

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY“Y” UK 41-42 MINGGU
DENGAN PRE EKLAMSI BERAT di RUANGAN PONEK
DI RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2021**

STUDI KASUS



Disusun Oleh :

**SHINTYA ADELLA
(181000215401005)**

**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT
TAHUN 2021**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Asuhan Kebidanan ibu hamil Pada NY "Y" uk 41-42 minggu dengan pre eklamsi berat di Ruang Ponek RSUD Muhammad Natsir Solok Tahun 2021.

Nama Mahasiswa : Shintya Adella

Nim : 181000215401005

Program Studi : D-III Kebidanan

Laporan ini telah di uji dan di pertahankan di depan sidang Panitia Ujian Tugas Akhir Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat dan dinyatakan lulus pada hari Selasa, tanggal 04 Mei 2021

Menyetujui,
Komisi Pembimbing

Pembimbing I

(Pagdya Haninda NR, S.ST., M.Biomed)

NIDN.1015099002

Pembimbing II

(Chyka Febria, S.ST., M.Biomed)

NIDN. 1024029102

Komisi penguji,

Penguji I

(Liza Andriani, S.SiT., M.Keb)

NIDN. 1021128704

Penguji II

(Rantih Fadhlya Adri, S.Si., M.Si)

NIDN. 1010048706

Diketahui,

Dekan Fakultas Kesehatan



(Yuliza Anggraini, S.ST., M.Keb)

NIDN. 1014013601

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Kebidanan

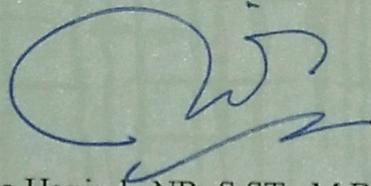
(Liza Andriani, S.SiT., M.Keb)

NIDN. 1021128704

**PANITIA UJIAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT**

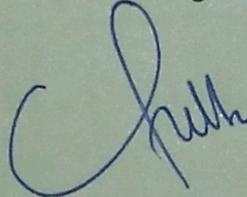
Bukittinggi, 04 Mei 2021

Moderator/pembimbing I



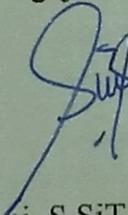
(Pagdya Haninda NR, S.ST., M.Biomed)

Pembimbing II



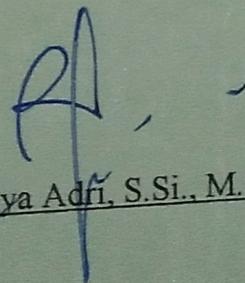
(Chyka Febria, S.ST., M.Biomed)

Penguji I



(Liza Andriani, S.SiT., M.Keb)

Penguji II



(Rantih Fadhllya Adri, S.Si., M.Si)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan studi kasus yang berjudul **"ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY" UK 41-42 MINGGU DENGAN PRE EKLAMSI BERAT di RUANGAN PONEK DI RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2021"** laporan dalam bentuk manajemen varney.

Selama penyusunan laporan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. Riki Saputra, S.Fil.I,M.A, Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
2. Ibu Yuliza Anggraini, S.ST, M.Keb, Dekan Fakultas Kesehatan Dan Mipa UMSB.
3. Drg. Baysir Busnia, Direktur RSUD Muhammad Natsir
4. Ibu Liza Andriani, S.SiT., M.Keb, Ketua Program Studi D III kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat, sekaligus penguji I laporan studi kasus.
5. Ibu Pagdya Haninda NR, S.ST., M.Biomed, pembimbing I tugas akhir yang telah memberikan saran dan masukan dalam pembuatan ini laporan ini
6. Ibu Chyka Febria, S,ST., M.Biomed, pembimbing II Tugas akhir yang telah memberikan masukan dan saran dalam pembuatan laporan ini.
7. Ibu Rantih Fadlya Adri, S.Si., M.Si sebagai penguji II laporan studi kasus.
8. Pasien beserta keluarga yang memberikan izin dalam pengambilan kasus ini.
9. Seluruh Dosen Program Studi D III Kebidanan Fakultas Kesehatan.
10. Teman dan berbagai pihak yang memberikn masukan dan saran.

Bukittinggi, Mei 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar kehamilan	6
B. Konsep dasar asuhan kebidanan pada ibu hamil	26
C. Pengertian Preekamsia	27
D. Defenisi Ibu hamil dengan pre eklamsi berat	29
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Tinjauan Kasus	34
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Ibu hamil dengan pre eklamsi berat	43
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	

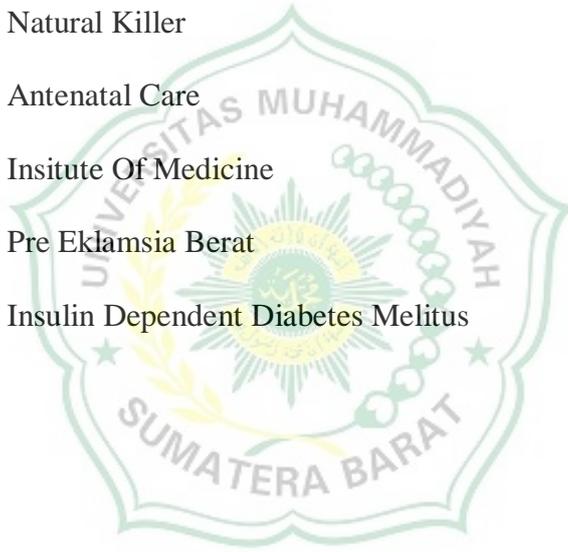
DAFTAR TABEL

Lampiran tabel 3.1	35
--------------------------	----



DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
MSH	: Melanocyte Stimulating Hormone
FGR	: Fetal Growth Restriction
RAS	: Romodeling Arteri Spinalis
HLA-G	: Human Leukocyte Antiregen Protein
NK	: Natural Killer
ANC	: Antenatal Care
IOM	: Insitute Of Medicine
PEB	: Pre Eklamsia Berat
IDDM	: Insulin Dependent Diabetes Melitus



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pre eklamsia adalah suatu kelainan pada kehamilan yang termasuk penyakit hipertensi yang berdampak pada kehamilan dan kematian bayi. Pre eklamsia merupakan salah satu penyebab dari kematian perinatal dan kehamilan dan banyak terjadi diseluruh dunia. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu (WHO, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) ada tiga faktor utama kematian Ibu yaitu perdarahan (28%), preeklamsia-eklamsia (24%), dan infeksi (11%). Preeklampsia merupakan penyebab tertinggi kedua dari kematian Ibu sebesar 24%. sebanyak 3,9% dari semua wanita hamil di dunia mengalami preeklampsia dan Prevalensi preeklampsia berat di negara maju adalah 6-7%, sedangkan di Negara berkembang adalah 1,8%-18%.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan salah satu yang tertinggi di negara Asia Tenggara. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Pada tahun 2017, terdapat penurunan kasus preelamsi berat sebanyak 3,66%. Namun proporsinya semakin meningkat. Berdasarkan Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) pada tahun 2017 Insiden preeklampsia berat di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 3,4%-8,5%. Sedangkan

persentase di Sumatera Barat sebesar 3,3% yaitu sebanyak 57 kasus ibu yang mengalami preeklamsia (KemenkesRI, 2018).

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Ruang Poned RSUD Mohammad Natsir Solok didapatkan jumlah kematian Ibu melahirkan di kabupaten solok di sebabkan oleh beberapa faktor salah satunya yaitu faktor ibu yang mengalami preeklamsi berat yang melakukan pemeriksaan pada tahun 2019 dan terdapat sebanyak 14 kasus atau 15.6% kematian ibu (Profil Kesehatan Kota Solok, 2019).

Faktor predisposisi preeklampsia/eklampsia antara lain adalah paritas, umur ibu hamil kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, diabetes melitus, hipertensi kronik, riwayat keluarga dengan preeklampsia, dan penyakit vaskuler ginjal. Sindrom preeklampsia ringan dengan hipertensi, edema dan proteinuria sering tidak diketahui atau tidak diperhatikan oleh wanita yang bersangkutan. Sehingga tanpa disadari preeklampsia ringan akan berlanjut menjadi preeklampsia berat, bahkan eklampsia pada ibu hamil dan bisa juga menyebabkan kematian setelah ibu melahirkan (Prawirohardjo, 2016).

Berdasarkan penelitian yang di lakukan oleh Chichi Hafifah Transyah (2018) dengan judul “hubungan umur dan paritas ibu hamil dengan kejadian pre eklamsi”. didapatkan Hasil bahwa lebih dari separuh 20 orang (60,6%) ibu hamil mengalami preeklamsi berat, lebih dari separuh 16 orang (48,5%) ibu hamil dengan umur tidak beresiko, lebih dari separuh 17 orang (51,5%).

Sementara penelitian yang di lakukan oleh Claudia Meinda

Sumampouw (2019) dengan judul “gambaran pre eklamsia berat dan eklamsia di tinjau dari factor resiko DI RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO”. didapatkan Hasil bahwa 80 orang preeklampsia berat (PEB) dan 6 orang eklamsia. PEB dan eklamsia terbanyak ditemukan pada usia 20 - 35 tahun (63% dan 50%), pada primipara (61% dan 83%), tidak didapatkan riwayat hipertensi (95% dan 100%) dan tidak ada kehamilan ganda (94% dan 100%). PEB paling banyak ditemukan pada obesitas (54%), dan pada eklamsia tidak ditemukan berat badan kurang.

Berdasarkan dari uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penulisan laporan sudi kasus dengan judul Asuhan Kebidanan ibu hamil Pada NY “Y” uk 41-42 minggu dengan pre eklamsi berat di Ruangan Ponek RSUD Muhammad Natsir Solok Tahun 2021.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan kebidanan pada ibu hamil yang mengalami pre eklamsia berat?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu melaksanakan “Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada NY “Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021 dengan pendekatan manajemen varney.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu melakukan pengkajian data Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada NY “Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.

- b) Menginterpretasi data pada Ibu Hamil NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.
- c) Mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada Ibu Hamil NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.
- d) Melaksanakan perlunya tindakan segera dan kolaborasi pada ibu hamil NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.
- e) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada ibu hamil NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.
- f) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan ibu hamil pada NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.
- g) Mengevaluasi asuhan tindakan yang telah dilaksanakan pada ibu hamil NY“Y” UK 41-42 Minggu dengan pre eklamsi berat di RSUD Mohammad Natsir tahun 2021.

D. Manfaat

1. Bagi penulis

Mahasiswa mengerti mengenai penatalaksanaan pada ibu hamil, mahasiswa mampu menganalisa keadaan pada ibu hamil, dan mengerti tindakan segera yang harus dilakukan.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan dapat menjadi motivasi bagi masyarakat sekitar dalam rangka meningkatkan dan menjaga kesehatan khususnya pada Ibu Hamil dengan pre eklamsi berat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber referensi, sumber bacaan dan bahan pengajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada Ibu Hamil.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Definisi kehamilan

Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang penting dalam kehidupan seorang wanita pada umumnya. Kehamilan juga dapat diartikan saat terjadi gangguan dan perubahan identitas serta peran baru bagi setiap anggota keluarga. Pada awalnya ketika wanita hamil untuk pertama kalinya terdapat periode syok, menyangkal, kebingungan, serta tidak terima apa yang terjadi. Oleh karena itu berbagai dukungan dan bantuan sangat penting di butuhkan bagi seorang ibu untuk mendukung selama kehamilannya (Prawiroharjo, 2019).

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradapan manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimal kan intervensi Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang terbukti manfaatnya. Kehamilan adalah suatu proses terjadinya pertemuan antara sperma dengan ovum. Setelah itu pertemuan

itu akan membentuk zigot yang dalam beberapa jam mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya (Depkes, 2016).

2. Fisiologi kehamilan

Proses kehamilan dalam referensi Prawirohardjo (2019) yaitu memantapkan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari

a. Konsepsi

Konsepsi didefinisikan sebagai pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio di dalam uterus.

b. Ovum

Ovum merupakan sel tersebar pada badan manusia. Setiap bulan satu ovum atau kadang lebih matur, dengan sebuah penjamu mengelilingi sel pendukung. Jumlah oogonium pada wanita pada bayi baru lahir bisa mencapai 750.000, pada umur 6-15 tahun 439.000, umur 16-25 tahun 159.000, umur 26-35 tahun 59.000, umur 35-45 tahun sebanyak 34.000, dan pada masa menopause akan menghilang (Prawirohardjo, 2019).

c. Sperma

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks.

- 1) Spermatogonium berasal dari sel primitif tubulus.
- 2) Menjadi spermatosit pertama.
- 3) Menjadi spermatosit kedua.
- 4) Menjadi spermatid.

5) Akhirnya spermatozoa

Pertumbuhan spermatozoa dipengaruhi mata rantai hormonal yang kompleks dari panca indra, hipotalamus, hipofisis dan sel interstitial leydig sehingga spermatogonium dapat mengalami proses mitosis. Pada setiap hubungan seks ditumpahkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc.

Spermatozoa terdiri dari 3 bagian yaitu:

- a. Kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti),
- b. Leher (penghubung antara kepala dan ekor),
- c. Ekor (panjang sekitar 10 kali kepala mengandung energi sehingga dapat bergerak).

Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba fallopii. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi. (Prawirohardjo, 2019).

d. Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antar sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampulla tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada : spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi. Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoa setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleus jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur di tengah-tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah

zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk hidup (Farrer, 2016).

e. Implantasi / Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya/besarangnya sel telur yang telah di buahi kedalam endometrium. Sel telur yang sudah di buahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat terdiri atas sel-sel anak yang lebih kecil yang di sebut blastomer. Pada hari ke-3 bola tersebut terdiri dari 16 sel blastomer dan di sebut morula. Pada hari ke-14 di dalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, bangunan ini di sebut blastula. Dua struktur penting di dalam blastula adalah:

- a. Lapisan luar yang di sebut trofoblas yang akan menjadi plasenta
- b. Embrioblas yang kelak akan menjadi janin (Farrer, 2016).

3. Pertumbuhan janin

Pertumbuhan janin terdapat beberapa fase, yaitu :

a. Fase 0-4 minggu

Pada minggu-minggu awal ini, janin Anda memiliki panjang tubuh kurang lebih 2 mm. Perkembangannya juga ditandai dengan munculnya cikal bakal otak, sumsum tulang belakang yang masih sederhana, dan tanda-tanda wajah yang akan terbentuk (Karsono, 2017).

b. Fase 4-8 minggu

Ketika usia kehamilan mulai mencapai usia 6 minggu, jantung janin mulai berdetak, dan semua organ tubuh lainnya mulai terbentuk. Muncul tulang-tulang wajah, mata, jari kaki, dan tangan (Karsono, 2017).

c. Fase 8-12 minggu

Saat memasuki minggu-minggu ini, organ-organ tubuh utama janin telah terbentuk. Kepalanya berukuran lebih besar daripada badannya, sehingga dapat menampung otak yang terus berkembang dengan pesat. Ia juga telah memiliki dagu, hidung, dan kelopak mata yang jelas. Di dalam rahim, janin mulai diliputi cairan ketuban dan dapat melakukan aktifitas seperti menendang dengan lembut. Organ-organ tubuh utama janin kini telah terbentuk (Karsono, 2017).

d. Fase 12-16 minggu

Paru-paru janin mulai berkembang dan detak jantungnya dapat didengar melalui alat ultrasonografi (USG). Wajahnya mulai dapat membentuk ekspresi tertentu dan mulai tumbuh alis dan bulu mata. Kini ia dapat memutar kepalanya dan membuka mulut. Rambutnya mulai tumbuh kasar dan berwarna (Karsono, 2017).

e. Fase 16-20 minggu

Ia mulai dapat bereaksi terhadap suara ibunya. Akar-akar gigi tetap telah muncul di belakang gigi susu. Tubuhnya ditutupi rambut halus yang disebut lanugo. Si kecil kini mulai lebih teratur dan terkoordinasi. Ia bisa mengisap jempol dan bereaksi terhadap suara ibunya. Ujung-ujung indera pengecap mulai berkembang dan bisa membedakan rasa manis dan pahit dan sidik jarinya mulai Nampak (Karsono, 2017).

f. Fase 20-24 minggu

Pada saat ini, ternyata besar tubuh si kecil sudah sebanding dengan badannya. Alat kelaminnya mulai terbentuk, cuping hidungnya terbuka, dan

ia mulai melakukan gerakan pernapasan. Pusat-pusat tulangnya pun mulai mengeras. Selain itu, kini ia mulai memiliki waktu-waktu tertentu untuk tidur (Karsono, 2017).

g. Fase 24-28 Minggu

Bawah kulit, lemak sudah mulai menumpuk, sedangkan di kulit kepalanya rambut mulai bertumbuhan, kelopak matanya membuka, dan otaknya mulai aktif. Ia dapat mendengar sekarang, baik suara dari dalam maupun dari luar (lingkungan). Ia dapat mengenali suara ibunya dan detak jantungnya bertambah cepat jika ibunya berbicara. Atau boleh dikatakan bahwa pada saat ini merupakan masa-masa bagi sang janin mulai mempersiapkan diri menghadapi hari kelahirannya (Karsono, 2017).

h. Fase 28-32 minggu

Walaupun gerakannya sudah mulai terbatas karena beratnya yang semakin bertambah, namun matanya sudah mulai bisa berkedip bila melihat cahaya melalui dinding perut ibunya. Kepalanya sudah mengarah ke bawah. Paru-parunya belum sempurna, namun jika saat ini ia terlahir ke dunia, si kecil kemungkinan besar telah dapat bertahan hidup (Karsono, 2017).

i. fase 32-36 minggu

Kepalanya telah berada pada rongga panggul, seolah-olah “mempersiapkan diri” bagi kelahirannya ke dunia. Ia kerap berlatih bernapas, mengisap, dan menelan. Rambut halus di sekujur tubuhnya telah menghilang. Ususnya terisi mekonium (tinja pada bayi baru lahir) yang biasanya akan dikeluarkan dua hari setelah ia lahir. Saat ini persalinan sudah amat dekat dan bisa terjadi kapan saja (Prawirohardjo, 2019).

4. Perubahan fisiologis kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia externa dan interna dan payudara (mamamae). Dalam hal ini hormon somatotropin, estrogen dan progesteron mempunyai peranan penting.

Perubahan yang terdapat pada ibu hamil ialah antara lain sebagai berikut.

a. Sistem reproduksi

1) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut tanda chadwick. Warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar. Hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat genitalia interna akan meningkat (Prawirohardjo, 2019).

b. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak (Sastrawinata, 2018).

c. Uterus

Uterus bertambah besar, dari alat yang beratnya 30 gram, menjadi 1000 gr, dengan ukuran panjang 32 cm, lebar 24 cm, ukuran muka belakang 22 cm. pembesaran ini disebabkan oleh hipertrofi dari otot-otot rahim,

tetapi dalam kehamilan muda terbentuk juga sel-sel yang baru (Farrer, 2016).

d. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat corpus luteum gravidatum sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Corpus luteum gravidatum berdiameter kira-kira 3 cm. corpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil oleh plasenta. Diperkirakan corpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Saifuddin, 2016).

e. Sistem payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron dan somatotropin. Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk memberikan ASI dijabarkan sebagai berikut : Estrogen berfungsi :

1. Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara
2. Menimbulkan penimbunan lemak dan airsertagaramsehingga payudara tampak makin membesar.
3. Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam meyebabkan rasa sakit pada payudara (Saifuddin, 2016).

f. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat-alat yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak kira-kira 30% (Saifuddin, 2016).

g. Sistem respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam (Prawirohardjo, 2019).

h. Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69-70%. Pada kehamilan ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesterone (Sarwono, 2019).

i. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum.

j. Metabolisme

Metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI.

1. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
2. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil :
3. Kalsium, 1,5 gram setiap hari, 30 sampai 40gram untuk pembentukan tulang janin.
4. Fosfor, rata-rata 2 gram dalam sehari.
5. Zat besi, 800 mgr atau 30 sampai 50 mgr sehari.
6. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air

5. Diagnosis kehamilan

Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu), kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu) dan kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu Untuk dapat menegakan

kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil (Sastrawinata, 2018).

a) Tanda-tanda dugaan hamil

- 1) Amenorea (terlambat datang bulan)
- 2) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraf dan ovulasi
- 3) Mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan naegle dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- 4) Mual (nausea) dan muntah (emesis).
 - a. Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
 - b. Menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebutkan *morning sickness*.
 - c. Dalam batas fisiologis keadaan ini dapat diatasi.
 - d. Akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang
- 5) Mastodinia (rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Faskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh estrogen dan progesteron)
- 6) Quickening (persepsi gerakan janin pertama biasanya di sadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu).
- 7) Sering miksi.
 - a. Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi.
 - b. Pada triwulan kedua sudah menghilang.

- 8) Mengidam (wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu).
- 9) Pingsan
- a. Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan.
 - b. Keadaan ini menghilang setelah umur hamil 16 minggu.
- 10) Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- 11) Pigmentasi kulit.
- a. Sekitar pipi: Chloasma gravidarum.
Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi pada kulit.
 - b. Dinding perut : striae livide, striae nigra, linea alba makin hitam.
 - c. Sekitar payudara : hiperpigmentasi areola mammae, puting susu makin menonjol, kelenjar montgomery menonjol dan pembuluh darah menifes ekitar payudara.
- 12) Epulis, Hipertropi papilla gingivae, Sering terjadi pada triwulan pertama
- 13) Varices atau penampakan pembuluh darah vena terdapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis.

b) Tanda mungkin hamil

Tanda tidak pasti kehamilan dapat ditemukan dengan jalan :

1) Perubahan pada uterus. Uterus mengalami perubahan pada ukuran , bentuk, dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak bentuknya globular. Teraba balotemen,tanda ini muncul pada minggu ke-16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion yang cukup banyak. Balotemen adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan.

2) Perubahan-perubahan pada serviks

a. Tanda hegar

yaitu segmen bawah rahim melunak, tanda hegar terdapat pada dua pertiga kasus dan biasanya muncul pada minggu ke enam dan kesepuluh serta terlihat lebih awal pada perempuan yang hamilnya berulang. Tanda ini sulit diketahui pada pasien gemuk atau dinding abdomen yang tegang(Rukiyah, 2009).

b. Tanda chadwicks,

biasanya muncul pada minggu ke delapan dan terlihat lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiruan timbul karena adanya vaskularisasi pada daerah tersebut (Rukiyah, 2009).

c. Tanda piscasek,

uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian

yang lebih pada tempat melekatnya (implantasi) tempat kehamilan. Sejalan dengan berjalan bertambah nya usia kehamilan, pembesaran uterus akan menjadi lebih simetris. Tanda piscasek, dimana uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jurusan pembesaran tersebut (Wiknjosastro dalam Prawirohardjo, 2019).

3) Suhu basal

Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi terus antara 37,2-37,8 derajat celcius adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan. Gejala ini sering di pakai dalam pemeriksaan kemandulan.

c) Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan dapat ditentukan dengan jalan :

1. Gerakan janin dalam rahim
 - a. Terlihat/ teraba gerakan janin.
 - b. Teraba bagian-bagian janin
2. Denyut jantung janin
 - a. Didengar dengan stetokop laenec, alat kardiokografi,alat doppler.
 - b. Dilihat dengan ultrasonograf.
 - c. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi (Karsono, 2017).

3. Tanda Braxton-Hiks

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi

tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, maka tanda ini tidak di temukan.

6. **Diagnosis Banding Kehamilan**

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosis banding diantaranya :

- a. Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan spuriadijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- b. Tumor kandungan atau mioma uteri
 1. Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.
 2. Bentuk pembesaran tidak merata.
 3. Perdarahan banyak saat menstruasi
- c. Kista ovarium
 1. Pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda hamil.
 2. Datang bulan terus berlangsung.
 3. Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.
 4. Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negative.
- d. Hematometra
 1. Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil
 2. Perut teras sakit setiap bulan.
 3. Terjadi tumpukan darah dalam Rahim
 4. Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
- e. Sebab himen in perforate.
- f. Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang.

7. Tanda Bahaya Kehamilan

Pada setiap, kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan pada ibu bagaimana cara mengenali tanda-tanda bahaya pada kehamilan, dan menganjurkan ibu untuk datang ke klinik dengan segera jika ia mengalami tanda-tanda bahaya tersebut. Dari beberapa pengalaman akan lebih baik memberikan pendidikan kepada ibu dan anggota keluarganya, khususnya pembuat keputusan utama, sehingga si ibu akan di dampingi untuk mendapat asuhan. Disini ada enam tanda-tanda bahaya selama periode antenatal (Rukiyah, 2009).

a. Perdarahan pervaginam

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri (berarti abortus, KET, molahidatidosa). Dan apabila pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak atau sedikit, nyeri (berarti plasenta previa dan solusio plasenta (Rukiyah, 2009).

b. Sakit kepala yang hebatSakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat dan disertai dengan penglihatan yang kabur itu merupakan tanda dan gejala dari preeklamsi (Rukiyah, 2009).

- c. Pandangan kabur Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang (Rukiyah, 2009).
- d. Nyeri abdomen yang hebat Nyeri yang hebat dan menetap serta tidak dapat hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendicitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain (Rukiyah, 2009).
- e. Bengkak pada muka atau tangan Menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan. Tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia (Rukiyah, 2009).
- f. Bayi tidak bergerak seperti biasanya Ibu dapat mulai merasakan gerakan janinnya pada bulan ke 5 atau ke 6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal, jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Rukiyah, 2009).

8. Pengawasan Antenatal

Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai hamil secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Diketahui bahwa janin dalam rahim ibunya adalah satu kesatuan yang saling mempengaruhi, sehingga kesehatan ibu yang optimal akan

meningkatkan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan janin (Renita, 2016). Adapun tujuan dari pengawasan antenatal antara lain :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan janin.
- c. Mengenali secara dini ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persiapan persalinan yang cukup bulan melahirkan dengan selamat ibu maupun janinnya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

9. Standar pengawasan antenatal

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode *antenatal* (Saifudin, 2019).

- a. Kebijakan program

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

1. kali pada triwulan pertama

2. kali pada triwulan kedua
3. kali pada trwulan ketiga (Saifudin, 2019).

b. Pelayanan atau asuhan standar minimal “10 T” :

1. Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Pemberian imunisasi *tetanus toxoid*
5. Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan
6. Test terhadap penyakit menular seksual
7. Temu wicara (konseling dan pemecahan masalah)
8. Test Laboraturium
9. Tatalaksana Kasus
10. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)

10. Pemeriksaan Kebidanan

1. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

Dilihat pembesaran perutnya apakah membesar dengan arah memanjang atau melebar, keadaan pusat, pigmentasi di linea alba/nigra, adakah striae gravidarum atau bekas operasi.

b. Palpasi

Palpasi dilakukan untuk menentukan : besarnya rahim, tuanya kehamilan menentukan letaknya janin dalam rahim. Cara melakukan palpasi ialah menurut Leopold yang terdiri dari atas 4 bagian.

Leopold 1

Pemeriksaan leopold 1 adalah untuk menentukan tuanya kehamilan dengan mengukur tinggi fundus uteri serta menentukan bagian apa yang terdapat didalam fundus.

Leopold II

Pemeriksaan leopold II dilakukan untuk menentukan bagian apa yang terdapat dikiri atau kanan ibu (ekstremitas dan punggung).

Leopold III

Leopold III adalah untuk menentukan bagian terendah janin dan mengetahui apakah bagian tersebut sudah masuk atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (konvergen, sejajar, divergen).

Leopold IV

Leopold IV adalah untuk menentukan seberapa besar bagian terendah janin yang sudah masuk ke dalam pintu atas panggul dengan menggunakan penjarian.

2. Pemeriksaan Kongenital

Pemeriksaan ini dilakukan dengan diinfeksi dan dilihat apakah ada flour albus, varises, oedema, tumor tau kelainan lainnya yang dapat mempengaruhi proses persalinan dan apabila ada kelainan dari anogenital.

3. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan urine dilakukan antara lain untuk mengetahui kadar urine protein ibu agar kadar gula dalam urine. Klasifikasi proteinuria :

- a. Negatif : urine jernih
- b. Positif 1 : ada keruhan

- c. Positif 2 : kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan
- d. Positif 3 : Lebih keruh dan endapan lebih jelas
- e. Positif 4 : sangat keruh dan disertai endapan yang menggumpal

Untuk kadar glukosa iklasifikasikan :

- a. Negatif : biru
- b. Positif 1 : hijau
- c. Positif 2 : kuning kehijauan
- d. Positif 3 : jingga
- e. Positif 4 : merah bata

Pemeriksaan darah yang dilakukan pada ibu hamil biasanya yaitu golongan darah dan pemeriksaan hemoglobin untuk mengetahui anemia atau tidak, menurut saifuddin (2019) disebut bahwa anemia apabila pada kehamilan 1 dan 3 kadar hemoglobinnya rendah dibawah 11gr% atau <10,5gr% pada trimester 2, hal ini dikarnakan pada bulan ke 5-6 terjadi kebutuhan peningkatan zat besi pada janin untuk proses pertumbuhan tulang janin, selain itu juga memang dalam kehamilan terjadi proses hemodilusi yang dapat menyebabkan Hb menjadi turun, menurut Saifuddin (2019) klasifikasi Hb ibu hamil yaitu 11gr% normal, 9-10gr% anemia ringan, 7-8gr% anemia sedang, dan <7gr% anemia berat.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

1. Pengkajian data

a) Data subjektif

Data subjektif adalah data yang di peroleh oleh klien, baik dalam bentuk pernyataan atau keluhan. Semua data yang di tanyakan mencakup identitas klien. Keluhan yang di peroleh dari hasil wawancara langsung kepada klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (allo anamnesis).

b) Data objektif

Data objektif adalah data yang di observasi dari hasil pemeriksaan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Pemereriksaan yang dilakukan meliputi : pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, pemeriksaan penunjang, laboratorium, pemeriksaan radio diagnostik.

2. Interpretasi data

Menemukan diagnosa atas apa yang telah di sampaikan dan berdasarkan keluhan pasien.

3. Diagnosa potensial

Diagnosa yang telah di tegakkan oleh teaga kesehatan atas keluhan dan hasil pemeriksaan pasien.

4. Tindakan segera dan kolaborasi

Tindakan awal yang di ambil untuk menangani pasien berdasarkan keuhan dan koaborasi sesama tenaga medis.

5. Perencanaan

Perencanaan adalah rencana tindakan yang akan di lakukan berdasarkan Assesment atau analisa data.

6. Pelaksanaan

Melakukan tindakan yang telah di rencanakan berdasarkan kolaborasi.

7. Evaluasi

Meninjau kembali asuhan dari plaksanaan(Wiknjosatro, 2016).

C. PRE EKLAMPSIA

1. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivitas iendotel dan koagulasi. 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 didefinisika dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*) (Rohman, 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. 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 diastolic (Situmorang, 2016).

Rekomendasi pengukuran tekanan darah:

- a. Pemeriksaan dimulai ketika pasien dalam keadaan tenang.
- b. Sebaiknya menggunakan tensimeter air raksa atau yang setara, yang sudah tervalidasi.
- c. Posisi duduk dengan manset sesuai level jantung.
- d. Gunakan ukuran manset yang sesuai.
- e. Gunakan hilangnya suara pada pengukuran tekanan darah diastolic.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urinterhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin massif (lebih dari 5g) telah dieliminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Proteinuria merupakan penanda objektif, yang menunjukkan adanya kebocoran endotel yang luas, suatu ciri khas preeklampsia. Walaupun begitu, jika tekanan darah meningkat signifikan, berbahaya bagi ibu sekaligus janin jika kenaikan ini di abaikan karena proteinuria belum timbul. Berdasarkan penelitian Chesley, 10% kejang eklampsia terjadi sebelum ditemukan proteinuria. Rekomendasi pemeriksaan protein urin: Proteinuria ditegakkan jika di dapatkan secara kuantitatif produksi proteinurin lebih dari 300 mg per 24 jam, namun jika hal ini tidak

dapat dilakukan, pemeriksaan dapat digantikan dengan pemeriksaan semi kuantitatif menggunakan dipstik urin >1+ (Musa, 2018)

2. Diagnosis Preeklampsia

Terjadinya peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg atau peningkatan tekanan sistolik 15 mmHg atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosis preeklampsia. Kriteria terbaru sudah tidak mengategorikan preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat. Preeklampsia hanya ada dua kriteria yaitu preeklampsia dan preeklampsia berat, dengan kriteria diagnosis sebagai berikut:

- a. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terjadi setelah 20 minggu
- b. kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal
Protein urin melebihi 300mg dalam 24jam atau tes urin *dipstick* >+1.
- c. Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti dengan salah satu tanda gejala di bawah ini:
 - 1) Gangguan ginjal: kreatinin serum 1,2 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
 - 2) Edem paru
 - 3) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminas 2 kali normal dan atau adanya nyeri epigastrium/region kanan atas abdomen

- 4) Trombositopenia: trombosit < 100.000/microliter
- 5) Didapatkan gejala neurologis: nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- 6) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) (Fatkhayah, 2018).

a. Preeklampsia

Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya proteinuria, namun jika protein urin tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia (Rohman, 2016).

Kriteria minimal preeklampsia yaitu:

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal
2. Protein urin melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin *dipstick* >+1.

Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti dengan salah satu

tanda gejala di bawah ini:

- a) Gangguan ginjal: keratin serum 1,2 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya

b. Preeklamsia berat

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada pre eklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, dikategorikan menjadi kondisi pemberatan pre eklampsia atau disebut dengan pre eklampsia berat. Kriteria Pre eklampsia berat, diagnosis preeklampsia dipenuhi dan jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawahini:

- 1) Tekanan Darah $\geq 160/100$ mmHg Proteinuria: pada pemeriksaan carik celup(dipstrik) $\geq +2$ atau 2,0g/24 jam
- 2) Gangguan ginjal: keratin serum 1,2 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- 3) Edema paru
- 4) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminas 2 kali normal dan atau adanya nyeri epigastrium/region kanan atas abdomen
- 5) Trombositopenia: trombosit < 100.000 /microliter
- 6) Didapatkan gejala neurologis: nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- 7) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplacenta: Oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) (Rufadah, 2018)

3. Patofisiologi Preeklampsia

Meskipun penyebab preeklampsia masih belum diketahui, bukti

manifestasi klinisnya mulai tampak sejak awal kehamilan, berupa perubahan patofisiologi tersamar yang terakumulasi sepanjang kehamilan dan akhirnya menjadi nyata secara klinis. Preeklampsia adalah gangguan multisistem dengan etiologi kompleks yang khusus terjadi selama kehamilan (Nur, 2017).

a. Teori Kelainan Vaskularisasi Plasenta

Pada kehamilan normal, rahim, dan plasenta mendapatkan aliran darah dari cabang-cabang arteri uterina dan arteri varika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus myometrium berupa arteri arkuata dan arteri arkuata memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteri spinalis. Pada hamil normal, dengan sebab yang belum jelas, terjadi invasi tropoblas ke dalam lapisan otot arteri spinalis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spinalis. Invasi tropoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spinalis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spinalis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spinalis ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskuler, dan peningkatan aliran darah pada daerah uteroplacenta. Akibatnya, aliran darah ke janin cukup banyak dan per fusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan "*Remodeling Arteri Spinalis*" (Gustri, 2016).

Pada hipertensi kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel tropoblas pada lapisan otot arteri spinalis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spinalis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spinalis

tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spinalis relatif mengalami vasokonstriksi dan terjadi kegagalan “*remodeling arteri spinalis*”, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan pathogenesis hipertensi dalam kehamilanselanjutnya. Diameter rata-rata arteri spinalis pada kehamilan normal adalah 500 mikron, sedangkan pada preeklampsia rata-rata 200 mikron dalam selama masa kehamilan pada TM 1, 2, 3 (Fatkhayah, 2018).

b. Disfungsi sel endotel

Akibat sel endotel terpapar peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membransel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut “*disfungsiendotel*” (Rufaidah, 2018).

c. Konsep dari maternal fetal (paternal)

maladaptasi imunologik menjadi implikasi umum sebagai penyebab preeklampsia. Implantasi fetoplantas ke permukaan miometrium membutuhkan beberapa elemen yaitu toleransi imunologik antara fetoplantas dan maternal, pertumbuhan trofoblas yang melakukan invasi kedalam lumen arteri spiralis dan pembentukan sistem pertahanan imun. Komponen fetoplantas yang melakukan invasi ke miometrium melalui arteri spiralis secara imunologik menimbulkan dampak adaptasi dan mal adaptasi yang sangat penting dalam proses kehamilan. Dampak adaptasi menyebabkan tidak terjadi penolakan hasil konsepsi yang bersifat asing, hal

ini disebabkan karena adanya *Human Leukocyte Antigen Protein G* (HLA-G) berperan penting dalam modulasi sistem imun. HLA-G pada plasenta dapat melindungi trofoblas janin dari lisis oleh sel *Natural Killer* (NK) ibu dan mempermudah invasi sel trofoblas ke jaringan desidua ibu. Sebaliknya pada plasenta hipertensi dalam kehamilan terjadi penurunan HLA-G yang kemungkinan menyebabkan terjadinya mal-adaptasi (Nur, 2017).

d. 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 diresis. Kerusakan vaskuler dapat menyebabkan perpindahan protein dan cairan ke dalam lobus-lobus paru. Kondisi tersebut diperburuk dengan terapi sulih cairan yang dilakukan selama penanganan preeklampsia dan pencegahan eklampsia. Selain itu, gangguan jantung akibat hipertensi dan kerja ekstra jantung untuk memompa darah ke dalam sirkulasi sistemik yang menyempit dapat menyebabkan kongesti paru (Nur, 2017).

4. Pencegahan pre eklamsia

Berbagai strategi yang digunakan untuk mencegah atau memodifikasi keparahan preeklampsia antara lain:

a. Antenatal Care (ANC)

Deteksi dini preeklampsia dilakukan dengan berbagai pemeriksaan tanda biologis, biofisik dan biokimia sebelum timbulnya gejala klinis sindrom preeklampsia. Hal ini diupayakan dengan mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi dan mencegah pengobatan dalam

rangka menurunkan komplikasi penyakit dan kematian melalui modifikasi ANC. WHO merekomendasikan semua ibu hamil harus melakukan kunjungan ANC minimal 8x. Yaitu kunjungan pertama dilakukan sebelum usia kehamilan 12 minggu dan kunjungan selanjutnya di usia kehamilan 20, 26, 30, 34, 36, 38 dan 40 minggu (Musa, 2018).

b. Suplemen vitamin D

Institute of Medicine (IOM) dan ACOG merekomendasikan suplemen vitamin D 600 IU perhari untuk ibu hamil guna mendukung metabolisme tulang ibu dan janin. Dosis 1000-2000 IU per hari untuk kasus defisiensi vitamin D. Namun paparan sinar matahari mungkin lebih terkait kuat dengan tingkat vitamin D dibandingkan dengan asupan vitamin D oral. Bentuk aktif vitamin D yang disebut dengan 1,25 dihidroksil ekalsiferol ($1,25\text{-(OH)}_2\text{D}_3$) secara langsung mempengaruhi absorpsi kalsium di usus bersama dengan hormon paratiroid bekerja secara sinergis meningkatkan reabsorpsi kalsium dari tulang. 25(OH)D pertama dihidroksilasi di hati. Metabolit yang dihasilkan, 25(OH)D , sangat stabil dan karena itu paling sering digunakan untuk mengukur status vitamin D. Hidroksilasi kedua ke bentuk aktif $1,25\text{(OH)D}$ kebanyakan terjadi di ginjal dalam proses yang diatur secara ketat oleh kalsium, fosfor dan kadar hormon paratiroid. Setelah hidroksilasi kedua, $1,25\text{(OH)D}$ berikatan dengan vitamin D Receptor (VDR). VDR adalah faktor transkripsi yang (Fatkhayah, 2018).

D. HUBUNGAN IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT

Faktor risiko yang dapat dinilai pada kunjungan antenatal pertama

Anamnesis:

1. Usia >40tahun

Usia merupakan bagian dari status reproduksi yang penting. Usia berkaitan dengan peningkatan atau penurunan fungsi tubuh sehingga mempengaruhi status kesehatan. Usia reproduktif sehat yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Sedangkan usia ibu >35 tahun seiring bertambahnya usia rentan untuk terjadi peningkatan tekanan darah karena terjadi degenerasi. Adanya perubahan patologis, yaitu terjadinya spasme pembuluh darah arteriol menuju organ penting alam tubuh sehingga menimbulkan gangguan metabolisme jaringan, gangguan peredaran darah menuju retroplasenter. Kategori usia untuk mengetahui hubungan antar usia dengan preeklampsia dalam penelitian Imung adalah sebagai berikut:

- a) Usia <20tahun
- b) Usia 20-35tahun
- c) Usia >35tahun

Berdasarkan penelitian dari Dietl, wanita hamil pada usia lebih dari 40 tahun lebih berisiko mengalami hipertensi, dan preeklampsia banyak terjadi pada ibu hamil umur > 40 tahun. Hasilnya juga menunjukkan bahwa 59,1% preeklampsia terjadi pada nulipara dengan umur > 40 tahun Duckitt melaporkan peningkatan risiko preeklampsia hampir dua kali lipat pada wanita hamil berusia 40 tahun

atau lebih baik pada primipara (RR 1,68 95%CI 1,23 - 2,29), maupun multipara (RR1,9695%CI1,34-2,87). Sedangkan usia muda tidak meningkatkan risiko preeklampsia secara bermakna (Fatkhayah, 2018).

2. Primigravida

Status gravida adalah wanita yang sedang hamil. Status gravida dibagi menjadi 2 kategori:

- a) Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertama kalinya,
- b) Multigravida adalah wanita yang hamil ke 2 atau lebih.

Preeklampsia banyak dijumpai pada primigravida dari pada multigravida, terutama primigravida usia muda. Primigravida lebih berisiko mengalami preeklampsia dari pada multigravida karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Hal ini terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan *blocking antibody* yang dilakukan oleh HLA-G terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trofoblas ke jaringan desidua ibu menjadi terganggu. Primigravida juga rentan stress dalam menghadapi persalinan yang menstimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek kortisol adalah meningkatkan respon simpatis, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat (Rohman, 2016).

Nullipara lebih berisiko mengalami preeklampsia daripada multipara karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Berdasarkan studi Bdolah, kehamilan nullipara memiliki kadar sFlt1 dan sFlt1 / PlGF bersirkulasi lebih tinggi daripada kehamilan multipara, menunjukkan hubungan dengan ketidakseimbangan

angiogenik. Diambil bersama-sama dengan peran patogenik faktor anti-angiogenik pada preeklampsia, nulipara merupakan faktor risiko untuk pengembangan preeklampsia (Rohman, 2016).

a. Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama. Menurut Duckit risiko meningkat hingga 7 kali lipat (RR 7,19 95% CI 5,85 - 8,83). Kehamilan pada wanita dengan riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk (Gustri, 2016).

b. Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru

Kehamilan pertama oleh pasangan yang baru dianggap sebagai faktor risiko preeklampsia, walaupun bukan nullipara karena risiko meningkat pada wanita yang memiliki paparan rendah terhadap sperma (Gustri, 2016).

c. Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih

Hubungan antara risiko terjadinya dengan interval/jarak kehamilan lebih signifikan dibandingkan dengan risiko yang ditimbulkan dari pergantian pasangan seksual. Risiko pada kehamilan kedua atau ketiga secara langsung berhubungan dengan waktu persalinan sebelumnya. Ketika intervalnya lebih dari 10 tahun, maka risiko ibu tersebut mengalami preeklampsia adalah sama dengan ibu yang belum pernah melahirkan (Gustri, 2016).

3. Kehamilan multipel/kehamilan ganda

Kehamilan ganda meningkatkan risiko preeklampsia sebesar kali lipat. Dengan adanya kehamilan ganda dan hidramnion, menjadi penyebab meningkatnya resiten intramural pada pembuluh darah myometrium, yang dapat berkaitan dengan peninggian tegangan myometrium dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Wanita dengan kehamilan kembar berisiko lebih tinggi mengalami preeklampsia hal ini disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon (Rohman, 2016).

4. IDDM (*Insulin Dependent Diabetes Melitus*)

Nerenberg mengemukakan berdasarkan penelitian bahwa wanita hamil dengan diabetes memiliki risiko 90% lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak memiliki diabetes (OR 1.9; 95% CI 1.7-2.1). Diabetes dan preeklampsia adalah dua kondisi umum yang berhubungan dengan kehamilan, keduanya terkait dengan hasil kesehatan ibu dan janin yang buruk. Diabetes dan preeklampsia memiliki faktor risiko yang sama (misalnya, obesitas, sindrom ovarium polikistik, usia ibu lanjut, peningkatan berat badan kehamilan), hiperinsulinemia dikaitkan dengan kedua kondisi (Situmorang, 2016).

BAB III

STUDI KASUS ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY“Y” UK 41-42 MINGGU DENGAN PRE EKLAMSI BERAT di RUANGAN PONEK DI RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2021

Tanggal Pengkajian : Selasa, 12 Januari 2021

Jam : 13.50 WIB

MR : 212417

I. DATA SUBJEKTIF/PENGAJIAN

A. Data Subjektif

Nama	: Ny “Y”	Nama suami	: Tn “O”
Umur	: 32 tahun	Umur	: 38 tahun
Suku/ bangsa	: Minang	Suku/ bangsa	: Minang
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Koto Sani	Alamat	: Koto Sani

1. Keluhan utama

ibu mengatakan nyeri dibagian perut dan nyeri hebat di bagian kepala
ibu mengatakan badan lelah dan pusing sejak jam 10.00 WIB.

2. Riwayat obstetri

a) Menstruasi

Menarche	: 13 tahun
Siklus haid	: 28 hari
Banyaknya	: 2-3 gantiduk
Lamanya	: 7 hari
Warna darah	: merah
Teratur/tidak	: teratur
Disminore	: tidak ada

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan

NO	KEHAMILAN KE	PERSALINAN	USIA ANAK	JK	BB	NIFAS	KB
1	G1 P0 A0 H0	Normal	8 tahun	laki-laki	1800	Normal	Tdk ada
2	G2 P1 A0 H1	Normal	4 tahun	Perempuan	3000	normal	Tdk ada
3	G3 P2 A0 H2	Normal	1 tahun	Perempuan	3000	normal	Tdk ada
4	INI						

b) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 25 Maret 2020
 TP : 2 Januari 2021
 TT : tidak ada
 ANC :
 Trimester I : 2x di BPS, keluhan mual muntah, Terapi obat tambah darah, vitamin.
 Trimester II : 3x di BPS, tidak ada keluhan, terapi Obat tambah darah, vitamin
 Trimester III : 1x di BPS, ibu mengatakan nyeri hebat di bagian kepala terapi obat yaitu Metildopal.

3. Riwayat pernikahan

Status pernikahan : Sah
 Umur ibu menikah : 22 Tahun
 Pernikahan ke : 1
 Lama menikah baru hamil : 2 bulan

4. Riwayat kesehatan

Penyakit sistemik :

Jantung : Tidak ada
 Ginjal : Tidak ada
 Hipertensi : Tidak ada

Penyakit keturunan :

- DM : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Penyakit menular
- Hepatitis : Tidak ada
- HIV/AIDS : Tidak ada
- TBC : Tidak ada
- Riwayat keturunan kembar : Tidak ada
5. Riwayat psikologi dan social
- a) Keadaan psikologi : Perasaan ibu, suami dan keluarga sangat senang menerima kehamilan yang ke 4 ini
- b) Keadaan social : Hubungan ibu dengan keluarga, tetangga dan masyarakat baik.
6. Pola kebiasaan sehari-hari
- a) Nutrisi
- Makan
- Frekuensi : 3x sehari
- Menu : Nasi, ikan,
- Keluhan : Tidak ada
- Minum
- Frekuensi : 7-8 gelas/ hari
- Jenis : Air putih
- Keluhan : Tidak ada
- b) Eliminasi
- BAK :
- Frekuensi : 5x sehari
- Warnanya : jernih
- Keluhan : Tidak ada
- BAB :
- Frekuensi : 2x sehari
- Konsisten : Lembek
- Keluhan : Tidak ada

- c) Personal hygiene
- | | |
|---------------------|---------------|
| Mandi | : 2x sehari |
| Keramas | : 3x seminggu |
| Gosok gigi | : 3x sehari |
| Ganti pakaian dalam | : 3x sehari |
| Ganti pakaian luar | : 2x sehari |
- d) Istirahat
- | | |
|-------|-----------|
| Siang | : 2-3 jam |
| Malam | : 7-8 jam |
- e) Olahraga
- | | |
|-------------|-------------|
| Senam hamil | : Ada |
| Jalan pagi | : Ada |
| Keluhan | : Tidak ada |
- f) Hubungan seksual
- | | |
|---------|-------------|
| Keluhan | : Tidak ada |
|---------|-------------|
7. Pola kegiatan sehari-hari
- | | |
|---------------------|-------------|
| Merokok | : Tidak ada |
| Minum-minuman keras | : Tidak ada |
| Minum jamu | : Tidak ada |
| Obat-obatan | : Tidak ada |

B. DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: baik
Kesadaran	: composmentis
TD	: 160/100 mmhg
N	: 89x/ menit
S	: 36,4 0 c
RR	: 22x/ menit
TB	: 156 cm
Lila	: 31 cm
BB sebelum hamil	: 75 kg

BB sekarang : 85 kg
 HPHT : 25 Maret 2020
 TP : 2 Januari 2021

Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

Kepala : Warna rambut hitam, bersih.
 Mata : Konjungtiva merah muda, sklera tidak kuning
 Telinga : Simetris, bersih tidak ada serumen.
 Hidung : Simetris tidak ada sekret dan polip.
 Mulut : Mulut bersih, mukosa bibir lembab tidak Ada stomatitis.
 Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe
 Dada : Bentuk simetris.
 Payudara : Simetris kiri kanan, puting susu menonjol, hyperpigmentasi pada areola
 Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, striae gravidarum : ada, linea nigra ada, perut membesar sesuai umur kehamilan.
 Ekstremitas atas : Tidak oedem dan tidak ada gangguan pergerakan.
 Ekstremitas bawah : Tidak oedem, tidak ada varises dan tidak Ada gangguan pergerakan.

b) Palpasi

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe
 Payudara : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan yang abnormal.

Abdomen	:
a. Leopold I	:TFU 3 jari di bawah px, teraba lunak, bundar, dan tidak melenting kemungkinan bokong janin
b. Leopold II	:bagian kanan perut ibu teraba tonjolan tonjolan kecil kemungkinan ekstremitas janin, bagian kiri perut ibu teraba panjang, keras, dan memapan kemungkinan punggung janin
c. Leopold III	:Bagian bawah perut ibu teraba keras, agak bulat, dan tidak melenting kepala janin belum masuk PAP dan masih bisa digoyangkan.
d. Leopold IV	: tidak di lakukan
TBBJ	: 33-13 x 155 = 3,100 gram
c) Auskultasi	
DJJ	: Frekuensi teratur 145x/ menit
Punctummaksimum	: kuadran 3
d) Perkusi	:reflek patella (+)
e) Pemeriksaan penunjang	
Hb	: 12 gr%
Protein urine	:+ 2
Glukosa urine	: tidak ada
GOLDA	:

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa	: G4P3 A0 H3UK 41-42 minggu, post term janin hidup, tunggal, intra uteri, letkep (PUKI), keadaan jalan lahir normal, ku ibu dan janin baik, ibu dengan PEB.
Data dasar	:1. Ibu mengatakan ini kehamilan ke 4

3. HPHT 25 Maret 2020
4. UK ibu 41-42 minggu
5. Djj 146 x/i
6. Pada perut ibu sebelah kanan teraba keras, panjang, dan memapan (PUKI)
7. Td :160/100
S : 36, 4 c
N : 89x/i
P : 22x/i
Djj :146x/i

Masalah : ibu dengan pre eklamsi berat
kebutuhan :

1. Informasi hasil pemeriksaan
2. Pendidikan kesehatan persiapan persalinan
3. Pendidikan kesehatan tanda bahaya kehamilan
4. Pendidikan kesehatan tanda-tanda persalinan
5. Memberi obat anti kejang

III. IDENTIFIKASI MASALAH DAN DIAGNOSA POTENSIAL

1. Eklamsia saat persalinan
2. Perdarahan pada saat persalinan
3. Fetal disstres pada janin

IV. IDENTIFIKASI MASALAH, TINDAKAN SEGERA, KOLABORASI DAN RUJUKAN

1. Pasang infus RL drip MgSO₄ 28 tetes/menit
2. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat perangsang kontraksi

V. PERENCANAAN

- a. Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tanda-tanda persalinan
- e. Memberikan obat untuk mencegah pre eklamsia

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahukan pada ibu tentang hasil pemeriksaannya :
TD : 160/100mmHg
S : 36,40c
N : 89x/ menit
P : 22x/i
Djj : 146x/i
TBBJ : 3,100 gr
2. memberikan ibu cairan untuk menghilangkan anti kejang yaitu MgSO₄ dengan secara intravena dengan dosis 500 cc rl dan drp MgSO₄ 20 CC dengan 28 tetes kali/menit dan kolaborasi dengan dokter SpOg memberikan obat perangsang kontraksi yaitu misoprostol ¼ dan obat makan yaitu metaldopal 2x2 tablet
3. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang persiapan persalinan seperti biaya persalinan, dan transportasi serta memberi tahu kepada suami agar tetap tabah dan terus berdoa demi kelancaran si ibu dan memberikan asuhan sayang ibu seperti memberikan ibu support mental dan meyakinkan si ibu bahwa ia akan segera pulih.
4. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester 3 seperti perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, tensi tinggi, dan oedema kaki, tangan dan muka.
5. Memberitahu kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, diantaranya : nyeri menjalar keari-ari dengan interval semakin lama semakin dekat, kontraktraksi yang teratur, bayi terasa berada dibawah panggul, ketuban pecah, keluar lendir bercampur darah. dan ibu sudah paham dan mengerti dengan hasil pemeriksaannya.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah paham dengan hasil pemeriksaan
2. Ibu sudah menyiapkan persiapan persalinan
3. Ibu sudah tahu tanda bahaya kehamilan
4. Ibu sudah tahu tanda tanda persalinan
5. Ibu sudah di berikan terapi MgSO₄ untuk anti kejang

BAB IV PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan Pada langkah ini penulis akan menyajikan pembahasan yang membandingkan antara teori dengan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny “Y” UK 41-42 minggu di Rsud Mohammad Natsir pukul 13.50 WIB maka dalam Bab ini penulis akan membahas tentang teori yang telah d pelajari mengenai ibu hamil yang mengalami Preeklamsia Berat (PEB) dengan kenyataan yang di terapkan pada klien di lapangan .

Dari hasil anamnesa didapatkan data Subjektif pada Ny “Y” berusia 31 tahun, dan Ny “Y” mengatakan akan konsultasi dengan dokter jika merasakan Pusing dan lemas berkepanjangan. HPHT : 25 Maret 2020, taksiran persalinan 2 Januari 2021. Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke empat. Ibu melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan, yang terdiri dari dua kali trimester I, satu kali trimester II, dan satu kali pada trimester III. Ibu telah mendapatkan imunisasi TT pada usia kehamilan 20 minggu dan Ny “Y” selama kehamilan masih dalam batas normal.

Berdasarkan data Obsevasi yang dilakukan pada Ny Y dari jam 13.50 sampai jam 16.30 di dapatkan Keadaan umum : baik, Kesadaran : Composmentis, TD : 160/100 mmHg, Nadi : 89 x/ menit, RR : 22 x/menit, Suhu : 36,5 oC, BB 89 kg, TB : 147 cm, dan di lakukan lagi pemantauan pada jam 16.30 sampai jam 17.00 di dapatkan hasil TD : 180/110 mmHg, Nadi : 89 x/ menit, RR : 22 x/menit, Suhu : 36,5 oC, karna TTV pasien di dapatkan tinggi maka di lakukan pemantauan setiap 30 menit sekali setelah di lakukan pemantauan selama kurang lebih 3 jam dari jam 17.00 sampai jam 20.00 di dapatkan lagi TD: 140/90 mmHg,

Nadi : 87 x/ menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,5 oC, pemeriksaan HB 12 gr% protein urin : + 2, setelah di lakukan pemantau tersebut dan tekanan darah pasien sudah stabil maka pasien di anjurkan untuk pindah ke ruang rawatan pada am 21.00 dan saat pasien pindah tekanan dara pasien sudah stabil yaitu 140/90 mmhg dan DJJ nya yaitu 146x/menit. Selama pasien d ruangan ponek dilakukan pemantauan TTV dan DJJ sebanyak 7 kali dan diagnosa yang di dapat kan pada pasien “Y” yaitu pre eklamsi.

Berdasarkan data, dari pasien datang dengan keluhan nyeri hebat di bagian kepala belakang di sertai tekanan darah tinggi. Menurut Rukiyah (2009) Penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, proteinuria, dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke tiga pada kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya misalnya pada mola hidatidosa adalah pre eklamsia. Penyebab pre eklamsia saat ini tak bisa diketahui dengan pasti, Walaupun penelitian yang dilakukan terhadap penyakit ini sudah sedemikian maju. Semuanya baru didasarkan pada teori yang dihubungkan dengan kejadian. Itulah sebab pre eklamsia disebut juga “disease of theory”(Rukiyah, 2009). Berdasarkan teori tersebut, penulis Berpendapat bahwa nyeri hebat di bagian kepala di sertai dengan hipertensi dan pada pemeriksaan protein urin di temukan protein urin +2 , saat kehamilan trimester III yang dialami Ny. Y bersifat patologis nyeri hebat di bagian kepala yang disertai hipertensi dan terdapat hasil protein urin +2 tersebut merupakan tanda dan gejala pre eklamsia berat.

Menurut Saifuddin (2019), Pengobatan hanya dapat dilakukan secara simptomatis karena etiologi pre eklamsia dan faktor – faktor apa dalam kehamilan yang menyebabkannya belum diketahui, tujuan penanganan ialah Mencegah

terjadinya pre eklamsia berat dan eklamsia, Melahirkan janin hidup, Melahirkan janin dengan trauma sekecil – kecilnya.

Saat ini masalah pada ibu yaitu ibu merasakan badan lelah beserta nyeri hebat di bagian kepala akibat tekanan darah ibu yang tinggi. Berdasarkan asuhan Kebidanan maka kebutuhan ibu saat ini adalah memasang infus Ringer Laktat dengan drip MgSO₄, Istirahat yang cukup, Pemenuan nutrisi pemantauan tanda-tanda vital beserta DJJ dan kolaborasi pemberian obat dengan Dokter. Berdasarkan Dianosa ini maka diperoleh Diagnosa potensial dari kasus ini yaitu Eklamsia saat persalinan, perdarahan pada saat persalinan, dan Fetal Distress pada janin akan terjadi jika penatalaksanaan pada ibu tidak berhasil. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Situmorang (2016) Preeklampsia adalah penyakit komplikasi kehamilan yang memiliki trias gejala, yaitu : hipertensi, proteinuri dan edema. Gejala tersebut timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas, trias preeklamsia dapat juga disertai dengan nyeri hebat di bagian kepala belakang sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya sakit kepala yang hebat daalam kehamilan adalah gejala preeklamsia. Data penunjang ibu Hamil dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) sesuai dengan data Subjektif/Objektif yang ada pada kasus ini.

Berdasarkan praktek yang di dapat di rumah sakit Mohammad Natsir solok menurut penulis penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ny y dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) yaitu pemeriksaan TTV dan DJJ, terapi MgSO₄, kebutuhan nutrisi sudah di penuhi dan obat- obatan juga sudah di berikan dan penatalaksanaan ini sudah sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa penanganan pre eklamsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetric

tindakan yang di berikan adalah pembeian sadativ, obat penunjang, pemenuhan nutrisi pasien, serta beristirahat dengan cukup (Rukiyah, 2009).



BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang didapat dari pengkajian data mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil yaitu :

- 1) Pengkajian data telah selesai di lakukan
- 2) Interpretasi data telah di lakukan dan diagnosa yang di dapat atas keluhan dan juga hasil pemeriksaan si ibu yaitu ibu hamil dengan pre eklamsi berat
- 3) Diagnosa potensial atau kemungkinan yang terjadi pada ibu hamil juga sudah di dapatkan yaitu eklamsi, perdarahan pada saat persalinan dan juga kematian.
- 4) Tindakan segera beserta kolaborasi dengan dokter juga sudah di lakukan yaitu pemasangan infus RL dengan drip MgSO₄.
- 5) Perencanaan asuhan pada Ny “Y” yaitu : memberikan obat anti kejang yaitu MgSO₄ dengan cara intra vena, dan memberi obat makan yaitu metaldopal 2x2 tablet.
- 6) Pelaksanaan tindakan pada ny “Y” sesuai dengan perencanaan yaitu : memberikan obat anti kejang yaitu MgSO₄ dengan cara intra vena, dan memberi obat makan yaitu metaldopal 2x2 tablet.
- 7) Berdasarkan data subyektif, objektif dan pemeriksaan laboratorium pada ny “y’atas indikasi preeklamsia berat, pada saat melakukan asuhan tidak ada penyulit setelah di evauasi keadaan ibu dan janin baik dan tidak ada hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

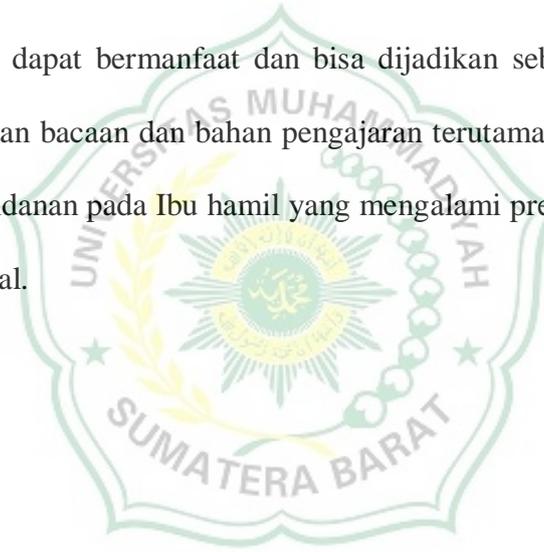
Diharapkan mahasiswa dapat mengerti mengenai penatalaksanaan pada Ibu Hamil dengan pre eklamsia berat dan mahasiswa mampu menganalisa keadaan pada ibu hamil dan mengerti tindakan segera yang harus dilakukan.

2. Bagi lahan praktek/Masyarakat

Diharapkan dapat menjadi motivasi bagi masyarakat sekitar dalam rangka meningkatkan dan menjaga kesehatan khususnya pada Ibu Hamil

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat bermanfaat dan bisa dijadikan sebagai sumber referensi, sumber bahan bacaan dan bahan pengajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada Ibu hamil yang mengalami pre eklamsia berat dan ibu hamil normal.



DAFTAR PUSTAKA

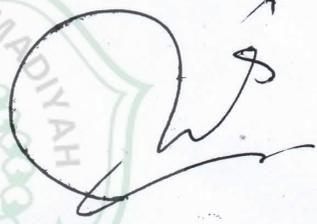
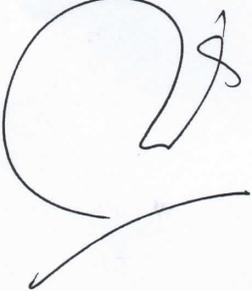
- Depkes, 2016. *Profil kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta. Di akses dari <https://doi.org/10.15294/higeia/v2i3/21390>. di ambil tanggal 27 Mei 2021.
- Fatkhiyah, N., Kodijah. (2018). Determinan Maternal Kejadian Preeklampsia: Studi Kasus di kabupaten Tegal, Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 53-61.
- Ferrer, Helen (2016). *Perawatan Maternitas*. Edisi 2. EGC, Jakarta.
- Gustri, Y., Sitorus. (2016). Determinan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(3).
- Indriani. (2016). *Jurnal factor kejadian pre eklamsia dan paritas umur pada ibu hamil*. Jurnal Kebidanan. Volume 12, no 1.
- Karima, Nurulia Muthi. 2018. "Jurnal hubungan umur dan paritas iu bersalin dengan kejadian pre eklamsia". Jurnal fakultas Kedokteran UNAND. Hlm 556-561
- Karsono, Bambang. 2017. *Antenatal Care*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono, Jakarta.
- Kemenkes. 2018. *Tanda Tanda Bahaya Pre Eklamsi*. Jakarta :EGC
- Kiswari R. 2017. *Tanda Bahaya Kehamilan Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta :
- Mufdillah. 2016. *Pengertian Pre Eklamsi Pa da Ibu Hamil*. Jakarta : EGC
- Musa, J., Mohammed. (2018). Incidence and risk factors for pre-eclampsia in Jos Nigeria. *African health sciences*, 18(3).
- Nugraha. 2016. *Ilmu Kebinanan Patologis*. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Nur, A. F. (2017). Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Rsu Anutapura Kota Palu. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 3(2), 69-75.
- Prawiroharjo. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: EGC
- Profil Kesehatan Kota Solok*. 2019. Sumatera barat. Diakses dari <http://dinkes.sumbarprov.go.id>. Di ambil tanggal 27 Mei 2021
- Profil Kesehatan Republik Indonesia*, 2017. Jakarta. Diakses dari <http://pusdatin.kemenes.go.id>. Diambil pada tanggal 27 Mei 2021.

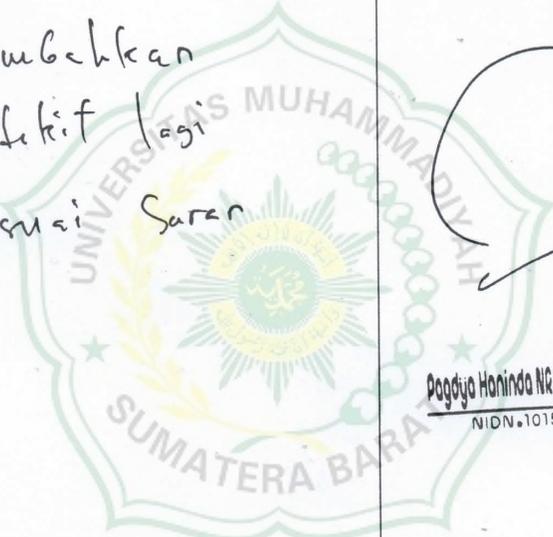
- Renita, Muzafah. 2016. *Edema Paru Sebagai Faktor Risiko Kematian Maternal pada Pre-ek lampsia/Eklampsia*. Surakarta : UNS (Skripsi)
- Rukiyah. 2009. *Asuhan Kebidanan 1*. Jakarta : EGC
- Rohman, A., Setyabudi. (2015). Faktor resiko kejadian hipertensi dalam kehamilan. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 4.
- Rufaida. (2017). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di rsu pku muhammadiyah bantul* (Doctoral dissertation, Universitas' Aisyiyah Yogyakarta).
- Saifuddin,Mukty,H. A. 2019. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*.Surabaya:EGC
- Saifuddin,Mukty,H. A. 2016. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. EGC, Jakarta.
- Sastrawinata, Sulaiman. 2018. *Obstetri Patologi*. EGC, Jakarta.
- Sarwono. 2019. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPSP
- Situmorang, T. H. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian PreEklampsia pada Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Anutapura Palu. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 2(1).
- Sumampow, Claudia Meinda. 2020. “*Jurnal factor resiko kejadian pre eklamsia berat/eklamsia pada ibu hamil*”. *Jurnal Medik dan Rehabilitasi (JMR)*. Volume 1,Nomor 3
- Transyah, Chichi Hafifah. (2018). “*Jurnal kejadian pre eklamsia pada ibu hamil dan ibu bersalin*”. *Jurnal Human Care*. Volume 3 no 1.
- Wiknjasastro, Prawiroharjo. 2016. *Proteinuria Patologis dalam Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC
- WHO, 2016, *angka kejadian preeklamsia*. Jakarta. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Di ambil pada tanggal 27 Mei 2021.

**LEMBAR KONSULTASI KASUS SEMINAR MAHASISWA TINGKAT AKHIR
PROGRAM STUDI D-IIIKEBIDANAN FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT**

Nama : Shintya Adella
 NIM : 181000215401005
 Pembimbing I : Pagdya Haninda NR, S.ST., M.Biomed
 Judul Kasus : Asuhan Kebidanan Pada ny Y G4 P3 A0 H3 uk 41-42 minggu dengan pre eklamsi berat di Ruangn Ponok Rsud Muhammad Natsir Solok Tahun 2021.

NO.	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing I
1.	04 maret - 2021	Konsul judul Acc.	 Pagdya Haninda NR, S.ST., M. Biomed NIDN.1015099002
2.	14 - maret 2021	Bimbingan pertama Perbaiki sesuai saran.	 Pagdya Haninda NR, S.ST., M. Biomed NIDN.1015099002

<p>3.</p>	<p>Rabu 21 - April - 2021</p>	<p>Bab 1 - ✓ Sesuaikan ds Arahan ts Sudah disampirkan</p>	 <u>Pegdyo Haninda NR, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002
<p>4.</p>	<p>Senin/ 26 April</p>	<p>Bab 1 - ✓ Perbaiki lagi ds Telif</p>	 <u>Pegdyo Haninda NR, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002
<p>5.</p>	<p>Senin/ 26 April</p>	<p>Perbaiki Susai Saran</p>	 <u>Pegdyo Haninda NR, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002

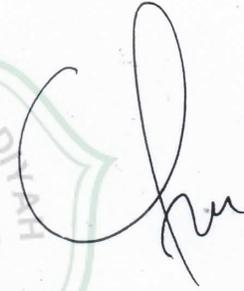
6.	<p>Selasa / 27 April 2020</p>	<p>Perbaiki sesuai saran</p>	 <u>Paddy Haninda Nk, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002
7.	<p>Selasa / 27 April 2020</p>	<p>Tambahkan selektif lagi sesuai saran</p> 	 <u>Paddy Haninda Nk, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002
8.	<p>Rabu / 28 April 2020</p>	<p>ACC ✓ diseminatkan</p>	 <u>Paddy Haninda Nk, S.ST.M. Biomed</u> NIDN.1015099002

**LEMBAR KONSULTASI KASUS SEMINAR MAHASISWA TINGKAT AKHIR
PROGRAM STUDI D-IIIKEBIDANAN FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT**

Nama : Shintya Adella
 NIM : 181000215401005
 Pembimbing II : Chyka Febria, S.ST., M.Biomed
 Judul Kasus : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY Y G4 P3 A0 H3 UK 41-42 MINGGU dengan PRE EKLAMSI BERAT di RUANGAN PONEK RSUD MUHAMMAD NATSIR SOLOK TAHUN 2021.

NO.	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing II
1.	19 - Maret - 2021	Bimbingan Bab I - V Tugas Akhir Perbaiki sesuai saran yang telah di berikan.	 Chyka Febria, S.ST, M. Biomed NIDN. 1024029102
2.	Selasa 30 - Maret - 2021	Bimbingan Bab I - V tugas Akhir. Perbaiki sesuai saran yang telah di berikan.	 Chyka Febria, S.ST, M. Biomed NIDN. 1024029102

3.	5 - April - 2021	Bimbingan BAB I - V Tugas Akhir Perbaiki sesuai saran yang di berikan.	 <u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102
4.	Rabu 8 - April - 2021	Bimbingan BAB I - V Tugas AKHIR. Perbaiki Sesuai Saran yang di berikan.	 <u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102
5.	21 - April - 2021	Bimbingan BAB I - V Perbaiki sesuai saran yang diberikan.	 <u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102

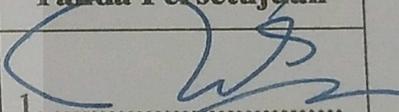
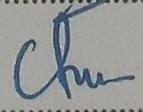
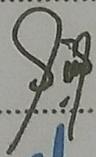
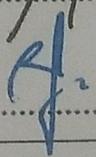
6.	<p>Senin 06 - April - 2021</p>	<p>Bimbingan BAB I - V</p> <p>Perbaiki Sesuai saran yang di berikan.</p>	 <p><u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102</p>
7.	<p>Selasa 27 - April - 2021</p>	<p>Bimbingan BAB I - V</p> <p>Perbaiki Sesuai Saran yang di Berikan.</p>	 <p><u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102</p>
8.		<p>A u</p>	 <p><u>Chyka Febria, S.ST, M. Biomed</u> NIDN. 1024029102</p>

**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT**
Jl. By Pass KM 1 No. 09, Aur Kuning, Bukittinggi, Sumatera Barat

FORMULIR PERBAIKAN TUGAS AKHIR (STUDI KASUS)

Nama Mahasiswa : SHINTYA ADELLA
 NIM : 181000214501005
 Judul Laporan : Asuhan kebidanan pada NY Y UK 41-42
 Minggu Dengan Pre eklamsia Berat di
 Ruang PONEK di RSUD MOHAMMAD NATSIR
 tahun 2021.
 Pembimbing I : Pagdya Haninda NR, s.ST., M.Biomed.
 Pembimbing II : chyka Febria, s.ST., M.Biomed.
 Tanggal Ujian : 04 - Mei - 2021

Telah diperbaiki dan dikonsultasikan dengan Pembimbing/Penguji Ujian Komprehensif

No	Nama Dosen Pembimbing/Penguji	Tanggal	Tanda Persetujuan
1	Pagdya Haninda NR, s.ST., M.Biomed		1. 
2	Chyka Febria, s.ST., M.Biomed.		2. 
3	Liza Andriani, s.ST., M.Keb.		3. 
4	Ranhib Fadlita Adri, s.Si., M.Si		4. 

Bukittinggi, 06 - Mei - 2021

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Kebidanan

(Liza Andriani, S.SiT.M.Keb
NIDN. 1021128704