

BUKU AJAR

KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL



Penulis:

**Galuh Tunjung; Rika Riyandani; Ida Mariana S; Nirmala Harahap;
Salis Nur Hidayah; Joula Timisela; Jesica Mulyadi; Syariena.**

Editor:

Ageng Septa Rini

BUKU AJAR KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL

Penulis:

**Galuh Tunjung; Rika Riyandani; Ida Mariana S;
Nirmala Harahap; Salis Nur Hidayah; Joula Timisela;
Jesica Mulyadi; Syariena**

Editor:

Ageng Septa Rini



PT. Mustika Sri Rosadi

BUKU AJAR KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL

Penulis:

Galuh Tunjung; Rika Riyandani; Ida Mariana S;
Nirmala Harahap; Salis Nur Hidayah; Joula Timisela;
Jesica Mulyadi; Syariena

Editor: Ageng Septa Rini

Layout: TIM PT. Mustika Sri Rosadi

Desain Sampul: Febriansyah

ISBN: 978-634-96582-8-7 (PDF)

Cetakan Pertama: 05 Desember 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Diterbitkan oleh Penerbit PT Mustika Sri Rosadi

Alamat Penerbit: Citra Indah City, Bukit Heliconia AG 23/32,
Kecamatan Jonggol, Kab. Bogor.

Email: mars.mustikasrirosadi@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga Buku Ajar yang berjudul “Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal” ini dapat terselesaikan dengan baik.

Buku ajar Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal disusun sebagai panduan komprehensif bagi mahasiswa kebidanan, bidan dan tenaga kesehatan dalam menghadapi kondisi kritis yang mengancam pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Materi disajikan secara sistematis mulai dari Konsep Dasar Kegawatdaruratan Obstetri dan Nonatal, Identifikasi Tanda Bahaya pada Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, dan 28 hari pertama kehidupan bayi, hingga tata laksana klinis berbasis bukti.

Proses penulisan buku ini dapat diselesaikan karena adanya kerjasama antara tim penulis. Penulis menyadari masih ada keterbatasan, kekurangan baik dari isi ataupun tata bahasanya, sehingga penulis masih membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan penulisan buku ini dan penulis buku lainnya. Semoga buku ajar ini bermanfaat dan dapat menambah wawasan bagi pembaca.

05 Desember 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1. KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL.....	8
A. Pendahuluan	8
B. Tinjauan Teori Medis	11
C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan.....	18
D. Latihan Soal	59
BAB 2. IDENTIFIKASI TANDA BAHAYA PADA KEHAMILAN, PERSALINAN DAN MASA NIFAS.....	64
A. Pendahuluan	64
B. Tujuan Pembelajaran	64
C. Ruang Lingkup dan Definisi.....	65
D. Prinsip Umum Penilaian Awal (ABCDE Kebidanan).....	65
E. Tanda Bahaya Pada Kehamilan.....	66
F. Tanda Bahaya pada Persalinan.....	74
G. Tanda Bahaya pada Masa Nifas (Postnatal/ Puerperium).....	84
H. Tindakan Awal dan Rujukan.....	90

I. Latihan Soal	93
BAB 3. KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN TRIMESTER I DAN II	97
A. Pendahuluan	97
B. Kegawatdaruratan Trimester I (0-12 minggu).....	97
C. Kegawatdaruratan Trimester II (13 – 27 minggu)	115
D. Tanda-tanda Bahaya Kehamilan	117
E. Kesimpulan	117
F. Latihan Soal	118
BAB 4. KEGAWATDARURATAN PADA KEHAMILAN TRIMESTER III	121
A. Pendahuluan	121
B. Kegawatdaruratan pada Kehamilan Trimester III	121
C. Perdarahan Pada Trimester III.....	133
D. Prinsip Penanganan Cepat dan Tepat	150
E. Latihan Soal	153
BAB 5. KEGAWATDARURATAN DALAM PERSALINAN	160
A. Pendahuluan	160
B. Distosia (Persalinan Macet)	161
C. Prolaps Tali Pusat	167

D. Gawat Janin (Fetal Distress / Non-Reassuring Fetal Status).....	173
E. Ruptur Uteri (<i>Uterine Rupture</i>).....	178
F. Tindakan kegawat daruratan (induksi, vakum dan rujukan lanjutan).....	184
G. Prosedur Rujukan Kritis (Stabilize and Transfer)..	191
H. Latihan Soal	193
BAB 6. MANAJEMEN PERDARAHAN POSTPARTUM (PPH)	201
A. Pendahuluan	201
B. Manajemen Perdarahan Postpartum	202
C. Latihan Soal	214
BAB 7. INFEKSI PUERPERIUM SEBAGAI KEGAWATDARURATAN	218
A. Pendahuluan	218
B. Endometritis Puerperium	220
C. Sepsis Puerperium	229
D. Latihan Soal	244
BAB 8. RESUSITASI NEONATAL	249
A. Pendahuluan	249
B. Prosedur.....	254
C. Latihan Soal	257

DAFTAR PUSTAKA.....	261
BIOGRAFI PENULIS	280
LAMPIRAN	292
SINOPSIS.....	296

BAB 1. KONSEP DASAR KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL

A. Pendahuluan

Pada tahun 2023, lebih dari 700 perempuan di seluruh dunia meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan yang sebenarnya dapat dicegah. Dengan kata lain, kematian maternal masih terjadi hampir setiap dua menit. Meskipun secara global telah terjadi penurunan sekitar 40% pada rasio kematian ibu (Maternal Mortality Ratio/MMR) sepanjang periode 2000–2023, angka tersebut masih tergolong tinggi, khususnya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah, yang menyumbang lebih dari 90% dari total kematian ibu pada tahun 2023 (WHO, 2025).

Upaya pencegahan kematian maternal sangat bergantung pada ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional yang terampil, baik sebelum persalinan, selama proses kelahiran, maupun pada masa nifas. Di Indonesia, penyebab utama kematian ibu pada tahun 2019 meliputi perdarahan dengan jumlah kasus tertinggi, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan serta infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Salah satu bentuk hipertensi dalam kehamilan yang paling berbahaya

adalah preeklamsia, yang merupakan kondisi medis kompleks dengan dampak serius terhadap kesehatan ibu dan janin.

Preeklamsia tidak hanya meningkatkan risiko komplikasi saat kehamilan dan persalinan, tetapi juga dapat menimbulkan gangguan kesehatan jangka panjang pascapersalinan. Disfungsi endotel yang terjadi pada kondisi ini berkaitan dengan meningkatnya risiko penyakit kardiometabolik dan berbagai komplikasi sistemik lainnya (POGI, 2016). Secara klinis, preeklamsia ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah hingga $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu, yang disertai dengan proteinuria minimal 300 mg per 24 jam atau hasil pemeriksaan menggunakan dipstick menunjukkan $>1+$ (Nugroho, 2012).

Hingga saat ini, etiologi preeklamsia belum dapat dijelaskan secara pasti. Kondisi ini merupakan hasil interaksi berbagai faktor risiko yang saling berhubungan, sehingga tidak dapat disimpulkan berasal dari satu penyebab tunggal. Tingginya potensi preeklamsia untuk berkembang menjadi kondisi yang lebih berat dan berujung pada kematian maternal mengharuskan adanya strategi deteksi dini. Pemeriksaan kehamilan secara teratur melalui layanan antenatal sejak trimester pertama hingga trimester ketiga menjadi penting untuk mencegah progresivitas penyakit.

Di tingkat regional, Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2019 mencatat angka kematian ibu sebesar 76,93 per 100.000 kelahiran hidup dengan total 416 kasus. Penyebab tertinggi adalah hipertensi dalam kehamilan, disusul oleh faktor lain seperti perdarahan, gangguan sistem peredaran darah, dan infeksi. Angka tersebut meningkat pada tahun 2020 menjadi 98,60 per 100.000 kelahiran hidup dan kembali melonjak drastis pada tahun 2021 menjadi 199 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2020).

Kondisi serupa juga terlihat di Kabupaten Tegal, di mana jumlah kematian ibu mengalami peningkatan signifikan dalam tiga tahun berturut-turut. Pada tahun 2019 tercatat 12 kasus, meningkat menjadi 28 kasus pada tahun 2020, dan kembali naik menjadi 30 kasus pada tahun 2021. Penyebab utama kematian ibu di wilayah tersebut didominasi oleh infeksi COVID-19, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan, perdarahan, gangguan sistem peredaran darah, infeksi, gangguan metabolik, serta faktor lainnya. Di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeselo Kabupaten Tegal dilaporkan mencatat lima kasus kematian ibu pada periode Januari hingga Mei 2025.

Sebagai langkah strategis dalam menekan angka kematian ibu, deteksi dini melalui pelayanan antenatal care (ANC) menjadi salah satu intervensi

utama yang harus terus ditingkatkan. Pelayanan ANC bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, mengidentifikasi secara dini adanya faktor risiko, serta mencegah kehamilan normal berkembang menjadi kehamilan patologis. Pemeriksaan rutin yang meliputi pengukuran tekanan darah, pemantauan berat badan, serta pemeriksaan protein urine merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian komplikasi seperti preeklamsia.

B. Tinjauan Teori Medis

1. Kegawatdaruratan

a. Pengertian Kegawatdaruratan

Istilah kegawatan dan kegawatdaruratan merujuk pada kondisi medis yang bersifat serius dan mengancam keselamatan jiwa, sehingga memerlukan penanganan yang cepat, tepat, dan adekuat. Dalam konteks kebidanan, kegawatdaruratan obstetri didefinisikan sebagai kondisi kegawatan yang terjadi pada perempuan selama masa kehamilan, proses persalinan, maupun periode nifas, yang berpotensi menimbulkan komplikasi berat terhadap ibu dan bayi apabila tidak segera ditangani secara medis (Maryunani, 2015).

b. Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan Kebidanan

1) Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya cyanosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah weezhing, sirkulasi tanda tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg)

2) Perdarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran placenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh).

3) Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38°C)

4) Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39°C), tingkat

kesadaran, kaku kuduk, paru paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

5) Nyeri abdomen

Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan).

6) Perhatikan tanda-tanda berikut :

Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

(Setyarini & Suprapti, 2016)

c. Prinsip Umum Penanganan Kasus Gawat Darurat

Dalam Maryunani dan Puspita (2015) prinsip umum, petugas kesehatan dan pasien adalah sama – sama subjek, sebagai mitra yang bekerja sama dalam menangani suatu kondisi suatu kasus kegawatdaruratan.

1) Stabilisasi pasien

Setelah kondisi kegawatdaruratan berhasil diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah melakukan stabilisasi kondisi pasien sebelum proses rujukan ke fasilitas

kesehatan yang lebih memadai. Stabilisasi pasien bertujuan untuk mempertahankan fungsi vital agar tetap optimal serta mencegah perburukan kondisi selama proses evakuasi.

Komponen utama dalam tindakan stabilisasi meliputi beberapa aspek penting, yaitu:

- a) Menjamin patensi jalan napas serta stabilitas pernapasan dan sirkulasi, guna memastikan suplai oksigen ke jaringan tubuh berlangsung efektif.
- b) Mengendalikan sumber perdarahan dan mengatasi infeksi, untuk mencegah terjadinya syok dan penyebaran infeksi sistemik.
- c) Melakukan terapi cairan, sebagai upaya menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat perdarahan atau dehidrasi.
- d) Mengurangi rasa nyeri dan kecemasan, guna meningkatkan kenyamanan pasien dan menjaga stabilitas kondisi fisiologis serta psikologis.

2) Terapi cairan

- a) Tindakan ini dilakukan sejak tahap awal sebagai langkah antisipasi jika pada kondisi selanjutnya diperlukan penambahan cairan.

- b) Pemberian cairan harus memperhatikan jenis cairan, jumlah yang diberikan, serta kecepatan pemberian yang disesuaikan dengan kondisi dan diagnosis pasien.
 - c) Sebagai contoh, pada kasus syok hipovolemik akibat perdarahan, cairan diberikan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, sedangkan pada syok septik, pemberian cairan disesuaikan dengan kondisi klinis dan respons pasien.
- 3) Resusitasi Jantung Paru (RJP)
- a) Resusitasi jantung paru (RJP) adalah tindakan yang mengombinasikan bantuan pernapasan dengan kompresi dada eksternal. RJP dilakukan pada kondisi henti napas dan henti jantung.
 - b) Dalam pelaksanaan RJP, seorang penolong harus:
 - (1) Menjaga agar jalan napas tetap terbuka (Airway = A)
 - (2) Memberikan bantuan pernapasan kepada pasien (Breathing = B)
 - (3) Mengupayakan kembalinya sirkulasi darah (Circulation = C)
 - c) Prinsip dasar RJP selalu mengacu pada konsep ABC:

- (1) Pernapasan tidak akan efektif apabila jalan napas tidak terbuka.
 - (2) Pernapasan buatan tidak akan berhasil bila sirkulasi darah terhenti.
 - (3) Sirkulasi darah tidak akan optimal tanpa adanya oksigenasi.
 - (4) Perdarahan dapat mengganggu sistem sirkulasi.
 - (5) Oleh karena itu, jika pasien kehilangan banyak darah, tindakan RJP menjadi kurang efektif.
- d) Pemantauan kandung kemih
- (1) Pemantauan kandung kemih sebaiknya dilakukan dengan pemasangan kateter untuk mengetahui jumlah urin yang keluar sebagai indikator fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.
 - (2) Apabila kateterisasi tidak dapat dilakukan, urin ditampung dan dicatat, termasuk perubahan warna urin menjadi lebih pekat atau penurunan jumlah urin hingga anuria.
 - (3) Peningkatan produksi urin setelah sebelumnya rendah menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien.

- (4) Produksi urin yang diharapkan minimal 100 ml per 4 jam atau 30 ml per jam.

e) Rujukan

- (1) Apabila kemampuan fasilitas kesehatan terbatas dalam menangani kasus secara optimal, pasien harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih memadai.
- (2) Sebelum dilakukan rujukan, fasilitas tujuan sebaiknya dihubungi terlebih dahulu untuk memastikan kesiapan penanganan sehingga pasien dapat segera ditindaklanjuti dan tidak terjadi penolakan rujukan. perawatan inap telah dilakukan dan di yakini rujukan kasus tidak akan ditolak.

C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan untuk mengorganisasikan pola pikir dan tindakan bidan berdasarkan teori ilmiah, hasil penelitian, serta keterampilan profesional dalam urutan langkah yang logis, dengan tujuan mendukung pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Proses asuhan kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang dilakukan secara sistematis, dimulai dari pengumpulan data dasar hingga tahap evaluasi. Ketujuh langkah ini membentuk kerangka kerja yang lengkap dan dapat diterapkan dalam berbagai situasi pelayanan kebidanan (Varney, 2017).

2. Tahapan Asuhan Kebidanan

Dalam praktik pelayanan, bidan menggunakan manajemen kebidanan sebagai dasar pemberian asuhan. Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang bertujuan untuk mengatur pola pikir dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan penelitian, serta keterampilan profesional secara sistematis dan dalam tahapan logis, sehingga mendukung pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2017).

Menurut Varney (2017), tahapan dalam manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pada tahap ini dilakukan pengumpulan seluruh informasi yang lengkap dan akurat terkait kondisi klien. Pengkajian dilakukan secara menyeluruh yang mencakup data subjektif, data objektif, serta hasil pemeriksaan penunjang.

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Tahap ini mencakup penentuan diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan hasil analisis dan interpretasi terhadap data yang telah dikumpulkan. Data dasar diolah untuk merumuskan diagnosis dan permasalahan yang spesifik.

c. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya)

Pada tahap ini dilakukan identifikasi kemungkinan diagnosis atau masalah lain yang dapat muncul berdasarkan diagnosis dan masalah yang telah ditetapkan sebelumnya.

d. Langkah IV (Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera)

Tahap ini bertujuan untuk menentukan apakah diperlukan tindakan segera oleh bidan atau dokter, serta mempertimbangkan

kebutuhan kolaborasi maupun rujukan dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai kondisi klien.

e. Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

Pada tahap ini disusun perencanaan asuhan secara komprehensif berdasarkan diagnosis dan masalah yang telah ditentukan atau diantisipasi. Jika terdapat data yang belum lengkap, maka dilakukan pengkajian lanjutan.

f. Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan Efisien dan Aman)

Pada tahap ini rencana asuhan yang telah disusun dilaksanakan secara efektif, efisien, dan aman sesuai dengan kondisi klien.

g. Langkah VII (Mengevaluasi Hasil Tindakan)

Pada tahap ini dilakukan penilaian terhadap hasil tindakan yang telah diberikan. Rencana asuhan dinilai efektif apabila tujuan yang ditetapkan dapat tercapai sesuai dengan pelaksanaannya.

3. Dokumentasi

a. Data Subyektif

Data subjektif merupakan data yang berkaitan dengan permasalahan berdasarkan sudut pandang klien. Data ini diperoleh melalui ungkapan klien mengenai keluhan,

perasaan, dan kekhawatiran yang dirasakan, yang kemudian dicatat dalam bentuk kutipan langsung atau ringkasan yang relevan dengan penegakan diagnosis.

Pada klien dengan gangguan komunikasi seperti tuna wicara, penandaan khusus diberikan pada bagian data di belakang huruf "S" dengan menggunakan huruf "O" atau "X" untuk menunjukkan bahwa klien merupakan penyandang tuna wicara. Data subjektif ini berfungsi sebagai dasar pendukung dalam penentuan diagnosis yang akan dirumuskan (Wahyuni, 2018).

1) Identitas

Data identitas pasien dan pasangan perlu dikaji oleh bidan sebagai bagian dari pengumpulan data dasar. Adapun data identitas yang perlu diperoleh meliputi:

a) Nama

Digunakan sebagai sarana komunikasi dalam pemberian asuhan sehingga terjalin hubungan yang lebih baik antara bidan dan klien (Walyani, 2015).

b) Umur

Usia dikaji untuk mengetahui apakah klien telah berada pada rentang usia reproduksi sehat, yaitu sekitar 25–30 tahun. Kehamilan pada usia di atas 35

tahun berisiko terhadap penurunan kualitas sel telur yang dapat berdampak pada gangguan tumbuh kembang janin, termasuk risiko IUGR dan BBLR (Sulistyawati, 2016).

c) Suku / Bangsa

Pengkajian dilakukan untuk memahami latar belakang budaya, adat, dan kebiasaan klien, sehingga asuhan yang diberikan dapat bersifat peka budaya. Identitas ras dan etnis juga perlu dikaji sebagai bagian dari pendekatan perawatan yang holistik (Walyani, 2015).

d) Agama

Informasi mengenai agama dikaji untuk menentukan bentuk dukungan spiritual yang sesuai selama proses asuhan, termasuk pemahaman terhadap praktik keagamaan yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan (Walyani, 2015).

e) Pendidikan

Data pendidikan bertujuan untuk mengetahui tingkat pendidikan terakhir klien, sehingga bidan dapat menyesuaikan metode komunikasi, edukasi, dan konseling sesuai dengan

tingkat pemahaman klien (Walyani, 2015).

f) Pekerjaan

Pekerjaan klien dikaji untuk mengetahui apakah aktivitas yang dilakukan berisiko bagi kehamilan, seperti pekerjaan dengan aktivitas fisik berat, berdiri lama, paparan mesin, atau lingkungan kerja yang berbahaya. Penilaian ini dilakukan untuk menyesuaikan aktivitas kerja dengan kondisi ibu hamil (Sulistyawati, 2016).

Selain itu, pekerjaan berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi, yang memengaruhi status gizi, kesejahteraan fisik dan psikologis, serta kemampuan memenuhi kebutuhan selama kehamilan dan pascapersalinan (Sulistyawati, 2016).

g) Alamat

Alamat dicatat untuk mengetahui kondisi lingkungan tempat tinggal serta jarak klien dengan fasilitas pelayanan kesehatan, yang berguna dalam perencanaan persalinan dan rujukan bila diperlukan (Walyani, 2015).

2) Alasan datang

3) Keluhan utama

Berdasarkan hasil anamnesis pada pasien dengan preeklamsia berat, dapat ditemukan beberapa keluhan yang khas, antara lain nyeri kepala, gangguan penglihatan, rasa panas pada wajah, sesak napas, nyeri dada, mual dan muntah, hingga kejang (Nugroho, 2012).

Selain itu, pada preeklamsia berat juga sering dijumpai keluhan nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen yang terjadi akibat peregangan kapsula Glisson pada hati (Prawirohardjo, 2016).

4) Riwayat Kesehatan

Beberapa penyakit yang menjadi faktor resiko terjadinya preeklamsia yaitu :

- a) Riwayat keluarga pernah preeklamsia/eklamsia.
- b) Penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil (Prawirohardjo, 2016)
- c) Sistem Kardiovaskular

(1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologis selama kehamilan menyebabkan peningkatan curah jantung hingga sekitar 40% dibandingkan kondisi sebelum hamil saat istirahat. Peningkatan ini mulai

terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan sekitar 20–24 minggu.

Peningkatan curah jantung yang berlanjut selama kehamilan, persalinan, dan proses kelahiran dapat meningkatkan risiko terjadinya dekompensasi jantung, terutama pada wanita dengan riwayat penyakit jantung sebelumnya (Varney & Jan M.K, 2017).

(2) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklamsia selama kehamilan (Varney & Jan M.K, 2017).

d) Sistem Pernafasan

Asma :

Wanita yang memiliki riwayat asma berat sebelum hamil terbukti akan terus mengalaminya dan menjadi semakin buruk selama masa hamil. Asma dihubungkan dengan peningkatan angka kematian

perinatal, hiperemesis gravidaru, kelahiran preterm, hipertensi kronis, preeklamsia, bayi berat lahir rendah, dan perdarahan pervaginam (Varney & Jan M.K, 2017).

e) Sistem Endokrin

Diabetes Melitus

Diabetes dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklasia, polihidramnion, infeksi saluran kemih, persalinan seksio sesarea, trauma persalinan akibat bayi besar (Saifuddin, 2016).

f) Sistem Urogenital

Infeksi Saluran Kemih

Infeksi saluran kemih merupakan komplikasi medik utama pada wanita hamil. Sekitar 15% wanita, mengalami paling sedikit satu kali serangan akut infeksi saluran kemih selama hidupnya. Akibat infeksi ini dapat dapat mengakibatkan masalah pada ibu dan janin. ISK berkaitan dengan kejadian anemia, hipertensi, kelahiran prematur dan BBLR (Saifuddin, 2016).

g) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga ibu yang perlu dikaji dalam hubungannya dengan preeklamsia yaitu kecenderungan wanita cenderung beresiko ganda terhadap

preeklamsia jika ibunya pernah mengalami preeklamsia. Jika ibunya pernah mengalami eklamsia dan beresiko sangat besar jika saudara perempuannya juga mengalami preeklamsia. Kecenderungan untuk preeklamsia dan eklamsia akan diwariskan (Cunningham, 2018).

5) Riwayat menstruasi

a) Menarche

Dikaji untuk mengetahui usia pertama kali klien mengalami menstruasi. Pada umumnya, menarche terjadi pada usia sekitar 12–13 tahun (Sulistyawati, 2016).

b) Siklus menstruasi

Siklus menstruasi merupakan jarak waktu dari satu periode haid ke periode berikutnya yang dihitung dalam satuan hari. Pengkajian dilakukan untuk mengetahui keteraturan siklus setiap bulan, dengan rentang normal sekitar 23–32 hari (Sulistyawati, 2016).

c) Lama

Lama menstruasi normal berkisar kurang lebih 7 hari. Apabila berlangsung hingga lebih dari 15 hari, kondisi tersebut dianggap tidak normal dan dapat mengindikasikan adanya

gangguan atau penyakit tertentu (Walyani, 2015).

d) Banyaknya

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui jumlah perdarahan selama menstruasi. Secara umum, mengganti pembalut sekitar dua kali sehari masih dianggap normal. Jika perdarahan berlebihan, hal tersebut dapat menunjukkan adanya kelainan (Walyani, 2015).

e) Keluhan (termasuk nyeri haid)

Keluhan saat menstruasi, khususnya nyeri haid, perlu dikaji untuk mengetahui apakah klien mengalami gangguan selama haid. Nyeri haid dapat mengindikasikan adanya kontraksi uterus yang berlebihan (Walyani, 2015).

6) Riwayat Perkawinan

Menurut Chapman & Charles (2013), pasangan baru memiliki risiko terjadinya preeklamsia yang setara dengan wanita yang mengalami kehamilan pertama.

7) Riwayat KB

Penggunaan kontrasepsi hormonal dapat meningkatkan risiko hipertensi pada klien dengan riwayat tekanan darah tinggi,

sehingga berpotensi memicu terjadinya preeklamsia (Chapman & Charles, 2013). Oleh karena itu, perlu dikaji jenis kontrasepsi terakhir yang digunakan serta rencana pemilihan alat kontrasepsi setelah persalinan.

8) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu.

a) Kehamilan

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui status paritas (primipara atau multipara) serta usia kehamilan pada kehamilan sebelumnya. Status primigravida maupun multigravida termasuk faktor risiko terjadinya preeklamsia berat.

b) Persalinan

Ibu yang memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan dan persalinan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi, yaitu sekitar dua kali lipat, untuk mengalami kondisi serupa pada kehamilan berikutnya. Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep, atau dengan SC),

riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas, sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi sebelumnya, 2500 atau >4000, masalah-masalah lain yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan) (Rukiyah, 2013)

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan saat ini dikaji untuk menentukan usia kehamilan secara akurat. Dengan mengetahui umur kehamilan, bidan dapat memberikan konseling mengenai keluhan yang normal terjadi selama kehamilan serta melakukan deteksi komplikasi secara lebih tepat (Rukiyah, 2013).

Pemeriksaan antenatal yang dilakukan secara teratur dan teliti memungkinkan ditemukannya tanda-tanda awal preeklamsia sejak dini (Wiknjosastro, 2016). Pada pasien dengan preeklamsia berat dapat dijumpai keluhan berupa nyeri

epigastrium, gangguan penglihatan, serta peningkatan tekanan darah selama kehamilan (Chapman & Charles, 2013).

HPHT perlu dikaji dalam hubungannya dengan preeklamsia yaitu, dimana hal tersebut dikaji agar dapat menentukan umur kehamilan yang dapat mendukung diagnosa preeklamsia, dimana preeklamsia banyak terjadi pada umur kehamilan 24 minggu (Varney & Jan M.K, 2017). $HPL = HPHT, \text{ hari} + 7, \text{ bulan} - 3 \text{ bulan}$ (Sulistyawati, 2016)

9) Riwayat imunisasi

Pemberian imunisasi TT pada wanita perlu diawali dengan skrining untuk mengetahui riwayat dan jumlah dosis imunisasi tetanus toksoid yang telah diterima sepanjang hidupnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Tabel 1.1 Waktu Pemberian Imunisasi TT

Pernah	Pemberian Dengan Selang Waktu Minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi
Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2015)	

10) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui jenis makanan yang biasa dikonsumsi serta porsi makan harian klien. Pada ibu hamil dengan preeklamsia berat, perlu dinilai apakah asupan makanan telah sesuai, termasuk risiko kelebihan porsi makan dan obesitas yang dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia. Selain itu, perlu dikaji adanya keluhan subjektif seperti mual dan muntah (Wiknjosastro, 2016).

Pada pasien dengan preeklamsia berat, pengaturan diet dianjurkan dengan asupan protein yang cukup serta pembatasan karbohidrat, lemak,

dan garam (Prawirohardjo, 2016). Kekurangan asupan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pascapersalinan, dan sepsis puerperalis. Sebaliknya, kelebihan konsumsi makanan dapat menyebabkan obesitas, preeklamsia, dan janin besar (makrosomia) (Sulistyawati, 2016).

b) Pola Eliminasi

Pada preeklamsia berat terjadi oliguria dan anuria. Pada preeklamsia berat terjadi hipovolemia, sehingga aliran darah ke ginjal menurun yang mengakibatkan produksi urin menurun (oliguria) bahkan dapat terjadi anuria (Prawirohardjo, 2016).

Dalam hal ini perlu dikaji mengenai pengeluaran urin, karena pada preeklamsia berat terdapat oliguria yaitu terjadi bila produksi urin < 30 cc/jam dalam 2-3 jam atau < 500 cc/24 jam, atau bahkan dapat terjadi anuria (Saifuddin, 2016).

c) Aktivitas

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui tingkat aktivitas harian klien di rumah. Apabila aktivitas dinilai

terlalu berat dan berpotensi menimbulkan komplikasi kehamilan, maka klien dianjurkan untuk membatasi kegiatan hingga kondisi membaik. Aktivitas fisik berlebihan dapat meningkatkan risiko abortus dan persalinan prematur (Sulistyawati, 2016).

d) Personal Hygiene

Pengkajian personal hygiene dilakukan untuk menilai kebersihan diri klien. Klien dianjurkan untuk menjaga kebersihan dengan mandi minimal dua kali sehari, mengganti pakaian minimal satu kali sehari, mengganti pakaian dalam minimal dua kali sehari, mencuci rambut secara teratur, serta menjaga kebersihan kuku.

e) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan istirahat dikaji dengan menilai durasi tidur klien pada siang dan malam hari. Lama tidur malam yang dianjurkan adalah sekitar 6–8 jam. Posisi tidur yang disarankan bagi ibu hamil adalah tidur miring ke kiri, dengan kaki kiri lurus dan kaki kanan sedikit ditekuk serta ditopang bantal. Untuk mengurangi rasa tidak nyaman

pada perut, disarankan meletakkan bantal di bawah perut sebelah kiri (Sulistyawati, 2016).

Pada pasien dengan preeklamsia berat, dianjurkan untuk memperoleh istirahat yang cukup, yaitu istirahat baring sekitar 4 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari (Hani & Ummi, 2014).

f) Pola Aktivitas dan Olahraga

Pengkajian aktivitas harian dilakukan untuk mengetahui tingkat beban aktivitas yang dialami klien dalam kehidupan sehari-hari (Sulistyawati, 2016).

g) Kebiasaan yang Merugikan Kesehatan

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui adanya kebiasaan seperti konsumsi jamu, merokok, minum minuman beralkohol, penggunaan obat terlarang, serta kebiasaan lain yang berpotensi memengaruhi kehamilan.

Kebiasaan merokok pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan suplai oksigen pada janin karena zat berbahaya dari rokok dapat menembus plasenta. Ibu hamil yang merokok berat berisiko mengalami keguguran,

persalinan prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), hingga kematian janin. Gas karbon monoksida yang terkandung dalam rokok dapat masuk ke sirkulasi janin dan menurunkan kemampuan hemoglobin dalam mengikat oksigen. Sementara itu, nikotin dapat merangsang sistem adrenergik yang menyebabkan vasokonstriksi, sehingga menurunkan aliran darah ke uterus dan mempersempit pembuluh darah tali pusat (Sulistyawati, 2016).

11) Riwayat psikososial spiritual

a) Psikologis

Preeklamsia merupakan kondisi serius yang dapat menimbulkan rasa takut dan kecemasan pada klien maupun keluarganya. Lingkungan yang tenang dan suportif diperlukan karena stres dapat memengaruhi kondisi fisiologis dan psikologis ibu serta berpotensi memperburuk keadaan (Chapman & Charles, 2013).

b) Budaya

Pengkajian aspek budaya dilakukan untuk mengetahui adanya

pantangan makanan serta kebiasaan tertentu yang berkaitan dengan kehamilan dan dapat memengaruhi status gizi ibu. Faktor budaya dan adat istiadat tertentu berpotensi meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia berat (Saifuddin, 2016).

b. Data obyektif

Data obyektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi secara langsung, pemeriksaan fisik klien, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium. Informasi tambahan dari catatan medis serta keterangan dari keluarga atau pihak lain dapat dicantumkan sebagai data pendukung.

Data ini berfungsi untuk memberikan gambaran nyata mengenai kondisi klinis klien serta menjadi dasar dalam penegakan diagnosis (Wahyuni, 2018).

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum klien dinilai melalui pengamatan kondisi pasien secara menyeluruh. Pada kasus preeklamsia berat, keadaan umum klien dapat bervariasi, baik dalam kondisi baik maupun lemah, bergantung pada

tingkat keparahan dan kondisi klinis yang dialami (Manuaba et al., 2016).

(1) Baik

Keadaan umum dinyatakan baik apabila klien menunjukkan respons yang adekuat terhadap lingkungan dan orang di sekitarnya, serta mampu beraktivitas dan berjalan secara mandiri.

(2) Lemah

Keadaan umum dinilai lemah apabila klien menunjukkan respons yang kurang terhadap lingkungan dan orang lain, serta mengalami keterbatasan dalam bergerak atau tidak mampu berjalan tanpa bantuan (Sulistyawati, 2016).

b) Kesadaran

Pada kasus preeklamsia berat kesadaran ibu dapat apatis dan paling baik composmentis (Chapman & Charles, 2013). Dikaji untuk mengetahui tingkat kesadaran mulai dari composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2016).

c) Berat Badan

Perlu dipertimbangkan faktor resiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan, bila didapatkan kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu (Prawirohardjo, 2016).

d) Tekanan Darah

Pada preeklamsia berat tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang berjarak minimal 6 jam (Nugroho, 2012).

e) Suhu

Pada klien preeklamsia berat dengan keadaan normal suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$). Pada pemeriksaan suhu penting karena panas/demam tinggi dapat mengarah/ mengakibatkan kejang yang mengarah pada preeklamsia.

f) Nadi

Denyut nadi klien diukur selama satu menit dengan nilai normal berkisar antara 80–100 kali per menit (Hani & Umami, 2014). Peningkatan denyut nadi dapat terjadi akibat meningkatnya sensitivitas sistem peredaran darah, yang merupakan dampak dari penyempitan pembuluh darah dan