

**LAPORAN *CASE BASED DISCUSSION* (CBD)  
STASE ASUHAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLIKASI DAN  
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NY.E USIA 30 TAHUN G1P0A0  
UK 38+4 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSIA DI RS AISYIYAH MUNTILAN  
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

**Dosen Pembimbing Pendidikan : Tri Hapsari Listyaningrum, S.ST., MH.Kes**



**Disusun Oleh :**

**Shivani Nurrahmah Purnady**

**2510106031**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA**

**LAPORAN *CASE BASED DISCUSSION* (CBD)  
STASE ASUHAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLIKASI DAN  
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NY.E USIA 30 TAHUN G1P0A0  
UK 38+4 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSIA DI RS AISYIYAH MUNTILAN  
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**



Pembimbing Akademik

Pembimbing Lahan

Magelang, Maret 2026

Mahasiswa

Tri Hapsari Listyaningrum, S.ST., MH.Kes

Meity Eka P, S.Keb

Shivani Nurrahmah Purnady

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
BAB II TINJAUAN TEORI .....	4
A. Definisi Preeklamsia .....	4
B. Etiologi dan Faktor Risiko .....	4
C. Patofisiologi Preeklamsia.....	4
D. Klasifikasi Preeklamsia.....	5
E. Tanda dan Gejala.....	5
F. Komplikasi Preeklamsia.....	5
G. Penatalaksanaan Preeklamsia.....	6
H. Dampak Preeklamsia pada Janin.....	6
I. Faktor Risiko pada Kasus Primigravida.....	6
J. Peran Bidan dalam Asuhan Kebidanan.....	6
K. Edukasi Keluarga dan Dukungan Psikososial.....	7
L. Protokol Asuhan di Rumah Sakit .....	7
BAB III DOKUMENTASI SOAP .....	8
A. Identitas Pasien.....	8
B. Data Subyektif.....	8
C. Data Obyektif.....	11
A. Analisa.....	13
B. Penatalaksanaan .....	13
BAB IV PEMBAHASAN.....	21
BAB V KESIMPULAN.....	23
DAFTAR PUSTAKA.....	24

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang umumnya berlangsung normal, namun dalam beberapa kondisi dapat berkembang menjadi komplikasi yang membahayakan ibu maupun janin. Salah satu komplikasi yang sering terjadi dan termasuk dalam kegawatdaruratan maternal adalah preeklamsia. Preeklamsia merupakan gangguan kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu yang dapat disertai proteinuria serta gangguan organ lainnya pada ibu hamil yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal (Anjani et al., 2024).

Preeklamsia masih menjadi masalah kesehatan ibu yang serius di dunia maupun di Indonesia karena berkontribusi besar terhadap angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Secara global sekitar 5–15% kehamilan mengalami preeklamsia dan kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi berat bahkan kematian apabila tidak ditangani secara tepat (Anjani et al., 2024). Di Indonesia, hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsia merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu. Data menunjukkan bahwa sekitar 32,4% kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan, termasuk preeklamsia (Silaban & Situmorang, 2024). Selain itu, profil kesehatan Indonesia juga menunjukkan bahwa preeklamsia merupakan salah satu penyebab tertinggi kematian ibu bersama dengan perdarahan dan infeksi (Pratiwi et al., 2024).

Preeklamsia tidak hanya berdampak pada kesehatan ibu, tetapi juga dapat mempengaruhi kondisi janin. Gangguan aliran darah ke plasenta akibat preeklamsia dapat menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi pada janin sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi seperti berat badan lahir rendah, prematuritas, hingga kematian perinatal (Anwar et al., 2024). Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan bahwa kejadian preeklamsia masih cukup tinggi pada ibu hamil dan sering ditemukan pada usia kehamilan aterm serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti eklampsia, gangguan penglihatan, sindrom HELLP, dan edema paru apabila tidak segera ditangani (Odilia et al., 2024). Oleh karena itu, deteksi

dini dan penatalaksanaan yang tepat sangat penting dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

Selain itu, beberapa faktor risiko diketahui dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya preeklamsia pada ibu hamil. Faktor tersebut antara lain primigravida, usia ibu, riwayat penyakit hipertensi, obesitas, serta jarak kehamilan yang terlalu jauh atau terlalu dekat. Ibu hamil yang mengalami kehamilan pertama (primigravida) memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklamsia karena adanya proses adaptasi imunologis antara ibu dan janin yang belum optimal (Silaban & Situmorang, 2024). Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada pembentukan pembuluh darah plasenta sehingga memicu terjadinya peningkatan tekanan darah selama kehamilan.

Penatalaksanaan preeklamsia memerlukan pemantauan yang ketat dan penanganan yang tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat. Upaya yang dapat dilakukan antara lain pemantauan tekanan darah secara rutin, pemeriksaan protein urin, pemantauan kondisi janin, serta pemberian terapi sesuai indikasi medis. Deteksi dini dan penanganan yang tepat sangat penting untuk mencegah berkembangnya preeklamsia menjadi eklampsia yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin (Anwar et al., 2024). Oleh karena itu, tenaga kesehatan khususnya bidan memiliki peran penting dalam melakukan skrining, pemantauan, serta pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil dengan risiko maupun yang telah mengalami preeklamsia.

Bidan sebagai tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil dengan komplikasi, termasuk preeklamsia. Asuhan kebidanan yang tepat melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi diharapkan dapat membantu menurunkan risiko komplikasi serta meningkatkan keselamatan ibu dan janin.

Berdasarkan hal tersebut, studi kasus mengenai “Asuhan Kebidanan Pada Kasus Komplikasi dan Kegawatdaruratan Maternal Ny. E Usia 30 Tahun G1P0A0 UK 38+4 Minggu dengan Preeklamsia di RS Aisyiyah Muntitan” sebagai upaya untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus komplikasi kehamilan khususnya preeklamsia.

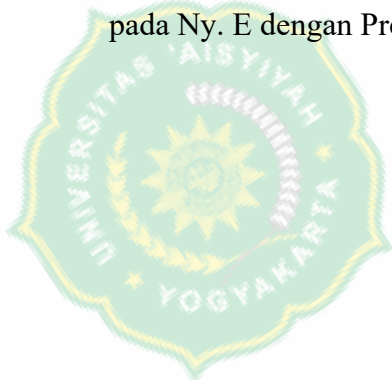
## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal yaitu Preeklamsia pada Ny. E usia 30 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38+4 minggu di RS Aisyiyah Muntilan secara komprehensif sesuai dengan manajemen asuhan kebidanan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny. E usia 30 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38+4 minggu dengan Preeklamsia.
- b. Mampu menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosis kebidanan pada kasus komplikasi kehamilan dengan Preeklamsia.
- c. Mampu mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pada ibu hamil dengan komplikasi Preeklamsia.
- d. Mampu menyusun rencana asuhan kebidanan yang tepat pada ibu hamil dengan komplikasi Preeklamsia.
- e. Mampu melaksanakan tindakan atau implementasi asuhan kebidanan sesuai dengan rencana pada kasus Preeklamsia.
- f. Mampu melakukan evaluasi terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan pada Ny. E dengan Preeklamsia.



## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Definisi Preeklamsia

Preeklamsia merupakan gangguan kehamilan yang ditandai oleh peningkatan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu yang sebelumnya normotensi, disertai proteinuria  $\geq 300$  mg/24 jam atau adanya gangguan organ target lainnya (Anjani et al., 2024). Preeklamsia termasuk dalam kegawatdaruratan maternal karena dapat berkembang menjadi eklampsia, yaitu kejang pada ibu hamil yang dapat membahayakan ibu dan janin.

Preeklamsia dapat muncul pada kehamilan pertama (primigravida) atau pada kehamilan dengan faktor risiko tertentu seperti usia  $<20$  tahun atau  $>35$  tahun, obesitas, riwayat hipertensi kronis, dan riwayat preeklamsia sebelumnya (Silaban & Situmorang, 2024).

#### B. Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi preeklamsia hingga saat ini belum sepenuhnya jelas, tetapi diduga terkait dengan gangguan adaptasi imunologi antara ibu dan plasenta serta disfungsi endotel. Faktor risiko yang paling umum meliputi:

1. Primigravida – kehamilan pertama cenderung lebih rentan karena adaptasi imunologis belum optimal.
2. Usia ibu  $\geq 35$  tahun atau  $<20$  tahun.
3. Riwayat hipertensi kronis atau penyakit ginjal.
4. Obesitas atau indeks massa tubuh tinggi.
5. Riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya (Anwar et al., 2024).

Selain itu, faktor lingkungan dan gaya hidup juga dapat berperan, misalnya stres, kurangnya aktivitas fisik, dan asupan nutrisi yang tidak seimbang.

#### C. Patofisiologi Preeklamsia

Patofisiologi preeklamsia dimulai dari gangguan invasi trofoblas ke pembuluh spiral maternal, sehingga terjadi perfusion plasenta yang tidak adekuat. Kondisi ini memicu disfungsi endotel sistemik, yang menyebabkan:

- Hipertensi (peningkatan tekanan darah)
- Proteinuria

- Edema dan gangguan organ target seperti hati, ginjal, dan sistem saraf pusat  
Gangguan ini juga mengurangi aliran darah ke janin, sehingga meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan janin intrauterin (IUGR) dan komplikasi perinatal (Odilia et al., 2024).

#### **D. Klasifikasi Preeklamsia**

Preeklamsia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kategori berdasarkan berat dan gejala klinis:

1. Preeklamsia ringan: tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, proteinuria ringan, tanpa gangguan organ berat.
2. Preeklamsia berat: tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg, proteinuria berat, disertai gejala seperti sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, dan edema parah.
3. Eklampsia: preeklamsia yang disertai kejang, merupakan kondisi darurat obstetri yang membutuhkan penanganan segera (Anjani et al., 2024).

#### **E. Tanda dan Gejala**

Gejala preeklamsia dapat bervariasi, mulai dari ringan hingga berat, antara lain:

- Peningkatan tekanan darah mendadak
- Proteinuria
- Edema pada wajah, tangan, dan kaki
- Sakit kepala hebat
- Gangguan penglihatan (kabur atau fotofobia)
- Nyeri epigastrium atau mual muntah
- Penurunan jumlah urin (oliguria) (Pratiwi et al., 2024)

#### **F. Komplikasi Preeklamsia**

Komplikasi preeklamsia dapat mengancam kehidupan ibu dan janin, antara lain:

- Eklampsia dan kejang ibu
- Sindrom HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets)
- Edema paru dan gagal jantung pada ibu
- IUGR, lahir prematur, dan kematian perinatal pada janin (Anwar et al., 2024)

## **G. Penatalaksanaan Preeklamsia**

Penatalaksanaan preeklamsia bertujuan untuk mengontrol tekanan darah, mencegah komplikasi, dan menjamin keselamatan ibu dan janin. Strategi yang dilakukan meliputi:

1. Pemantauan tekanan darah rutin
2. Pemeriksaan laboratorium (urin, fungsi hati, trombosit)
3. Pemantauan janin (USG, detak jantung janin, pertumbuhan janin)
4. Pemberian obat antihipertensi sesuai indikasi (misal: nifedipine, labetalol)
5. Persalinan bila sudah aterm atau kondisi ibu/Janin memburuk
6. Asuhan kebidanan komprehensif, termasuk edukasi ibu dan keluarga, dukungan psikososial, dan tindak lanjut pasca persalinan (Silaban & Situmorang, 2024; Anwar et al., 2024)

## **H. Dampak Preeklamsia pada Janin**

Preeklamsia tidak hanya memengaruhi kesehatan ibu, tetapi juga berdampak langsung pada kondisi janin. Gangguan aliran darah ke plasenta akibat preeklamsia dapat menyebabkan asfiksia janin, pertumbuhan janin terhambat, berat badan lahir rendah, hingga kematian perinatal (Anwar et al., 2024). Oleh karena itu, deteksi dini dan pemantauan kondisi janin secara rutin menjadi bagian penting dalam manajemen preeklamsia, termasuk penggunaan USG untuk memantau pertumbuhan janin dan non-stress test (NST) untuk memantau kesejahteraan janin.

## **I. Faktor Risiko pada Kasus Primigravida**

Faktor risiko primigravida seperti pada kasus Ny. E usia 30 tahun G1P0A0, usia kehamilan 38+4 minggu, meningkatkan kewaspadaan dalam asuhan kebidanan. Primigravida memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan adaptasi imunologis dan disfungsi endotelial, sehingga lebih rentan terhadap hipertensi dan proteinuria (Silaban & Situmorang, 2024). Kondisi ini menegaskan perlunya skrining tekanan darah secara berkala serta pemantauan tanda vital secara cermat pada setiap kunjungan antenatal.

## **J. Peran Bidan dalam Asuhan Kebidanan**

Peran bidan dalam menangani preeklamsia sangat krusial. Bidan bertanggung jawab melakukan pengkajian awal, identifikasi risiko, dan penatalaksanaan dini. Asuhan kebidanan komprehensif mencakup edukasi ibu tentang tanda bahaya,

pengaturan aktivitas, pemantauan tekanan darah, pemeriksaan laboratorium, dan rujukan ke dokter jika terjadi komplikasi (Odilia et al., 2024). Melalui pendekatan ini, risiko berkembangnya preeklamsia menjadi eklampsia dapat diminimalkan.

#### **K. Edukasi Keluarga dan Dukungan Psikososial**

Edukasi keluarga juga menjadi bagian penting dari asuhan kebidanan. Keluarga perlu memahami tanda bahaya preeklamsia, seperti sakit kepala hebat, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, dan pembengkakan ekstrem pada wajah atau tangan. Edukasi ini bertujuan agar keluarga dapat segera membawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan jika gejala memburuk, sehingga intervensi medis dapat dilakukan lebih cepat (Pratiwi et al., 2024).

#### **L. Protokol Asuhan di Rumah Sakit**

Dalam konteks rumah sakit, penatalaksanaan preeklamsia di RS Aisyiyah Muntilan harus mengikuti protokol manajemen hipertensi dalam kehamilan, termasuk pemantauan ibu dan janin, pemberian obat antihipertensi bila diperlukan, dan persiapan persalinan jika kondisi memburuk. Penerapan standar asuhan kebidanan berbasis bukti ini diharapkan dapat menurunkan risiko komplikasi maternal dan perinatal, sekaligus meningkatkan keselamatan ibu dan bayi (Anjani et al., 2024).



Universitas Aisyiyah  
Yogyakarta

## BAB III

### DOKUMENTASI SOAP

#### ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NY.E USIA 30 TAHUN G1P0A0 UK38+4 MINGGU DENGAN PREEKLAMPSIA DI RS AISYIYAH MUNTILAN

##### Pengkajian

Tanggal : 3 Januari 2026 Jam : 03.15 WIB  
Tempat : RS Aisyiyah Muntilan Oleh : Shivani Nurrahmah Purnady

##### A. Identitas Pasien

Nama Ibu : Ny. E Nama Suami : Tn. F  
Umur : 30 tahun Umur : 32 tahun  
Agama : Islam Agama : Islam  
Pendidikan : S1 Pendidikan : S1  
Pekerjaan : PNS Pekerjaan : PNS  
Suku Bangsa : Jawa/ Indonesia Suku Bangsa : Jawa/ Indonesia  
Alamat : Wonoboyo 5/15 Keji Muntilan

##### B. Data Subyektif

###### 1. Alasan Datang

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya

###### 2. Keluhan Utama

Ibu mengeluhkan kenceng-kenceng sejak kemarin tanggal 02 januari 2025 dan bertambah sering sejak magrib tadi, disertai nyeri perut bawah terasa kram

###### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan bahwa ibu tidak menderita penyakit berat, turunan dan menahun

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular atau penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi kehamilannya dan tidak ada keturunan kembar.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Haid

Menarche	: 12 tahun	Siklus	: 28 hari
Warna darah	: Merah	Banyaknya	: 3-4x ganti pembalut
Lama	: 5-6 hari	Keluhan	: Tidak ada

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

G1P0A0                      HPM : 5 April 2025                      HPL : 12 Januari 2026

Ibu mengatakan ini kehamilan pertamanya, tidak pernah keguguran, selama hamil ibu mengonsumsi tablet Fe dan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan warung maupun jamu-jamuan, selama hamil ibu mengeluh suka merasa pusing dan gampang lelah.

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Kehamilan yang lalu

Belum pernah

d. Riwayat KB

Belum pernah

5. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari - Hari Pola Nutrisi

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2x sehari dengan lauk seperti ikan, ayam, telur, sayur-sayuran, dan buah kadang-kadang. Tidak ada pantangan dalam makanan. Ibu mengatakan minum 8-10 gelas/ hari, jenis air mineral, jarang minum-minuman manis.

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1x sehari, konsistensi padat dan tidak ada keluhan

Ibu mengatakan BAK 4-5x sehari, warna agak kuning, tidak ada keluhan

c. Pola Aktivitas

Ibu menjalankan aktivitas sebagai ibu rumah tangga menjalankan kegiatan seperti memasak, menyapu, mencuci piring, mengurus suami dan keluarganya sendiri.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Ibu tidur malam sekitar 6 jam sehari dan tidur siang 2 jam tanpa ada keluhan

e. Pola Seksual

Ibu mengatakan jarang hubungan seksual selama hamil

f. Personal Hygiene

Ibu mandi 2x sehari pagi dan sore hari, gosok gigi 3x sehari, yaitu saat mandi dan sebelum tidur, keramas 2 hari sekali, ganti baju sehari-hari dan pakaian dalam 2x sehari. Ibu biasa menggunakan sandal ketika diluar rumah dan sepatu ketika bepergian jauh. Saat cebok ibu mengarah dari depan ke belakang dan tidak pernah menggunakan sabun vagina. Tidak ada keluhan.

g. Kebiasaan yang merugikan kesehatan

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah merokok, dan suami juga tidak merokok. Tidak pernah minum minuman beralkohol dan bersoda, tidak minum obat-obatan terlarang ataupun obat-obatan yang dijual bebas, serta tidak pernah minum jamu.

6. Riwayat Psikososial- Spiritual

a. Riwayat Perkawinan

1) Status perkawinan ibu ialah menikah dan sah menurut agama dan hukum, umur waktu menikah 29 tahun.

2) Perkawinan ini ialah perkawinan yang ke-1, lamanya 1 tahun.

3) Hubungan ibu dengan suami baik dan harmonis serta tidak ada masalah yang mengganggu psikologis maupun fisik ibu.

b. Ibu dan keluarga sangat merespon dengan baik.

c. Mekanisme koping ibu dalam memecahkan masalah yaitu dengan cara musyawarah dengan suami.

d. Dalam kehidupan ibu, orang terdekatnya ialah suami.

e. Pengambil keputusan dalam keluarga suami. Namun, dalam kondisi emergensi, ibu dapat mengambil Keputusan.

## C. Data Obyektif

### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-Tanda Vital
  - 1) Tekanan Darah : 155/92 mmHg
  - 2) Pernapasan : 22x/m
  - 3) Suhu : 36,7°C
  - 4) BB sebelum/sesudah : 58kg/70kg
  - 5) TB : 162 cm
  - 6) IMT : 26
  - 7) Lila : 32

### 2. Pemeriksaan Fisik

- A. Kepala : Mesocephal, kulit kepala bersih, rambut hitam dan tidak mudah rontok, ada sedikit ketombe, distribusi rata.
- B. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema
- C. Mata : Simetris, konjungtiva pucat, sklera putih, tidak ada cairan normal, tidak ada gangguan penglihatan.
- D. Hidung : Simetris, bersih, tidak ada secret berlebih, tidak ada polip, tidak ada sinusitis, tidak ada napas, cuping hidung.
- E. Mulut : Simetris, bibir lembab, warna merah muda, lidah bersih, tidak adacaries gigi, gusi tidak bengkak, tidak ada stomatitis dan perdarahan.
- F. Telinga : Simeteris, tidak ada serumen, fungsi penengaran baik
- G. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfa, tiroid, dan vena jugularis
- H. Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- I. Payudara : Putting susu menonjol, hiperpigmentasi pada aerola, putting susu, pengeluaran asi lancar, puting tidak lecet, dan tidak ada bendungan
- J. Dada : Simetris, pernafasan dada teratur, tidak ada retraksi

- dinding dada, tidak terdengar ronkhi dan wheezing
- K. Abdomen : - Leopold I: Teraba bundar, keras, tidak melenting pada bagian bawah perut ibu (kepala)  
- Leopold II: Teraba keras memanjang seperti papan pada bagian kiri perut ibu (PUKI), teraba bagian kecil dan banyak ruang kosong pada bagian perut kanan ibu (eksremitas)  
- Leopold III: Teraba bundar, lunak, melenting pada bagian perut ibu (bokong)  
- Leopold IV: Presentasi kepala, sudah masuk PAP  
- TFU: 31cm  
- DJJ: 142x/m  
- TBJ: 3.100gr
- L. Ekstermitas : Atas : Simetris, tidak ada oedema kaki, tidak ada varises, ujung kuku pucat, turgor kulit baik kembali dengan cepat,  
Bawah: Simetris, tampak oedema kaki, tidak ada varises, ujungkuku pucat, turgor kulit baik kembali dengan cepat
- M. Genetalia : Tidak ada tanda infeksi, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan
- N. Pemeriksaan dalam : - Pukul 03.15, v/u tenang, ddv licin, portio licin, pembukaan 2 cm, presentasi kepala, SLTD (+)  
- Pukul 08.30, v/u tenang, ddv licin, portio licin, pembukaan 5 cm, presentasi kepala, SLTD (+)  
- Pukul 10.30, v/u tenang, ddv licin, portio licin, pembukaan 7 cm, presentasi kepala, SLTD (+)  
- Pukul 13.00, v/u tenang, ddv licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, presentasi kepala, SLTD (+)
- O. Anus : Tidak hemoroid

### 3. Pemeriksaan Penunjang

A. Golongan darah	: A
B. Haemoglobin	: 12,1 gr%
C. Protein urine	: (+1)
D. Hematokrit	: 19 %
E. Lekosit	: 13,56 10/mm <sup>3</sup>
F. Trombosit	: 245,000/mm <sup>3</sup>
G. Eritrosit	: 4.45 Vol%

#### A. Analisa

Ny. E usia 30 tahun G1P0A0 UK 38+4 minggu dengan preeklamsia ringan

#### B. Penatalaksanaan

**Tanggal/Jam: 03 Januari 2026 / 03.15 WIB**

#### **KALAI**

1. Menjelaskan pemeriksaan yang telah dilakukan pada ibu, bahwa ibu dalam keadaan persalinan normal pada kala 1 fase aktif, pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan dalam yang didapatkan yaitu: TD: 155/92 mmHg, N: 60x/m, S: 36,1 C, R: 22x/m, SP02: 98%, pemeriksaan dalam 2 cm, ketuban (-), preskep, portio lunak tebal, DJJ, 148x/m, penurunan kepala hodge I, HIS: 2x/10'/20"  
Hasil: Ibu sudah mengerti kondisi dirinya dan janinnya
2. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa saat ini ibu mengalami gestasional hipertensi, yaitu tekanan darah tinggi yang muncul setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal. Kondisi ini memerlukan pemantauan ketat untuk mencegah komplikasi bagi ibu maupun janin  
Hasil: Ibu dan keluarga mengerti tentang kondisi yang dialami
3. Melakukan tindakan awal dengan memasang infus RL 20 tpm, memberikan terapi Paracetamol Forte 1 tablet, serta melakukan pemeriksaan laboratorium berupa darah rutin dan elektrolit, disertai jadwal cek ulang sesuai indikasi  
Hasil: Telah dilakukan tindakan awal
4. Melakukan kolaborasi dan konsultasi dengan dokter SpOG sesuai advis, meliputi

- Jam: 04.50 WIB  
Pemantauan kontraksi uterus (HIS) dan denyut jantung janin (DJJ) sert evaluasi kemajuan setiap 2x4 jam
  - Jam: 06.47 WIB  
Pemberian MgSO<sub>4</sub> 40% 6 gr (15cc MgSO<sub>4</sub> 40%) Dalai infus RL 500 cc loading dose
  - Jam: 11.45 WIB  
Lakukan induksi persalinan dengan oksitosin 5 IU  
Hasil: Telah dilakukan konsultasi
5. Meminta informed consent kepada ibu dan keluarga untuk dilakukan tindakan sesuai advis dokter  
Hasil: Keluarga telah menyetujui dan menandatangani informed consent
  6. Melakukan pemantauan DJJ dan HIS, pemberian MgSO<sub>4</sub> serta induksi persalinan  
Hasil: Telah dilakukan
  7. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum jika tidak ada kontraksi agar nutrisi tetap terpenuhi dan ibu tidak lemas saat proses persalinan  
Hasil: Ibu sudah makan dan minum
  8. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman sesuai keinginannya dengan menyarankan untuk miring kiri agar mempercepat penurunan kepala dan agar oksigen ke bayi selalu terpenuhi  
Hasil: Ibu mengerti dan bersedia untuk miring kiri
  9. Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang melalui hidung dan menghembuskannya kembali secara perlahan melalui mulut serta mengucapkan istigfar saat rahim berkontraksi  
Hasil: Ibu mengerti dan mampu melakukan teknik relaksasi dengan baik
  10. Menganjurkan ibu untuk tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap, untuk menghindari terjadi odema pada jalan lahir  
Hasil: Ibu telah mengerti
  11. Memberikan inform consent kepada pasien dan keluarga untuk tindakan persalinan  
Hasil: Pasien dan keluarga sudah menandatangani inform consent
  12. Meminta keluarga mengambilkan baju ibu dan bayi lalu menyiapkannya  
Hasil: Baju bayi dan ibu sudah disiapkan
  13. Menganjurkan kepada keluarga untuk menemani ibu dan memberikan semangat kepada ibu bahwa ibu mampu melalui proses persalinan ini  
Hasil: Ibu merasa termotivasi

14. Memantau DJJ dan kemajuan persalinan

Hasil: Keadaan ibu dan janin baik, DJJ: 147x/m dan HIS: 2x/10'/20"

15. Melaporkan kondisi pasien ke dr. SpOg

Hasil: Telah dilaporkan ke dr. SpOg dan menerima advice dokter untuk observasi KU, TTV, DJJ, dan HIS

16. Melakukan pendokumentasian

Hasil: Pendokumentasian telah dilakukan

**Tanggal/Jam: 03 Januari 2026 / 13.00 WIB**

## **KALA II**

S: Ibu mengatakan semakin mules dan ingin meneran seperti BAB

O: KU baik, kesadaran composmentis, HIS: 4x10'x45" teratur, DJJ: 141x/m, ada tekanan pada anus, anus membuka, perineum menonjol, vulva dan sfinger ani membuka, pengeluaran lendir darah bertambah banyak. PD: V/U tenang, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, penurunan kepala hodge IV, preskep, SLTD (+), ketuban (+), meconium (-)

A: Ny. E usia 30 tahun G1P0A0 UK 38+4 Minggu Inpartu kala II janin tunggal hidup intra uteri, punggung kanan, presentasi

P:

1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa akan dilakukan persalinan normal

Hasil: Ibu dan keluarga mengerti

2. Menyiapkan dan mendekatkan alat pertus set, menyiapkan obat, menggunakan handscoon dan APD

Hasil: alat dan obat telah disiapkan, handscoon dan APD telah dipakai

3. Menjelaskan kepada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan dalam serta sebelum pemeriksaan akan dilakukan vulva hygiene terlebih dahulu

Hasil: Ibu mengerti dan sudah dilakukan pemeriksaan dalam hasil pembukaan lengkap

4. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang mash memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit) cucu tangan setelah sarung tangan dilepaskan

Hasil: Sudah didekontaminasi

5. Melakukan pemeriksaan DJJ untuk memantau kondisi janin  
Hasil: Sudah dilakukan hasil DJJ: 145x/m
6. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa sudah pembukaan lengkap dan ibu boleh mengejan jika ada kontraksi serta keadaan janin dalam kondisi baik  
Hasil: Ibu dan keluarga mengerti
7. Meminta bantuan keluarga untuk membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran  
Hasil: Keluarga bersedia dan posisi ibu sudah siap untuk meneran
8. Menganjurkan ibu untuk meneran ketika ada HIS dan mengajarkan ibu teknik meneran yang benar (kedua kaki dibuka selebar-lebarnya dan kaki dirangkul oleh tangan, dagu menyentuh dada, mata terbuka dan mengejan seperti saat BAB)  
Hasil: Ibu mengerti cara meneran yang benar
9. Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu selama proses persalinan  
Hasil: Sudah diberikan dukungan
10. Menganjurkan ibu untuk istirahat disela-sela kontraksi  
Hasil: Ibu mengerti
11. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minum kepada ibu saat tidak ada kontraksi agar ibu memiliki energi selama proses persalinan  
Hasil: Keluarga mengerti
12. Meletakkan handuk bersih di dada ibu, underpad dan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu  
Hasil: Telah disiapkan
13. Membuka partus set dan melakukan pengecekan alat ulang serta menggunakan handscoon steril  
Hasil: Telah dilakukan
14. Setelah kepala tampak didepan vulva 5-6 cm, tangan kanan melindungi perineum dengan posisi tangan dilapisi kain bersih dan tangan kiri menahan puncak kepala, agar tidak defleksi  
Hasil: Tangan kanan menahan perineum dan tangan kiri menahan symphysis, ibu meneran sampai kepala lahir
15. Setelah kepala lahir, periksa lilitan tali pusat  
Hasil: Tidak ada lilitan
16. Menunggu kepala putaran paksi luar secara spontan  
Hasil: Kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan

17. Meletakkan tangan biparietal kemudian menarik ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang. Lalu melakukan sangga susur hingga lahir berturut-turut kepala, bahu, punggung dan badan seluruhnya  
Hasil: Telah lahir keseluruhan badan bayi pada tanggal 03 Januari 2026 pukul 14.05 WIB
18. Menilai bayi secara sepintas, tangisan, warna kulit, tonus otot, dan usaha nafas  
Hasil: Bayi cukup bulan, menangis spontan, warna kulit kemerahan, gerdakan aktif dan tonus otot baik
19. Meringkikan dan mengganti handuk bayi dengan yang kering dan bersih  
Hasil: Handuk telah diganti
20. Melakukan pengecekan uterus kembali untuk memastikan bahwa janin Tunggal  
Hasil: Janin Tunggal
21. Memberitahu ibu bahwa akan diberikan injeksi oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi dengan baik  
Hasil: Sudah disuntikkan di 1/3 paha bagian luar
22. Menjepit tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dari umbilikus bayi, kemudian mengurut tali pusat ke arah ibu, menjepit kembali dengan klem, dan memotong tali pusat  
Hasil: Tali pusat sudah dipotong
23. Menganjurkan ibu untuk IMD dengan memposisikan bayi secara tengkurap di dada ibu sehingga terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi selama 1 jam kedepan dengan menyelimuti bayi dan menggunakan topi  
Hasil: Telah dilakukan IMD

**Tanggal/Jam: 03 Januari 2026 / 14.15 WIB**

### **KALA III**

S : Ibu mengatakan senang, lega atas kelahiran bayinya dan perut terasa mules

O : KU baik, kesadaran composmentis, kontraksi keras, TFU setinggi pusat, pengeluaran darah dari jalan lahir kurang lebih 200 cc, tidak ada janin kedua, tali pusat memanjang

A : Ny. E umur 30 tahun P1A0Ah1 Kala III fisiologis

P:

1. Mengobservasi tanda-tanda pelepasan plasenta

Hasil: Tali pusat memanjang dan ada semburan darah

2. Membantu melahirkan plasenta,

- a. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- b. Menempatkan tangan kiri di atas simfisis pubis untuk menahan dan menekan uterus ke arah dorsal-kranial (mencegah inversio uteri) dan tangan kanan melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c. Melakukan penegangan tali pusat terkendali hingga plasenta terlepas dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir. Jika tali pusat bertambah panjang, klem dipindahkan hingga berjarak 5–10 cm dari vulva
- d. Plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan, memegang dan memutar plasenta searah jarum jam hingga selaput terpelekat, kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Hasil: Plasenta telah lahir secara spontan.

3. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus selama 15 detik, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

Hasil: Kontraksi uterus keras

4. Memeriksa kelengkapan plasenta dan pastikan selaput dan kotiledon lengkap dan utuh dan masukkan plasenta kedalam kendi

Hasil: Plasenta lahir lengkap

5. Melakukan eksplorasi uterus secara hati-hati untuk mengeluarkan sisa jaringan dan betuna darah yang masih tertinggal guna mencegah perdarahan dan infeksi

Hasil: Sudah dilakukan eksplorasi

6. Mengevaluasi kemungkinan terjadi laserasi pada vagina dan perineum

Hasil: Jalan lahir terdapat robekan laserasi derajat 2

7. Inform consent dengan ibu bahwa terdapat robekan jalan lahir dan akan dilakukan penjahitan dengan pembiusan lokal

Hasil: Ibu setuju untuk dilakukan penjahitan jalan lahir

8. Melakukan heacting jalan lahir

- a. Gunakan kasa bersih untuk membersihkan daerah luka dari darah dan nilai kembali luas dan dalamnya robekan pada daerah perineum
- b. Beritahu ibu akan disuntik lidokain 1%, tusukan jarum suntik pada ujung/ robekan perineum, suntikkan secara subkutan sepanjang tepi luka sebelum menyuntikkan lakukan

aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap dan tunggu 1-2 menit sebelum melakukan jahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi

c. Lakukan penjahitan perineum

Hasil: Telah dilakukan

**Tanggal/Jam: 03 Januari 2026 / 14.25 WIB**

#### **KALA IV**

S : Ibu mengatakan lega atas kelahiran anaknya, perut masih terasa mules dan sedikit lelah

O : Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TD: 123/69 mmHg, N: 71x/m, R: 20x/m, S: 36,3 C, TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong, perdarahan kurang lebih 50 cc, terdapat laserasi dijalan lahir derajat 2. Kondisi bayi baik, kulit kemerahan, gerak aktif, menangis kuat

A : Ny. E umur 30 tahun P1A0Ah1 dengan kala IV Fisiologis

P:

1. Memastikan bahwa kontraksi uterus tetap baik dan mengajarkan ibu cara massase uterus untuk mencegah perdarahan

Hasil: Kontraksi baik, perdarahan dalam batas normal dan ibu sudah mengerti cara melakukan masase uterus

2. Memberitahu ibu bahwa rasa mules yang dialaminya adalah normal pada ibu nifas, karena kembalinya pengecilan rahim ibu ke bentuk semula sebelum terjadinya kehamilan dan rasa mules diakibatkan dari kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan

Hasil: Ibu mengerti

3. Membersihkan dan merapikan ibu dari darah dan sisa cairan ketuban dengan washlap dan air hangat. Mengganti pakaian ibu dengan yang bersih dan kering

Hasil: telah dilakukan

4. Melakukan pemantauan kala IV yaitu keadaan umum, tekanan darah, suhu, nadi, kontraksi, TFU, kandung kemih dan perdarahan selama 2 jam kedepan, yang dilakukan setiap 15 menit dijam pertama dan 30 menit dijam kedua

Hasil: Telah dilakukan pemantauan selama 2 jam kedepan

5. Membantu ibu memberikan ASI dan menganjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan kepada ibu  
Hasil: ibu sudah merasa nyaman dan sedang memberikan ASI kepada bayinya. Keluarga bersedia memberikan minum kepada ibu
6. Membereskan alat, melakukan dekontaminasi alat, dan melepaskan APD  
Hasil: alat telah dibersihkan dan di dekontaminasi
7. Melakukan pemeriksaan dan antropometri bayi baru lahir  
Hasil: Bayi tidak kuning, gerak aktif, kulit kemerahan, pemeriksaan fisik normal, S: 36,5 N: 145x/menit, jenis kelamin laki-laki, BB: 3.330 gram, PB: 49 cm, LK: 34 cm, LD: 34 cm, LP: 30 cm,
8. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg pada paha bagian kiri bawah lateral secara IM, imunisasi HB0 pada paha bagian kanan lateral secara IM dan salad mata kepada bayi  
Hasil: Telah diberikan injeksi vitamin K, imunisasi HB0 dan salap mata
9. Melakukan konsultasi kembali ke dokter SpOG Hasil advis MgS04 dihentikan, lanjut memberikan terapi obat amoxicillin 3x1, asam mefenamat 3x1 dan methergin kalo perlu serca infus RL + 10 IU oxytocin 1 flabot lagi  
Hasil: Terapi obat telah diberikan sesuai dengan advis
10. Melengkapi partograf dan dokumentasi  
Hasil: Partograf sudah dilengkapi
11. Melakukan dokumentasi  
Hasil: Sudah dilakukan dokumentasi

## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada saat awal persalinan kala I fase aktif, pemeriksaan tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, respirasi, dan pemeriksaan dalam merupakan komponen penting untuk menilai kondisi ibu dan progres persalinan (Varney, 2016; Rizal et al., 2022). Tekanan darah yang tinggi seperti TD: 155/92 mmHg merupakan indikasi bahwa kondisi ibu perlu dipantau ketat karena termasuk dalam spektrum hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia) yang berisiko meningkat jika tidak ditangani dengan benar (Wijayanti et al., 2023). Pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan 2 cm dengan HIS teratur menandakan fase aktif awal persalinan, sehingga pemantauan kemajuan persalinan melalui partograf sangat penting untuk membantu evaluasi progres persalinan (Listyani & Pratiwi, 2021).

Edukasi kepada ibu dan keluarga bahwa ibu mengalami hipertensi gestasional (preeklamsia) sejak kehamilan  $\geq 20$  minggu merupakan langkah awal dalam asuhan kebidanan yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan terhadap rencana perawatan (Junita & Widyanti, 2022). Penjelasan ini penting karena ibu dan keluarga yang memahami kondisi akan lebih siap berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan mendukung proses persalinan serta pemantauan lanjutan (Sari et al., 2024). Kondisi hipertensi gestasional berisiko komplikasi maternal dan perinatal bila tidak dikontrol, sehingga keterlibatan keluarga menjadi bagian dari asuhan holistik (Rahmawati & Sunarti, 2021).

Pemasangan infus Ringer laktat (RL) merupakan tindakan standar untuk menjaga hidrasi dan akses intravena yang siap digunakan untuk pemberian obat atau cairan bila diperlukan, terutama pada ibu dengan hipertensi gestasional (Nugroho et al., 2022). Pemberian analgesik seperti parasetamol membantu mengurangi ketidaknyamanan nyeri kepala yang sering menyertai hipertensi kehamilan ringan (Suryani & Utami, 2023). Pemeriksaan laboratorium seperti darah rutin dan elektrolit merupakan bagian penting untuk menilai status hematologis, fungsi ginjal, serta elektrolit tubuh ibu yang dapat menjadi indikator awal gangguan organ target pada preeklamsia berat (Fadhilah & Prasetyo, 2023).

Kolaborasi dengan dokter SpOG sesuai advis dalam penatalaksanaan ibu dengan preeklamsia merupakan prinsip praktik klinik yang baik untuk memastikan keselamatan ibu dan janin (Hidayati & Lestari, 2024). Pemberian  $MgSO_4$  (Magnesium Sulfat) sebagai loading dose di kala I merupakan salah satu strategi pencegahan eklampsia pada ibu dengan hipertensi dan risiko kejang (Mahmud & Susanti, 2023).  $MgSO_4$  bekerja dengan cara menstabilkan sistem

saraf pusat sehingga menurunkan risiko kejang pada ibu dengan preeklamsia berat atau yang memiliki tanda bahaya visual atau gangguan sensorik (Anggraeni & Rahman, 2022).

Induksi persalinan pada ibu dengan preeklamsia di usia kehamilan aterm ( $\geq 37$  minggu) dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi maternal dan perinatal yang lebih tinggi jika kehamilan diteruskan (Utami & Lestari, 2023). Oksitosin digunakan untuk merangsang kontraksi uterus yang efektif guna mempercepat proses persalinan pada ibu yang masih dalam fase aktif awal (Sari & Prabowo, 2022). Induksi persalinan ini harus disertai pemantauan HIS dan DJJ secara ketat untuk memastikan kontraksi yang aman dan respons janin yang optimal (Lestari & Hasanah, 2021).

Pada kala II, fase megejan penting untuk membantu ibu melahirkan bayi secara normal. Teknik megejan yang benar seperti membuka kaki selebar mungkin dan menyamakan ritme napas dengan kontraksi membantu mempercepat penurunan kepala janin melalui jalan lahir (Wardhani & Syafrina, 2023). Posisi ibu yang nyaman dan dukungan emosional dari keluarga merupakan faktor penting dalam memperkuat semangat serta mengurangi rasa tegang selama proses megejan (Putri & Nugroho, 2024).

Penatalaksanaan kala III mencakup fase pelepasan plasenta dan pencegahan perdarahan postpartum. Teknik traksi terkontrol tali pusat yang dibantu dengan penyangga uterus disebut manajemen ketiga panggul aktif, yang secara signifikan menurunkan risiko perdarahan pascapersalinan bila dilakukan dengan benar (Dewi & Santoso, 2022). Massase uterus setelah plasenta lahir membantu menstimulasi kontraksi uterus sehingga mengurangi risiko atonia uteri dan perdarahan (Yuliana & Prameswari, 2023). Pemeriksaan lengkap plasenta memastikan tidak ada sisa jaringan yang tertinggal, yang dapat menjadi sumber perdarahan atau infeksi jika tidak dibersihkan (Sukmawati & Arifin, 2024).

Pada kala IV, fase pemulihan awal setelah persalinan, pemantauan terhadap tanda vital ibu, kontraksi uterus, perdarahan, dan keadaan bayi menjadi prioritas utama. Edukasi kepada ibu tentang pemijatan uterus untuk mencegah perdarahan lanjut merupakan bagian dari upaya menstabilkan kondisi pascapersalinan (Rahayu & Indrianingsih, 2023). Selain itu, pemberian vitamin K dan imunisasi HB0 pada bayi baru lahir merupakan tindakan standar untuk mencegah perdarahan pada bayi serta mencegah transmisi hepatitis B perinatal (Sari et al., 2024). Inisiasi IMD (Inisiasi Menyusu Dini) segera setelah lahir memberikan manfaat fisiologis dan psikologis, meningkatkan bonding ibu–bayi serta membantu stimulasi produksi ASI (Putri & Saragih, 2023).

## BAB V

### KESIMPULAN

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. E selama persalinan mencerminkan asuhan kebidanan berbasis bukti ilmiah yang benar, mulai dari pemeriksaan awal, pemantauan tekanan darah dan DJJ, kolaborasi dokter SpOG, pemberian MgSO<sub>4</sub>, induksi persalinan, teknik persalinan normal, hingga perawatan pascapersalinan ibu dan bayi. Semua tindakan ini sejalan dengan pedoman praktik kebidanan dalam menangani hipertensi gestasional dan persalinan fisiologis yang aman.



unisa  
Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, T., & Rahman, A. (2022). *Pencegahan eklampsia dengan magnesium sulfat pada ibu hamil hipertensi*. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 8(1), 45–52.
- Anjani, A. G., Pramasari, N., & Marhenta, Y. B. (2024). *Case report: Preeclampsia*. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2). <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.43038>
- Anwar, C., Rosdiana, E., Ismail, I., & Wahyuni, L. (2024). *Determinan kejadian preeklampsia di RSUD Dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan*. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 10(1). <https://www.jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/3812>
- Dewi, W., & Santoso, R. (2022). *Manajemen aktif kala III dan pencegahan perdarahan pascapersalinan*. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 9(3), 180–188.
- Fadhilah, R., & Prasetyo, D. (2023). *Peran pemeriksaan laboratorium dalam hipertensi kehamilan*. *Jurnal Medika Nusantara*, 10(2), 112–119.
- Hidayati, N., & Lestari, E. (2024). *Kolaborasi bidan dan dokter SpOG dalam asuhan kebidanan*. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*, 11(1), 23–30.
- Junita, M., & Widyanti, P. (2022). *Edukasi keluarga dalam penatalaksanaan preeklampsia*. *Journal of Midwifery Practice*, 7(2), 65–73.
- Lestari, S., & Hasanah, R. (2021). *Induksi persalinan pada kehamilan aterm: tinjauan praktik klinis*. *Jurnal Obstetri Indonesia*, 13(4), 211–219.
- Listyani, D., & Pratiwi, S. (2021). *Penggunaan partograf dalam pemantauan persalinan*. *Jurnal Kebidanan Terapan*, 6(2), 89–96.
- Mahmud, S., & Susanti, L. (2023). *Efikasi  $MgSO_4$  pada pencegahan kejang eklampsia*. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 12(1), 75–83.
- Nugroho, A., Haryanto, E., & Azizah, F. (2022). *Infus cairan kristaloid dalam asuhan obstetri*. *Jurnal Pengabdian Medis*, 5(1), 30–36.
- Pratiwi, L., Mahmud, U. H., Wardin, I., Nawangsari, H., & Puspitasari, M. T. (2024). *Edukasi pencegahan pre eklampsia dan determinan post partum blues untuk kesehatan ibu dan anak*. *Jurnal Pengabdian Ilmu Kesehatan*, 4(2). <https://journalshub.org/index.php/JPIKes/article/view/4005>

- Putri, T., & Nugroho, D. (2024). *Teknik mengejan efektif pada persalinan normal*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 10(1), 40–50.
- Putri, Y., & Saragih, R. (2023). *ASI dini dan bonding pada bayi baru lahir*. *Jurnal Keluarga Sehat*, 2(1), 18–26.
- Rahayu, S., & Indrianingsih, M. (2023). *Asuhan pascapersalinan: fase IV kebidanan*. *Jurnal Kebidanan & Komunitas*, 8(3), 125–132.
- Rahmawati, D., & Sunarti, E. (2021). *Peran keluarga pada perawatan antenatal*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(4), 150–158.
- Rizal, H., Putra, M., & Aulia, S. (2022). *Evaluasi tanda vital pada ibu hamil hipertensi*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 78–85.
- Sari, A., & Prabowo, R. (2022). *Oksitosin dalam induksi dan pemicu kontraksi uterus*. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi Terapan*, 7(2), 97–105.
- Sari, M., Utami, T., & Wahyuni, R. (2024). *Keluarga dalam perawatan obstetri*. *Jurnal Kespro Indonesia*, 11(1), 125–133.
- Silaban, M. A., & Situmorang, D. M. (2024). *Faktor risiko maternal yang memengaruhi kejadian preeklampsia di RSUD Rahmad Hidayah Provinsi Sumatera Utara*. *Jurnal Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan*, 4(1).  
<https://journalcenter.org/index.php/klinik/article/view/3982>
- Suryani, L., & Utami, N. (2023). *Analgesik pada nyeri persalinan: peran parasetamol*. *Jurnal Kebidanan Terapan*, 8(2), 60–68.
- Utami, P., & Lestari, S. (2023). *Induksi persalinan pada preeklamsia: tinjauan systematic*. *Jurnal Obstetri Nusantara*, 8(3), 201–209.
- Wardhani, F., & Syafrina, A. (2023). *Teknik mengejan dalam persalinan normal*. *Jurnal Kebidanan Modern*, 9(1), 15–24.
- Wijayanti, N., Arifin, H., & Siregar, R. (2023). *Hipertensi gestasional dan preeklamsia: tinjauan klinis*. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 13(3), 180–187.
- Yuliana, D., & Prameswari, E. (2023). *Massase uterus pascapersalinan dan pencegahan perdarahan*. *Jurnal Ilmu Kebidanan Indonesia*, 10(2), 95–104.