menurun
8. Penurunan kadar trombosit dalam darah (trombositopenia)
9. Gangguan fungsi hati
10. Sesak nafas, yang disebabkan oleh cairan diparu-paru
11. Pembengkakan (edema) khususnya diwajah dantangan, tetapi hal ini dapat terjadi pada kehamilan normal sehingga tanda-tanda ini bukan merupakan tanda gejala yang signifikan

### 3. **Klasifikasi Preeklamsia**

Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan preeklamsia ringan, dikarenakan setiap preeklamsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat. Preeklamsiamendiagnosis pasien hanya ada dua kriteria yaitu preeklamsia dan preeklamsia berat, kriteria diagnosis sebagai berikut: (POGI, 2016)

- 1) Preeklamsia dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg pada kesempatan setidaknya 4 jam terpisah setelah 20 minggu kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal dan ada minimal satu dari gejala berikut:
  - a) Proteinuria : Dispstick  $> +1$  atau  $> 300$  mg/24 jam

- b) Gangguan ginjal: kreatinin serum  $> 1,1$  mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- c) Edema Paru
- d) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi traminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/region kanan atas abdomen
- e) Trombositopenia: trombosit  $< 100.000$ /mikroliter
- f) Didapatkan gejala neurologis : nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan.
- g) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya Absent Or Reversed And Diastolic Velocity(ARDV).

## 2. Preeklampsia Berat

Ada salah satu tanda dari:

- a) Tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg
- b) Proteinuria : Dispstick  $> +1$  atau  $> 300$  mg/24 jam
- c) Gangguan ginjal: kreatinin serum  $> 1,1$  mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- d) Edema Paru

- e) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi traminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/region kanan atas abdomen
- f) Trombositopenia: trombosit < 100.000/mikroliter
- g) Didapatkan gejala neurologis : nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- h) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya Absent Or Reversed And Diastolic Velocity(ARDV)

#### **4. Etiologi**

Sampai saat ini terjadinya preeklampsia belum diketahui penyebabnya, tetapi ada yang menyatakan bahwa preeklampsia dapat terjadi pada kelompok tertentu diantaranya yaitu ibu yang mempunyai faktor penyebab dari dalam diri seperti umur karena bertambahnya usia juga lebih rentan untuk terjadinya peningkatan hipertensi kronis dan v menghadapi risiko lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, riwayat melahirkan, keturunan, riwayat kehamilan, riwayat preeclampsia. (Wardani et all, 2015)

#### **5. Factor Resiko**

Wanita hamil cenderung mudah dan mengalami preeklampsia bila mempunyai faktor risiko preeklampsia antara lain (POGI, 2016)

1) Usia < 20 tahun atau >35 tahun

Usia reproduksi sehat dikenal bahwa usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Preeklampsia lebih sering didapatkan pada masa awal dan akhir usia reproduktif yaitu usia remaja atau di atas 35 tahun. Umur berisiko (<20 tahun dan >35 tahun) lebih besar mengalami preeklampsia. (Cunningham, 2013)

2) Status Gravida

Gravida adalah wanita yang sedang hamil. Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertamakali. Pada primigravida frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multipara karena faktor imunologik yaitu adanya ketidakcocokan yang berlebihan antara ibu dan janin, insiden kejadian preeklampsia 3-10% (Cunningham, 2014).

Wanita yang telah banyak melahirkan yaitu lebih dari tiga, rentan terhadap komplikasi yang serius salah satunya preeklampsia dimana paritas yang tinggi kemungkinan terjadi gangguan pertumbuhan plasenta karena kondisi rahim yang kurang subur.

Menurut penelitian Utami (2018), faktor paritas yang sebagian besarnya adalah paritas satu, ada pengaruh yang signifikan terhadap kejadian preeklampsia.

Menurut penelitian Sukma Putri, dkk (2020), faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia adalah paritas <1 dan > 4.

3) Riwayat Preeklampsia Sebelumnya

Perempuan mempunyai risiko lebih besar mengalami preeklampsia pada ibu yang pernah mengalami preeklampsia pada kehamilan dahulu atau yang telah mengidap hipertensi kurang lebih 4 tahun.

4) Riwayat Preeklampsia Keluarga

Wanita hamil yang ibunya pernah mengalami preeklampsia, cenderung berisiko terhadap preeklampsia. Risiko ibu hamil yang ibunya mengalami preeklampsia, dapat terjadi satu diantara empat kemungkinan ibu preeklampsia.

5) Hipertensi Kronik

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang- kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang - kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik. Hipertensi kronis terjadi sebelum kehamilan atau dapat terlihat pada kehamilan sebelum 20 minggu. Pada sebagian besar wanita dengan hipertensi sebelum kehamilan, peningkatan tekanan darah merupakan satu – satunya temuan. Namun, beberapa mengalami komplikasi yang meningkatkan risiko selama kehamilan dan dapat menurunkan angka harapan hidup.

6) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes melitus merupakan kelainan herediter dengan ciri infisiensi atau absennya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam

kehamilan akan menyebabkan banyak kesulitan. Pengaruh diabetes dalam kehamilan adalah abortus dan partus prematurus, hidramnion, preeklampsia, kesalahan letak janin, dan insufisiensi plasenta.

#### 7) Kehamilan Ganda

Preeklampsia lebih sering terjadi pada ibu yang mengandung bayi kembar, karena preeklampsia pada kehamilan kembar terkait dengan massa dari plasenta yang lebih besar, dan juga tingkat sirkulasi plasenta tersebut (Laine et al, 2019). Dalam sebuah penelitian menjelaskan ada hubungan yang signifikan kehamilan kembar dengan kejadian preeklampsia karena dari beban pada sistem kardiovaskular yang lebih besar saat kehamilan kembar (Bergman et al, 2020).

#### 8) Penyakit Jantung

Wanita hamil dengan preeklampsia juga berisiko lebih tinggi mengalami penyakit jantung, gangguan fungsi kardiovaskuler yang parah sering terjadi pada wanita preeklampsia, gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan atau secara iatrogenic ditingkatkan oleh larutan kristaloid intravena. (Cunningham, 2013).

#### 9) Penyakit Ginjal

Beberapa tanda yang menunjukkan menurunnya fungsi ginjal antara lain hipertensi yang semakin tinggi dan terjadi peningkatan jumlah produk buangan yang sudah disaring oleh ginjal di dalam darah (seperti

potassium, urea, dan keratin). Ibu hamil yang menderita sakit ginjal dalam jangka waktu lama biasanya juga menderita tekanan darah tinggi. Ibu hamil dengan riwayat ginjal atau tekanan darah tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami preeklampsia. (Saifuddin, 2016).

#### 10) Obesitas

Obesitas sebelum kehamilan dan Indeks Massa Tubuh saat pertama kali Antenatal Care (ANC) merupakan faktor risiko preeklampsia dan risiko ini semakin besar dengan semakin besarnya IMT pada wanita hamil karena obesitas berhubungan dengan penimbunan lemak yang berisiko munculnya penyakit degenerative. Obesitas adalah adanya penimbunan lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Obesitas dapat memicu terjadinya preeklampsia melalui pelepasan sitokin-sitokin inflamasi dari sel jaringan lemak, selanjutnya sitokin menyebabkan inflamasi pada endotel sistemik.

### 6. **Komplikasi**

Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi berikut ini dapat terjadi pada preeklampsia (Cunningham, 2013):

#### 1) Komplikasi Maternal

##### (a) Eklampsia

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita preeklampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma, eklampsia selalu didahului preeklampsia. Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklampsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain dinamakan eklampsia.

(b) Sindrom Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count (HELLP)

Pada preeklampsia sindrom HELLP terjadi karena adanya peningkatan enzim hati dan penurunan trombosit, peningkatan enzim kemungkinan disebabkan nekrosis hemoragik periporta di bagian perifer lobules hepar. Perubahan fungsi dan integritas hepar termasuk perlambatan ekskresi bromosulfoftalein dan peningkatan kadar aspartat aminotransferase serum.

(c) Ablasi retina

Ablasi retina merupakan keadaan lepasnya retina sensoris dari epitel pigmen retina. Gangguan penglihatan pada wanita dengan preeklampsia juga dapat disebabkan karena ablasi retina dengan kerusakan epitel pigmen retina karena adanya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah akibat penimbunan cairan yang terjadi pada proses peradangan. Gangguan pada penglihatan karena perubahan pada retina.

(d) Gagal ginjal

Selama kehamilan normal, aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat cukup besar. Dengan timbulnya preeklampsia, perfusi ginjal dan glomerulus menurun. Pada sebagian besar wanita dengan preeklampsia, perfusi ginjal dan filtrasi glomerulus menurun. Pada sebagian besar wanita dengan preeklampsia penurunan ringan sampai sedang laju filtrasi glomerulus terjadi akibat berkurangnya volume plasma sehingga

kadar kreatinin plasma hampir dua kali lipat dibanding kadar normal selama hamil.

(e) Edema Paru

Penderita preeklampsia mempunyai risiko besar terjadinya edema paru disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapiler paru dan menurunnya dieresis.

(f) Kerusakan hati

Vasokonstriksi menyebabkan hipoksia sel hati. Sel hati mengalami nekrosis yang diindikasikan oleh adanya enzim hati seperti transaminase aspartat dalam darah. Kerusakan sel endothelial pembuluh darah dalam hati menyebabkan nyeri karena hati membesar dalam kapsul hati. Hal ini dirasakan oleh ibu sebagai nyeri epigastrik.

(g) Penyakit kardiovaskuler

Gangguan berat pada fungsi kardiovaskuler normal lazim terjadi pada preeklampsia atau eklampsia. Gangguan ini berkaitan dengan peningkatan afterload jantung yang disebabkan hipertensi, preload jantung, yang sangat dipengaruhi oleh tidak adanya hipervolemia pada kehamilan akibat penyakit atau justru meningkat secara iatrogenik akibat infus larutan kristaloid atau onkotik intravena, dan aktivasi endotel disertai ekstrasvasasi cairan intravascular ke dalam ruang ekstrasel, dan yang penting ke dalam paru – paru.

#### (h) Gangguan Saraf

Tekanan darah yang meningkat pada preeklampsia dan eklampsia menimbulkan gangguan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan perdarahan atau edema jaringan otak atau terjadi kekurangan oksigen (hipoksia otak). Manifestasi klinis dari gangguan sirkulasi, hipoksia atau perdarahan otak menimbulkan gejala gangguan saraf di antaranya gejala objektif yaitu kejang (hiperrefleksia) dan koma.

#### 2) Komplikasi pada janin

##### (a) Pertumbuhan janin terhambat

Ibu hamil dengan preeklampsia dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat karena perubahan patologis pada plasenta, sehingga janin berisiko terhadap keterbatasan pertumbuhan.

##### (b) Prematuritas

Preeklampsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi uteroplasenta, pada waktu lahir plasenta terlihat lebih kecil daripada plasenta yang normal untuk usia kehamilan, premature aging terlihat jelas dengan berbagai daerah yang sinsitianya pecah, banyak terdapat nekrosis iskemik dan posisi fibrin intervilosa. (Saifudin, 2016).

##### (c) Fetal Distress

Preeklampsia dapat menyebabkan kegawatan janin seperti sindroma distress napas. Hal ini dapat terjadi karena

vasospasme yang merupakan akibat kegagalan invasi trofoblas kedalam lapisan otot pembuluh darah sehingga pembuluh darah mengalami kerusakan dan menyebabkan aliran darah dalam plasenta menjadi pada janin yang akan menjadikan gawat janin terhambat dan menimbulkan hipoksia pada janin yang akan menjadikan gawat janin. (Saifuddin, 2016)

## **6. Penanganan Preeklamsia**

### **1) Manajemen Ekspektatif atau Aktif**

Tujuan umum dari manajemen ekspektatif adalah untuk memperbaiki luaran perinatal dengan mengurangi morbiditas neonatal serta memperpanjang usia kehamilan tanpa membahayakan ibu.

Odendaal, dkk melakukan uji kontrol acak (randomized Controlled Trial / RCT) pada pasien dengan preeklamsia berat yang mendapat terapi ekspektatif. Dari uji tersebut di dapatkan hasil tidak terdapat peningkatan komplikasi pada ibu, sebaliknya dapat memperpanjang usia kehamilan, mengurangi kebutuhan ventilator pada neonatus dan mengurangi komplikasi total pada neonatal (POGI, 2016).

Menurut Prawirohardjo (2013), Preeklamsia pada usia kehamilan aterm kehamilan dapat diakhiri. Sangat penting untuk mengetahui bahwa semua modalitas terapi yang dilakukan hanyalah bersifat paliatif (untuk meningkatkan kualitas hidup pasien) dan penyakit tersebut bersifat progresif hingga saat persalinan terjadi.

Pengelolaan obstetrik tergantung dari umur kehamilan, berat ringannya penyakit, respon terhadap terapi dan kemampuan perinatologi. Pada preeklampsia berat, harus mempertimbangkan umur kehamilan, maturitas paru, respon terhadap pengobatan, kemampuan perinatologi, serta komplikasi maternal. Sambil memberikan pengobatan kehamilan diakhiri jika :

- a) Indikasi perawatan aktif ialah bila terdapat satu/lebih keadaan berikut:

Pada Ibu

- a) Umur kehamilan  $\geq 37$  minggu.
- b) Adanya tanda-tanda atau gejala-gejala Impending eclampsia.
- c) Kegagalan terapi pada perawatan konservatif, yaitu keadaan klinik dan laboratorik memburuk.
- d) Diduga terjadi solusio plasenta
- e) Timbul onset persalinan, ketuban pecah, atau perdarahan.

Pada Janin

- a) Adanya tanda-tanda fetal distress
- b) Adanya tanda-tanda intra uterin growth retardation (IUGR)
- c) NST non reaktif dengan profil biofisik abnormal.
- d) Terjadinya oligohidramnion.

Pada pemeriksaan Laboratorik

Adanya tanda-tanda “Sindroma HELLP” khususnya menurunnya trombosit dengan cepat.

Menurut POGI (2016) manajemen ekspektatif pada pasien dengan preeklamsia berat yaitu :

- a) Tersedia fasilitas perawatan maternal dan neonatal intensif
- b) Usia kehamilan : Janin viabel – 34 minggu
- c) Rawat Inap
- d) Di evaluasi di kamar bersalin dalam 24-48 jam
- e) Pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru, Magnesium sulfat profilaksis dan antihipertensi
- f) Stop pemberian MgSO<sub>4</sub> dalam 24 jam
- g) USG untuk mengevaluasi kesejahteraan janin, gejala dan pemeriksaan laboratorium
- h) Evaluasi Ibu dan janin setiap hari
- i) Jika usia > 34 minggu sudah masuk masa inpartu dan di dapatkan perburukan maternal atau fetal maka lakukan persalinan

## 2) Perawatan Konservatif

Menurut Prawirohardjo (2013), penderita preeklamsia berat harus segera masuk rumah sakit untuk rawat inap dan dianjurkan tirah baring miring ke satu sisi (kiri). Perawatan yang penting pada preeklamsia berat ialah pengelolaan cairan karena penderita preeklamsia dan eklampsia mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya edema paru dan oliguria. Sebab terjadinya kedua keadaan tersebut belum jelas, tetapi faktor faktor yang sangat menentukan terjadinya edema paru dan oliguria ialah hipovolemia, vasospasme dan

kerusakan sel endotel. Oleh karena itu monitoring input cairan (melalui oral ataupun infus) dan output cairan (melalui urin) menjadi sangat penting. Artinya harus dilakukan pengukuran secara tepat berupa jumlah cairan yang dimasukkan dan dikeluarkan melalui urin. Bila terjadi tanda-tanda edema paru, segera dilakukan tindakan koreksi.

Dalam pemberian terapi pada preeklamsia ada dua hal yaitu pemberian  $MgSO_4$  sebagai antikonvulsan (anti kejang) dan anti hipertensi. Pemberian terapi  $MgSO_4$  dan antihipertensi adalah sebagai berikut:

a) Pemberian obat antikejang

1. Obat antikejang adalah:

a.  $MgSO_4$

Obat antikejang yang banyak dipakai di Indonesia adalah Magnesium sulfat ( $MgSO_4$ ). Magnesium sulfat menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskular. Transmisi neuromuskular membutuhkan kalsium pada sinaps. Pada pemberian magnesium sulfat, magnesium akan menggeser kalsium, sehingga aliran rangsangan tidak terjadi (terjadi kompetitif inhibition antar ion kalsium dan ion magnesium). Kadar kalsium yang tinggi dalam darah dapat menghambat kerja Magnesium Sulfat. Magnesium Sulfat sampai saat ini tetap menjadi pilihan utama untuk antikejang pada preeklampsia atau eklampsia

## 2. Syarat-syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>:

- a. Harus tersedia antidotum MgSO<sub>4</sub>, bila terjadi intoksikasi yaitu Kalsium Glukonas 10 % = 1 g (10 % dalam 10 cc) diberikan i.v selama 5 menit.
- b. Refleks patella (+) kuat.
- c. Frekuensi pernapasan >16 kali/menit, tidak ada tanda-tanda distress napas.
- d. Frekuensi Urin >30 mg/ml
- e. Magnesium sulfat dihentikan bila ada tanda-tanda intoksikasi dan setelah 24 jam pasca persalinan atau 24 jam setelah kejang terakhir.

## 3. Cara Pemberian Magnesium Sulfat

### Magnesium sulfat regimen

- a. Loading dose: initial dose  
4gram MgSO<sub>4</sub> di berikan secara intravena (40 % dalam 10 cc) dicampurkan dengan aquades 10 cc dan di suntikkan selama+ 15 menit. MgSO<sub>4</sub> bisa di berikan melalui IM yaitu Bokong kanan dan bokong kiri dengan dosis 8 mg MgSO<sub>4</sub> 40% yang berarti 20 cc atau 4 mg (10 cc) pada bokong kanan dan 4 mg (10 cc) pada bokong kiri di berikan selama 15 menit.
- b. Maintenance dose  
Diberikan melalui infus drip 6 gram atau 15 cc MgSO<sub>4</sub> 40% dalam larutan Ringer Laktat 500 cc diberikan 28 tpm.

## b) Pemberian Anti Hipertensi

Pemberian antihipertensi masih banyak pendapat dari berbagai negara tentang penentuan batas (cut off) tekanan darah, untuk pemberian antihipertensi. Misalnya Belfort mengusulkan cut off yang dipakai adalah  $\geq 160/110$  mmHg.

Jenis obat antihipertensi yang diberikan di Indonesia adalah Nifedipin. Dosis awalnya 10-20 mg, diulangi 30 menit bila perlu. Dosis maksimum 120 mg per 24 jam. Nifedipin tidak boleh diberikan sublingual karena efek vasodilatasi sangat cepat, sehingga hanya boleh diberikan per oral. Nifedipin termasuk dalam golongan Dihidropiridin/Calcium Channel Blockers (CCB). Jenis obat antihipertensi yang diberikan di Amerika adalah Hidralazin, akan tetapi di Indonesia obat tersebut tidak tersedia.

Indikasi perawatan konservatif ialah bila kehamilan preterm  $\leq 37$  minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eclampsia dengan keadaan janin baik. Diberi pengobatan yang sama dengan pengobatan medikamentosa pada pengelolaan secara aktif. Magnesium sulfat dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda preeklampsia selambatlambatnya dalam waktu 24 jam. Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan, keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medikamentosa dan harus diterminasi. Penderita boleh dipulangkan bila penderita kembali ke gejala-gejala atau tanda-tanda preeklampsia ringan

### Pemberian Antihipertensi

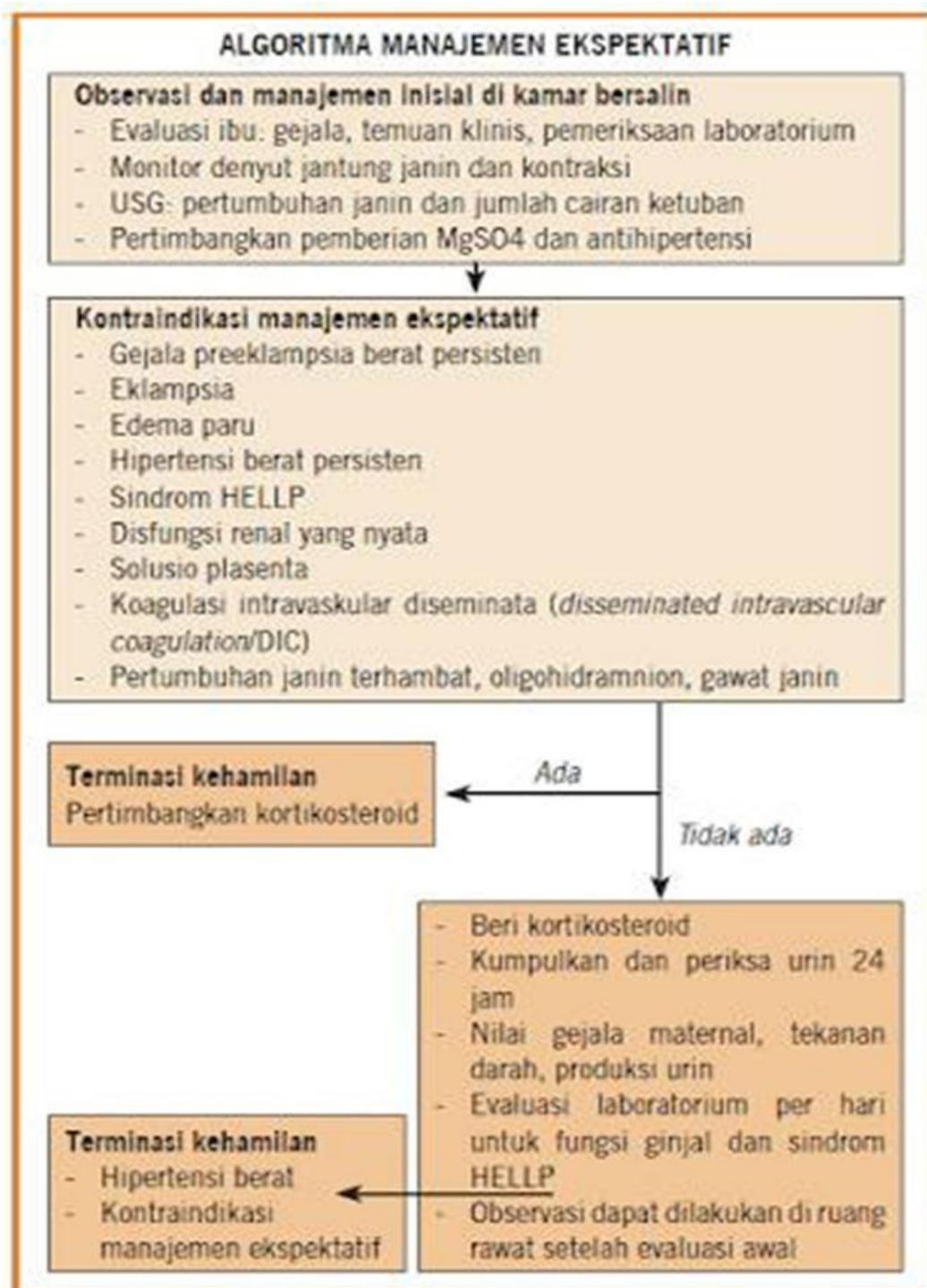
- a. Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi anti hipertensi
- b. Pilihan anti hipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dan ketersediaan obat. Beberapa jenis anti hipertensi yang dapat digunakan misalnya: Anti hipertensi golongan ACE inhibitor (misalnya kaptopril), ARB (misalnya valsartan), dan klorotiazid dikontraindikasikan pada ibuhamil.
- c. Ibu yang mendapat terapi hipertensi dimasa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi antihipertensi hingga persalinan
- d. Terapi antihipertensi dianjurkan untuk hipertensi pasca salin berat

**Tabel 2.1 Jenis Obat Antihipertensi**

<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Keterangan</b>
Nifedipi	4 x 10-30 mg per oral (shortacting) 1x20-30 mg per oral (long acting/adalat OROS)	Dapat menyebabkan hipoper fusi pada ibu dan janin bila diberikan sublingual
Nikardipin	5 mg/jam, dapat dititrasi 2,5mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10mg/jam	Blokir saluran kalsium yang kuat dengan tindakan vasodilator
Metildopa	2 x 250-500 mg peroral (dosis maksimum 2000 mg/hari)	Metildopa bekerja dengan cara merelaksasi pembuluh darah sehingga darah bisa mengalir lebih mudah melalui tubuh.

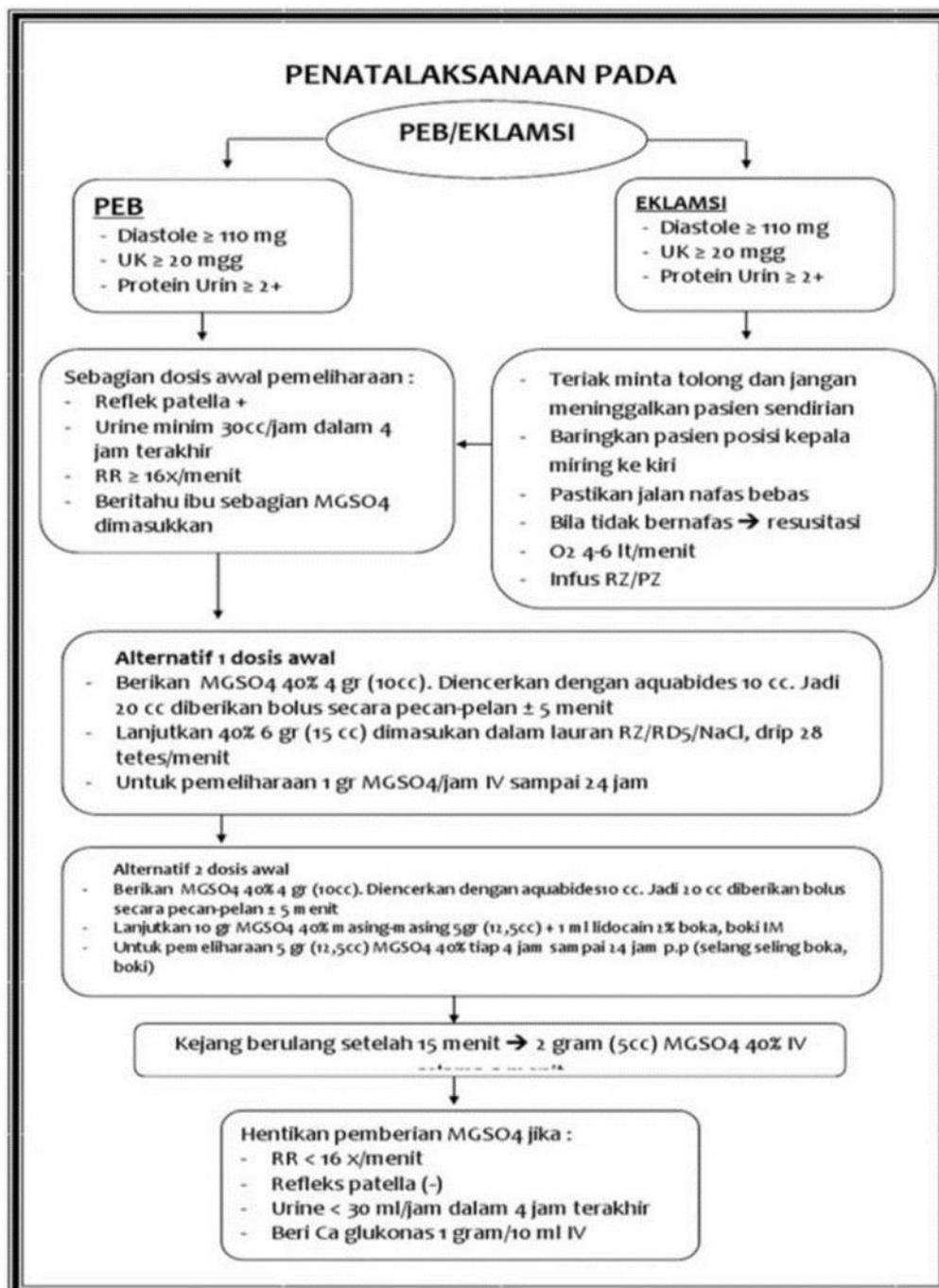
Sumber : Mayovclinic.2018

Gambar 2.1 Algoritma Manajemen Ekspektatif



Sumber : Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu

Gamaar 2.2 Penatalaksanaan Pre-Eklamsi



Sumber : Karisma Dwijayanti

### **2.1.3 Konsep Dasar Ibu Hamil Dengan Faktor Resiko Umur > 35 tahun**

#### **1. Pengertian Kehamilan Resiko Tinggi**

Menurut Hapsari (2014), Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan dan ketidakpuasan.

Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau janin resiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif. Sampai pada waktunya, harus diambil sikap tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayinya atau hanya dipilih ibunya saja. Keadaan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung disebut sebagai faktor risiko, semakin banyak faktor risiko yang ditemukan pada kehamilan maka semakin tinggi pula risikonya (Hapsari, 2014).

Komplikasi pada saat kehamilan dapat dikategorikan dalam risiko kehamilan, sebanyak 90% penyebab kematian terjadi karena komplikasi obstetric yang tidak terduga saat kehamilan, saat persalinan atau pasca persalinan dan 15% kehamilan diperkirakan berisiko tinggi dan dapat membahayakan ibu dan janin (Hapsari, 2014).

#### **2. Kriteria Kehamilan Berisiko**

Menurut Hapsari (2014), Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel

dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir. Menurut Hapsari (2014), berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi :

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Kehamilan resiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil beresiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan resiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor resiko. Persalinan dengan kehamilan resiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.
- b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) Kehamilan resiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$ . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRS merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal

### 3. Pengelompokan Faktor Resiko Tinggi Kehamilan

Menurut Hapsari (2014), faktor resiko tinggi kehamilan antara lain:

1. Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan  
Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.
2. Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.

### 4. Batasan Faktor Risiko

Menurut Hapsari (2014), Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) merupakan banyak faktor atau kriteria – kriteria risiko kehamilan. Ibu hamil primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil  $\leq 2$  tahun, Tinggi Badan (TB)  $\leq 145$  cm, riwayat penyakit, kehamilan hidramnion dan riwayat tindakan ini merupakan faktor fisik pertama yang menyebabkan ibu hamil berisiko.

- 1) Primi muda ibu yang hamil pertama kali pada usia  $\leq 16$  tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu

premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. Hasil penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur < 20 tahun (Hapsari, 2014).

2) Primi tua

a) Lama perkawinan ibu  $\geq 4$  tahun dan mengalami kehamilan pertama setelah masa pernikahan dan pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi KB (Hapsari, 2014).

b) Pada umur ibu  $\geq 35$  tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. Menurut hasil penelitian usia  $\geq 35$  tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan (Hapsari, 2014).

## 1. Primi tua sekunder

Ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah  $\geq 10$  tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB (Hapsari, 2014)

### a) Ibu hamil dengan usia $>35$ tahun

Pada umur ibu  $\geq 35$  tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. Menurut hasil penelitian usia  $\geq 35$  tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan (Hapsari, 2014). Pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Bahaya yang dapat terjadi diantaranya:

#### 1. Resiko pada bayi

Asfiksia neonatus merupakan suatu keadaan dimana bayi baru lahir mengalami gangguan

tidak segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti persalinan lama, adanya lilitan tali pusat dan presentasi janin abnormal (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Kelainan congenital dan persalinan prematur merupakan penyebab penting dari kematian anak, penyakit kronik, maupun kecacatan. Penyebab terjadinya kelainan kongenital pada bayi masih banyak yang belum diketahui. Namun umumnya dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik, maupun gabungan dari keduanya. Faktor instrinsik ialah faktor genetik dan kromosom sedangkan ekstrinsik ialah infeksi, usia ibu, nutrisi, radiasi, obat-obatan, maupun sosial ekonomi. Telah diketahui bahwa syndrom down lebih sering ditemukan pada wanita yang melahirkan mendekati usia menopause. Frekuensi ini lebih meningkat pada ibu yang berusia >30 tahun dan akan semakin meningkat pada usia >40 tahun (Nurarif dan Kusuma, 2015).

BBLR merujuk pada bayi yang dengan berat kurang dari 2.500 gram pada waktu lahir dapat

disebabkan oleh umur kehamilan >37 minggu. Jolly et al menyebutkan dalam penelitiannya terdapat distribusi yang luas pada ibu dengan usia tua untuk melahirkan bayi dengan KMK (kecil masa kehamilan). Selain itu ibu dengan usia lebih tua memiliki resiko 1,29x lebih tinggi untuk melahirkan bayi BBLR. Hal ini dapat dihubungkan dengan semakin buruknya perfusi plasenta atau aliran nutrisi transplasenta pada ibu berusia tua (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Persalinan prematur mengacu pada persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu baik karena persalinan spontan maupun dengan induksi atau indikasi pada ibu maupun janin. Berdasarkan berbagai penelitian, ibu dengan usia tua secara signifikan memiliki kecenderungan untuk melahirkan sebelum minggu ke 34 dan 37 serta memiliki insiden kecil masa kehamilan (Nurarif dan Kusuma, 2015)

## 2. Resiko pada ibu

Salah satu faktor yang berpengaruh dalam kejadian preeklamsia ialah usia maternal. Penelitian di Finland menyatakan bahwa insiden preeklamsia

meningkat 1,6x lebih banyak pada ibu hamil di usia tua dibanding ibu hamil yang berusia lebih muda (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Diabetes gestasional merupakan suatu keadaan intoleransi glukosa. Meskipun begitu hanya 3-5% wanita hamil yang kemudian menderita diabetes gestasional. Seiring bertambahnya usia kehamilan, jaringan yang mengalami resistensi terhadap insulin semakin meningkat, sehingga menciptakan peningkatan kebutuhan insulin. Resiko ini semakin tinggi pada usia >35 tahun (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi diatas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum. Usia ibu yang semakin lanjut meningkatkan resiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dari 100 kehamilan pada perempuan kelompok usia >35 tahun (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pecahnya ketuban pada kehamilan prematur pada banyak kasus tidak diketahui sebabnya, namun infeksi intrauterin asimtomatik merupakan

prekursor tersering terjadinya KPD. Usia tua merupakan faktor resiko terjadinya bakteriuria asimtomatik pada kehamilan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Serotinus adalah kehamilan lewat bulan dengan dengan kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih, pada siklus haid teratur rata-rata 2 hari dan hari pertama haid terakhir diketahui dengan pasti. Diagnosis usia kehamilan lebih dari 42 minggu (Nugroho, 2017). Pemeriksaan penunjang pada kehamilan lewat waktu yaitu USG untuk menilai usia kehamilan, oligahidramnion, derajat maturitas plasenta, KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin, penilaian warna air ketuban dengan amnioskopi (tes tanpa tekanan dinilai reaktif atau tidak ada dan tes tekanan oksitosin), pemeriksaan sitology dengan indeks kariopiknotik (Nita dan Norma 2013)

Hipertensi adalah suatu ketika tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi, Hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg dalam dua kali pengukuran atau lebih. Hasil penelitian menurut Kaimmudin (2018) mengatakan bahwa ada hubungan yang

signifikan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian Hipertensi dalam kehamilan dengan pvalue 0,001 (Kaimudin, 2018). Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian Puspitasari (2015), dimana penelitian tersebut menunjukkan hasil ibu hamil pada usia resiko tinggi dalam kehamilan (> 35 tahun mempunyai resiko 2,774 kali untuk mengalami Hipertensi dalam kehamilan (Puspitasari 2015). Dari data diatas menunjukkan bahwa ada penjelasan tentang hubungan antara usia maternal dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan.

#### **2.1.4 Asuhan Antenatal Care**

##### **1. Pengertian ANC**

Antenatal care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (Suarayasa, 2020).

##### **2. Manfaat ANC**

Antenatal care yang dilakukan secara rutin bermanfaat untuk memfasilitasi hubungan saling percaya antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan, sehingga tumbuh rasa tanggungjawab bersama untuk menjaga kehamilan tetap sehat sampai pada proses kelahiran (Suarayasa, 2020)

### 2.1.5 Standart Asuhan Kehamilan

Menurut Walyani dan Purwoastuti, 2015, Kemenkes Republik Indonesia menetapkan standar pelayanan/ asuhan standart minimal “10 T” :

1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Serta pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

2) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya tekanan darah tinggi disertai odema pada wajah dan tungkai bawah dan proteinuria (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

3) Nilai status gizi

Pengukuran ini hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko (KEK) yaitu kurang energi kronis (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi perubahan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal, dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Dan penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap kali kunjungan antenatal (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

6) Vaksinasi tetanus

Untuk mencegah tetanus neonatorum agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

7) Pemberian tablet penambah darah

Untuk mencegah anemia zat besi, ibu hamil harus mendapatkan tablet penambah darah dan asam folat selama kehamilan minimal 90 tablet (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

8) Tes laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Ini bertujuan untuk mengetahui indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

9) Tatalaksana kasus

Bagi ibu hamil dengan risiko tinggi, maka akan ada tatalaksana kasus yang memastikan calon ibu mendapat perawatan dan fasilitas kesehatan memadai. Pihak rumah sakit atau dokter akan mendiskusikan opsi-opsinya dengan ibu (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

## 10) Temu wicara

Apapun yang ditanyakan selama proses kehamilan bisa disampaikan saat temu wicara dengan dokter. Ini termasuk bagian dari proses pemeriksaan ANC. Tanyakan segala hal terkait kehamilan agar mendapat informasi sejelas-jelasnya saat sedang konsultasi (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

**Tabel 2.2 Jadwal Pemeriksaan ANC**

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Trimester I	0-14 minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan</li> <li>b. dengan ibu hamil.</li> <li>c. Anamnesis lengkap mengenai riwayat obstetric dan ginekologi.</li> <li>d. Pemeriksaan secara head to toe.</li> <li>e. Pemeriksaan laboratorium lengkap.</li> <li>f. Penilaian resiko kehamilan.</li> <li>g. KIE tentang pemenuhan gizi ibu hamil dan pencegahan anemia</li> <li>h. dengan mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).</li> <li>i. Pemberian imunisasi TT 1.</li> </ul>
Trimester II	15-28 minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sama dengan pemeriksaan sebelumnya.</li> <li>b. Analisa keluhan dan gerakan janin.</li> <li>c. Mengenali kelainan letak janin atau plasenta dengan menganjurkan pemeriksaan USG.</li> <li>d. KIE cara perawatan payudara.</li> <li>e. Pemberian imunisasi TT 2 dan vitamin bila perlu.</li> </ul>
Trimester III	>28 minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sama dengan pemeriksaan sebelumnya</li> <li>b. Pemeriksaan laboratorium ulang.</li> <li>c. KIE senam hamil, perawatan payudara dan gizi.</li> </ul>

- >37 minggu
- a. Sama dengan pemeriksaan sebelumnya
  - b. KIE tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan rencana untuk melahirkan serta pemberian
  - c. KIE atau gambaran secara singkat terkait KB IUD pascasalin.

---

Sumber: Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu

## 2.2 Teori Konsep Dasar Persalinan

### 1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Walyani, 2016)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Walyani, 2016)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) dari dalam uterus ke dunia luar melalui jalan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan berlangsung selama 18 jam.

### 2. Sebab Sebab Mulainya Persalinan.

#### a) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Rohani, Saswita dan Marisah, 2014).

b) Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu, produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Rohani, Saswita dan Marisah, 2014).

c) Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofise pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Rohani, Saswita dan Marisah, 2014).

d) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan (Rohani, Saswita dan Marisah, 2014)

e) Teori iritasi mekanik

Dibelakang servik terdapat ganglion servikale. Bila ganglion ini digeser atau ditekan oleh kepala janin akan menimbulkan kontraksi (Mutmainah, Johan dan Llyod, 2017).

### **3. Macam-Macam Persalinan**

- a) Persalinan Spontan adalah seluruh persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b) Persalinan buatan adalah persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
- c) Persalinan anjuran adalah kekuatan yang diperlukan untuk persalinan dan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsangan (Yulianti & Sam, 2019)

### **4. Tanda-Tanda Persalinan**

- a) Terjadinya Lightening atau Terjadinya Penekanan
- b) Terjadinya tekanan pada bagian bawah daerah panggul 2 minggu sebelum bersalin sehingga secara spesifik ibu merasakan frekuensi berkemih meningkat, kram kaki, serta edema pada bagian kaki.
- c) Terjadinya his permulaan
- d) Ibu merasakan rasa nyeri ringan, datangnya tidak teratur, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas.
- e) Perut kelihatan melebar dan fundus menurun.
- f) Perasaan sering buang air kecil.
- g) Serviks mulai mendatar (Yulianti & Sam, 2019)

### **5. Tahapan Persalinan**

#### **1. Kala I (Kala Pembukaan)**

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-

pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014) yaitu :

- a) Fase laten, di mana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase menurut (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014) yaitu :
  - a) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).
  - b) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).
  - c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

## 2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada

primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

Tanda dan gejala kala II yaitu his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

Diagnosa kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap, terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

Gejala dan tanda kala II persalinan:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 5 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
  - (1) Kepala membuka pintu
  - (2) Subociput bertindak sehingga hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka. Serta kepala seluruhnya.

- (3) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- (4) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
  - a. Kepala dipegang pada os occiput dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
  - b. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
  - c. Bayi lahir diikuti sisa air ketuban

### 3. Kala III Persalinan

Yaitu dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

### 4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut (Rohani, Saswita, & Marisah, 2014).

## 5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Berikut ini merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

#### a) Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot

perut, kontraksi diafragma dan kontraksi dari ligament (Parwatiningsih & dkk, 2021).

b) Passage

Passage atau faktor jalan lahir dibagi menjadi 2 yaitu bagian keras tulang-tulang panggul (kerangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligament) (Parwatiningsih & dkk, 2021).

c) Passanger

Passanger terdiri dari janin, plasenta dan air ketuban yang meliputi sikap janin, presentasi janin, bagian terbawah dan posisi janin (Parwatiningsih & dkk, 2021).

## 6. Asuhan Persalinan Normal

a) Asuhan Persalinan Kala I

1) Penggunaan Partograf

Untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan. Serta data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan.

2) Pemenuhan kebutuhan dasar ibu selama persalinan

(a) Dukungan fisik dan psikologis meliputi mendengarkan dan melakukan observasi, melakukan kontak fisik, bersikap tenang dan menenangkan pasien.

(b) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi.

(c) Kebutuhan eliminasi

Anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan.

(d) Posisi dan ambulasi

Selama persalinan, pemilihan posisi dapat membantu ibu tetap tenang dan rileks.

(e) Pengurangan rasa nyeri

Pengurangan rasa nyeri dapat diberikan secara nonfarmakologis, seperti kompres hangat/dingin, memberikan sentuhan dan pengaturan posisi. (Nurhayati, 2019).

b) Asuhan Persalinan Kala II

1) Pemantauan ibu

(a) Kontraksi atau his

Selama kala II, kontraksi his terjadi secara singkat, kuat, dan sedikit lebih lama, yaitu sekitar 2 menit, lamanya 60-90 detik dan pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit.

(b) Keadaan umum

Pemantauan berikutnya yang dilakukan terhadap ibu yaitu pada keadaan umumnya. Beberapa keadaan umum yang dilihat

yaitu: Kesadaran, TTV, Memastikan kandung kemih kosong, Pemenuhan kebutuhan hidrasi, nutrisi ataupun keinginan ibu.

(c) Kemajuan persalinan

- 1) Pembukaan serviks. Periksa dalam dilakukan setiap 60 menit atau jika ada indikasi.
- 2) Penurunan kepala janin. Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar).

2) Pemantauan janin

(a) Sebelum lahir

- 1) Frekuensi DJJ.
- 2) Bagian terendah janin.
- 3) Penurunan bagian terendah janin.

(b) Saat lahir

Penilaian sekilas sesaat bayi lahir atau APGAR Score.

(Nurhayati, 2019)

c) Asuhan Persalinan Kala III

1) Manajemen aktif kala III

(a) Pemberian suntikan oxytocin.

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Suntikan oksitosin dengan dosis 10 IU dan berikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga bagian atas paha luar.

(b) Penegangan tali pusat terkendali

Lakukan penegangan tali pusat terkendali dengan cara meletakkan tangan kiri di atas simfisis, tegangkan tali pusat dengan tangan kanan, dorong uterus kearah dorsokranial pada saat ada his dan terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta, sementara tangan kanan menegangkan tali pusat. Bila dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi, ulangi pemberian oxytocin.

(c) Massase fundus uteri

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri atau tangan kanan. Konfirmasi dengan kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam setelah pasca persalinan.

2) Pemantauan kala III

- (a) Pemeriksaan plasenta meliputi: selaput ketuban, kelengkapan kotildon, dan tali pusat.
- (b) Pemantauan kontraksi uterus, evaluasi robekan jalan lahir dan perineum.
- (c) Pemantauan TTV meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.

3) Kebutuhan ibu kala III

- (a) Memberi kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- (b) Memberitahu setiap tindakan yang dapat dilakukan.
- (c) Pencegahan infeksi pada kala II.
- (d) Memantau keadaan ibu (TTV, kontraksi, dan pendarahan).
- (e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- (f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- (g) Memberikan motivasi dan pendampingan kala III (Nurhayati, 2019).

d) Asuhan Persalinan Kala IV

Selama satu jam pertama setelah kelahiran, tanda-tanda vital ibu seperti uterus, lokia, perineum, dan kandung kemih dipantau dan dievaluasi secara teratur sampai semua stabil dalam kisaran normal (Nurhayati, 2019)

**7. Penanganan Persalinan dengan Pre-Eklampsia**

Pertimbangan atau terminasi kehamilan pada ibu dengan preeklampsia bayi harus lahir segera dilahirkan dalam 12 jam sejak terjadinya kejang. Induksi persalinan dianjurkan bagi ibu dengan preeklampsia berat dengan janin yang belum viable atau tidak akan viable dalam 1-2 minggu, di mana janin sudah viable namun namun usia kehamilan belum mencapai 34 minggu, manajemen ekspektan dianjurkan, asalkan tidak terdapat kontraindikasi serta pengawasan ketat.

Ibu dengan preeklampsia berat di mana usia kehamilan 34 dan 37 minggu, anjurkan manajemen ekspektan asalkan tidak terdapat hipertensi yang tidak terkontrol, disfungsi organ ibu, dan gawat janin. Lakukan pengawasan ketat. Pada ibu dengan preeklampsia yang kehamilannya sudah aterm persalinan dini dianjurkan serta induksi persalinan.

Pada preeklampsia berat harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklampsia dalam 12 jam sejak gejala eklampsia timbul. Jika terdapat gawat janin, atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklampsia), maka lakukan seksio sesarea, seksio sesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa terdapat koagulopati, anastesi yang aman/terpilih adalah anastesi umum jangan lakukan anastesi lokal, sedang anastesi spinal berhubungan dengan resiko berpotensi, dan jika anastesi yang umum tidak tersedia atau janin mati, aterm terlalu kecil lakukan persalinan pervaginam jika serviks matang lakukan induksi dengan oksitosin 2-5 IU dalam 500 ml dekstrose 10 tetes/menit atau prostaglandin.

Pada preeklampsia tanpa tanda-tanda severitas (bukan preeklampsia berat) dengan kehamilan preterm (<37 minggu), jika tekanan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinan ditunggu hingga aterm. Namun pada kehamilan aterm (>37 minggu), persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk dilakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan.

Sementara pada pasien dengan preeklampsia berat, persalinan/terminasi dipertimbangkan saat usia gestasi sudah lebih dari 34 minggu. Namun, selain pertimbangan usia gestasi, terminasi kehamilan juga

dilakukan jika terdapat kondisi sebagai berikut:

a. Pada ibu:

- 1) Kejang (eklampsia)
- 2) Solusio plasenta
- 3) Ketuban pecah dini
- 4) Sindrom HELLP (Hemolisis, Elevated liver enzymes, Lowplatelet count)
- 5) Perburukan kondisi klinis memburuk

b. Pada janin:

- 1) Adanya tanda-tanda gawat janin
- 2) IUGR (Intrauterine growth retardation)
- 3) Oligohidramnion

Pada preeklampsia berat, persalinan/terminasi harus terjadi dalam 24 jam. Sedangkan pada eklampsia, persalinan/terminasi harus terjadi dalam 6 jam sejak kejang timbul. Jika umur kehamilan sudah aterm atau >37 minggu dan pasien sedang dalam proses bersalin serta terdapat kemajuan yang memadai ditinjau dari partograf dan tidak terdapat komplikasi pada janin atau ibu, lanjutkan percobaan persalinan pervaginam dengan pemantauan janin dan ibu secara ketat.

Setelah ditegakkannya diagnosis preeklampsia berat, induksi atau akselerasi persalinan dan kelahiran pervaginam merupakan tatalaksana ideal. Induksi atau akselerasi persalinan dilakukan, dengan pematangan pada serviks yang dapat dinilai dengan metode Skor Bishop.

**Tabel 2.3 Skor Pelvik menurut Bishop**

Skor	Factor				
	Pembukaan (cm)	Pendataran (%)	Station	Konsistensi Serviks	Posis Serviks
0	Tertutup	0-30	3	Keras	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Sedang	Tengah
2	3-4	60-70	1,0	Lunak	Anterior
3	>5	>80	+1,+2	-	-

Induksi ke persalinan aktif biasanya berhasil pada skor bisop 9 atau lebih dan kurang berhasil pada skor dibawahnya. Akselerasi yaitu induksi persalinan adalah merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Ugmentasi adalah meningkatkan frekuensi lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Menggunakan oksitosin 5- 10 IU dalam cairan dekstroza 5 % sebagai terapi intervena serta keperluan hidrasi.

## **2.3 Teori Konsep Dasar Masa Nifas**

### **1. Pengertian Masa Nifas**

Nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta keluar sampai alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil (Asih & Risneni, 2016).

Masa Nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa pulihnya kembali organ reproduksi setelah melahirkan seperti sebelum hamil dan membutuhkan waktu selama 6 minggu atau 40 hari.

### **2. Tahapan Masa Nifas**

Tahapan masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

- a) Puerperium dini (immediate puerperium), yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan waktu 24 jam postpartum (Walyani & Purwoastuti, 2015).
- b) Puerperium intermedial (early puerperium), suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).
- c) Remote puerperium (late puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami

komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun (Walyani & Purwoastuti, 2015).

### 3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas yaitu :

#### a) Perubahan Sistem Reproduksi

Pada Uterus, Vagina, dan Perineum. Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali sebelum hamil (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Involusi terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil, karena cytoplasma nya yang berlebihan dibuang (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur (Mastiningsih & Agustina, 2019).

Jenis lochea diantaranya adalah:

- (a) Lokhea rubra (Cruenta), muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium serta sisa darah.
- (b) Lokhea sanguinolenta, lochea ini muncul pada hari ke-3-7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
- (c) Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7-14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi.

(d) Lokhea alba, muncul pada hari ke- >14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

b) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan memberikan cairan yang cukup (Walyani & Purwoastuti, 2017).

c) Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2017).

d) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Walyani & Purwoastuti, 2017).

e) Perubahan Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani & Purwoastuti, 2017).

#### **4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas**

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis (Asih & Risneni, 2016).

Menurut Asih dan Risneni (2016), adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini :

a) Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya.

b) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang

baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c) Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

**5. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas**

- a) Nutrisi dan Cairan Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan (GAVI, 2015).
- b) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama (GAVI, 2015).
- c) Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum (GAVI, 2015). Early ambulation tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paruparu, demam dan sebagainya (GAVI, 2015).

- d) Eliminasi Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (GAVI, 2015). Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal (GAVI, 2015).
- e) Personal Hygiene Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi, anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya dan bagi ibu yang mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut (GAVI, 2015).
- f) Istirahat dan Tidur
- Sarankan ibu untuk istirahat yang cukup. Tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (GAVI, 2015).
- g) Seksual
- Ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri (GAVI, 2015).

## 6. Tanda Bahaya Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu:

### a) Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetelia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerperalis adalah kenaikan suhu badan sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

### b) Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai katekisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

### c) Metritis

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat

atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvic yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahan dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

d) Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus.

e) Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

f) Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

g) Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit-penyakit meluar seksual (sexually transmitted disease/STDs), utamanya yang disebabkan oleh chlamydia dan gonorrhea.

h) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

i) Infeksi luka perineum dan luka abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan.

j) Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

## 7. Asuhan pada masa nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), jadwal kunjungan pada masa nifas sebagai berikut.

a) Kunjungan nifas pertama/KF1 (6 jam – 2 hari postpartum)

Pada kunjungan pertama, asuhan yang perlu dilakukan adalah melakukan pencegahan perdarahan dan memberikan konseling pencegahan akibat atonia uteri, mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika diperlukan, pemberian ASI awal, memberikan edukasi tentang cara mepererat hubungan ibu dan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dan mencegah hipotermi (Sari& Rimandini, 2014)

b) Kunjungan nifas kedua/KF2 (3 - 7 hari postpartum)

Pada kunjungan kedua, asuhan yang dilakukan meliputi memastikan involusi uteri tetap berjalan normal, kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilicus, dan tidak ada perdarahan yang abnormal, menilai adanya infeksi dan demam, memastikan ibu dapat beristirahat dengan baik, mengonsumsi nutrisi dan cairan yang cukup, dan dapat menyusui bayinya dengan baik, serta memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir (Sari & Rimandini, 2014)

c) Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8 hari – 28 hari postpartum)

Asuhan yang diberikan pada kunjungan ketiga sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan kedua.

d) Kunjungan nifas keempat (29 hari – 42 hari postpartum)

Pada kunjungan keempat, asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling KB secara dini dan menanyakan hal-hal yang menyulitkan ibu selama masa nifas (Sari & Rimandini, 2014).

## **2.4 Teori Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

### **1. Pengertian Bayi Baru Lahir**

Bayi Baru Lahir Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram dan tanpa tanda – tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya (Noordiati, 2018).

Neonatus normal adalah bayi yang baru lahir dengan usia kehamilan atau masa gestasinya dinyatakan cukup bulan (aterm) yaitu 36-40 minggu. (Mitayani, 2014)

### **2. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal.**

Menurut Maternity, Anjany dan Evrianasari (2018), ciri-ciri bayi baru lahir normal antara lain :

1. Berat badan : 2500 – 4000 gram.
2. Panjang badan lahir : 48 – 52 cm.
3. Lingkar kepala : 33 – 35 cm.
4. Lingkar dada : 30 – 38 cm.
5. Bunyi jantung : 120-160 x/menit.
6. Pernafasan : 40-60 x/menit.
7. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti vernik caseosa.

8. Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
9. Kuku telah agak panjang dan lepas.
10. Genetalia jika perempuan labia mayora telah menutupi labia minora, jika laki-laki testis telah turun, skrotum sudah ada.
11. Refleks hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
12. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
13. Refleks graps atau menggenggam sudah baik.
14. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.  
Mekonium berwarna hitam kecoklatan.

### **3. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir Diluar Uterus**

#### a) Perubahan system pernafasan

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Tetapi ketika janin lahir, maka pertukaran gas harus melalui paru-paru dan bayi bernafas secara mandiri.

#### b) Perubahan system sirkulasi

Setelah lahir darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen.

#### c) Perubahan system termoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan dari rahim ke lingkungan luar. Proses kehilangan panas tubuh bayi terdapat beberapa cara antara lain:

### 1. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

### 2. Konveksi

Kehilangan panas tubuh yang dapat terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.

### 3. Radiasi

Kehilangan panas yang dapat terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

### 4. Evaporasi

Kehilangan panas yang dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

#### d) Perubahan system metabolisme

Untuk memfungsikan otak diperlukan glukosa. Setiap bayi harus dapat mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri.

#### e) Perubahan system gastrointestinal

Kemampuan bayi cukup bulan untuk menelan dan mencerna masih terbatas. Kapasitas lambung terbatas kurang dari 30cc.

#### f) Perubahan system kekebalan tubuh

Sistem imun belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap alergi dan infeksi sehingga dibutuhkan kekebalan alami untuk mempertahankan tubuh (Yulianti & Sam, 2019)

g) Adaptasi system syaraf

Walaupun sistem syaraf belum terintegrasi secara sempurna, namun sistem persyarafan cukup untuk membantu neonatus mempertahankan hidup diluar rahim (Hasnidar & dkk, 2021).

Beberapa refleks alami neonatus (primitif) antara lain:

1. Refleks mencari (rooting reflex).
2. Refleks mengisap (sucking reflex).
3. Refleks menelan (swallowing reflex).
4. Refleks moro (moro reflex).
5. Refleks leher yang tonik (tonic neck reflex).
6. Refleks babinski (babinski reflex).
7. Refleks menggengam (palmar grasping reflex).
8. Refleks melangkah (stepping reflex).

#### **4. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru lahir**

a) Pernafasan bayi

Penafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali permenit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi.

b) Warna kulit

Bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih tebal.

c) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal antara 100-160 kali permenit.

## d) Suhu Aksiler

36,5° C sampai 37,5° C

## e) Postur dan gerakan

Postur normal bayi baru lahir dalam keadaan istirahat adalah kepalan tangan longgar, dengan lengan, panggul dan lutut semi fleksi.

## f) Tonus otot/tingkat kesadaran

Rentang normal tingkat kesadaran bayi baru lahir adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel.

## g) Ekstermitas

Pemerika posisi, gerakan, reaksi bayi bila ektremitas disentuh, dan pembengkakan.

## h) Kulit

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka, tubuh dan punggung pada hari kedua atau selanjutnya. Kulit tubuh, punggung dan abdomen yang terkelupas pada hari pertama juga masih dianggap normal.

## i) Perawatan tali pusat

Normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari

- j) Berat Badan Normal  
2500-4000 gram.
- k) Kepala  
Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung.
- l) Muka  
Tanda-tanda paralitis.
- m) Mata  
Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekurangan kornea, katarak kongenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, pendarahan subkonjungtiva.
- n) Telinga  
Jumlah, bentuk, posisi, kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala serta adanya gangguan pendengaran.
- o) Hidung  
Bentuk dan lebar hidung, pola pernafasan, kebersihan.
- p) Mulut  
Bentuk simetris/tidak, mukosa mulut kering/basah lidah, patum, bercak putih pada gusi, refleks menghisap, adakah labio/palatoskis, trush, sianosis.

## q) Leher

Bentuk simetris/tidak, adakah pembengkakan dan benjolan, kelainan tiroid, hemangioma, tanda abnormalitas kromosom.

## r) Lengan tangan

Gerakan, jumlah jari dan reflek menggenggam.

## s) Dada

Bentuk dan kelainan bentuk dada, puntung susu, gangguan pernafasan auskultasi bunyi jantung dan pernafasan.

## t) Abdomen

Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroksis, omfalokel, bentuk simetris/tidak, palpasi.

## u) Genetalia

Kelamin laki-laki: panjang penis, testis sudah turun berada dalam skrotum, orifusium uretrae di ujung penis, kelainan (fimosis, hipospedia/epispadia). Kelamin perempuan: labia mayora dan labia minora, klitoris, orifisium vagina, orifisium uretra, sekret, dan lain-lain.

## v) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris/tidak, jumlah jari, pergerakan, pes equinovarius/pes equinvarus/pes equinovalgus.

## w) Anus

Berlubang/tidak, posisi, fungsi sfingter ani, adanya astresia ani, meconium plug syndrome, megacolon.

## x) Punggung

Bayi tengkurap, raba kurvutura kolomna vertebralis, skoliosis, pembengkakan, spina bifida, mielomeningokel, lesung/bercak berambut, dan lain-lain.

## y) Pemeriksaan kulit

Verniks caseosa, lanugo, warna, udem, bercak, tanda lahir, memar.

## z) Antropometri:

Berat Badan: 2500-4000 gram

Panjang badan: 48-52 cm

Lingkar Dada: 30-38 cm

Lingkar Kepala: 33-36 cm

Lingkar Lengan Atas: 11-12 cm

## Eliminasi:

Kaji kepatenan fungsi ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah. Bayi baru lahir normal biasanya kencing lebih dari enam kali perhari. Bayi baru lahir normal biasanya bercak cair enam sampai delapan kali perhari. Dicurigai diare apabila frekuensi meningkat, tinja hijau atau mengandung lendir atau darah. Perdarahan vagina pada bayi baru lahir dapat terjadi selama beberapa hari pada minggu pertama kehidupan dan hal ini dianggap normal. (Tando, 2016).

## **5. Tanda dan Bahaya Bayi Baru Lahir**

1. Tidak mau menyusu.
2. Kejang.
3. Lemah.
4. Sesak nafas.
5. Merintih.
6. Pusar kemerahan.
7. Demam atau tubuh terasa dingin.
8. Mata bernanah banyak.
9. Kulit terlihat kuning.
10. Diare.
11. Infeksi.
12. Muntah berlebihan (Diana, 2017).

## **6. Kebutuhan Bayi Sehari-hari**

Ibu harus terbiasa dengan rutinitas merawat bayinya, menggantikan popok atau pakaian bayi, memandikan bayi, menenangkan bayi saat rewel dan menenangkannya. Ketergantungan bayi pada orang dewasa akan melekat pada benak ibu. Gambaran tentang cara kebutuhan bayi meliputi:

- a) Kebutuhan Nutrisi Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari ASI. Tidak saja dalam keuntungan pertumbuhan dan perkembangan

bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi yang akan memberikan dukungan sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak, dan berbagai keuntungan bagi ibu (Saputri, 2019)

## **7. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir**

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama selama kelahiran menurut Rukiyah (2013). Asuhan yang diberikan antara lain :

- a) Pastikan bayi tetap hangat, dengan memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dan kulit ibu, gantilah kain yang basah atau handuk yang basah dan bungkus dengan selimut yang kering dan bersih. Selain itu, dengan memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit, apabila terasa dingin segera periksa suhu axila bayi.
- b) Perawatan mata 1 jam pertama setelah lahir dengan obat mata eritromicin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah infeksi mata karena clamidia
- c) Memberikan identitas pada bayi, dengan memasang alat pengenalan bayi segera setelah lahir. Pada alat pengenalan (gelang) tercantum nama bayi atau ibu, tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin serta unit. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak dalam catatan yang tidak mudah hilang. Semua hasil pemeriksaan dimasukkan kedalam rekam medis.

- d) Memberikan suntikan vitamin K untuk mencegah perdarahan karena desifisiensi vitamin K pada bayi baru lahir. Bayi perlu diberikan vitamin K parental dosis dengan dosis 0,5-1 mg IM.
- e) Memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat dan mengawasi tanda-tanda bahaya. (Rukiyah 2013)
- f) Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip berikut ini :
  - (a) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
  - (b) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan, tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.
- g) Catat seluruh hasil pemeriksaan, bila terdapat kelainan lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS
- h) Memberikan ibu nasihat merawat tali pusat dengan benar yaitu dengan cara :
  - 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat
  - 2) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat nasehatkan hal ini juga pada ibu dan keluarga
  - 3) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.

- 4) Sebelum meninggalkan bayi, lipat popok di bawah puntung talipusat.
  - 5) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
  - 6) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
  - 7) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
  - 8) Jika tetes mata antibiotik profilaksis belum berikan dan berikan sebelum 12 jam setelah persalinan.
- i) Pemulangan bayi
- Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan.
- j) Kunjungan ulang
- Terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir:
- 1) Pada usia 6- 48 jam (kunjungan neonatal 1).
  - 2) pada usia 3-7 hari ( kunjungan neonatal 2)
  - 3) pada usia 8-28 hari ( kunjungan neonatal 3)
- k) Melakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, periksa suhu dan kebiasaan makan bayi.

- l) Tanda- tanda infeksi kulit superfisial seperti nanah keluar dari umbilikuskemerahan disekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan dan pengerasan kulit. Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
- m) Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif, tingkatkan kebersihan, rawat kulit, mata serta tali pusat dengan baik, ingatkan orang tua untuk mengurus akte kelahiran, rujuk bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya dan jelaskan kepada orngtua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

## **8. Kunjungan Pada Neonatus**

Kunjungan neonatus merupakan salah satu pelayan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus. Dengan melakukan Kunjungan Neonatal (KN) selama 3 kali kunjungan, yaitu:

- a) Kunjungan Neonatal I (KN I) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir. Dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit, gerak aktif atau tidak, timbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemeriksaan salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat, dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- b) Kunjungan Neonatal II (KN II) pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari. Lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

- c) Kunjungan Neonatal III (KN III) pada hari ke 8 sampai dengan 28 hari. Setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya. (Kemenkes RI, 2015).

## **2.5 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan.**

### **a. Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen Kebidanan adalah suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan. Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinis untuk mengatasi masalah. (Rita Yulifah, 2013).

### **b. Proses Manajemen Kebidanan**

Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan ada 7 langkah dimanasetiap langkah saling bersambungan atau berulang kembali. Proses penatalaksanaan kebidanan yang telah dirumuskan oleh Varney dalam buku Aning Subiyatin (2017), adalah sebagai berikut:

#### **a) Langkah I Pengumpulan Data Dasar**

Pengumpulan data dasar merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah selanjutnya, sehingga data yang akurat dan lengkap yang berkaitan dengan kondisi klien sangat menentukan bagi langkah interpretasi data. Pengkajian data meliputi data subjektif dan data objektif

## 1. Data Subjektif

Data subjektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:

### a. Biodata

Meliputi: Nama ibu dan suami, Umur, Suku/bangsa, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat (Diana, 2017).

### b. Keluhan Utama

Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya (Diana, 2017).

### c. Riwayat Kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya.

#### b) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benarbenar dalam keadaan sehat, tidak menderita suatu penyakit kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, ginjal, DM dan lainnya.

#### c) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung, DM, asma, hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat

membahayakan apabila penyakit-penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil. (Diana, 2017)

d. Riwayat Kebidanan

a) Riwayat haid

Beberapa hal yang perlu dikaji di dalam riwayat haid meliputi: Umur menarche, Siklus haid (teratur atau tidak), Lama haid, Dysmenorrhea (ya atau tidak), HPHT (Haid Pertama Haid Terakhir).

b) Riwayat Obstetri

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup Bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, Usia gestasi pada saat itu, Tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), Lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), Berat lahir, Jenis kelamin, Komplikasi lain, Kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan.

c) Riwayat kehamilan sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji di dalamnya antara lain:

(a) Berapa kali ibu sudah melakukan ANC.

(b) Dimana ibu memperoleh ANC.

(c) Apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan berapa kali mendapatkannya.

(d) Apakah ibu teratur minum tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang ibu peroleh setiap kali kontrol.

(e) Apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil.

(f) Apakah ibu mempunyai kebiasaan - kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya. (Diana, 2017)

e. Riwayat Perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, sudah berapa kali klien menikah, berapa umur klien dan suami pada saat menikah (Diana, 2017).

f. Riwayat Keluarga Berencana

Meliputi, jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti (Diana, 2017).

g. Pola pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Meliputi, Pola Nutrisi, Pola Eliminasi, Pola Istirahat, Pola Personal Hygiene dan Pola Seksual (Diana, 2017).

h. Riwayat Psikososial

Dikaji meliputi, pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu (Diana, 2017).

## 2. Data Objektif

### 1) Pemeriksaan fisik umum

Meliputi Keadaan umum, Kesadaran, Tinggi badan, Berat badan, LILA (Lingkar Lengan Atas), Pemeriksaan tanda-tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Pernafasan, Suhu) (Diana, 2017).

### 2) Pemeriksaan fisik khusus

#### (a) Inspeksi

Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang. Meliputi Kepala dan rambut, Muka, Mata, Hidung, Mulut, Leher, Payudara, Perut, Genetalia, Ekstermitas. (Diana, 2017).

#### (b) Palpasi

Palpasi adalah Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Meliputi Leher, Dada, Abdomen (Leopold I, Leopold II, Leopold III, Leopold IV). (Diana, 2017).

#### (c) Auskultasi

Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya (Diana, 2017).

#### (d) Perkusi

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. (Diana, 2017).

### 3) Pemeriksaan penunjang

#### (a) Pemeriksaan panggul

Memberi petunjuk kemungkinan ibu hamil mengalami panggul sempit (Diana, 2017).

(b) Pemeriksaan laboratorium

Meliputi Pemeriksaan haemoglobin, Pemeriksaan golongan darah, Pemeriksaan WR dan VDRL, Pemeriksaan urine (Urine Albumin, Urine Reduksi), Pemeriksaan USG, Pemeriksaan HbsAg. (Diana, 2017).

b) Langkah II Interpretasi Data

Untuk mengidentifikasi diagnose atau masalah, Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh profesi bidan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

c) Langkah III Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial.

Pada langkah ketiga ini bidan melakukan identifikasi dan masalah potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ketiga ini merupakan antisipasi bidan, guna mendapatkan asuhan yang aman. Pada tahap ini bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa/potensial terjadi.

d) Langkah IV Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Pada langkah ini bidan melakukan identifikasi dan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera berdasarkan diagnosa/ masalah yang sudah ditegakkan. Kegiatan bidan pada langkah ini adalah

konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. Pada tahap ini bidan ada saatnya harus melakukan tindakan segera karena situasi yang gawat, contohnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir. Dalam kondisi tertentu seorang wanita memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan siapa yang tepat untuk konsultasi atau kolaborasi dalam penatalaksanaan asuhan klien.

e) Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh.

Setelah diagnose dan masalah ditetapkan maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan secara menyeluruh. Rencana menyeluruh ini meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien apa yang akan terjadi apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan rujukan. Bidan dalam melakukan perumusan perencanaan harus bersama klien dan membuat kesepakatan bersama sebelum melakukan tindakan. Asuhan yang diberikan bidan harus sesuai teori yang update.

f) Langkah VI Implementasi.

Pada langkah ini semua perencanaan asuhan dilaksanakan oleh bidan baik secara mandiri ataupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya

g) Langkah VI Evaluasi.

Merupakan langkah terakhir dalam manajemen kebidanan. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Jika dalam pelaksanaannya tidak efektif maka perlu dilakukan pengkajian mengapa proses asuhan tersebut tidak efektif, dan melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. (Subiyatin, 2017)

**c. Metode Pendokumentasian SOAP**

SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Alasan catatan SOAP dipakai dalam pendokumentasian adalah karena metode SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan dalam rencana asuhan, metode SOAP dapat dipakaisebagai penyaring inti sari proses penatalaksanaan kebidanan dalam tujuannya penyediaan dan pendokumentasian asuhan, dan dengan SOAP dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan asuhan yang menyeluruh. Penatalaksanaan manajemen kebidanan SOAP adalah sebagai berikut:

a) Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan, kekhawatiran atau keluhan dari pasien. Pada pasien tunawicara maka dibagian data belakang “S” diberi kode”0” atau “X”.

b) Data Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan/observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

c) Analisa

Analisa merupakan pendokumentasian dari hasil analisis daninterpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisis yang tepat dan akurat, mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien sehingga dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang cepat.

d) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up, dan rujukan (Handayani & Mulyati, 2017)

## **2.6 Landasan Hukum Kewenangan Bidan**

Kewenangan bidan sesuai dengan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin penyelenggaraan praktik bidan, kewenangan bidan meliputi:

A. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
- b. Palayanan kesehatan anak.
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

B. Pasal 19

1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
  - a. Konseling pada masa sebelum hamil.
  - b. Antenatal pada kehamilan normal.
  - c. Persalinan normal.
  - d. Ibu nifas normal.
  - e. Ibu menyusui
  - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :

- (a) Episiotomi.
- (b) Pertolongan persalinan normal.
- (c) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- (d) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
- (e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil.
- (f) Pemberian vitamin A dosis pada ibu nifas.

- (g) Fasilitas/bimbingan insiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- (h) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
- (i) Penyuluhan dan konseling.
- (j) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

### C. Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan :
  - a. Pelayanan neonatal esensial.
  - b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
  - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
  - d. Konseling dan penyuluhan.
- 3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunsasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :
  - (a) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir meliputi pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/kompresi jantung.
  - (b) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penanganan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan kanguru.
  - (c) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering.
  - (d) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- 6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

#### D. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan:

- a. Penyuluhan data dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Pelayanan kontrasepsi oral kondom, dan suntikan.

### **2.7 Standar Asuhan Kebidanan**

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkupnya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. 938/MenKes/SK/VII/2007 yaitu :

Standar I : Pengkajian

Standar II : Interpretasi data

Standar III : Perumusan diagnosa dan atau masalah

Standar IV : Antisipasi penanganan segera

Standar V : Intervensi

Standar VI : Implementasi

Standar VI : Evaluasi

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N UMUR 36**

#### **TAHUN G3P2A0 DI PUSKESMAS SLAWI KABUPATEN TEGAL**

#### **(Studi Kasus Kehamilan Pre-eklampsia dan Usia >35 Tahun)**

### **3.1. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil**

Pada perkembangan kasus ini penulis menguraikan tentang asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada Ny. N dirumah Ny, N desa Kudaile, Kecamatan Slawi Kabupaten Tegal. Untuk melengkapi data, penulis langsung melakukan wawancara dengan klien sebagai catatan dan hasil yang ada serta kasus data ibu hamil, data yang disajikan pada pengkajian sebagai berikut : pada hari senin, 27 Oktober 2022 pukul 16.00 WIB, dirumah Ny. N untuk memeriksa kehamilannya.

#### **2.1.1 PENGUMPULAN DATA**

##### **a. Data Subjektif**

##### **1) Biodata**

Ibu mengatakan bernama Ny. N umur 36 tahun, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SMK, pekerjaan Ibu Rumah Tangga. Suami pasien bernama Tn. Y , umur 39 tahun, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SMU dan beralamat di desa Kudaile Rt 02 Rw 01 Kecamatan Slawi Kabupaten Tegal.

##### **2) Alasan datang**

Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya dengan tujuan untuk mengetahui keadaan ibu dan janinnya.

## 3) Keluhan utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

## 4) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga, dan Ibu mengatakan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan kehamilan yang pertama dengan riwayat hipertensi. Ibu mengatakan persalinan yang pertama dengan persalinan normal, ibu bersalin di RSUD Adella Slawi penolongnya bidan dan dokter, kondisi anaknya sehat dan normal, jenis kelamin laki-laki. Berat badan 2700 gram, umur sekarang 11 tahun, lahir spontan dan selama masa nifas ibu mengatakan tidak ada keluhan. Persalinan yang kedua dengan persalinan normal. Ibu bersalin di RSUD Adella Slawi, penolongnya bidan, kondisi anaknya sehat dan normal jenis kelamin laki-laki. Berat badan 3200 gram, umur sekarang 7 tahun, lahir dengan spontan dan selama masa nifas ibu mengatakan tidak ada keluhan.

## 5) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ini merupakan kehamilan yang ketiga, sudah pernah melahirkan 2 kali dan tidak pernah keguguran. Pemeriksaan *Antenatal care* pertama kali di Puskesmas karena telah mengalami terlambat haid dan timbul tanda-tanda hamil serta telah melakukan test kehamilan dan hasilnya positif. Gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan, dan ibu masih merasakan gerakan janin sampai sekarang.

Sampai saat ini ibu sudah melakukan pemeriksaan hamil 10 kali, pada trimester I sebanyak 1 kali dengan mual, muntah, diberikan terapi Asam folat 400mcg (1x1/hari) dan Vitamin C, pada trimester II, ibu melakukan pemeriksaan 4 kali, 3 kali di puskesmas dan 1 kali di dr.SpOG dengan tidak ada keluhan, diberikan terapi Fe 225 mg(1x1/hari pada malam hari) dan kalsium 500mg (1x1/hari) Pada trimester III ibu melakukan pemeriksaan hamil 5 kali, 3 kali di puskesmas dan 2 kali di dr.SpOG dengan tidak ada keluhan diberi terapi Fe 225mg (1x1/hari), vitamin C, obat penurun tensi Amlodipine (1x1/hari). Selama hamil Tekanan Darah ibu mengalami fluktuasi, Tekanan Darah paling tinggi 150/90 mmHg didapatkan pada 14 Oktober 2022 saat usia kehamilan 33 minggu. Sampai saat ini Ny. N telah melakukan pemeriksaan rutin dan mengkonsumsi obat penurun tensi Amlodipine secara rutin.

#### 6) Riwayat Haid

Ibu pertama kali menstruasi (menarche) pada usia 13 tahun, lamanya haid 7 hari, banyaknya 3-4 kali ganti pembalut, siklus 28 hari, teratur dan merasakan nyeri haid pada hari pertama dan kedua menstruasi. Pada sebelum dan sesudah haid tidak mengalami keputihan. Hari pertama haid terakhir (HPHT): 20 Februari 2022.

## 7) Riwayat Penggunaan Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan alat kontrasepsi KB Suntik 3 bulan selama 5 tahun dan sering mengalami siklus haid yang tidak teratur. Ibu mengatakan setelah melahirkan akan menggunakan KB Implan atau KB Suntik 3 bulan dengan alasan KB Implan jangka waktu nya lama, dan Suntik 3 bulan karena sudah terbiasa.

## 8) Riwayat Penyakit

### 1. Riwayat kesehatan ibu yang pernah diderita

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit infeksi dengan ciri-ciri: batuk lebih dari 2 minggu tidak sembuh, dahak bercampur darah, keringat dingin saat malam hari, BB menurun (TBC), mudah sakit kepala, mata dan kuning (Hepatitis). Keluar cairan kental/encer berwarna putih susu/kuning/hijau, berbau, gatal disertai demam (IMS). Tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti : nyeri dada sebelah kiri seperti ditekan, jantung berdebar, lemas, berkeringat (Jantung), tekanan darah tinggi disertai nyeri kepala, penglihatan kabur, bengkak pada wajah/tangan/kaki (Hipertensi), mudah lapar dan haus pada malam hari, sering BAK dan jika ada luka lama sembuh (Diabetes Militus). Tidak pernah mengalami kecelakaan atau trauma, tidak pernah dioperasi kerana penyakit apapun.

## 2. Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit infeksi dengan ciri-ciri: batuk lebih dari 2 minggu tidak sembuh, dahak bercampur darah, keringat dingin saat malam hari, BB menurun (TBC), mudah sakit kepala, mata dan kuning (Hepatitis). Keluar cairan kental/encer berwarna putih susu/kuning/hijau, berbau, gatal disertai demam (IMS). Tidak sedang menderita penyakit keturunan seperti : nyeri dada sebelah kiri seperti ditekan, jantung berdebar, lemas, berkeringat (Jantung), mudah lapar dan haus pada malam hari, sering BAK dan jika ada luka lama sembuh (Diabetes Militus). Dan mulai TM II tekanan darah ibu tinggi tanpa disertai nyeri kepala, penglihatan kabur, bengkak pada tangan dan kaki.

## 3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit infeksi dengan ciri-ciri: batuk lebih dari 2 minggu tidak sembuh, dahak bercampur darah, keringat dingin saat malam hari, BB menurun (TBC), mudah sakit kepala, mata dan kuning (Hepatitis). Keluar cairan kental/encer berwarna putih susu/kuning/hijau, berbau, gatal disertai demam (IMS). Tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti : nyeri dada sebelah kiri seperti ditekan, jantung berdebar, lemas, berkeringat

(Jantung), tekanan darah tinggi disertai nyeri kepala, penglihatan kabur, bengkak pada wajah/tangan/kaki (Hipertensi), mudah lapar dan haus pada malam hari, sering BAK dan jika ada luka lama sembuh (Diabetes Militus). Tidak ada yang memiliki riwayat bayi kembar atau gemmely.

8) Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan, tidak pernah minum jamu, tidak pernah minum obat-obatan selain dari tenaga kesehatan, tidak pernah minum-minuma keras/merokok selama hamil dan tidak memelihara binatang dirumahnya seperti ayam, kucing dan lai-lain.

9) Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Ibu mengatakan frekuensi sebelum hamil makan 3 kali sehari, dengan porsi 1 piring, menu bervariasi tidak ada makanan yang dipantang seperti makanan yang amis-amis seperti ikan, telur, memasakpun menggunakan garam, micin dan bumbu lainnya. Sedangkan selama hamil ibu mengatakan makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 piring, dengan menu bervariasi, tidak ada makanan yang dipantang seperti makanan yang amis-amis seperti ikan, telur, dan selama hamil ibu memasak menggunakan garam, dan micin dalam takaran yang sedikit karena pada

kehamilan trimester II tekanan darah ibu tinggi. Sedangkan frekuensi minum sebelum hamil 8-10 gelas/hari, minum air putih, teh, kopi, dan es. Frekuensi minum selama hamil 8-12 gelas/hari minum air putih dan susu dan tidak ada gangguan minum sebelum dan selama hamil.

b) Pola Eliminasi

Frekuensi buang air besar sebelum hamil 1 kali/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek. Frekuensi buang air besar selama hamil 1 kali/hari, warna coklat gelap, konsistensi lembek. Frekuensi buang air kecil sebelum hamil 5-6 kali/hari, warna kuning jernih. Frekuensi buang air kecil selama hamil 7 kali/hari, warna kuning jernih dan tidak ada gangguan buang air kecil sebelum dan selama hamil.

c) Pola Istirahat

Ibu mengatakan pola istirahatnya sebelum dan selama hamil teratur yaitu siang 1-2 jam, malam 8 jam dan tidak ada gangguan.

d) Pola Aktivitas

Ibu mengatakan aktifitas sehari-hari sebelum dan selama hamil sebagai ibu rumah tangga seperti menyapu, mencuci, memasak, dan lain-lain.

e) Pola Personal Hygiene

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil mandi 2 kali/hari, keramas 3x/minggu, gosok gigi 2-3x/hari, ganti baju 2 kali/hari.

f) Pola Seksual

Ibu mengatakan frekuensi pola seksual sebelum hamil 1-2 kali/minggu dan selama hamil tidak tentu, biasanya 1x dalam sebulan.

10) Data Psikologis

Ibu mengatakan ini anak yang diharapkan, dan senang dengan kehamilannya saat ini. Suami dan keluarga senang atas kehamilannya dan ibu siap menjalani proses kehamilan ini sampai bayinya lahir.

11) Data Sosial Ekonomi

Ibu mengatakan penghasilan suaminya cukup, tanggung jawab perekonomian yaitu suami dan pengambilan keputusan yaitu bersama yaitu suami dan istri.

12) Data Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinannya sah terdaftar di KUA, ini adalah perkawinan pertama dan lama perkawinannya yaitu 12 tahun. Usia ibu saat pertama kali menikah yaitu pada umur 24 tahun.

13) Data Spiritual

Ibu mengatakan beribadah sesuai ajaran agama islam, ibu menjalankan ibadah sholat 5 waktu, mengaji, dan mendengarkan sholawat selama hamil.

14) Data Sosial Budaya

Ibu mengatakan masih percaya dengan adat istiadat setempat seperti tradisi menggantungkan gunting di perut.

15) Data Pengetahuan ibu

Ibu mengatakan mengetahui bahwa kehamilnya dalam resiko tinggi karena ibu mengalami penyakit hipertensi dalam kehamilan.

**b. Data Objektif**

1) Pemeriksaan Fisik

Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan, terdapat hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmetis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu tubuh 36,5<sup>0</sup>C , tinggi 158 cm, berat badan selama hamil trimester I yaitu 67 kg, berat badan pada trimester II yaitu 70kg, berat badan trimester III yaitu 73 kg. Lingkar Lengan Atas (LILA) 28 cm.

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, tidak ada ketobe, dan rambut tidak mudah rontok. Muka bersih, tidak pucat dan tidak odema. Mata simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera putih. Hidung bersih, secret dalam batas

normal, tidak ada polip. Mulut/bibir tidak pucat, lembab, gigi tidak karies. Telinga simetris, bersih, serumen dalam batas normal. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Aksila tidak ada pembesaran kelenjar limfe. Payudara simetris, puting susu menonjol, areola hitam, ASI/Kolostrum belum keluar dan kebersihan terjaga. Abdomen tidak ada luka bekas operasi. Ekstremitas kuku tidak pucat, tidak odema, dan tidak ada varises pada kaki. Genetalia kebersihan terjaga tidak ada pembengkakan kelenjar bartoloni dan tidak ada varises. Anus tidak ada hemoroid.

## 2) Pemeriksaan Obstetri

### 1. Inspeksi

Pada pemeriksaan obstetri secara inspeksi muka tidak ada cloasma gravidarum, tidak pucat. Pada mammae Areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrum/ASI belum keluar, kebersihan terjaga. Abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, dan terdapat linea nigra. Pada genetalia tidak dilakukan pemeriksaan.

### 2. Palpasi

Leopold I : Fundus berada di pertengahan px dan pusat, teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong)  
Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba

kecil-kecil (extremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV : Konvergen TFU 24 cm, TBBJ : (24-11) x 155 = 2015 gram HPL : 27-11-2022 Umur kehamilan 36 minggu 4 hari. Kontraksi uterus belum ada, Bendle Ring tidak ada, Vesika urinaria kosong

### 3. Aukultasi

Pada pemeriksaan auskultasi dengan dopler, Denyut jantung janin: 146x/menit

### 4. Perkusi

Pada pemeriksaan perkusi, reflek patella kanan (+) positif dan reflek patella kiri (+) positif.

### 5. Pemeriksaan panggul luar dan dalam

Pemeriksaan panggul luar dan dalam tidak dilakukan.

### 6. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang tanggal 21 Juli 2022 berdasarkan buku KIA dan hasil labolatorium didapatkan hasil HB: 11,5gr% , gol darah O , VCT: NR HBSAg : NR Sifilis : NR. Pada tanggal 14 Oktober 2022 dilakukan pemeriksaan Protein Urine di RSI PKU Muhammadiyah Singkil didapatkan hasil pemeriksaan lab Protein Urine (+1) Pemeriksaan USG dengan hasil normal TBBJ : 2100 gram DJJ (+) Jenis kelamin perempuan, plasenta dicorpus, air ketuban cukup.

## 2.1.2 INTERPRESTASI DATA

### a. Diagnosa Nomenklatur

Ny. N umur 36 Tahun G3P2A0 hamil 35 minggu 4 hari, janin tunggal hidup inta uterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, konvergen, kehamilan dengan Pre-eklamsia dan usia >35 tahun

#### 1) Data Subyektif

Ibu mengatakan bernama Ny. N umur 36 tahun, ini kehamilan yang ketiga, sudah pernah melahirkan 2 kali dan tidak pernah mengalami keguguran, ibu mengatakan haid terakhir 20 Febuari 2022

#### 2) Data Obyektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran: komposmentis, tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, denyut nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu tubuh 36,5<sup>0</sup>C. Berat badan 73 kg. Tinggi badan 158cm Lingkar Lengan Atas (LILA) 28 cm. Palpasi Leopold I : Fundus berada di pertengahan px dan pusat, teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong) Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba kecil-kecil (extremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV : Konvergen. Detak jantung janin 146x/menit. Pada pemeriksaan penunjang tanggal 14 Oktober 2022 dilakukan pemeriksaan

Protein Urine di RSI PKU Muhammadiyah Singkil didapatkan hasil (+1) Pemeriksaan USG dengan hasil TBBJ : 2100 gram  
Jenis kelamin perempuan, plasenta dicorpus, air ketuban cukup.

**b. Masalah**

Tidak ada

**c. Kebutuhan**

Tidak ada

**1.1.3 DIAGNOSA POTENSIAL**

Komplikasi jika dalam kehamilan mengalami pre-eklamsia:

- a. Pada ibu yaitu ibu dapat mengalami eklamsia, edema paru, hypofibrinogenemia, sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelet Count) atau hemolisis, kelainan mata, peningkatan enzim hati dan jumlah trombosit yang rendah, gangguan ginjal, atonia uteri, gagal jantung, edema paru, syok hingga kematian.
- b. Pada bayi yaitu bayi dapat mengalami pertumbuhan janin yang terhambat, prematuritas, solusio plasenta, hingga kematian janin atau abortus.

Komplikasi jika jika dalam kehamilan umur >35 tahun bagi ibu dan bayi yaitu:

Resiko pada bayi :

- a. Melahirkan bayi yang cacat, kecacatan yang umum terjadi adalah Down Syndrom( kelemahan motoric, IQ rendah) atau juga cacat fisik
- b. Kebanyakan akan mengalami penurunan stamina, karena itu disarankan untuk melakukan persalinan secara Caesar, hal ini dilakukan bukan tanpa alasan namun mengingat untuk melahirkan normal membutuhkan tenaga yang kuat.

Resiko pada Ibu

- a. Resiko hamil diusia >35 tahun, penyakit-penyakit degenerative (seperti tekanan darah tinggi, diabetes) mulai muncul, selain itu menyebabkan kematian pada ibu.
- b. Kehamilan di usia>35 tahun ini sangat rentan terhadap kemungkinan kompilkasi seperti plasenta previa, pre-eklamsia, dan diabetes.
- c. Resiko keguguran juga akan meningkat hingga 50% saat wanita hamil dengan usia >35 tahun

### **3.1.4 ANTISIPASI PENANGANAN SEGERA**

Kolaborasi dengan dokter SpOG

### **3.1.5 INTERVENSI**

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini

3. Jelaskan pada ibu tentang pre-eklamsia
4. Jelaskan pada ibu tentang kehamilan resiko umur >35 tahun
5. Beritahu ibu tentang Tanda bahaya TM III dan anjurkan ibu untuk segera datang ketenaga kesehatan jika mengalami tanda bahaya tersebut.
6. Beritahu ibu untuk menjaga kondisinya selama hamil
7. Anjurkan ibu untuk memenuhi Gizi seimbang
8. Anjurkan ibu agar diet rendah garam
9. Beritahu ibu untuk istirahat yang cukup dan tidak melakukan aktifitas yang berat
10. Beritahu ibu untuk rutin mengkonsumsi obat yang telah diberikan bidan dan dokter.
11. Beritahu ibu untuk pergi ke tenaga kesehatan bila ada keluhan

### **3.1.6 IMPLEMENTASI**

- a) Memebritahu ibu tentang hasil pemeriksaanya

KU	: baik	Leopold I	: Kepala
Kesadaran	: composmentis	Leopold II	: Puka
TD	: 120/80 mmHg	Leopold III	: Bokong
N	: 80x/menit	LeopoldIV	: Kovergen
R	: 24x/menit	DJJ	: 146x/menit
S	: 36,5 <sup>0</sup> C	Protein Urine	: +1
BB	: 73 kg		
LILA	: 28 cm		

- b) Menjelaskan pada ibu bahwa keadaanya saat ini baik-baik saja, tensi ibu saat diperiksa normal. Tetapi ibu harus berhati-hati karena tekanan darah ibu beberapakali tinggi dan kehamilan ibu saat ini termasuk dalam kehamilan dengan pre-eklamsia.
- c) Menjelaskan pada ibu tentang Pre-Eklamsia, Pre-eklamsia adalah peningkatan tekanan darah dan kelebihan protein dalam urine yang terjadi setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu
- d) Menjelaskan pada ibu tentang resiko kehamilan jika umur >35 tahun bagi ibu dan bayi yaitu:

Resiko pada bayi :

- a. Melahirkan bayi yang cacat, kecacatan yang umum terjadi adalah Down Syndrom( kelemahan motoric, IQ rendah) atau juga cacat fisik
- b. Kebanyakan akan mengalami penurunan stamina, karena itu disarankan untuk melakukan persalinan secara Caesar, hal ini dilakukan bukan tanpa alasan namun mengingat untuk melahirkan normal membutuhkan tenaga yang kuat.

Resiko pada Ibu

- a. Resiko hamil diusia >35 tahun, penyakit-penyakit degenerative (seperti tekanan darah tinggi, diabetes) mulai muncul, selain itu menyebabkan kematian pada ibu.
- b. Kehamilan di usia>35 tahun ini sangat rentan terhadap kemungkinan kompilkasi seperti plasenta previa, pre-eklamsia, dan diabetes.

- c. Resiko keguguran juga akan meningkat hingga 50% saat wanita hamil dengan usia >35 tahun
- e) Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya TM III yaitu perdarahan pervaginam, penurunan gerakan bayi, sakit kepala parah, sakit perut bagian bawah, gangguan penglihatan, pembengkakan, hingga pecahnya ketuban, jika ibu mengalami hal tersebut segera datang ke tenaga kesehatan terdekat.
- f) Menganjurkan ibu untuk menjaga kondisinya selama hamil, minum obat yang telah diberikan dokter dan bidan secara rutin.
- g) Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, vitamin. Dan mineral, serat, lemak, zat besi dan makanan rendah garam dengan tujuan agar protein yang hilang dalam urine diganti.
- h) Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam, membatasi diri untuk tidak mengonsumsi garam lebih dari 1 sendok perhari, dan kurangi makanan yang berlemak. Tujuan diet rendah garam membantu menghilangkan retensi garam atau udara dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.
- i) Memberitahu ibu untuk istirahat yang cukup yaitu : istirahat siang 1-2 jam dan istirahat malam 8-10 jam., dan kurangi aktifitas berat seperti mengangkat benda-benda berat dan lain-lain.

- j) Memberitahu ibu untuk rutin mengkonsumsi obat yang telah diberikan bidan dan dokter.
- k) Menganjurkan ibu untuk segera mendatangi tenaga kesehatan bila ibu mengalami keluhan.

### **3.1.7 EVALUASI**

- a. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.
- b. Ibu sudah mengerti tentang kondisinya saat ini.
- c. Ibu dapat memahami tentang pre-eklamsia
- d. Ibu sudah mengetahui tentang resiko kehamilan dengan usia >35 tahun
- e. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya TM III dan ibu bersedia datang ketenaga kesehatan bila mengalami tanda bahaya tersebut.
- f. Ibu bersedia untuk menjaga kondisinya selama hamil dan bersedia untuk minum obat yang diberikan bidan dan dokter secara rutin
- g. Ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan Gizi seimbang
- h. Ibu bersedia untuk diet rendah garam
- i. Ibu bersedia untuk istirahat yang cukup dan mengurangi aktifitas berat
- j. Ibu bersedia untuk rutin mengkonsumsi obat.
- k. Ibu bersedia datang ketenaga kesehatan bila ada keluhan.

**Data Perkembangan Ke-1 (Kunjungan Hamil ke-2)**

Tanggal : 10 November 2022

Jam : 14.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

**A. Subyektif**

Ibu mengatakan bernama Ny. N berumur 36 tahun. Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

**B. Obyektif**

Dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, terdapat hasil keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36,5<sup>0</sup>C, Pernafasan: 22x/menit, LILA: 28 cm Palpasi Leopold I : Fundus berad 3 jari dibawah px teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong) TFU 26 cm, Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba kecil-kecil (ekstremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk panggul (divergen). TBBJ :  $(28-12) \times 155 = 2480$  gram, DJJ 138x/menit. Dari buku KIA pemeriksaan lab tanggal 14 Oktober 2022 di RS PKU Muhammadiyah Singkli protein urine +1 dan pada tanggal 8 November 2022 dilakukan pemeriksaan HB ulang di Puskesmas Slawi dengan hasil HB : 12,3gr%

### **C. Assesment**

Ny. N umur 36 Tahun G3P2A0 hamil 37 minggu 1 hari, janin tunggal hidup inta uterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, divergen, kehamilan dengan Pre-eklamsia dan usia >35 tahun

### **D. Penatalaksanaan**

- 1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36,5<sup>0</sup>C, Pernafasan: 22x/menit, LILA: 28 cm Palpasi Leopold I : Fundus berada 3 jari dibawah px, teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong) TFU 26 cm, Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba kecil-kecil (ekstremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk panggul (divergen). TBBJ : (28-12)x155 = 2480 gram, DJJ 138x/menit.

Evaluasi: ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan

- 2) Memberitahu ibu untuk tetap memperhatikan makanan khusus orang hipertensi yaitu diet rendah garam, membatasi diri untuk tidak mengkonsumsi garam lebih dari 1 sendok perhari, dan kurangi makanan yang berlemak.

Evaluasi: ibu mengerti dan akan memperhatikan makanannya

- 3) Memastikan persiapan persalinan sudah lengkap yaitu mempersiapkan baju ibu dan baju untuk bayinya. Menyiapkan dokumen-dokumen penting untuk persyaratan persalinan dirumah sakit seperti kartu BPJS asli dan fotocopy, KTP asli dan fotocopy, KK asli dan fotocopy, buku nikah, dan buku KIA

Evaluasi : persiapan persalinan ibu sudah lengkap.

2. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir, perut terasa mulas seperti ingin BAB, pecahnya ketuban, adanya pembukaan pada jalan lahir, dan memberitahu ibu untuk melahirkan di rumah sakit bila mengalami tanda-tanda persalinan karena kondisi ibu saat ini mengalami kehamilan dengan resiko tinggi.

Evaluasi : ibu mengerti tentang tanda-tanda persalinan dan akan

3. Memastikan ibu kunjungan ulang pada tanggal 11 November 2022 sesuai anjuran dokter untuk kunjungan di rumah sakit untuk mengetahui kondisi ibu bayinya sebelum persalinan.

Evaluasi : Pada tanggal 11 Novemeber 2022 ibu sudah melakukan kunjungan ulang. Hasil kunjungan tanggal 11 November ibu melakukan kunjungan ke Rumah Sakit dengan TD : 110/80mmHg, Hasil USG keadaan bayi baik UK : 37mkg, letak terbawah janin adalah kepala, DJJ (+), jenis kelamin perempuan, AK : 11,7 ,TBBJ : 3100 gram, EDD : 2-12-2022, Plasenta di dinding belakang. Ny. N disarankan untuk kunjungan ulang lagi ke RS pada tanggal 18 November 2022.

### 3.2 Catatan persalinan

Tanggal : 13 November 2022

Jam : 20.00 WIB

Tempat : RSI PKU Muhammadiyah Singkil

- a. Jam 20.00 WIB : ibu datang ke IGD RSI PKU Muhammadiyah dengan keluhan kenceng-kenceng, nyeri, dan mules sejak pagi jam 07.00. Hasil pemeriksa ibu, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit suhu  $36^{\circ}\text{C}$ ,  $\text{SpO}_2$  99%, TFU 28cm DJJ 140x/menit, pembukaan 2 cm.
- b. Jam 20.29 WIB : ibu dipindahkan ke ruang VK RSI PKU Muhammadiyah. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 160/100 mmHg nadi 89x/menit pernafasan 20x/menit, VT pembukaan 2cm, Effacement 20%, portio teraba lunak, ketuban utuh, bagian terendah UUK, titik petunjuk UUK di jam 12, penuruna kepala di Hodge I, tidak ada bagian yang terkemuka. Hasil pemeriksaan Laboratorium Hb 13,8gr/dl, protein urine trace atau protein urine ditemukan samar. Ibu diberikan terapi  $\text{MgSO}_4$  40% 4 gram secara IV, Induksi Oksitosin 5 IU 20 TPM
- c. Tanggal 14 Desember 2022 Jam 00.30 WIB : ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dan merasa ingin mengejan. Hasil VT pembukaan lengkap, portio tidak teraba, titik petunjuk UUK, penurunan di Hodge III, Ketuban utuh, His  $4 \times 10' \times 35''$ , DJJ 150x/menit. Dilakukan amniotomi dan ibu dipimpin meneran.

- d. Tanggal 14 Desember 2022 Jam 00.35 WIB bayi lahir spontan, menganggis kuat, gerakan aktif, kulit kemerahan dengan jenis kelamin perempuan, BB 2915 gram, PB 47cm, tidak ada atresia ani, tidak ada cacat, dilakukan injeksi oxytocyn 10 IU, manajemen aktif kala III
- e. Tanggal 14 Desember 2022 Jam 00.40 WIB : ibu mengatakan perutnya mulas. Hasil pemeriksaan tekanan darah ibu 160/100, nadi 97, respirasi 20x/menit, suhu 36,2<sup>0</sup>C, TFU 2 jari diatas pusat, tali pusat menjulur dan keluar darah memancar. Plasenta lahir spontan dan lengkap, dilakukan massage fundus. Pada perineum terdapat rupture derajat 2 dan dilakukan hecting perineum. Observasi Kala IV
- f. Tanggal 14 Desember 2022 Jam 01.00 WIB : ibu mengatakan perutnya mulas sedikit. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 160/100mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 20x/menit PPV 50cc, TFU 3 jari dibawah pusat . Ibu sudah minum obat yaitu asam mefenamat, clindamev, dopament.
- g. Tanggal 14 Desember 2022 Jam 05.40 WIB : ibu mengatakan nyeri luka jahitan perineum. Hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 150/100mmHg, nadi 89x/menit, pernafasan 20x/menit. TFU 2 jari dibawah pusat, urinre 700cc, terpasang DC, terpasang infus dengan tambahan MgSO4 10gr Ibu dianjurkan untuk mobilisasi dini
- h. Tanggal 14 Desember 2022 jam 06.30 WIB : ibu dipindahkan dari ruang VK ke ruang Multazam bawah. Hasil pemeriksaan ibu mengatakan nyeri pada luka jahit, keadaan umum ibu baik, kesadaran

composmentis, TD 150/100mmHg, nadi 100, respirasi 20, suhu 36,7<sup>0</sup>C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontaksi uterus keras, vesika urinaria kosong, PPV dalam batas normal, jahitan perineum tidak ada rembesan. Ibu diberikan edukasi tentang perawatan luka perineum.

- i. Tanggal 14 November jam 19.00 WIB : ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah berkurang. Hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 140/90mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 99x/menit, suhu 36,7<sup>0</sup>C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, vesika urinaria kosong, PPV dalam batas normal, Ibu dianjurkan untuk mobilisasi dini.
  - j. Tanggal 14 November 2022 jam 21.00 WIB: ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum berkurang, tidak ada nyeri uluh hati, pandangan tidak kabur, tidak sakit kepala, tidak sesak nafas,. Hasil pemeriksaan tekanan darah ibu 120/80mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 37<sup>0</sup>C, TFU 2 jari dibawah pusat, PPV dalam batas normal lokhea rubra. Terpasang infus RL 20 TPM, dan terapi MgSO<sub>4</sub> selesai.
  - k. Tanggal 15 November 2022 Jam 10.00 WIB: ibu mengatakan sudah BAK lancar. Hasil pemeriksaan tekanan darah ibu 110/70mmHg, respirasi 22x/menit, nadi 85x/menit, suhu 36,7<sup>0</sup>C, TFU 2 jari dibawah pusat, PPV dalam batas normal, vesika urinaria kosong. DC dan infus sudah di lepas. Ibu dipersiapkan untuk pulang.
5. Tanggal 15 November 2022 jam 14.00 WIB: ibu mengatakan sudah BAK ke kamar mandi sendiri. Hasil pemeriksaan keadaan umum ibu

baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, PPV merah segar. Sudah diperbolehkan pulang.

### **3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas**

#### **Kunjungan 1 (16 Jam Post Partum)**

Tanggal : 14 November 2022

Jam : 19.00 WIB

Tempat : RSI PKU Muhammadiyah Singkil

#### **1. Subyektif**

Ibu mengatakan sudah melahirkan tanggal 14 November 2022. Ibu mengatakan anaknya berjenis kelamin perempuan. Ibu mengatakan ASI sudah keluar sedikit. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum.

#### **2. Objektif**

Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 37<sup>0</sup>C, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit. ASI sudah keluar sedikit, kontaksi uterus keras, teraba TFU 2 jari dibawah pusat, PPV : ± 40 cc, Lochea Rubra.

#### **3. Assesment**

Ny. N umur 36 tahun P3A0 16 jam Post Partum Spontan dengan riwayat PEB

#### **4. Penatalaksanaan**

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 37<sup>0</sup>C

nadi 85x/menit, pernafasan 20x/menit. ASI sudah keluar , kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, PPV :  $\pm$  40 cc, Lochea Rubra.

Evaluasi: ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.

- b. Mengingatkan ibu untuk rajin meminum obat yang diberikan dokter agar nyeri luka jahitan berkurang.

Evaluasi : ibu bersedia untuk meminum obat yang diberikan bidan.

- c. Memastikan ibu memenuhi kebutuhan nutrisinya selama nifas yaitu dengan pola gizi seimbang yang terdiri dari karbohidrat (nasi, gandum, jagung), protein ( tahu, tempe, ikan dll), sayur-sayuran dan buah-buahan dan saat ini ibu diharapkan menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit.

Evaluasi: ibu sudah menghabiskan makan yang disediakan rumah sakit.

- c. Memberitahu ibu cara mencegah pendarahan yaitu dengan melakukan Massase pada Fundus uteri. Mengajari ibu cara melakukan Massage Fundus uteri.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui cara melakukan massase fundus uteri

- d. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan dirinya, mengganti kassa pada luka perineum setiap kali BAK

Evaluasi : ibu bersedia untuk mengganti kassa setiap kali BAK

- e. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya masa nifas yaitu perdarahan pervaginam, kepala pusing, demam, keluar cairan

dari luka bekas operasi, payudara bengkak dan terasa nyeri, kaki dan tangan bengkak.

Evaluasi: ibu dan keluarga sudah mengetahui tanda bahaya masa nifas.

- f. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.
- a) Cuci tangan
  - b) Perah sedikit ASI dan oleskan ke putting dan areola sekitarnya.  
Manfaatnya adalah sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban putting susu.
  - c) Posisikan bayi dengan benar
  - d) Bibir bayi dirangsang dengan putting ibu dan akan membuka lebar, kemudian dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan putting serta areola dimasukkan kedalam mulut bayi.

Evaluasi : ibu mengetahui cara menyusui yang benar.

- g. Memberitahu ibu untuk menyusui secara *on demend* yaitu bila ibu melihat tanda-tanda bayi lapar ibu bisa menyusui bayinya tanpa memandang/tergantung waktu, atau jika bayi tidur bangunkan setiap 2 jam sekali untuk disusui.

Evaluasi : ibu bersedia menyusui secara *on demend*.

- i. Mengajarkan ibu untuk tetap memberikan ASI meskipun ASI yang keluar masih sedikit guna merangsang kelenjar payudara dalam mengeluarkan ASI.

Evaluasi : ibu bersedia untuk tetap memberikan ASI.

**Data Perkembangan 1 (Kunjungan ke-2, 3 Hari Post Partem)**

Tanggal : 16 November 2022

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

**1. Subyektif**

Ibu mengatakan ini hari keempat setelah melahirkan, saat ini ibu tidak ada keluhan dan ASI sudah keluar.

**2. Obyektif**

Keadaan umum ibu baik. Kesadaran komposmentis, tanda vital : tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 84 x/menit, pernafasan 22 x/menit. Muka tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, puting susu menonjol, ASI sudah keluar banyak. Pada pemeriksaan palpasi TFU berada 3jari dibawah pusat dan kontraksi keras. Lochea Rubra, pengeluaran pervaginam merah kecoklatan. BAB : 1 x/hari, kosisten : lembek, BAK : 6 x/hari.

**3. Assesment**

Ny. N umur 36 tahun P3A0 3 hari Post Partum dengan Nifas Normal.

**4. Penatalaksanaan**

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik. Kesadaran komposmentis, tanda vital : tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 84 x/menit, pernafasan 22 x/menit. Muka tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, puting susu menonjol, ASI sudah keluar banyak. Pada pemeriksaan palpasi TFU berada 3jari

dibawah pusat dan kontraksi keras. Lochea Rubra, pengeluaran pervaginam merah kecoklatan.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.

- b. Memastikan ibu tidak ada tanda bahaya saat nifas seperti: Demam  $>38^{\circ}\text{C}$ , lochea berbau, perdarahan dari jalan lahir, sakit kepala yang berlebihan, penglihatan kabur, pembengkakan pada wajah maupun ekstremitas, payudara menjadi merah, panas, terasa sakit. Apabila terdapat tanda-tanda bahaya tersebut segera lapor ketenaga kesehatan.

Evaluasi : ibu tidak ditemukan tanda bahaya nifas, dan ibu bersedia untuk ketenaga kesehatan apabila ibu ditemukan tanda bahaya tersebut.

- c. Mengingatkan ibu untuk rajin meminum obat yang diberikan dokter agar tekanan darah kembali normal.

Evaluasi : ibu bersedia meminum obat penurun tensi.

- d. Memberitahu ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya selama nifas yaitu dengan pola gizi seimbang yang terdiri dari karbohidrat (nasi, gandum, jagung), protein ( tahu, tempe, ikan dll), sayur-sayuran dan buah-buahan dan tetap diet rendah garam.

Evaluasi : ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi selama masa nifas

- e. Memberitahu ibu untuk istirahat yang cukup yaitu, siang 1-2 jam, malam 8-10 jam, atau jika bayi tidur ibu bisa ikut tidur dengan bayinya.

Evaluasi : ibu bersedia untuk istirahat yang cukup.

- f. Memberitahu ibu untuk memberikan ASI secara On Demand dan Eksklusif yaitu susui bayi tiap 2 jam sekali atau jika bayi menginginkan

selama 6 bulan lamanya tanpa diberi makanan/minuman apapun kecuali vitamin, obat, mineral

Evaluasi: ibu bersedia untuk memberikan ASI secara On Demand

- g. Memberitahu ibu cara melakukan perawatan payudara, yaitu :
- a) Mencuci tangan
  - b) Memeriksa puting, kompres menggunakan kapas yang diberikan minyak atau baby oil selama  $\pm 2$  menit.
  - c) Membersihkan puting susu.
  - d) Melicinkan telapak tangan menggunakan minyak kelapa/baby oil dengan mengajarkan ibu untuk melicinkan tangan.
  - e) Melakukan pengurutan I : kedua telapak tangan berada ditengah-tengah payudara dengan posisi ibu jari dibawah, pemijatan dari atas memutar kebawah kemudian telapak tangan kiri memutar ke arah kiri bawah, setelah telapak tangan berada dibawah, lepaskan dari payudara.
  - f) Melakukan pengurutan II : menyokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi kearah puting.
  - g) Melakukan pengurutan III : menyokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan tinju tangan (posisi mengepal) dari arah pangkal keujung puting.
  - h) Mengulangi gerakan sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara.

- i) Melakukan kompres pada kedua payudara dengan menggunakan waslap air hangat, lalu ganti dengan kompres waslap air dingin (kompres bergantian) dan akhiri dengan kompres air hangat.
- j) Mengeringkan payudara dengan handuk.
- k) Mengeluarkan ASI dengan ibu jari berada dibagian atas payudara dan jari telunjuk di bagian bawah payudara (kira-kira 2,5 – 3 cm dari puting susu)
- l) Menganjurkan ibu untuk memakai Bra/BH tidak ketat tetapi menyangga payudara.
- m) Mencuci tangan.

Evaluasi : ibu sudah mengerti cara perawatan payudara.

### **Data Perkembangan 2 (Kunjungan ke-3, 26 Hari Post Partem)**

Tanggal : 10 Desember 2022

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

#### **1. Subyektif**

Ibu mengatakan ini hari ke 26 setelah melahirkan, ASI keluar lancar dan tidak ada keluhan, bayinya menyusu secara adekuat. Ibu mengatakan pada tanggal 22 November 2022 sudah kontrol di RSI PKU Muhammadiyah Singkil dengan hasil USG terdapat gumpalan darah pada rahim, ibu diberikan terapi obat untuk merangsang kontraksi otot rahim setelah melahirkan guna menghentikan perdarahan.

## 2. Obyektif

Keadaan umum ibu baik. Kesadaran komposmentis, tanda vital: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 88 x/m, pernafasan 22 x/m. Muka tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara simetris, puting susu menonjol, ASI sudah keluar banyak. Pada pemeriksaan palpasi TFU sudah tidak teraba. Lochea alba, pengeluaran pervaginam berwarna bening

## 3. Assesment

Ny. N umur 36 tahun P3A0 26 hari Post Partum dengan Nifas Normal.

## 4. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik. Kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital, tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 88x/menit, pernafasan 22x/menit, Suhu 36<sup>0</sup>C Pada pemeriksaan palpasi didapat TFU sudah tidak teraba, PPV lochea serosa dan tidak ada tanda-tanda infeksi.  
Evaluasi : ibu sudah mengerti hasil pemeriksaannya.
- 2) Memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI Eksklusif tanpa tambahan apapun kecuali vitamin, obat dan mineral selama 6 bulan.  
Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.
- 3) Memberitahu ibu untuk makan dan minum dengan gizi seimbang seperti mengkonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, jagung, roti dll), mineral dan vitamin (sayur-sayuran dan buah-buahan) tidak ada pantangan makan dan perbanyak makan-makanan yang mengandung zat

besi dari nabati (bayam, kangkung, kacang-kacangan dll) terutama zat besi dari hewani (ikan, telur, daging sapi, hati).

Evaluasi : ibu bersedia mengkonsumsi makan-makanan yang bergizi seimbang dan tidak ada pantangan makanan, bersedia makan-makanan yang mengandung zat besi.

- 4) Memastikan ibu tidak ada tanda bahaya saat nifas seperti : Demam > 38°C, lochea berbau, perdarahan dari jalan lahir, sakit kepala yang berlebih, penglihatan kabur, pembengkakan pada wajah maupun ekstremitas, payudara menjadi merah, panas, terasa sakit. Apabila terdapat tanda-tanda bahaya tersebut segera lapor ke tenaga kesehatan.

Evaluasi : ibu tidak ditemukan tanda bahaya nifas, dan ibu bersedia untuk ketenaga kesehatan apabila ibu ditemukan tanda bahaya tersebut.

- 5) Mengingatkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang melelahkan dan pertahankan pola istirahat (tidur) yang benar yaitu siang 2 jam, malam 8 jam dan saat bayi sedang tidur sebaiknya ibu juga tidur.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

- 6) Menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu/bidan terdekat untuk memantau berat badan bayi dan imunisasi BCG dan polio 1.

Evaluasi : ibu bersedia untuk mengikuti posyandu.

- 7) Menganjurkan ibu untuk datang ke bidan atau tenaga kesehatan lainnya jika ada keluhan.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

**Data Perkembangan 3 (Kunjungan ke-4, 40 Hari Post Partem)**

Tanggal : 24 Desember 2022

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

**1. Subyektif**

Ibu mengatakan ini sudah hari ke 40 setelah melahirkan, ASI keluar lancar dan tidak ada keluhan, bayinya menyusu secara adekuat, pola istirahat sedikit terganggu pada malam hari karena menyusui bayinya.

**2. Obyektif**

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital, TD 110/80mmHg, pernafasan 24x/menit, nadi 93x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C Pada pemeriksaan palpasi didapat TFU sudah tidak teraba.

**3. Assesment**

Ny. N umur 36 tahun P3A0 40 hari Post Partum dengan Nifas Normal.

**4. Penatalaksanaan**

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik. Kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital, tekanan darah 110/80mmHg, Pernafasan 24x/menit, Nadi 93x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C. Pada pemeriksaan palpasi didapat TFU sudah tidak teraba.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.

- b. Mengingatkan ibu untuk tidak menggunakan BH yang ketat tapi menyangga payudara, cuci tangan kembali setelah melakukan perawatan payudara.

Evaluasi : ibu sudah mengerti dan akan melakukan cara perawatan payudara pada masa nifas.

- c. Mengingatkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang melelahkan dan pertahankan pola istirahat (tidur) yang benar yaitu siang 2 jam, malam 8 jam dan saat bayi sedang tidur sebaiknya ibu juga tidur.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

- d. Memotivasi suami dan keluarga untuk selalu mendampingi ibu dan membantu merawat bayinya.

Evaluasi : suami dan keluarga bersedia untuk mendampingi ibu dan membantu merawat bayinya

- e. Mengajukan ibu untuk menggunakan KB pasca persalinan seperti KB suntik 3 bulan, IUD/AKDR, Implant/AKBK, Pil atau jika ibu sudah tidak ingin menginginkan punya anak lagi, ibu bisa melakukan MOW.

Evaluasi : ibu sudah mengerti dan ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

### 3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Kunjungan Neonatal ke-1 ( 1 hari setelah lahir)

Tanggal : 14 November 2022

Jam : 19.00 WIB

Tempat : RSI PKU Muhammadiyah Singkil

#### 1. Subyektif

Ibu mengatakan bayinya baru lahir 1 hari yang lalu, jenis kelamin perempuan, secara spontan normal dengan selamat dan tidak ada keluhan.

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK.

#### 2. Obyektif

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital : Suhu 36,8<sup>0</sup>C nadi 134 x/menit, pernafasan 46 x/menit. APGAR scor 8/9/9. Berat badan bayi lahir 2.915 gram, panjang badan 47cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 31 cm. Tali pusat segar berwarna kemerahan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada pemeriksaan fisik bayi secara inspeksi, kepala berbentuk *mesocephal*, tidak ada *caput succedaneum* dan tidak ada *cephal hematoma*. Ubun-ubun tidak cekung, tidak cembung, sutura berhimpit tidak tumpang tindih, muka simetris, tidak pucat. Mata simetris, berwarna merah muda, sclera putih. Hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada cupping hidung. Mulut/bibir simetris, tidak ada bibir sumbing. Telinga simetris, bersih, serumen dalam batas normal. Leher tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*. *Thoracks Anterior* tidak ada pembesaran hepar. Genetalia *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*. Anus, terdapat lubang anus,

tidak ada atresia ani. Ekstremitas simetris, kuku tidak pucat, tidak ada polidaktili/sindaktili.

### **3 Assesment**

Bayi Ny. N Lahir Spontan jenis kelamin perempuan, menangis kuat, keadaan baik A/S 8-9-9 dengan Bayi Baru Lahir Normal.

### **4 Penatalaksanaan**

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Berat badan bayi 2915 gram, panjang badan 47 cm, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 31 cm. Tanda-tanda vital : suhu 36,8 °C, nadi 134 x/menit, pernafasan 46 x/menit.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan pada bayinya.

- b. Memberitahu ibu untuk suhu tubuh bayi dengan cara mengganti kain kotor dengan kain yang bersih dan kering kemudian membedong bayi dengan memakaikan topi.

Evaluasi : ibu bersedia mempertahankan suhu tubuh bayinya.

- c. Memberitahu ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum menyentuh bayi atau mau menyusui bayinya.

Evaluasi : ibu dan keluarga bersedia mencuci tangan sebelum menyentuh bayi atau mau menyusunya.

- d. Memberitahu ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan cara menggunakan kassa steril. Bersihkan tali pusat dari pangkal sampai ke ujung tali pusat lalu balutkan tali pusat dengan kassa steril tanpa diberi tambahan apapun.

Evaluasi : ibu bersedia melakukan perawatan tali pusat.

- e. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusui, pernafasan cepat lebih dari 60 x/menit, warna kulit pucat dan suhu tubuh  $>37^{\circ}\text{C}$

Evaluasi : ibu sudah mengerti tentang tanda bahaya bayi baru lahir.

### **Kunjungan Neonatal ke-2 (3 hari setelah lahir)**

Tanggal : 16 November 2022

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

#### **1. Subjektif**

Ibu mengatakan bayinya hanya diberikan ASI saja, menyusui secara on demand, BAK sehari 7 kali, BAB frekuensi 3 kali. Ibu mengatakan pola istirahat bayinya tidak ada gangguan, tali pusatnya belum terlepas. Ibu mengatakan bayinya belum diberikan imunisasi HB0.

#### **2. Obyektif**

Keadaan umum bayi baik. Tanda-tanda vital : suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ , pernafasan 43x/menit, kulit tidak pucat, tidak ikterik dan tidak sianosis. Tali pusat belum terlepas.

#### **3. Assesment**

Bayi Ny. N umur 3 hari lahir Spontan Jenis Kelamin Perempuan dengan BBL Normal.

#### **4. Penatalaksanaan**

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu : Tanda-tanda vital : suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ , pernafasan 45 x/menit, nadi 135 x/menit, kulit tidak pucat, tidak ikterik dan tidak sianosis.

Evaluasi : ibu sdah mengetahui keadaan bayinya.

- 2) Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya dengan cara tidak membiarkan bayi bersentuhan langsung dengan benda dingin, tidak meletakkan bayi di dekat jendela atau kipas angin, segera keringkan bayi setelah mandi atau saat bayi basah, untuk mengurangi penguapan dan menjaga lingkungan bayi tetap hangat.

Evaluasi : ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya.

- 3) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya antara pukul 07.00-08.00 WIB, jemur  $\pm 15$  menit, agar mendapatkan provitamin D.

Evaluasi : ibu bersedia menjemur bayinya selama  $\pm 15$  menit

- 4) Memastikan tidak ada tanda bahaya bayi baru lahir seperti tidak dapat menyusu, kejang, tidak sadar, nafas cepat  $>60$  x/menit, merintih, ada tarikan dada, tampak biru pada ujung jari tangan/kaki/bibir, badan bayi kuning, kaki bayi terasa dingin atau bayi demam. Ibu atau keluarga dapat segera membawa bayi ke tempat pelayanan kesehatan apabila ada salah satu tanda gejala tersebut.

Evaluasi : tidak ada tanda-tanda bahaya bayi sakit berat.

- 5) Memberikan bayi imunisasi HB0 yang bertujuan untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit hepatitis. Imunisasi diberikan pada 1/3 paha luar bayi sebelah kanan secara IM. Dan memberitahu ibu jadwal imunisasi berikutnya yaitu Imunisasi BCG pada usia bayi 1 bulan.

Evaluasi : bayi sudah diberikan Imunisasi HB0 pada paha sebelah kanan secara IM. Dan ibu sudah mengetahui jadwal imunisasi berikutnya.

**Kunjungan Neonatal ke-3 (26 hari setelah lahir)**

Tanggal : 10 Desember 2022

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

**1. Subjektif**

Ibu mengatakan pola tidur bayinya cukup, ASI keluar lancar, bayinya disusui secara on demand, bayinya menyusu dengan baik, dan tidak rewel.

Ibu mengatakan bayinya BAK 7 x/hari, BAB 3x/hari. Tali pusat sudah terlepas.

**2. Obyektif**

Keadaan umum bayi baik. Tanda-tanda vital : Suhu 36,5<sup>0</sup>C, Pernafasan 42x/menit, Berat badan 3,9 kg, Panjang Badan 49 cm, kulit tidak pucat, tali pusat sudah terlepas.

**3. Assessment**

Bayi Ny. N umur 26 Hari Lahir Spontan dengan BBL Normal.

**4. Penatalaksanaan**

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu :  
Tanda-tanda vital : Suhu 36,5<sup>0</sup>C, pernafasan 42 x/menit, Berat badan 3,9 kg, panjang badan 49 cm, kulit tidak pucat, tali pusat sudah terlepas.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan pada bayinya.

- 2) Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya dengan cara tidak membiarkan bayi bersentuhan langsung dengan benda dingin, tidak meletakkan bayi di dekat jendela atau kipas angin, segera

keringkan bayi setelah mandi atau saat bayi basah untuk mengurangi penguapan dan menjaga lingkungan bayi tetap hangat.

Evaluasi : ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya.

- 3) Memberitahu ibu jika ada anggota keluarga sedang sakit hendaknya jangan dekat-dekat dengan bayi terlebih dahulu atau jika ada yang terkena flu atau batuk hendaknya menggunakan masker jika ingin menciumnya.

Evaluasi : ibu selalu memperhatikan orang yang ingin menjenguk anaknya.

- 4) Memberitahu ibu untuk selalu menjaga kesehatan ibu dan bayinya dan juga menjaga kebersihan diri, terlebih jika ingin/sesudah memegang bayi hendak mencuci tangan karena bayi sangat rentan dengan penyakit atau sensitif.

Evaluasi : ibu bersedia selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

- 5) Menganjurkan ibu untuk sering mengajak bayinya berbicara, tersenyum, dan melakukan eye contact agar terangsang perkembangannya.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

- 6) Memberitahu ibu untuk mengimunisasikan bayinya yaitu imunisasi BCG dan Polio (OPV 1) pada tanggal 14 Desember 2022.

Evaluasi : ibu bersedia mengimunisasikan bayinya. Pada tanggal 14 Desember 2022 ibu datang ke Puskesmas untuk mengimunisasikan bayinya BCG dan Polio 1.

- 7) Memberitahu ibu untuk membawa bayinya ke posyandu setiap bulan untuk memeriksakan pertumbuhan dan perkembangan dan juga imunisasi tiap bulan dengan imunisasi dasar lengkap.

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Asuhan kebidanan pada kehamilan**

Penulis telah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif meliputi kehamilan, persalinan, dan masa nifas sampai 40 hari pada Ny.N di Wilayah Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal yang dilakukan sejak tanggal 27 Oktober 2022 sampai tanggal 24 Desember 2022. Maka untuk selanjutnya penulis akan membahas asuhan kebidanan yang dilakukan dilahan praktek dengan membandingkan secara teori yang ada.

##### **1. Pengumpulan data**

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data-data yang dikumpulkan antara lain :

##### **a. Data Subjektif**

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari wawancara langsung kepada klien dan keluarga yang terdiri dari biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kehamilan sekarang, pola kebiasaan sehari-hari, keadaan psikososial dan latar belakang sosial budaya (Aisyah dan Siti, 2014).

##### **a) Biodata**

##### **1) Nama**

Sesuai kasus yang didapatkan bahwa ibu mengatakan bernama Ny.N.

Menurut Norma Nita,dkk (2013) Nama ditanyakan untuk mengenal atau memanggil dan untuk mencegah terjadinya kekeliruan dengan pasien lain

## 2) Umur

Pada kasus yang didapatkan pada Ny.N mengatakan berumur 36 tahun.

Menurut Wati dan Widiyanti (2020) Penyebab preeklampsia tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja, melainkan banyak faktor yang menyebabkan penyakit preeklampsia dan eklampsia (multiple causation). Paritas, umur lebih dari 35 tahun dan obesitas atau Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan factor predisposisi terjadinya preeklampsia, apabila salah satu faktor tadi ada pada ibu hamil maka ibu hamil tersebut dapat mempunyai kerentanan untuk mengalami preeklampsia dalam kehamilannya. Terkadang ibu hamil tidak sadar dengan keadaan dirinya yang sudah menderita preeklampsia.

Pada kasus Ny. N umur 36 tahun. Artinya umur Ny.N beresiko terjadinya PEB. Dan pada kenyataannya Ny.N mengalami PEB. Sehingga dalam melakukan pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus.

## 3) Agama

Sesuai kasus yang diperoleh dari Ny.N, ibu mengatakan beragama islam sehingga setiap harinya selalu menjalankan

shalat 5 waktu sesuai anjuran islam begitu juga dengan suaminya.

Menurut Norma, Nita, dkk (2013) Agama digunakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien sehingga memudahkan bidan melakukan pendekatan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

Dalam hal ini tidak ditemukan Ny. N menjalankan sholat 5 waktu dan selalu berdoa untuk kelancaran dalam kehamilan, persalinan, dan bayinya

#### 4) Tingkat pendidikan

Pada kasus Ny. N pendidikan terakhirnya adalah SMK, Ny.N saat diberikan informasi benar-benar mendengarkan dan sesekali melakukan pertanyaan yang tidak beliau ketahui. Sehingga menyimpulkan Ny.N cukup interaktif, hal ini disebabkan karena pendidikan dari Ny. N sampai SMK.

Menurut Walyani (2015), semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah dalam menerima informasi yang diberikan.

Dimana hal tersebut sesuai dengan teori sehingga pada kasus Ny. N tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 5) Pekerjaan

Data yang didapat pada Ny.N sebagai ibu rumah tangga, suami Ny.N berkerja sebagai wiraswasta. Suami Ny. N sudah mencukupi kebutuhan sehari-hari.

Menurut teori Norma Nita, dkk (2013) pekerjaan digunakan untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi penderita agar nasehat yang diberikan sesuai. Dan untuk mematuhi pekerjaan ibu mengganggu kehamilan atau tidak.

Sehingga pada kasus Ny.N tidak ada ksenjangan antara teori dan praktek.

#### 6) Suku bangsa

Sesuai kasus yang telah didapatkan pada Ny.N, Ny.N mengatakan bersuku bangsa jawa dan sudah diberikan asuhan kebidanan sesuai budaya salah satunya yaitu tentang menggantungkan gunting kecil di perut.

Menurut Norma Nita,dkk (2013) dengan mengetahui suku bangsa maka bidan dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap kehamilan.

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 7) Alamat

Pada kasus Ny. N didapatkan Ny. N mengatakan bertempat tinggal di desa Kudaile Rt/Rw 2/1 Kabupaten Tegal.

Penulis juga melakukan kunjungan rumah pasien dalam rangka melakukan asuhan kebidanan pada masa kehamilan dan nifas. Hal ini mempermudah penulis dalam melakukan kunjungan rumah karena saat awal amnanesa penulis menayakan alamat pasien.

Menurut Norma Nita, dkk (2013) Alamat digunakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, memudahkan menghubungi keluarga, petunjuk saat kunjungan rumah.

b) Alasan / Keluhan utama

Pada kasus Ny. N ibu mengatakan keluhan pada trimester III yaitu tidak ada keluhan

Menurut Kusmiyati dkk (2013), kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/ penyakit yang mungkin terjadi selama hamil.

Sehingga pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena walaupun saat ini ibu tidak ada keluhan saat hamil akan tetapi ibu mengalami salah satu tanda Pre eklamsia yaitu ditemukanya protein dalam urine +1

c) Riwayat Obstrestri dan ginekologi

Menurut walyani, dkk (2016) kehamilan pada multigravida mengandung banyak resiko dari pada kehamilan pada anak pertama maupun anak kedua, baik untuk ibu dan bayinya. Karena seringnya melahirkan maka pada multigravida akan menimbulkan kelainan letak karena dinding uterus atau perut yang terlihat longgar, Kesehatan terganggu karena gangguan anaemia, atau kurang gizi, kekendoran dinding rahim, gangguan kardiovaskuler, misalnya kelainan jantung atau hipertensi, kelainan endokrin misalnya (diabetes militus, Hipertiroid), plasenta previa, karena dinding uterus di daerah fundus dan korpus pernah dilekati plasenta, ruptur uteri, kelemahan His, Persalinan yang lama, perdarahan pasca plasenta.

1) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.

Pada kasus Ny.N ibu mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke tiga dan belum pernah keguguran. Ibu mengatakan kehamilan yang pertama dengan riwayat hipertensi akan tetapi kehamilan kedua normal.

KemenKes RI (2013) menyatakan bahwa faktor predisposisi terjadinya preeklmsia adalah kehamilan kembar, penyakit trobofla, hidramnion, daibetes melitus,

gangguan vaskuler plasenta, faktor herediter, riwayat preeklamsia sebelumnya, dan obesitas sebelum kehamilan.

Sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena dari Hasil data yang didapatkan bahwa ibu saat kehamilan pertama mengalami hipertensi.

## 2) Riwayat kehamilan sekarang

Pada kasus Ny.N ibu mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke tiga dan belum pernah keguguran. Data yang didapatkan dari buku KIA Ny. N selama hamil melakukan pemeriksaan antenatal care sebanyak 10 kali. Pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 4 kali, trimester III sebanyak 5 kali.

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga.

Hasil data yang di dapat dari buku KIA Ny. N melakukan pemeriksaan antenatal care sebanyak 10 kali sudah sesuai dengan teori menurut Saifudin (2014).

Sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena dari Hasil data yang didapatkan dari buku KIA Ny. N melakukan pemeriksaan antenatal care pada TM I sebanyak 1 kali, TM II sebanyak 4 kali, dan

TM II sebanyak 5 kali sudah sesuai dengan teori menurut Saifudin (2014).

### 3) Riwayat Haid

Pada kasus Ny.N pertama kali menstruasi (menarche) pada usia 13 tahun, lamanya haid 7 hari, banyaknya 3-4 kali ganti balut dalam sehari. Siklusnya 28 hari, teratur dan merasakan nyeri haid pada hari pertama dan kedua menstruasi, serta tidak ada keputihan yang berbau dan gatal. Hari pertama haid terakhir (HPHT) : 20 Februari 2022 (berdasarkan tafsiran dari bidan dan USG tafsiran persalinan).

Menurut Norma Nita,dkk (2013) Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasilebih pendek atau lebih Panjang daripada normal kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan.

Pada kasus Ny. N sudah sesuai dengan teori Norma Nita, dkk (2013), sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

### 4) Riwayat KB

Pada kasus Ny. N pernah menggunakan Kontrasepsi KB suntik 3 bulan, dan ibu akan menggunakan kontrasepsi KB suntik atau KB Implant.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), riwayat keluarga berencana dikaji alat kontrasepsi yang pernah dipakai dan lamanya, kapan terakhir berhenti dan alasan berhenti. Keluhan/masalah selama menggunakan alat kontrasepsi serta rencana KB setelah bersalin. Adakalanya kehamilan terjadi akibat kegagalan kontrasepsi yang dapat menyebabkan kekhawatiran dan kecemasan klien terhadap kehamilannya.

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena Ny. N sudah memilih untuk menggunakan Kontrasepsi KB suntik 3 bulan atau KB Implant.

d) Riwayat kesehatan

Ibu mengatakan tidak ada Riwayat prnyakit menular seperti IMS, Hepatitits, TBC, tidak memiliki Riwayat penyakit keluarga seperti Diabetes Militus, Hipertensi, Jantung.. Dan ibu mengatakan saat kemailan memeamuku trimester 2 tekanan darah ibu mulai tinggi.

Bila ibu memiliki riwayat hipertensi sebelumnya dan pada saat memasuki trimester III kehamilan kenaikan tekanan darah tersebut disertai dengan protein urine perlu diwaspadai terjadinya pre-eklampsia dalam kehamilan (Husin, 2014)

Rahyani (2020) Pre-eklamsia adalah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, proteinuria dan oedema yang timbul karena

kehamilan dan umumnya terjadi dalam triwulan ketiga atau sebelumnya

Dalam kasus Ny. N sesuai dengan teori menurut Husin (2014) dan Rohyani (2020), sehingga ditemukan ada kesenjangan antara teori dan praktek karena Ny. N tidak mempunyai riwayat penyakit tensi tinggi

e) Kebiasaan

Pada kasus yang didapatkan pada Ny. N, Ny. N mengatakan, tidak mempunyai pantangan makanan dan tidak memiliki kebiasaan minum jamu, merokok, dan juga pemaikan alkohol.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) efek dari minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR, partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorum, kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin.

Sehingga dalam kasus Ny. N tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

f) Kebutuhan Sehari-hari

Dari hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny. N sebelum hamil dan selama hamil tidak ada perubahan dalam pola makan akan tetapi terjadi pengurangan penggunaan garam dalam makanan mulai TM III dikarenakan tekanan darah ibu tinggi. Sedangkan untuk Buang Air Besar (BAB) saat ini Ny. N BAB 1x sehari, BAK 7-8x sehari.

Menurut Pesta, dkk (2016) kebiasaan makan-makanan yang berlemak dan mengandung garam sering dihubungkan dengan tekanan darah karena lemak berlebih dapat memicu arteriosklerosis yang merupakan faktor penyebab terjadinya hipertensi, sedangkan konsumsi garam yang berlebih dapat meningkatkan timbunan cairan dalam darah (diuretik).

Sehingga Dalam kasus Ny. N tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

g) Data psikologis

Pada kasus Ny. N mengatakan bahwa kehamilan ini kehamilan yang diharapkan. Suami dan keluarga juga senang dan mendukung kehamilannya sekarang.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) respons keluarga dan suami terhadap kehamilan ibu sangat penting untuk kenyamanan ibu. Adanya respons yang positif dari keluarga terhadap kehamilan akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya. Jika suami memberikan respon positif terhadap istri dan anaknya maka akan mempermudah untuk melibatkan suami dalam memberikan perawatan. Ibu hamil sangat membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

Sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

h) Data sosial ekonomi

Pada kasus Ny. N tanggung jawab perekonomian adalah suami, penghasilan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ibu mengatakan sudah memiliki jaminan kesehatan (BPJS) untuk persiapan persalinannya.

Menurut Hidayat dan Uliyah (2018) Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena dalam kasus Ny. N kebutuhan saat hamil dan gizi sudah terpenuhi sesuai teori menurut Hidayat dan Uliyah (2018).

Pada kasus Ny. N pengambilan keputusan dilakukan Bersama (Ny. N, suami, dan keluarga).

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), pengambil keputusan dalam keluarga perlu dikaji, dan jika dalam kondisi emergensi apakah ibu dapat/tidak mengambil keputusan sendiri atau harus menunggu keputusan dari orang lain. Ketergantungan ibu hamil secara finansial kepada suami sering menyebabkan ia tidak memiliki otonomi dan ini dapat membahayakan nyawa ibu jika ia harus segera mendapatkan penanganan sementara ia tidak dapat mengambil keputusan sendiri.

Dalam kasus tersebut sudah sesuai dengan teori menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) dan dapat disimpulkan tidak adakesenjangan antara teori dan praktek.

i) Data perkawinan

Pada kasus Ny. N status perkawinannya sah terdaftar di KUA. Merupakan perkawinan yang pertama dan lama perkawinan kurang lebih 12 tahun.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) Status perkawinan, termasuk pernikahan ini yang ke berapa dan lamanya menikah. Ada tidaknya masalah hubungan dengan suami juga perluditanyakan untuk mengidentifikasi dukungan suami terhadap ibu hamil.

Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek sesuai dengan teori menurut Widatiningsih dan Dewi (2017)

j) Data spiritual

Pada kasus Ny. N mengatakan selalu taat menjalankan ibadah dan berdoa sesuai dengan ajaran islam untuk keselamatan ibu dan janin yang dikandungnya.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) menyatakan bahwa jika ibu seorang muslimah dan berpuasa selama hamil, baik itu puasa wajib maupun sunnah, maka tanyakan: frekuensi puasanya; kajiapakah ibu lemas/pusing; gerakan janin menjadi berkurang saat puasa yang merupakan tanda dari hipoglikemia. Kemudian dikaji mengenai keyakinan ibu tentang pelayanan kesehatan misal: ibu

dapat menerima segala bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan wanita maupun pria; tidak boleh menerima transfusi darah; tidak boleh diperiksa daerah genetalia.

Dalam kasus Ny. N sudah sesuai dengan teori menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

k) Data sosial budaya

Pada kasus Ny. N mengatakan masih percaya adat istiadat setempat seperti membawa gunting saat kemana-mana untuk menjaga calon bayinya agar terhindar dari gangguan makhluk halus. Dalam kasus Ny. N masih percaya dengan adat istiadat setempat, namun kondisi gunting yang bersih tidak berkarat sehingga tenaga kesehatan tidak ada hal yang perlu disikapi.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) Ibu yang memiliki keyakinan tentang adat tertentu dan merasa wajib melakukannya, maka hal ini mungkin menjadi masalah/stresor budaya jika tidak dilakukan.

Sehingga sesuai dengan teori menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Data Obyektif

Menurut Sukini (2016) data obyektif didapatkan dengan melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan kasus seperti

inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi atau USG dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya.

a) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum Ny. N baik.

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasilnya baik, jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Klien dimasukkan dalam kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. (Widatiningsih dan Dewi, 2019)

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

2) Kesadaran

Pada pemeriksaan fisik Ny. N kesadarannya Composmentis.

Composmentis yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya. (Widatiningsih dan Dewi, 2017)

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

### 3) Berat Badan sebelum hamil dan sekarang

Pada pemeriksaan fisik Ny. N berat badannya saat ini 73 kg. Ny. N mengatakan tidak mengetahui berat badannya sebelum hamil. Setelah dilihat di buku KIA berat badan Ny. N saat pertama kali kunjungan hamil yaitu 67 kg sehingga dapat ditemukan bahwa kenaikan berat badan ibu yaitu sebanyak 7 kg.

Departemen Kesehatan RI (2013) menyebutkan bahwa kenaikan berat badan ibu hamil Indonesia biasanya berkisar 9-12 kg, sedangkan timbunan lemak di tubuh ibu sekitar 3-3,5 kg. Pertambahan berat ibu selama masa kehamilan memiliki korelasi positif dengan berat badan bayi lahirnya. Wanita yang berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (<2500g) adalah yang memiliki pertambahan berat badan selama kehamilan kurang dari 7kg.

Dalam kasus Ny. N ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena kenaikan berat badan Ny. N yaitu 7 kg akan tetapi bayi Ny. N tidak mengalami BBLR.

### 4) Tinggi Badan

Pada pemeriksaan tinggi badan Ny. N didapatkan hasil 158cm.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm terlebih pada kehamilan pertama, tergolong risiko tinggi karena kemungkinan besar memiliki panggul yang sempit

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena tinggi badan Ny. N normal yaitu 158 cm.

#### 5) LILA

Pada pemeriksaan lingkaran lengan atas Ny. N didapat hasil 28 cm.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) LILA (Lingkar Lengan Atas) pada bagian kiri: Lila kurang dari 23,50 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk.

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 6) Tekanan Darah

Pada pemeriksaan tekanan darah Ny. N didapat hasil 120/80 mmHg.

Widatiningsih dan Dewi (2017) menyatakan bahwa penentuan tekanan darah sangat penting pada masa hamil karena peningkatan tekanan darah dapat membahayakan kehidupan ibu dan bayi. Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat,

yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan atau diastolic 15mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi preeklamsi dan eklamsi kalau tidak segera ditangani dengan tepat.

Dalam kasus Ny. N ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena tekanan darah Ny. N normal akan tetapi dalam pemeriksaan laboratorium Protein urine Ny. N Didapatkan +1 sehingga Ny. N di diagnosa mengalami kehamilan dengan pre eklamsia walaupun tekanan darahnya normal.

#### 7) Nadi

Pada pemeriksaan Ny. N didapat denyut nadi 80 x/menit

Widatiningsih dan Dewi (2017) menyatakan denyut nadi maternal akan sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit.

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena nadi Ny. N dalam batas normal yaitu 80x/menit.

#### 8) Pernapasan

Pada pemeriksaan Ny. N didapat pernafasan 24 x/menit

Widatiningsih dan Dewi (2017) menyatakan wanita hamil bernapas lebih cepat dan lebih dalam karena

memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya.

Dalam kasus Ny. N tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

b) Pemeriksaan Obstetri

1) Inspeksi

Hasil pemeriksaan obstetri Ny. N didapatkan pemeriksaan inspeksi pada kepala yaitu rambut berwarna hitam, tidak ada lesi, tidak rontok, muka yaitu tidak pucat, simetris, tidak ada Cloasma Gravidarum, mata yaitu simetris, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, telinga yaitu simetris, mulut/bibir yaitu bibir berwarna merah muda, tidak ada sariawan dibibir, mulut bersih, tidak ada caries gigi, payudara yaitu simetris, Areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrum ASI belum keluar, kebersihan terjaga. Pada abdomen terdapat linea nigra dan tidak ada striae gravidarum.

Pada sistem integument perubahan yang umum terjadi terdiri dari peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdernal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat dan kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Jaringan elastis mudah pecah, menyebabkan striae gravidarum, atau tanda

regangan. Respons alergi kulit meningkat (Deswani; dkk, 2018).

Hal ini sesuai dengan kasus sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena dalam pemeriksaan inspeksi pada Ny. N didapatkan hasil payudara terlihat hiperpigmentasi pada areola dan puting susu menonjol, pada abdomen terdapat linea nigra.

## 2) Palpasi

Dari kasus Ny. N pada umur kehamilan 35 minggu lebih 4 hari dilakukan pengukuran TFU yaitu 24 cm. Pada pemeriksaan palpasi ditemukan Leopold I : Fundus berada dipetengahan px dan pusat, bagian atas perut ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong) janin, Leopold II: Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan seperti papan (punggung), Bagian Kiri perut ibu teraba kecil-kecil tidak beraturan (extremitas) Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV: bagian terendah janin yaitu belum masuk Pintu Atas Panggul (Konvergen).

Menurut Irianti, dkk (2015) Pengukuran TFU didasarkan pada perubahan anatomi dan fisiologi uterus selama kehamilan, fundus menjadi nampak jelas di abdominal dan dapat diukur. Sehingga pertumbuhan uterus dapat dijadikan variabel penanda pertumbuhan janin.

**Tabel 4.1 TFU menurut Spiegelberg**

<b>Usia Kehamilan</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri (TFU)</b>
22-28	24-25 cm diatas simfisis
29	26,7 cm diatas simfisis
30	29,5-30 cm diatas simfisis
32	29,5-30 cm diatas simfisis
34	31 cm diatas simfisis
36	32 cm diatas simfisis
38	33 cm diatas simfisis
40	37,7 cm diatas simfisis

**Sumber : Sari, Anggrita, dkk (2015)**

Pemeriksaan dengan teknik Leopold adalah mengetahui letak janin dan sebagai bahan pertimbangan dalam memperkirakan usia kehamilan. Teknik pelaksanaan palpasi menurut Leopold ada empat tahap yaitu (Gusti, 2016):

- a) Leopold I: untuk mengetahui Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk memperkirakan usia kehamilan dan menentukan bagian-bagian janin yang berada di fundus uteri.
- b) Leopold II: mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan samping kiri uterus.
- c) Leopold III: menentukan bagian tubuh janin yang berada pada bagian bawah uterus.

d) Leopold IV: memastikan bagian terendah janin sudah masuk atau belum masuk ke pintu atas panggul ibu.

Sehingga dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena tinggi fundus uteri Ny. N pada usia kehamilan 35 minggu 4 hari adalah 24 cm, sedangkan pada teori ukuran TFU 31 cm berada pada usia kehamilan antara 34 minggu.

Pada pemeriksaan leopold tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena bagian terbawah janin adalah kepala dan belum masuk panggul sesuai dengan teori tersebut.

### 3) Auskultasi

Pada kasus Ny. N pemeriksaan DJJ 146 x/menit, hal tersebut dalam batas normal.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) denyut jantung janin normal terdengar dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau dibagian kanan). Denyut jantung janin umumnya sudah jelas terdengar dengan doppler mulai usia 15 minggu. Nilai normal DJJ antara 120-160 denyut per menit, teratur, dengan punctum maksimum 1 terletak sesuai dengan letak punggung janin.

Hal ini sesuai dengan teori dari Widatiningsih dan Dewi (2017). Dapat disimpulkan bahwa kasus Ny. N pada

pemeriksaan auskultasi tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 4) Perkusi

Pada kasus Ny. N pemeriksaan perkusi reflek patela kanan (+) positif dan reflek patela kiri (+) positif.

Pada kondisi normal apabila tendon patella diketuk maka akan terjadi refleks pada otot paha depan di paha berkontraksi, dan menyebabkan kaki menendang keluar. Jika reaksi negatif kemungkinan ibu hamil mengalami kekurangan vitamin B1. Jika dihubungkan dengan nantinya saat persalinan, ibu hamil yang refleks patella negatif pada pasien preeklampsia/eklampsia tidak dapat diberikan MgSO<sub>4</sub> (Nurul Maulani, 2015)

Dalam hal ini sesuai teori menurut buku yang ditulis oleh Nurul Maulani (2015). Dalam hal ini tidak ada kesenjangan teori dan kasus.

#### c. Pemeriksaan laboratorium

Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan penunjang pada Ny.N hemoglobin 11,5 gr%, golongan darah O, HBSAg Non Reaktif (NR), HIV Non Reaktif (NR), siphilis Non Reaktif (NR), Protein Urine (+1)

Menurut Marmi (2016), pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali pada kunjungan ibu hamil yang pertama dan awal TM III. Sedangkan pada ibu hamil yang menderita anemia dilakukan

minimal 2 minggu sekali. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya mendeteksi anemia pada ibu hamil. Standar Hb ibu hamil normal yaitu 11 gr%.

Menurut ACOG (2013) salah satu diagnosa Pre Eklamsia adalah Protein urine dipstick +1 atau lebih, Pre Eklamsia juga bisa di diagnosa tanpa protein urine tapi diikuti oleh pemeriksaan penunjang lainnya dan didapatkan hasil Trombosiopenia <10.000 dan kreatinin serum 1,1 mg/dl.

Dalam hasil pemeriksaan Ny. N tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 6. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan di interpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik (Sukini, 2016).

Menurut POGI (2016), seperti yang telah di sebutkan sebelumnya bahwa preeklamsia di defenisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan di atas 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya di dapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat di samakan dengan preeklamsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklamsia tersebut. Kebanyakan kasus preeklamsia di tegakkan dengan adanya proteinurin, namun jika protein urin tidak di dapatkan salah satu gejala dan gangguan lain dapat di gunakan untuk menegakkan diagnosa

preeklamsia, yaitu: Tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg, Proteinuria urin  $>300$  mg dalam 24 jam atau dipstik +1.

Menurut Hapsari (2014) Pada umur ibu  $\geq 35$  tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. Menurut hasil penelitian usia  $\geq 35$  tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan .

Pada kasus Ny. N ini interpretasi data berdasarkan data subyektif dan data obyektif didapatkan diagnosa kebidanan (nomenklatur) sebagai berikut Ny. N umur 36 tahun G3 P2 A0 35 minggu 4 hari, janin tunggal hidup inta uterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, konvergen, kehamilan dengan Pre-eklamsia dan rakfor resiko usia  $>35$  tahun.

Berdasarkan data tersebut, maka tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus karena kehamilan Ny. N termasuk dalam kehamilan dengan pre eklamsia dan faktor resiko tinggi karena faktor umur.

### 3. Diagnosa potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada kasus Ny. N diagnosa potensial dari Pre Eklamsia adalah eklamsia dan perdarahan.

Menurut Cunningham (2013), komplikasi yang terberat dari pre eklamsia adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi berikut ini dapat terjadi pada preeklampsia. Komplikasi Maternal yaitu Eklampsia, Sindrom Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low (HELLP), ablasi retina, gagal ginjal, edema paru, kerusakan hati, penyakit kardiovaskuler, dan gangguan saraf. Sedangkan komplikasi pada janin yaitu pertumbuhan janin terhambat, prematuritas, dan kegawatan janin seperti sindroma distress napas.

Agar tidak terjadi komplikasi pada kasus tersebut dilakukan antisipasi yang sudah sesuai dengan teori seperti memberikan konseling tentang tanda bahaya Pre eklamsia, sehingga tidak ada kesenjangan teori dan praktek.

#### 4. Antisipasi penanganan segera

Pada kasus Ny. N ini antisipasi yang dilakukan sudah sesuai dengan standar kompetensi bidan dan wewenangnya seperti kolaborasi dengan dokter, konseling tanda bahaya Pre Eklamsia.

Menurut Rukiyah, dkk (2015) menyusun rencana asuhan dengan melaksanakan rencana asuhan komprehensif. Memberikan asuhan sesuai dengan masalahnya. Tindakan dapat dilakukan secara keseluruhan oleh

bidan secara efisien dan aman, klien atau anggota tim kesehatan lain dapat membantu dalam memberikan asuhan.

Berdasarkan data diatas, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 5. Intervensi

Pada kasus Ny. N penulis melakukan intervensi sesuai kebutuhan Ny. N beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang tujuannya agar ibu mengerti tentang keadaan ibu dan janin. Menjelaskan kepada ibu tentang Pre eklamsia dan kehamilan dengan usia lebih dari 35 tahun. Mengajarkan ibu untuk menjaga kondisinya selama hamil tujuannya untuk ibu selalu tenang dalam menjaga kondisinya. Mengajarkan ibu tentang makanan khusus orang hipertensi tujuannya supaya ibu bisa mengontrol makanan selama hamil, dan tekanan darah ibu tidak tinggi. Ingatkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat dan istirahat yang cukup tujuannya supaya ibu tidak kelelahan yang bisa membahayakan keadaan ibu dan janin. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya TM III. Mengajarkan ibu untuk rutin meminum obat yang telah diberikan bidan dan dokter.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien tetapi juga kerangka pedoman antisipasi terhadap apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis (Sukini, 2016).

Pada kasus Ny. N asuhan direncanakan sesuai dengan kebutuhan pasien dan tidak ada kesenjangan, karena intervensi yang dibuat sesuai dengan teori bahwa direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya dan memberikan intervensi terhadap perkiraan yang mungkin terjadi berikutnya.

#### 6. Implementasi

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti apa yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya (Sukini, 2016).

Pada kasus ini penulis melakukan implementasi sesuai dengan kebutuhan Ny. N yaitu memebritahu ibu tentang hasil pemeriksaanya tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu tubuh 36,5<sup>0</sup>C, pernafasan 24x/menit, TFU 24 cm, DJJ 146x/menit, (leopold 1) pada bagian atas perut ibu yaitu untuk mengetahui usia kehamilan dan bagian janin yang terdapat dibagian atas perut ibu teraba bokong bayi, (leopold II) pada bagian perut ibu yaitu untuk mengetahui janin menghadap ke kanan atau ke kiri dan untuk membedakan letak punggung bayi atau anggota tubuh lain kanan teraba punggung janin dan kiri teraba ekstermitas bayi, (leopold III) pada bagian bawah perut ibu yaitu untuk memastikan bagian janin di bawah rahim apakah kepala, bokong atau tungkai teraba kepala janin. (leopold IV) pada bagian bawah perut ibu yaitu untuk mengetahui apakah kepala bayi sudah turun sampai rongga tulang panggul atau masih diarea perut, teraba kepala bayi masih bisa

digoyangkan karena belum masuk panggul (konvergen). Menjelaskan pada ibu bahwa keadaanya saat ini baik-baik saja, tensi ibu saat diperiksa normal, tetapi ibu harus berhati-hati karena tekanan darah ibu beberapakali tinggi dan kehamilan ibu saat ini termasuk dalam kehamilan dengan pre-eklamsi.

Menjelaskan pada ibu tentang Pre-Eklamsia, Pre-eklamsia adalah peningkatan tekanan darah dan kelebihan protein dalam urine yang terjadi setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu kemudian , kemudian memberitahu ibu tentang resiko hamil dengan preeklamsi berat antara lain : Perdarahan, Eklamsia, Syok, Bayi lahir pada kondisi prematur, Berat bayi < 2500 gram, Kemungkinan bayi mengalami cacat dan kelainan kromosom, Terjadi gangguan kesehatan pada ibu, Terjadi komplikasi pada persalinan (atonia uteri).

Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, vitamin. Dan mineral, serat, lemak, zat besi dan makanan rendah garam, tidak mengkonsumsi garam lebih dari 1 sendok perhari, dan kurangi makanan yang berlemak.

Anjurkan ibu untuk menjaga kondisinya selama hamil dengan mengkonsumsi obat yang telah di berikan oleh bidan dan dokter secara rutin.

Memberitahu ibu untuk istirahat yang cukup yaitu istirahat siang +2 jam dan istirahat malam +8 jam , kurangi aktifitas berat seperti mencuci baju dan yang berat berat karena akan membahayakan keadaan ibu dan janin.

Sehingga sesuai dengan kasus Ny. N tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keaktifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan. Rencana tersebut dianggap efektif apabila benar efektif dalam pelaksanaannya (Sukini, 2016)

Pada kasus Ny. N didapatkan evaluasi ibu sudah tau hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu sudah mengerti tentang kondisinya saat ini, ibu dapat memahami tentang pre-eklamsia, ibu bersedia untuk menjaga kondisinya selama hamil dan bersedia untuk minum obat yang diberikan bidan dan dokter secara rutin, ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan Gizi seimbang dan diet rendah garam, ibu mengatakan bersedia untuk menjaga kehamilannya, ibu mengatakan sudah tau dan siap untuk istirahat yang cukup, dan mengurani aktivitas berat.

Sehingga pada kasus Ny. N tidak didapatkan kesenjangan teori dan praktek.

**Data Perkembangan Ke-1 (Kunjungan Hamil ke-2)**

Tanggal : 10 November 2022

Jam : 14.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. N

**1. Subyektif**

Pada kasus ibu mengatakan saai ini tidak ada keluhan.

Pada perubahan psikologis timbulnya kecemasan pada ibu hamil trimester III berhubungan dengan kondisi kesejahteraan ibu dan bayi yang akan dilahirkan, pengalaman keguguran, rasa aman dan nyaman selama kehamilan, penemuan jati dirinya dan persiapan menjadi orangtua, sikap memberi dan menerima kehamilan, dan dukungan keluarga (Janiwarty dan Pieter, 2013).

Dalam data subyektif ini dapat disimpulkan bahwa ibu mengalami salah satu perubahan psikologis menjelang persalinan akan tetapi ibu tidak mengalami cemas dikarenakan dukungan dari keluarga yang baik sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus

**2. Objektif**

Dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, terdapat hasil keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36,5<sup>0</sup>C, Pernafasan: 22x/menit, Palpasi Leopold I : Fundus berada 3 jari dibawah px teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong) TFU 26 cm, Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba kecil-kecil (ektsremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala)

Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk panggul (divergen).

TBBJ :  $(28-12) \times 155 = 2480$  gram, DJJ 138x/menit.

Menurut Yulifah (2013) pengukuran tanda-tanda vital meliputi tekanan darah yang normalnya dibawah 140/90 mmHg, temperature normalnya 36-37<sup>0</sup>C, denyut nadi normalnya 60-90x/menit dan respirasi 16-30x/menit. Sehingga dalam hal ini dapat disimpulkan keadaan Ny. N dalam batas normal. Pemeriksaan dengan teknik Leopold adalah mengetahui letak janin dan sebagai bahan pertimbangan dalam memperkirakan usia kehamilan. Teknik pelaksanaan palpasi menurut Leopold ada empat tahap yaitu (Gusti, 2016) :

- a) Leopold I: untuk mengetahui Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk memperkirakan usia kehamilan dan menentukan bagian-bagian janin yang berada di fundus uteri.
- b) Leopold II: mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan samping kiri uterus.
- c) Leopold III: menentukan bagian tubuh janin yang berada pada bagian bawah uterus.
- d) Leopold IV: memastikan bagian terendah janin sudah masuk atau belum masuk ke pintu atas panggul ibu.

Pada pemeriksaan leopold tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena bagian terbawah janin adalah kepala dan sudah masuk panggul sesuai dengan teori tersebut.

### 3. Assesment

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013) masalah atau diagnosa ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

Ny. N umur 36 Tahun G3P2A0 hamil 37 minggu 1 hari, janin tunggal hidup inta uterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, divergen, kehamilan dengan Pre-eklamsia dan usia >35 tahun.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus karena diagnosa ditegakkan berdasarkan hasil dari anamnesa dan pemeriksaan pada saat kunjungan.

### 4. Penatalaksanaan

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam keadaan normal TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, S: 36,50C, Pernafasan: 22x/menit  
Palpasi Leopold I : Fundus berada 3 jari dibawah px, teraba bulat, lunak, tidak melenting, (bokong) TFU 26 cm, Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba memanjang seperti ada tahanan(punggung) Bagian kiri ibu teraba kecil-kecil (ekstremitas) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk panggul (divergen). TBBJ:  $(28-12) \times 155 = 2480$  gram, DJJ 138x/menit.

Memberitahu ibu untuk tetap memperhatikan makanan khusus orang hipertensi yaitu diet rendah garam, membatasi diri untuk tidak mengkonsumsi garam lebih dari 1 sendok perhari, dan kurangi makanan yang berlemak.

Memastikan persiapan persalinan sudah lengkap yaitu mempersiapkan baju ibu dan baju untuk bayinya. Menyiapkan dokumen-dokumen penting

untuk persyaratan persalinan dirumah sakit seperti kartu BPJS asli dan fotocopy, KTP asli dan fotocopy, KK asli dan fotocopy, buku nikah, dan buku KIA.

Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir, perut terasa mulas seperti ingin BAB, pecahnya ketuban, adanya pembukaan pada jalan lahir, dan memberitahu ibu untuk melahirkan di rumah sakit bila mengalami tanda-tanda persalinan karena kondisi ibu saat ini mengalami kehamilan dengan resiko tinggi.

Menurut Kemenkes RI (2016) persiapan persalinan meliputi tanyakan pada bidan atau dokter tanggal perkiraan persalinan, siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan, siapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, suami, keluarga serta masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan, rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan, siapkan KTP, Kartu Keluarga, Kartu Jaminan Kesehatan Nasional dan keperluan lain untuk ibu dan bayi, rencanakan ikut KB setelah bersalin. Tanyakan ke petugas kesehatan cara ber-KB.

Sehingga dalam hal ini dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, karena ibu sudah menyiapkan semua keperluan untuk proses persalinannya.

## 4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Kurniarum, 2016).

Catatan persalinan pada kasus Ny. N yaitu pada saat persalinan umur kehamilan 38 minggu.

Ny. N datang ke IGD RSI PKU Muhammadiyah pada tanggal 13 November 2022 pukul 20.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng, nyeri, dan mules sejak pagi jam 07.00 dan membawa surat rujukan dari dokter Galih SpOG. Hasil pemeriksaan ibu, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, SpO2 99%, TFU 28cm DJJ 140x/menit VT pembukaan 2 cm.

Menurut Annisa (2017) tanda persalinan adalah terjadinya his persalinan, kontraksi yang menimbulkan rasa sakit serta dapat menimbulkan pembukaan serviks, keluarnya lendir yang bercampur darah, kadang keluarnya ketuban dengan sendirinya.

Pada pukul 20.29 WIB Ny. N dipindahkan ke ruang VK RSI PKU Muhammadiyah. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 160/100 mmHg nadi 89x/menit pernafasan 20x/menit, VT pembukaan 2cm, Porsio terba lunak, ketuban utuh, presentasi kepala, penuruna kepala di hodge I, Hb 13,8gr/dl, protein urine trace atau

protein urine ditemukan samar. Ibu diberikan terapi prosedur tetap PEB,  
Induksi Oksitosin 5 IU 20 TPM

Menurut Prawirohardjo (2013) Dalam pemberian terapi pada preeklamsia ada dua hal yaitu pemberian MgSO<sub>4</sub> sebagai antikonvulsan (anti kejang) dan anti hipertensi . Pemberian terapi MgSO<sub>4</sub> dan antihipertensi. Cara pemberian MgSO<sub>4</sub> Loading dose yaitu 4gram MgSO<sub>4</sub> di berikan secara intravena (40 % dalam 10 cc) di campurkan dengan aquades 10 cc dan di suntikkan selama + 5 menit. MgSO<sub>4</sub> bisa diberikan melalui IM yaitu Bokong kanan dan bokong kiri dengan dosis 8 mg MgSO<sub>4</sub> 40% yang berarti 20 cc atau 4 mg (10 cc) pada bokong kanan dan 4 mg (10 cc) pada bokong kiri di berikan selama 5 menit. Maintenance dose diberikan melalui infus drip 6gram atau 15 cc MgSO<sub>4</sub> 40% dalam larutan Ringer Laktat 500 cc diberikan 28 tpm.

Pada ibu dengan preeklamsia atau hipertensi gestasional ringan yang sudah aterm, induksi persalinan dianjurkan (Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan 2013)

Menurut Manuaba (2013) indikasi untuk dilakukannya induksi persalinan meliputi Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu), Ketuban pecah dini (KPD), Hipertensi gestasional, Isoimunisasi Rh, Diabetes melitus, Korio amnionitis, Kematian janin, Plasenta previa, Solusio plasenta.

Pada pukul 00.30 WIB ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dan merasa ingin mengejan. Hasil VT pembukaan lengkap, portio tidak teraba, titik petunjuk UUK, penurunan di Hodge III, His 4x10'x35", DJJ 150x/menit.

Menurut Annisa (2017), kala II di sebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada pukul 00.35 WIB bayi lahir spontan, menganggis kuat, gerakan aktif, kulit kemerahan dengan jenis kelamin perempuan, BB 2915 gram, PB 47cm, tidak ada atresia ani, tidak ada cacat, ruptur derajat 2, dilakukan injeksi oxytocyn 10 IU, manajemen aktif kala III.

Pada pukul 00:40 WIB Ibu mengatakan perutnya mules-mules Injeksi oksitosin sudah masuk secara IM, plasenta sudah lahir spontan lengkap. TFU 2 jari dibawah pusat. Observasi kala IV.

Menurut Annisa (2017), setelah kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antar teori dan lahan.

Pada tanggal 14 Oktober 2021 pukul 05:40 WIB Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya 6 jam yang lalu, ibu mengatakan masih merasa sakit pada luka jahitan di perinium, ibu mengatakan sudah miring kanan dan kiri. Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis tekanan darah 150/100mmHg, nadi 89x/menit, pernafasan 20x/menit. TFU 2 jari dibawah pusat, urinre 700cc, terpasang DC, terpasang infus dengan tambahan MgSO4 10gr. Muka tidak pucat konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterus, payudara simetris, puting susu menonjol, ASI belum keluar. Pada pemeriksaan palpasi didapat TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, luka perineum masih basah, lochea rubra, estimasi perdarahan 15 cc.

Menurut POGI (2016) Penentuan cara persalinan untuk mengakhiri kehamilan tergantung pada kondisi ibu dan janin. Pada preeklampsia yang sudah terkelola dengan manajemen ekspektatif, maka ibu bisa direncanakan dengan persalinan pervaginam. Namun jika komplikasi semakin memburuk seperti sindrom HELLP, eklampsia, hipertensi yang tidak terkontrol, solusio plasenta atau pada kondisi janin dengan Oligohidramnion dan Fetal Distress maka tindakan pengakhiran kehamilan dapat dilakukan dengan operasi sesar.

Pada kasus Ny. N persalinan dilakukan secara normal dan tidak terjadi komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan dalam kasus dan teori

### **4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas**

Masa nifas (puerpeium) merupakan pemulihan setelah melalui masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam kondisi wanita tidak hamil, rata-rata berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Handayani, 2016).

#### **1. 16 Jam Postpartum**

Asuhan yang diberikan pada ibu 16 jam postpartum ini yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memberitahu ibu penyebab keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang fisiologis dialami ibu nifas yaitu rasa mulas, memberitahu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, memberitahu ibu KIE tentang ASI eksklusif, memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya perdarahan postpartum, memberitahu ibu terapi obat.

##### **a. Data Subyektif**

Pada kasus ini, pada data subyektif ibu masih merasakan mulas, ibu masih merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Ibu mengatakan ASI sudah keluar sedikit. Ibu mengatakan ibu mengatakan sudah bisa beraktifitas yang ringan ringan seperti melakukan mobilitas miring kanan, miring kiri, dan belajar duduk.

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas, menurut Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia (2018) yaitu Nyeri Perineum, Ibu yang memiliki luka perineum saat proses persalinan akan merasakan nyeri perineum. Nyeri yang dirasakan ini akan menyebabkan ibu takut untuk bergerak pasca melahirkan. Hal ini akan

menyebabkan subinvolusi uteri, pengeluaran lochea menjadi tidak lancar, dan perdarahan postpartum.

Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny.N, didapatkan keluhan nyeri pada luka perineum akan tetapi ibu masih bisa mobilisasi dini, sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

#### **b. Data Obyektif**

Dari hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik, tanda tanda vital tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 85x/menit, Respirasi 20x/menit, suhu badan 37<sup>0</sup>C , ASI sudah keluar, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, PPV lochea rubra sekitar +40 cc, warna merah bau khas, pada ekstermitas atas dan bawah tidak odema dan tidak ada varises

Menurut Walyani (2015) pada tana-tanda vital, tekanan darah pada proses persalinan akan terjadi peningkatan sekitar 15 mmHg untuk sistol 10 mmHg untuk diastol. Kemudian pasca bersalin akan kembali normal dan stabil. Suhu setelah 12 jam pertama kelahiran bayi umumnya suhu badan kembali normal. Nadi 60-80x/menit > 100x/menit abnormal. Involusi uterus setelah plasenta lahir yaitu tinggi uterus 2 jari dibawahpusat. Lochea rubra/merah muncul pada hari 1-3 masa postpartum. Sesuai dengan namanya, berwarna merah mengandung darah dari perobekkan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseoa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny.N ditemukan komplikasi yaitu tekanan darah yang tinggi, sehingga terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

**c. Assesment**

Pada kasus yang penulis ambil didapat assesment berikut : Ny.N umur 36 tahun P3 A0 16 jam post partum Spontan dengan riwayat PEB

Menurut Sukami (2017) Pre-eklampsia adalah keadaan Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang di ukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, Edema umum, kaki, jan tangan, dan muka, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu Proteinuria kwantitaif 0,3 gr lebih per liter, kwantitatif 1 atau 2+ pada urin kateter atau midstream.

Menurut Marliandiani (2015) Tekanan darah normal untuk sistole berkisar 110-120 mmHg dan untuk diastole 60-80 mmHg.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik pada Ny. N P3A0 umur 36 tahun post partum 16 jam mengalami preeklamsia karena tekanan darah ibu tinggi yaitu 140/90 mmHg, hasil test urin terdapat protein urin yang samar.

**d. Penatalaksanaan**

Pada kasus yang penulis ambil memberikan asuhan antara lain: memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada ibu, mengingatkan ibu untuk meminum obat yang diberikan dokter agar nyeri luka jahitan berkurang, memastikan ibu memenuhi kebutuhan nutrisinya selama

nifas, memberitahu ibu cara mencegah perdarahan, menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri, memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada masa nifas, mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, dan menganjurkan ibu menyusui secara on demand.

Menurut Sari & Rimadini (2014) Kunjungan nifas pertama/KF1 (6 jam – 2 hari postpartum) adalah kunjungan pertama, asuhan yang perlu dilakukan adalah melakukan pencegahan perdarahan dan memberikan konseling pencegahan akibat atonia uteri, mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika diperlukan, pemberian ASI awal, memberikan edukasi tentang cara mempererat hubungan ibu dan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dan mencegah hipotermi (Sari & Rimandini, 2014).

Massage uterus merupakan kegiatan sederhana yang bisa dilakukan oleh ibu sendiri apabila persalinan berjalan normal, kegiatan ini sangat bermanfaat untuk mencegah perdarahan, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Restianti (2015)

Pada pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. N dilakukan pemeriksaan dan konseling yang sama pada teori, sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

## **2. Kunjungan 3 Hari Postpartum**

### **a. Data Subyektif**

Pada kunjungan nifas 3 hari postpartum didapatkan data subyektif Ny. N mengatakan sudah tidak ada keluhan. Ibu

mengatakan selama masa nifas bisa BAB pada hari ketiga, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, BAK 6x sehari, warna kuning jernih.

Eliminasi Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (GAVI, 2015).

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal (GAVI, 2015).

Sehingga pada data subyektif ini dapat disimpulkan pola eliminasi juga sudah lancar ibu sudah bisa BAB tidak lebih dari 3 hari.

#### **b. Data Obyektif**

Dari hasil pemeriksaan 3 hari postpartum pada Ny. N didapatkan hasil keadaan umum baik, tanda tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 84x/menit, Respirasi 22x/menit, suhu badan 36,0°C, ASI keluar banyak, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi keras, PPV lochea sanguinolenta warna merah kecoklatan bau khas.

Menurut Mastiningsih & Agustina (2019) Lokhea sanguinolenta muncul pada hari ke-3-7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.

Sehingga pada data obyektif ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, karena pada 3 hari postpartum lochea masih berwarna merah (lochea sanguinolenta) dalam batas normal.

c. **Assesment**

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013) masalah atau diagnosa ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

Dari hasil analisis data subyektif dan obyektif maka dapat disimpulkan diagnosa Ny. N umur 36 tahun P3A0 3 hari postpartum dengan nifas normal.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus karena diagnosa ditegakkan berdasarkan hasil dari anamnesa dan pemeriksaan pada saat kunjungan.

d. **Penatalaksanaan**

Pada kasus yang penulis ambil memberikan asuhan antara lain : memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memastikan ibu tidak ada tanda bahaya saat nifas, mengingatkan ibu untuk meminum obat penurun tensi, memberitahu ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya selama nifas, mengajurkan ibu untuk istirahat yang cukup, memberitahu ibu untuk memberikan ASI nya secara ondemend dan secara Eksklusif, dan mengajari ibu cara melakukan perawatan payudara.

Menurut Dewi Martalia (2013) ibu nifas harus makan makanan yang bervariasi dan bergizi seimbang, terpenuhi kebutuhan

karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, kurang cairan, dan serat untuk memperlancar ekskresi serta laktasi, dan ibu nifas serta menyusui membutuhkan tambahan 700 kalori.

Menurut Sari & Rimadini (2014) Kunjungan nifas kedua/KF2 (3-7 hari Postpartum) adalah kunjungan kedua, asuhan yang dilakukan meliputi memastikan involusi uteri tetap berjalan normal, kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilicus, dan tidak ada perdarahan yang abnormal, menilai adanya infeksi dan demam, memastikan ibu dapat beristirahat dengan baik, mengonsumsi nutrisi dan cairan yang cukup, dan dapat menyusui bayinya dengan baik, serta memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

Sehingga dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. N dilakukan pemeriksaan dan konseling yang sama pada teori.

### 3. **Kunjungan 26 Hari Postpartum**

Asuhan yang diberikan pada kunjungan nifas 26 hari postpartum ini sama dengan asuhan 3 hari postpartum yaitu memastikan involusi uteri normal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, mengajarkan cara asuhan bayi, rawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Handayani, 2016)

**a. Data Subyektif**

Pada kasus ini, pada data subyektif ibu mengatakan ini sudah 26 hari masa nifas setelah persalinannya. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan bayinya menyusu secara adekuat. Ibu mengatakan kemarin pada tanggal 22 November 2022 sudah kontrol di RSI PKU Muhammadiyah Singkil. Ibu mengatakan hasil USG saat kontrol terdapat gumpalan darah pada rahim dan ibu diberikan terapi obat oleh dokter.

**b. Obyektif**

Hasil pemeriksaan yang didapatkan pada kunjungan nifas hari ke 26 adalah keadaan umum ibu baik, tanda tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, Respirasi 22x/menit, suhu badan 36,90C, mata simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera berwarna putih, payudara simetris, puting susu menonjol, ASI sudah keluarbanyak, TFU sudah tidak teraba, PPV lochea alba warna bening.

Menurut Marlidiani (2015) perubahan uterus selama postpartum pada hari 14 dan seterusnya tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Berat uterus sekitar 350gram dan diameter uterus 5 cm.

Menurut Marliadiani (2015) lokhea serosa berwarna agak kekuningan berisi leukosit. Lokhea alba timbul setelah 2 minggu berupa cairan putih.

Sehingga pada data obyektif tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pada pemeriksaan 26 hari ini tinggi

fundus uteri sudah tidak teraba, PPV berwarna bening, tanda-tanda vital dalam batas normal dan ASI keluar dengan baik.

**c. Assesment**

Menurut Sih Rini Handayani & Tiwik Sri Mulyati (2017) Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Dari hasil analisis data subyektif dan obyektif maka dapat disimpulkan diagnosa Ny. N umur 36 tahun P3A0 postpartum 26 hari dengan nifas normal.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus karena diagnosa ditegakkan berdasarkan hasil dari anamnesa dan pemeriksaan pada saat kunjungan.

**d. Penatalaksanaan**

Pada kasus yang penulis ambil memberikan asuhan antara lain : memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI Eksklusif, memberitahu ibu untuk makan dan minum dengan gizi seimbang, memastikan ibu tidak ada tanda bahaya saat nifas, mengingatkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang melelahkan dan pertahankan pola istirahat (tidur) yang benar, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu/bidan terdekat.

Saifuddin, dkk (2013) menyatakan bahwa ibu nifas disarankan istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan dan perlahan-lahan kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga. Kurang istirahat akan mempengaruhi produksi Air Susu Ibu, memperlambat proses involusi dan menyebabkan depresi.

Menurut Sari & Rimadini (2014) Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8-28 hari Postpartum) adalah kunjungan ketiga, asuhan yang dilakukan sama dengan pada kunjungan ke dua meliputi memastikan involusi uteri tetap berjalan normal, kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilicus, dan tidak ada perdarahan yang abnormal, menilai adanya infeksi dan demam, memastikan ibu dapat beristirahat dengan baik, mengonsumsi nutrisi dan cairan yang cukup, dan dapat menyusui bayinya dengan baik, serta memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

Sehingga dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pemeriksaan yang dilakukan pada Ny.N dilakukan pemeriksaan dan konseling yang sama pada teori.

#### **4. Kunjungan 40 Hari Postpartum**

##### **a. Subjektif**

Pada kasus ini, pada data subyektif ibu mengatakan ini sudah hari ke 40 setelah melahirkan, ASI keluar lancar dan tidak ada keluhan, bayinya menyusu secara adekuat, pola istirahat sedikit terganggu pada malam hari karena menyusui bayinya.

Menurut Handayani (2015) istirahat cukup untuk mencegah kelelahan. Kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan membuat ibu kelelahan, ibu diharapkan juga ikut istirahat ketika bayi tidur. Jika ibu kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat involusi uteri, memperbanyak perdarahan, depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Sehingga pada data subyektif ini ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena meskipun pola istirahat Ny. N terganggu pada malam hari karena menyusui bayinya akan tetapi produksi ASI ibu tetap lancar dan tidak ada keluhan.

**b. Objectif**

Hasil pemeriksaan yang didapatkan pada kunjungan nifas hari ke 40 adalah keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 93x/menit, Respirasi 24x/menit, suhu badan 36,5<sup>0</sup>C, TFU sudah tidak teraba.

Menurut Marlidiani (2015) perubahan uterus selama postpartum pada hari 14 dan seterusnya tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Berat uterus sekitar 350 gram dan diameter uterus 5 cm.

Sehingga pada data obyektif tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pada pemeriksaan 40 hari ini tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, tanda-tanda vital dalam batas normal dan ASI keluar dengan baik.

**c. Assesment**

Dari hasil analisis data subyektif dan obyektif maka dapat disimpulkan diagnosa Ny. N umur 36 tahun P3A0 postpartum 40 hari dengan nifas normal.

Nifas merupakan darah yang keluar dari rahim akibat melahirkan atau setelah melahirkan. Masa nifas terhitung setelah plasenta keluar dan selesai ketika alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu atau 42 hari (Sari & Rimandini, 2014).

Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan kesenjangan antara kasus dan teori.

**d. Penatalaksanaan**

Pada kasus yang penulis ambil memberikan asuhan antara lain : memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, mengingatkan ibu untuk tidak menggunakan BH yang ketat tapi menyangga payudara, mengingatkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang melelahkan dan pertahankan pola istirahat, memotivasi suami dan keluarga untuk selalu mendampingi ibu dan membantu merawat bayinya, menganjurkan ibu untuk menggunakan KB pasca persalinan.

Budiman & Riyanto (2014) Sikap dan tindakan akseptor KB dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, informasi yang didapatkan dari media massa, lembaga pendidikan dan agama, pengaruh dari orang yang dianggap penting serta factor emosional.

Menurut Sari & Rimadini (2014) Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8-28 hari Postpartum) adalah kunjungan keempat, asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling KB secara dini dan menanyakan hal-hal yang menyulitkan ibu selama masa nifas.

Sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena Ny. R sudah mendapatkan informasi tentang kontrasepsi secara dini dan memilih KB Suntik 3 bulan karena pengalamannya yang sudah nyaman menggunakan KB suntik 3 bulan.

#### 4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

##### 1. Kunjungan Neonatal ke-1 (1 hari setelah lahir)

###### a. Subyektif

Dari data yang didapatkan pada 1 hari bayi baru lahir ibu mengatakan bayinya lahir secara spontan normal dengan selamat pada tanggal 14 November 2022 jam 00.35 WIB, ibu mengatakan bayinya berjenis kelamin perempuan, ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK.

Menurut Wagio (2016) salah satu ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal yaitu Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

Sehingga dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus karena bayi Ny. N sudah BAB dan BAK.

###### b. Obyektif

Pada kasus yang penulis ambil didapat data obyektif sebagai berikut : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital : Suhu 36,8<sup>0</sup>C nadi 134 x/menit, pernafasan 46 x/menit. APGAR score 8/9/9. Berat badan bayi lahir 2.915 gram, panjang badan 47cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 31 cm. Tali pusat segar berwarna kemerahan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada pemeriksaan fisik bayi secara inspeksi, kepala berbentuk *mesocephal*, tidak ada *caput succedaneum* dan tidak ada *cephal hematoma*. Ubun-ubun tidak cekung, tidak cembung, sutura berhimpit tidak tumpang tindih, muka simetris, tidak pucat. Mata simetris, berwarna merah muda, sclera putih. Hidung

simetris, tidak ada polip, tidak ada cupping hidung. Mulut/bibir simetris, tidak ada bibir sumbing. Telinga simetris, bersih, serumen dalam batas normal. Leher tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*. *Thoracks Anterior* tidak ada pembesaran hepar. Genetalia *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*. Anus, terdapat lubang anus, tidak ada atresia ani. Ekstremitas simetris, kuku tidak pucat, tidak ada polidaktili/sindaktili.

Menurut Sondakh (2013) menyebutkan bahwa manifestasi klinis bayi baru lahir normal diantaranya yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, panjang badan 48-50 cm, lingkar dada 33-35 cm, bunyi jantung 120-140x/menit, pernafasan <60x/menit, seluruh reflek telah terbentuk, melakukan eliminasi dalam 24 jam.

Pada pemeriksaan yang telah dilakukan pada bayi Ny.N didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **c. Assesment**

Menurut Naomy (2016), Assesment adalah kesimpulan yang dibuat untuk mengambil suatu diagnosa berdasarkan data subjektif dan data objektif.

Dari data subyektif dan obyektif diatas maka dapat disimpulkan diagnosa By. Ny. N umur 1 hari jenis kelamin perempuan dengan bayi baru lahir normal.

#### **d. Penatalaksanaan**

Pada kasus yang penulis ambil memberikan asuhan sebagai berikut : memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayinya

dalam keadaan baik, memberitahu ibu untuk mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengganti kain kotor dengan kain yang bersih dan kering kemudian membedong bayi dengan memakaikan topi, memberitahu ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum menyentuh bayi atau mau menyusui bayi, memberitahu ibu untuk melakukan perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir.

Menurut Sondakh (2013) perawatan bayi baru lahir yaitu : menjaga kehangatan, melakukan pencegahan infeksi, merawat tali pusat, memberitahu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, memberitahu tentang nutrisi bayi.

Pada pemeriksaan yang dilakukan pada bayi Ny.N dilakukan asuhan sesuai dengan teori. Sehingga tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

## **2. Kunjungan Neonatal ke-2 ( 3hari setelah lahir)**

### **a. Subyektif**

Dari data yang diperlukan pada kunjungan bayi baru lahir hari ketiga ibu mengatakan bayinya hanya diberikan ASI saja, menyusui secara on demand, BAK sehari 7 kali, BAB frekuensi 3 kali. Ibu mengatakan pola istirahat bayinya tidak ada gangguan, tali pusatnya belum terlepas. Ibu mengatakan bayinya belum diberikan imunisasi HB0.

Menurut Dewi (2014), berkemih sering terjadi dengan frekuensi 6-10 kali sehari dengan warna urine yang pucat. Kondisi ini

menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15-16 ml/kg/hari. Jumlah feses yang dikeluarkan pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga sampai keenam. Feses transisi (mekonium) dikeluarkan pada hari ketiga sampai enam.

Sehingga dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena bayi BAK lebih dari 6x sehari dan bayi sudah mampu BAB.

**b. Obyektif**

Dari hasil pemeriksaan yang didapatkan pada kunjungan neonatus atau bayi baru lahir hari ketiga adalah keadaan umum baik, suhu badan 36,5°C, respirasi 43x/menit, kulit tidak pucat, tidak ikterik dan tidak sianosis, tali pusat belum terlepas.

Menurut Sondakh (2013), bunyi jantung pada bayi baru lahir antara 120-160x/menit, pernafasan kira-kira 40-60x/menit, suhu tubuh aksila pada bayi normal adalah 36,50C – 37,50C, berat badan 2500 gram – 4000 gram.

Sehingga pada data obyektif ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus karena pada bayi Ny. N hasil pemeriksaan dalam batas normal.

**c. Assesment**

Menurut Naomy (2016), Assesment adalah kesimpulan yang dibuat untuk mengambil suatu diagnosa berdasarkan data subjektif dan data objektif.

Dari data subyektif dan obyektif diatas maka dapat disimpulkan diagnosa By. Ny. N umur 3 hari jenis kelamin perempuan dengan bayi baru lahir normal.

**d. Penatalaksanaan**

Asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus 3 hari adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya, memastikan tidak ada tanda bahaya bayi baru lahir, memberikan bayi imunisasi HB0.

Menurut Ngambur, dkk (2018) manfaat Imunisasi HB akan meningkat jika diberikan sejak dini, biasanya pada usia bayi 0 sampai 7 hari dengan caradisuntikan secara intramuscular.

Pelayanan kesehatan neonatus menurut Kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir. Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

Pada pemeriksaan yang dilakukan pada bayi Ny.N dilakukan asuhan sesuai dengan teori. Sehingga tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

### **3. Kunjungan Neonatal ke-3 (26 hari setelah lahir)**

#### **a. Subyektif**

Dari hasil anamnesa yang didapatkan ibu mengatakan bayinya sehat, pola tidur bayinya cukup, bayinya disusui secara on demand, bayinya menyusu dengan baik, dan tidak rewel. Ibu mengatakan bayinya BAK 6 x/hari, BAB 2x/hari, tali pusat sudah terlepas.

Menurut Dewi (2014) jumlah fases akan berkurang pada minggu kedua yang awalnya frekuensi defekasi 5 sampai 6 kali menjadi 1 atau 2 kali sehari

Sehingga dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena frekuensi BAK dan BAB bayi Ny.N berkurang.

#### **b. Obyektif**

Dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan didapatkan hasil pemeriksaan yaitu kondisi bayi baik, Berat badan 3900 gram, panjang 49 cm, suhu 36,5<sup>0</sup>C, pernafasan 42x/menit, tali pusat sudah lepas

Menurut Pongki (2016) suhu tubuh pada bayi normal adalah 36,5<sup>0</sup>C – 37,5<sup>0</sup>C, pernafasan normal 40-60x/menit, denyut jantung normal 130-160x/menit.

Sehingga dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena tanda-tanda vital bayi Ny. N dalam batas normal.

**c. Assesment**

Menurut Naomy (2016), Assesment adalah kesimpulan yang dibuat untuk mengambil suatu diagnosa berdasarkan data subjektif dan data objektif.

Dari data subyektif dan obyektif diatas maka dapat disimpulkan diagnosa By. Ny. N umur 26 hari jenis kelamin perempuan dengan bayi baru lahir normal.

**d. Penatalaksanaan**

Asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus hari ke 26 hari adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, memberitahu ibu jika ada anggota keluarga sedang sakit hendaknya jangan dekat-dekat dengan bayi terlebih dahulu, memberitahu ibu untuk selalu menjaga kesehatan ibu dan bayinya dan juga menjaga kebersihan diri, terlebih jika ingin/sesudah memegang bayi hendak mencuci tangan karena bayi sangat rentan dengan penyakit atau sensitif, menganjurkan ibu untuk sering mengajak bayinya berbicara, tersenyum, dan melakukan eye contact agar terangsang perkembangannya, memberitahu ibu untuk mengimunisasikan bayinya yaitu imunisasi BCG dan Polio (OPV 1) pada tanggal 14 Desember 2022.

Anita Amalia Sari (2016) mengatakan demi mencapai perkembangannya yang optimal, berbagai bentuk stimulasi sangat

dibutuhkan oleh bayi yang baru lahir. Kontak mata antara ibu dan bayi dipercaya dapat memunculkan sensasi khusus berupa koneksi, keterkaitan, dan perasaan yang mendalam pada sang ibu. Begitu pula pada bayi yang baru lahir, kontak mata juga merupakan salah satu jalur komunikasi. Kegiatan ini diyakini sebagai suatu bentuk interaksi yang dipahami oleh bayi, sehingga menjadi dasar timbulnya kemampuan berkomunikasi di kemudian hari.

Pelayanan kesehatan neonatus menurut Kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir. Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

Pada pemeriksaan yang dilakukan pada bayi Ny. N dilakukan asuhan sesuai teori, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.N umur 36 tahun G3P2A0 dengan Preeklamsia dan Faktor resiko usai >35 tahun yang dilaksanakan pada tanggal 27 Oktober 2022 sampai tanggal 24 Desember 2022. Asuhan komprehensif pada Ny.N telah dilakukan manajemen kebidanan dengan menggunakan metode varney dan SOAP. Adapun kesimpulannya sebagai berikut :

1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah pengumpulan data dasar baik data subyektif seperti didapatkan data pasien dengan inisial ny.N umur 36 tahun. Data obyektif yang diperoleh dari kehamilan yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 80x/menit, protein urine (+), TFU 24 cm, usia kehamilan 35 minggu lebih 4 hari dengan Preeklamsia dan faktor resiko usia >35 tahun. Pada saat persalinan dilakukan secara Spontan di RSI PKU Muhammadiyah Singkil dengan indikasi PEB.

Sehingga data yang penulis rangkum pada Ny.N dengan faktor resiko tinggi Preeklamsia dan usia >35 tahun ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan bayi baru lahir tidak mengalami BBLR dan Asfiksia melainkan bayi baru lahir dengan keadaan normal.

## 2. Interpretasi Data

Pada langkah ini sesuai dengan data subyektif dan data obyektif yang diperoleh pada kasus Ny.N didapatkan diagnosa:

### a. Kehamilan

Ny.N umur 36 tahun G3P2A0 hamil 35 minggu lebih 4 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, konvergen dengan Preeklamsia dan usia >35 tahun.

### b. Persalinan

Interpretasi data pada persalinan adalah Ny.N umur 36 tahun G3P2A0 hamil 38 minggu, janin tunggal, hidup intrauterin, letak memanjang, puka, preskep, divergen dengan PEB dan usia >35 tahun.

### c. Nifas

Interpretasi data pada masa nifas adalah Ny.N umur 36 tahun P3A0 16 jam, 3 hari, 26 hari, 40 hari Post Partum Spontan dengan riwayat PEB.

### d. Bayi baru lahir

Interpretasi data pada bayi baru lahir adalah bayi By. Ny. N umur 1 hari, 3 hari, 26 hari jenis kelamin perempuan dengan bayi baru lahir normal.

Maka dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

- ## 3. Diagnosa Potensial pada kasus Ny.N yang akan muncul yaitu pada kasus ini terjadi eklamsia, syok atau perdarahan pada saat bersalin. Pengaruh pada janin yaitu kelahiran prematur, lahir cacat. Dalam langkah ini penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pada kasus ini ibu saat persalinan

tidak mengalami eklamsia, syik atau perdarahan dan pada bayi tidak terjadi prematur, cacat melainkan bayi baru lahir dengan keadaan normal.

4. Antisipasi penanganan segera pada Ny. N yaitu kolaborasi dengan Dokter SPOG, untuk mengantisipasi diagnosa potensial sesuai kebutuhan. Pada langkah ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
5. Penulis dapat membuat rencana tindakan dalam menangani kasus Ny.N dengan melihat diagnosa nomenklatur, masalah dan kebutuhan. Sesuai wewenang bidan yaitu memerikan KIE. Pada langkah ini secara prinsip ada kesenjangan antara teori dan kasus.
6. Pada langkah pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif yang diberikan pada Ny. N adalah asuhan kehamilan dengan dilakukannya anamnesa, pemeriksaan inspeksi, palpasi sampai auskultasi. Persalinan secara normal tetapi di rumah sakit dan sudah dilakukan kunjungan rumah dan pemeriksaan. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus.
7. Pada langkah ini hasil akhir pada asuhan kebidanan secara komprehensif, ibu melahirkan dengan selamat dan bayinya juga selamat berjenis kelamin perempuan serta dapat melewati masa nifas selama 6 minggu postpartum dengan persalinan spontan atau normal. Serta tidak ditemukannya kegawatdaruratan pada Ny.N sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

## 5.2 Saran

Beberapa saran yang akan disampaikan penulis untuk lebih mengoptimalkan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan preeklamsia dan usia >35 tahun

### 1. Bagi Penulis

Diharapkan dengan adanya pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis bias menambah wawasan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dengan faktor resiko dan juga agar penulis dapat mengerti, paham bahkan menerapkan asuhan tersebut pada kemudian hari.

### 2. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan sebagai gambaran informasi untuk meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil agar menurunkan angka kematian pada ibu bersalin akibat komplikasi yang tidak tertangani semasa hamil.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan.

Dengan adanya berbagai macam kasus atau komplikasi yang terjadi pada kehamilan yang dapat membahayakan keadaan ibu maupun janin salah satunya hamil dengan preeklamsia dan usia >35tahun. Di harapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan acuan atau pedoman bagi institusi program studi kebidanan untuk penulisan karya tulis selanjutnya.

#### 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dengan adanya asuhan komprehensif yang diberikan selama kehamilan, persalinan, nifas, dan BBL, dapat memberikan informasi kepada ibu hamil agar dapat sedini mungkin mengetahui penyakit yang menghambat kehamilannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. 2013. *Hypertension in pregnancy*. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Aning Subiyatin. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta.
- Anita Amalia Sari. "Ibu, Kontak Mata Anda pada Bayi Sangat Penting!" [www.klikdokter.com](http://www.klikdokter.com). Diakses pada rabu, 30 Agustus 2022. <https://www.ruangguru.com/blog/cara-menulis-daftar-pustaka-dan> contohnya.
- Annisa, M. DKK. 2017. *Asuhan Persalinan Normal Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: CV Pustaka Baru.
- Arantika Meidya, dan Fatimah. 2019. *Patalogi Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Asih Yusari & Risneni. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Aspiani, Reni Yuli. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Bergman, L. et al. 2020. *Multi-Fetal Pregnancy, Preeclampsia, and Long-Term Cardiovascular Disease, Hypertension*.
- Budiman, & Riyanto, A. 2014. *Kapita Selekta Kuesioner: Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Cunningham. 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC
- Deswani, dkk. 2018. *Asuhan Keperawatan Prenatal Dengan Pendekatan Neurosains*. Malang: Wineka media
- Diana , Sulis .2017.*Model Asuhan Kebidanan Continuty of care*. Surakarta: Kekata Publisher
- Dinas kesehatan Jawa Tengah. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tentang Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. 2022. *Profil kesehatan kabupaten tegal tahun 2022*. Dinkes Kabupaten Tegal. Jawa tengah

- Dinkes Jateng. 2017. *Profil kesehatan provinsi jawa tengah tahun 2017*. Dinkes Jateng. Semarang
- Dwi Rani Sukma, Ratna Dewi Puspita Sari. 2020. *Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. [www.juke.kedokteran.unila.ac.id](http://www.juke.kedokteran.unila.ac.id)
- Dwi Wahyuni. 2015. *Faktor-faktor yang berhuungan dengan kejadian Preeklamsia pada iu hamil dirumahsakit Roemani Muhhamadiyah Semarang*. [www.jurnal.unimus.ac.id](http://www.jurnal.unimus.ac.id)
- Eka Suci Wulandari, Ernawati, Djohar Nuswantoro. 2021. *Faktor Risiko Preeklamsia Berat dengan Komplikasi*. Surabaya, Universitas Airlangga.
- E. Handayani. 2016. *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Transmedika 2016.
- Faiqoh, E. 2014. *Hubungan karakteristik ibu, anc dan kepatuhan perawatan ibu hamil dengan terjadinya preeklamsia*. Jurnal Berkala Epidemiologi.
- Fatmawati. 2019. *Asuhan Keperawatan Kehamilan*. Surabaya: Jakad Publishing.
- Gavi. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan; 2015.
- Gusti mandriwati, Dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sih Rini & Triwik Sri Mulyati. 2017. *Bahan Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan.
- Hapsari. 2014. *Faktor Resiko Kehamilan Diusia Lanjut*. [www.responsitory.ummat.ac.id](http://www.responsitory.ummat.ac.id)
- Hadijanto, B. 2013. *Pendarahan pada Kehamilan Muda*. Jakarta: EGC.
- Hasnidar dkk, Sulfianti. 2021. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Balita*. Yayasan Kita Menulis.
- Hidayat & Musrifatul Uliyah. 2018. *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: Salemba medika.

- Husin, Farid. 2014. *Asuhan Kehamilan*. Berbasis Bukti: Jakarta: EGC.
- Hutahean, Nurul, dkk. 2014. *Buku ajar kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Hartini, E. E. 2018. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Malang: Wineka Media.
- Irianti, dkk. 2015. *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Jakarta: Sagung Seto
- Janiwarty, B., & Pieter, H. Z. 2013. *Pendidikan Psikologi untuk Bidan Suatu Teori dan Terapannya*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Kumalasari. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba
- Kusmiyati. 2013. *Asuhan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Pustaka Fitramaya.
- Kurniarum, Ari. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lalenoh, D. C. 2018. *Preeklampsia Berat dan Eklampsia: Tatalaksana Anestesia Perioperatif*. Kedokteran.
- Laine, K., Murzakanova, G., Sole, K. B., et al. 2019. *Prevalence and risk of pre-eclampsia and gestational hypertension in twin pregnancies: A population based register study*. BMJ Open
- Mastiningsih, Putu dan Yayuk Chrisyanti Agustina. 2019. *Buku Asuhan Kehamilan*. Bogor: In media
- Marliandiani, Y dan Ningrum, N. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Salemba Medika.
- Marjati, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika
- Marmi. 2016. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mitayani. 2013. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mutmainnah, A. U., Johan, H., & Llyod, S. S. 2017. *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. ANDI.
- Naomy Marie. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: EGC

- Nurhayati, Y. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta. Andi
- Nurarif, H. K. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda*. Jogjakarta: Mediaction publishing.
- Norma Nita, Dwi Mustika. 2013. “*Asuhan Kebidanan Patologi*”. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Noordiati. 2018. *Asuhan Kebidanan, Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Pra Sekolah*. Malang : Wineka Media
- Parwatiningsih, dkk. 2021. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Sukabumi: cv jejak, anggota IKAPI.
- Pesta Corry Sihotang, dkk. 2016. *Hubungan Pola Makan dan Kecukupan Istirahat Tidur dengan Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Biromaru*. Bagian Keperawatan, Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi IlmuKesehatan Widya Nusantara Palu. Jurnal Kesehatan Tadulak.
- POGI. 2016. *PedomanPengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan Di Indonesia Edisi 2*. Semarang:Himpunan Kedokteran Feto Maternal POGI.
- Prawirohardjo. 2018. *Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Tentang Proses Terjadinya Kehamilan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pusdiknakes. 2013. *Konsep Asuhan Kebidanan*. JHPEIGO. Jakarta
- Rahyani, dkk. 2020. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Patologi Bagi Bidan*. Yogyakarta : ANDI.
- Rustikayanti, N.R, et all. 2016. *Perubahan psikologis pada Ibu Hamil Trimester III*. The Southeast Asian Journal of Midwifery. 2(1): 45-46.
- Rukiyah, A.Y., & Yulianti, L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: TIM.
- Rohani, Saswita, R., & Marisah. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sari, E. Rimandini, K. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : Trans Info Media.

- Siih Rini Handayani & Tiwik Sri Mulyati. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Bahan Ajar Kebidanan.
- Sutanto, Andina Vita dan Yuni Fitriana. 2019. *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres.
- Subiyatin, A. 2017. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Sukma Putri, N. P. W., Wulan S, W. C., Denny Y, P. C 2020. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Di Rsup Sanglah Denpasar*. E-Jurnal Medika Udayana.
- Saifuddin, dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*, Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo
- Saifuddin, AB. 2016. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawihardjo*. 1nd edition Cet 5. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.
- Saputri, N. 2019. *Asuhan neonatus bayi, balita & anak pra sekolah*. Yogyakarta.
- Suarayasa, K. 2020. *Strategi Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) Di Indonesia*. Cv Budi Utama.
- Stephanie, P. & Kartikasari. 2016. *Gambaran Kejadian Kurang Energi Kronik Dan Pola Makan Wanita Usia Subur Di Desa Pesinggahan Kecamatan Dawan Klungkung Bali 2014*. Medika.
- Sondakh. J. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir*. Jakarta: Erlangga
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Jakarta: EGC
- Umar, M dan Wardani, P. 2017. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pre-eklampsia pada Perempuan bersalin*. Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan 2 (hal 45-50)
- Utami, T.2018. *Pengaruh faktor umur dan paritas terhadap kejadian preeklampsia pada ibu bersalin di RSUD Hj.Anna Lasmanah Banjarnegara tahun 2016*.
- WHO. 2020. Constitution of the World Health Organization edisi ke-49. Jenewa: hlm.1.ISBN978-92-4-000051-3.

- Widatiningsih & Dewi. 2017. *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Walyani, Elisabeth Siwi & Purwoastuti, E. 2015. *Ilmu Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. Yogyakarta : PUSTAKABARUPRESS
- Walyani, dan Purwoastuti. 2015. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Wardani, W. Y. K., & Mawarti, R. 2015. *Analisis Faktor-Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Terjadinya Preeklamsia Atau Eklamsia Di Rsu Pku Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Wagiyo, & Putrono. 2016. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal & Bayi Baru Lahir, Fisiologis dan Patologis*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Wati, L., & Widiyanti, R. 2020. *Faktor Risiko Kejadian Pre Eklamsia Di Kota Cirebon Tahun 2019*. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*.
- Yanti, Damai. 2017. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Refika Aditama: Bandung.
- Yulifah, Rita dan Surachmindari. 2013. *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Yulianti, N. T., & Sam, K. L. 2019. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Makasar: Cendekia Publisher.
- Yulizawati et al. 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*. Padang: Erka.



**POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA**

IPT Perpustakaan & Penerbitan

**SURAT KETERANGAN HASIL UJI PLAGIASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini<sup>\*)</sup>:

Nama : M. Abdul Rohim - S.S.I  
 NIPY : 01. 011. 081  
 Jabatan : kepala IPT perpustakaan dan penerbitan

Menerangkan bahwa Laporan Tugas Akhir<sup>\*\*)</sup>:

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. N Di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal (Studi Kasus Pre-Eklampsia Dan Faktor Resiko Usia >35 Tahun).

yang ditulis oleh:

Nama Mahasiswa : Dewi Layinatun Luluk  
 NIM : 20070047  
 Email : dewilulu2020@gmail.com

Telah dilakukan uji kesamaan (uji similarity) / uji plagiasi dengan hasil indikasi similaritas 35%  
 Demikian keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tegal, 22 - 9 - 2023  
 Petugas Perpustakaan  
 Politeknik Harapan Bersama,

M. Abdul Rohim - S.S.I

Keterangan:

\*) Diisi oleh Petugas Perpustakaan Poltek Harber

\*\*) Diisi dengan pengetikan langsung oleh mahasiswa

Jl. Mataram No. 9 Kota Tegal 52143, Jawa Tengah, Indonesia.

(0283)352000

sekretariat@poltektegal.ac.id

poltektegal.ac.id

# ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. N DI PUSKESMAS SLAWI KABUPATEN TEGAL

(Studi Kasus Pre-Eklampsia dan Faktor Resiko Usia Diatas 35 Tahun)

Dewi Layinatun Luluk<sup>1</sup>, Meyliya Qudriani<sup>2</sup>, Evi Zulfiana<sup>3</sup> Email: dewilulu2020@gmail.com<sup>1,2</sup>  
Diploma III Kebidanan, Politeknik Harapan Bersama Tegal, Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal.

## Abstrak

*Pada tahun 2020 terdapat 9 kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal, sedangkan tahun 2019 tercatat 7 kasus. Dengan demikian, Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Tegal mengalami penurunan, yaitu dari 56,00 per 100.000 kelahiran menjadi 37,14 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018. Preeklampsia memiliki insiden sekitar 5,3% di Indonesia, dengan jumlah sekitar 128.273 kasus pertahun. Preeklampsia merupakan penyebab kematian ibu tertinggi ke dua setelah perdarahan dalam seluruh kehamilan, terjadi sekitar 3 – 8 % dari seluruh kehamilan.*

*Tujuan dalam penelitian ini ialah untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif kepada Ny. N studi Kasus Pre-Eklampsia dan Usia >35 Tahun di Puskesmas slawi dengan menggunakan manajemen kebidanan langkah varney dan memantau perkembangan menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, dan Penatalaksanaan).*

*Pokok analisis kasus ini adalah Ny. N yang berusia 36 tahun meliputi kehamilan, persalin, nifas dan BBL. Studi kasus ini penyusun pelaksanaan pada dari tanggal 27 Oktober 2022 sampai selesai di Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal. Asuhan dijelaskan secara keseluruhan dari dimulai ibu hamil trimester III (35 minggu lebih 4 hari), persalinan (usia kehamilan 37 minggu), masa nifas dan bayi baru lahir (satu hari post partum sampai dengan enam minggu post partum).*

*Dari semua data yang diperoleh penyusun selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. N mulai dari usia kehamilan ibu 35 minggu lebih 4 hari hingga 6 minggu post partum. Kesimpulan dari penyusunan adalah bahwa seluruh proses kehamilan, persalinan masa nifas, dan kondisi bayi baru lahir pada Ny. N berjalan dengan kondisi normal*

**Kata Kunci:** Pre-Eklampsia dan Usia >35 tahun, Kehamilan, Persalinan, Nifas, BBL

**Kasus :** *Seorang ibu yang sedang hamil (Ny. N) berusia 36 tahun dengan usia kehamilan 35 minggu G3P2A0 denga Pre-eklampsia dan Faktor Resiko usia>35 tahun.*

## PENDAHULUAN

Menurut World Health Organization (WHO) angka kematian ibu (AKI) masih sangat tinggi, angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang tinggi disebabkan oleh sejumlah faktor, termasuk perdarahan parah, infeksi, komplikasi saat persalinan, aborsi yang tidak aman dan salah satunya adalah preeklampsia. Menurut Profil Kesehatan RI Tahun 2019, 25% kematian ibu disebabkan oleh penyakit hipertensi dan preeklampsia dan merupakan penyebab

kematian ibu kedua tertinggi setelah perdarahan selama kehamilan secara menyeluruh. Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2018 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan jumlah kasus kematian ibu tahun sebelumnya, yaitu 2017. Penyebab angka kematian ibu (AKI) di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2018 adalah preeklampsia/eklampsia (36,80%), lain-lain (35,40%), perdarahan (22,60%), infeksi (5,20%). Jumlah kasus Pre-

eklampsia pada ibu hamil tahun 2022 di wilayah kerja Puskesmas Slawi adalah 27 kasus<sup>1,2,3,4</sup>

Preeklampsia adalah kondisi khusus saat kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, tingginya konsentrasi protein dalam urine dan pembengkakan. Diagnosis preeklampsia dibuat berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang muncul selama kehamilan dan terkait dengan gangguan pada sistem organ lainnya setelah usia kehamilan mencapai diatas 20 minggu. Penyebab preeklampsia masih belum dipahami secara pasti, hingga demikian preeklampsia dikenal sebagai “the disease of theories”. Meski begitu, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi preeklampsia mencakup ibu yang berumur lebih dari 35 tahun, belum pernah melahirkan sebelumnya, jarak antar kehamilan, riwayat preeklampsia, riwayat keluarga preeklampsia, kehamilan ganda, obesitas sebelum kehamilan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) saat awal ANC, serta catatan medis (diabetes, gangguan ginjal, hipertensi) juga memainkan peran.<sup>5</sup>

Pada usia ibu yang  $\geq 35$  tahun dan sedang mengalami kehamilan, kondisi ini termasuk dalam kategori usia lanjut. Ibu dengan usia tersebut memiliki resiko lebih tinggi terhadap penyakit dan komplikasi selama kehamilan.<sup>6</sup>

Kontribusi dan terjadinya Pre-eklampsia dan usia  $>35$  tahun pada ibu hamil, ini akan berdampak pada perkembang janin diantaranya perkembangan janin terhambat, fetal distress, prematuritas, dan BBLR. Sedangkan pada ibu dapat menyebabkan Eklampsia, sindrom HELLP, ablasi retina, edema paru, penyakit kardiovaskular, gangguan saraf. Untuk mencegah terjadinya kegawatan maternal dan kasus kematian ibu maka puskesmas Slawi mengadakan kegiatan kelas ibu hamil.<sup>7</sup>

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus untuk mengkaji kasus kebidanan patologis. Penelitian mengacu pada panduan asuhan kebidanan 7 langkah Varney dalam melakukan penelitian. Focus dari kasus penelitian ini adalah ibu hamil dengan Pre-eklampsia dan usia  $>35$  tahun. Subjek yang mengalami hal ini memiliki riwayat G3P2AO. Asuhan dinilai sejak tanggal 27 Oktober 2022 saat usia kehamilan ibu 35 minggu lebih 4 hari. Peneliti melakukan pendampingan selama seluruh proses kehamilan, persalin, masa nifas, dan perawatan bayi yang berakhir pada 24 Desember 2022.

Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis (wawancara) observasi (pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pengamatan perilaku selama kehamilan hingga masa nifas), dan analisis dokumen (Kartu Identitas Anak - KIA). Data yang terkumpul kemudian didokumentasikan dalam laporan asuhan kebidanan komprehensif menggunakan metode 7 langkah Varney, mulai dari pengumpulan data hingga evaluasi pada asuhan kebidanan kehamilan menggunakan metode SOAP.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kasus kebidanan patologis dengan fokus memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif, memungkinkan mendeteksi dini komplikasi, dan penatalaksanaan kasus yang cepat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kasus ini ibu mengalami Pre-eklampsia pada Trimester II. Penyebabnya adalah berbagai faktor seperti usia ibu saat hamil  $>35$  tahun dan pada riwayat kehamilan sebelumnya yang mengalami hipertensi. Jika ibu hamil pada usia diatas 35 tahun dan hipertensi pada kehamilan sebelumnya maka akan memiliki resiko mengalami pre-eklampsia.

Usia reproduksi sehat adalah periode dimana kehamilan dan persalinan dianggap aman, yaitu antara usia 20-35 tahun. Preeklampsia lebih umum terjadi pada masa awal dan akhir usia reproduktif, seperti usia remaja atau di atas 35 tahun. Resiko Preeklampsia lebih tinggi pada kelompok usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun.

Pada saat persalinan ibu mengalami Pre-eklampsia Berat dikarenakan tekanan darah ibu 160/100 mmHg. Ibu bersalin secara spontan di RSI PKU Muhammadiyah Singkil pada tanggal 14 November 2022, ibu diberikan MgSO<sub>4</sub> 40% 4gram dan induksi oksitosin 5 IU. Bayi lahir pada pukul 00.35 WIB, diikuti dengan kelahiran plasenta pada pukul 00.40 WIB. Dan 2 jam setelah persalinan tekanan darah ibu masih tinggi oleh karena itu ibu diberikan terapi MgSO<sub>4</sub>.

Pada ibu yang mengalami preeklampsia berat pada rentang usia kehamilan antara 34 hingga 37 minggu, disarankan untuk melakukan manajemen selama tidak ada tanda-tanda hipertensi yang tidak terkontrol, gangguan organ ibu, dan atau masalah janin yang mendesak. Perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Untuk ibu dengan preeklampsia dan kehamilan sudah mencapai masa yang cukup, disarankan melakukan persalinan dini melalui induksi persalinan.

Pada masa nifas, ibu tidak ada keluhan. Tanda-tanda vital ibu normal, tekanan darah ibu sudah mulai menurun, ibu sudah bisa menyusui bayinya, ibu telah memahami tentang ASI Eksklusif, kebutuhan nutrisi, pola istirahat selama nifas, lochea, dan involusi uterus dalam batas normal. Selama masa nifas tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada bayi baru lahir dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 2915 gram, panjang badan 47 cm, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 31 cm. Apgar score nya adalah 9,10,10, menunjukkan kondisi yang baik. Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dalam batas normal, dan

tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, penulis mendapat gambaran nyata mengenai pemberian asuhan kebidanan bahwa Ny. N umur 36 tahun G3P2AO dan mengalami Pre-eklampsia serta berusia lebih dari 35 tahun selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan BBL. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dalam pelaksanaan asuhan kebidanan. Diketahui factor penyebab pre-eklampsia yang dialami Ny. N adalah usia ibu yang hamil diusia > 35 tahun dan riwayat hipertensi di kehamilan sebelumnya. Maka dari itu pemberian pendidikan kesehatan mengenai diet rendah garam dan mengingatkan agar rajin meminum obat penurun tensi guna mengontrol tekanan darah ibu selama kehamilan.

## Daftar Pustaka

- [1]. WHO. 2020. Constitution of the World Health Organization edisi ke-49. Jenewa: hlm.1.ISBN978-92-4-000051-3.
- [2]. Eka Suci Wulandari, Ernawati, Djohar Nuswantoro. 2021. *Faktor Risiko Preeklampsia Berat dengan Komplikasi*. Surabaya, Universitas Airlangga.
- [3]. Dinas kesehatan Jawa Tengah. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tentang Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*.
- [4]. POGI. 2016. *Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan Di Indonesia Edisi 2*. Semarang: Himpunan Kedokteran Feto Maternal POGI.
- [5]. Dwi Rani Sukma, Ratna Dewi Puspita Sari. 2020. *Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. [www.juke.kedokteran.unila.ac.id](http://www.juke.kedokteran.unila.ac.id)
- [6]. Saifuddin, AB. 2016. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawihardjo*. 1nd edition

- Cet 5. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.
- [7]. Cunningham. 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- [8]. Kartini Afrelia H, Sugireng, Tasnim. “Pengaruh Status Kehamilan Dan Riwayat Penyakit Terhadap Protein Urine Pada Ibu Hamil Trimester II Dan Trimester III Di Pukesmas Poaisa”. *Jurnal MediLab Mandala Waluya* Vol 6 No 1, Juli 2022

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 : Dokumentasi







**PELAYANAN IMUNISASI**

UMUR	BULAN												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Jenis Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas</b>												
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:													
BCG No Batch:													
Polio tetes 1 No Batch:													
DPT-HB-Hib 1 No Batch:													
Polio tetes 2 No Batch:													
DPT-HB-Hib 2 No Batch:													
Polio tetes 3 No Batch:													
DPT-HB-Hib 3 No Batch:													
Polio tetes 4 No Batch:													
Polio suntik (IPV) No Batch:													
Campak - Rubella (MR) No Batch:													
DPT-HB-Hib lanjutan No Batch:													
Campak - Rubella (MR) lanjutan No Batch:													

**Keterangan:**  
 - Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar  
 - Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar  
 - Waktu pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap  
 - Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

**RSI PKU MUHAMMADIYAH  
KABUPATEN TEGAL**  
 Jl. Singkil Km. 0,5 Adiwerna - Tegal (0283) 344 8131

No. RM : 24.1644  
 Nama : A. Muband  
 Tgl lahir : 24/3/02

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI**

Tgl Jam	PPA	HASIL PEMERIKSAAN, ANALISIS, RENCANA PENATALAKSANAAN PASIEN (Ditulisikan dengan SOAPADIME), disertai sasaran Tulis Nama, dan beri paraf pada setiap akhir catatan	Instruksi PPA termasuk pasca bedah (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)
14/10/20	Bidan	<p>S = Pasien pindah dari Utd selesai proses persalinan pasien mengatakan <i>kyen d. laka j. luit</i></p> <p>O = Keadaan umum <i>baik kesadaran baik</i>                      TD : 120/80 RR : 20 SpO2 : 98                      N : 36 SB : 36,3                      Produksi ASI : <i>SRL</i>                      TFU : <i>berapuan</i>                      Kontraksi uterus : <i>baik</i>                      Nyeri obstetrik : <i>tidak ada</i>                      Jeda kelahiran : <i>tidak ada</i>                      Skala nyeri : <i>3</i>                      Skala risiko jatuh : <i>tidak</i>                      A = P. S. A. Post Partum spontan di <i>PK</i></p>	<p>P : <input checked="" type="checkbox"/> Observasi KU - TTV</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kontraksi uterus - PPA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Beritahu hasil pemeriksaan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kaji keluhan pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lakukan vulva hygiene</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Edukasi perawatan luka perineum</p> <p><input type="checkbox"/> Edukasi nutrisi masa nifas</p> <p><input type="checkbox"/> Edukasi ASI eksklusif</p> <p><input type="checkbox"/> Edukasi tentang imunisasi bayinya</p> <p><input type="checkbox"/> Edukasi tanda bahaya masa nifas dan BBL</p> <p><input type="checkbox"/> Beri terapi sesuai advis DRIP</p> <p><input type="checkbox"/> Persiapkan pasien untuk pulang</p> <p><input type="checkbox"/> Edukasi tentang kontrasepsi</p>

### Lampiran 3 : Lembar Permohonan Pengambilan Data



**POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA**

D-3 Kebidanan

Tegal, 21 November 2022

Nomor : 003.03.01AP.KTI.KHD.PHB/SL/2022  
 Lampiran :  
 Hal : *Surat Ijin Studi Pendahuluan*

Kepada Yth,  
 Ka Dinkes Kab.Tegal  
 Di

Tempat

Dengan hormat, sehubungan dengan akan dilaksanakan Karya Tulis Ilmiah (KTI) Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal, dengan ini kami mengajukan permohonan untuk dapat melaksanakan studi pendahuluan pada mahasiswa kami yaitu :

NAMA : DEWI LAYINATUN LULUK  
 NIM : 20070047  
 JENIS PENELITIAN : DESKRIPTIF  
 SEMESTER : V ( LIMA )  
 JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.N (STUDI KASUS RESI1 HIPERTENSI,PROTEIN URINE +1 DAN USIA >35 TAHUN) DIWILAYAH PUSKESMAS SLAWI  
 DATA YANG DIAMBIL : DATA AKI & AKB TAHUN 2022

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Dr. H. H. H. H. H.  
 NIPY. 05.013.147

Tembusan:

1. Arsip
2. Mahasiswa

Jl. Mutaram No. 9 Kota Tegal 52143, Jawa Tengah, Indonesia.

(0283)952000

kebidanan@politektegal.ac.id

politektegal.ac.id



**POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA**  
Politeknik Harapan Bersama

D-3 Kebidanan

Tegal, 21 November 2022

Nomor : 017.03/KBD.PHB/XI/2022  
 Lampiran : -  
 Hal : *Permohonan Pengambilan Data Penelitian*

Yth :  
 Ka. Bag RM RSUI PKU Muhammadiyah Singkil

Di  
 Tempat

Dengan hormat,  
 Sehubungan dengan dilaksanakan program *One Student One Client (OSOC)* di Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal, dengan ini kami mengajukan permohonan pengambilan data untuk mahasiswa kami yaitu :

NAMA	: Dewi Layinatun Luluk
NIM	: 20070047
JUDUL	: Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. N (Studi Kasus Restri ,Hipertensi,Protein Urine +1,dan usia >35 tahun) diwilayah puskesmas Slawi
SEMESTER	: V (Lima)

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

  
 Politeknik Harapan Bersama  
 D-3 Kebidanan  
 Supriatna Nugra H.S, S.T., M. Kes  
 NIP. 1.05.013.147

Tembusan:

1. Mahasiswa
2. Arsip

Mataram No. 9 Kota Tegal 52143, Jawa Tengah, Indonesia.  
 (0283)352000

kebidanan@politektegal.ac.id  
 politektegal.ac.id

## Lampiran 4: Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

IK.P2M.PHB.07.d.d.4  
Revisi: 01 | Agustus 2022

Lampiran 21: Lembar Konsultasi KTI

### Lembar Konsultasi KTI

Nama : Dewi Layinatus Luluk  
Nim : 20070091  
Judul KTI : Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.N kehamilan dengan Pte. 14 minggu dan Uterus 23.6 minggu  
Pembimbing : I. MELUYA QUDRIMAN, S.ST, M.KES

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
1.	Kamis 8/12/2022	Kasus	- Revisi sesuai saran - Lengkapi Beres	
2.	Jumat 9/12/2022	Kasus	- Bisa unt dikumpulkan - Konsil tetap berjalan dengan revisi yg sudah ada	
3.	7/12/2023	Kasus BAB III	- Revisi sesuai saran - Lengkapi kasus BBL	

## Lembar Konsultasi KTI

Nama : Dewi Layinatur Luluk  
 Nim : 20070017  
 Judul KTI : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NYA Usia 36 tahun  
 dengan Pre - Eklamsia dan usia > 35 tahun  
 Pembimbing : Meyliya Qudriani, S-ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
5	8/3/2023	Kasus BAB III BAB I	-Perbaiki Kasus BAB III - BAB I ditambah data	
6.	9/3/2023	BAB I	Perbaiki BAB I sesuai dengan saran	
7	14/3/2023	BAB III BAB I	Kasus ACE bab I diperbaiki siapkan BAB selanjutnya	

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
12	21/06/23	BAB <u>IV</u>	Bab <u>IV</u>	
13.	12/07/23	BAB <u>V</u> Abstrak	Lengkapi KTI	
14.	27/07/23	Abstrak Lampiran	Penulisan ktbk sesuai dg panduan di lampiran Perbaiki sesuai saran	
15	28 Juli 2023		ACC siap kan ujian	

Revisi: 01 Agustus 2022

## Lembar Konsultasi KTI

Nama : Dewi Layinotun Luluk  
 Nim : 20070097  
 Judul KTI : Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny N dengan kehamilan hipertensi, proteinuria dan usia >37  
 Pembimbing : 2. Evi Zulfiana, S. ST, Mtl

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
1.	Kamis 8 Des 2022	Part III Batasan persalinan leurang tpd	Perbaiki catatan persalinan	
2	21 Juli	Part II	Penulisan daftar kebidanan & bab 2 terlalu lama	

---

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
3	28 Juli 2023	BAB 1	Teknik diseminasi & Manfaat yang ada di bab I.	

## CURRICULUM VITAE



Nama : DEWI LAYINATUN LULUK  
 NIM : 20070047  
 Tempat tanggal lahir : Tegal, 20 Agustus 2000  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Email : [dewilulu2020@gmail.com](mailto:dewilulu2020@gmail.com)  
 No. hp : 085702514075  
 Riwayat Pendidikan  
 SD : SDN MEJASEM BARAT 01  
 SMP : SMPN 10 TEGAL  
 SMA : SMAN 4 TEGAL  
 Perguruan Tinggi : DIII Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal  
 Judul KTI : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA  
 NY.N DI PUSKESMAS SLAWI KABUPATEN TEGAL  
 (STUDI KASUS PRE-EKLAMSIA DAN FAKTOR  
 RESIKO USIA >35 TAHUN  
 Alamat : Mejasem Barat, Tegal