

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA NY S USIA 48 TAHUN G5P4A0
HAMIL 37+5 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI DAN FETAL HIPOKSIA DI
RSDS KEBUMEN
2025/2026**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Anjarwati,S.ST.,M.PH



Disusun Oleh

Nama : Nurul fajila

NIM : 2510106053

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA
2025/2026**

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA NY S USIA 48 TAHUN G5P4A0
HAMIL 37+5 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI DAN FETAL HIPOKSIA DI
RSDS KEBUMEN
2025/2026



Pembimbing Pendidikan



(Anjarwati,S.ST.,M.PH)

Preceptor

(Reka Safitri, S.Tr.Keb.,Bdn)

kebumen, Tanggal.....
Mahasiswa

(Nurul fajila)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Alhamdulillah rabbil'alaamiin. puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Case Based Discussion (CBD) Praktik Klinik "Asuhan Kebidanan dengan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal pada Ny S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu dengan preeklamsia dan fetal hipoksia di RS dr. Soedirman Kebumen Tahun Akademik 2025/2026".

Dalam kesempatan ini, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp. Mat, selaku Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dr. Dewi Rokhanawati, S.SiT., M.P.H, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
3. Nidatul Khoiyah, S.Keb.,Bd.,MPH selaku Ketua Prodi Kebidanan Program Sarjana Dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
4. Anjarwati, S.ST., M.PH. selaku Pembimbing Pendidikan Praktik Kebidanan Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
5. Reka Safitri, S.Tr.Keb.,Bdn selaku Pembimbing Lahan di VK IGD RSDs Kebumen.
6. Pihak lain yang turut serta membantu dalam penyusunan laporan ini.

Terlepas dari itu semua penulis menyadari dalam penyusunan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga saran dan masukan yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dari semua pihak

Wassalamu'alikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

kebumen, Januari 2026



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	Error! Bookmark not defined.
BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
A. Latar Belakang.....	Error! Bookmark not defined.
B. Rumusan Masalah	Error! Bookmark not defined.
C. Tujuan	Error! Bookmark not defined.
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
A. Preeklamsia dan fetal hipoksia.....	Error! Bookmark not defined.
B. Etiologi.....	Error! Bookmark not defined.
C. Patofisiologi	Error! Bookmark not defined.
D. Faktor Risiko	Error! Bookmark not defined.
E. DAMPAK.....	Error! Bookmark not defined.
BAB III TINJAUAN KASUS	Error! Bookmark not defined.
BAB IV PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
BAB V PENUTUP	Error! Bookmark not defined.
a. Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.
b. Saran.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kegawatdaruratan atau keadaan darurat didefinisikan sebagai situasi serius, terkadang berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga serta memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa (Campbell S., 2020). Kegawatdaruratan obstetri didefinisikan sebagai kondisi yang mengancam jiwa yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Banyak penyakit dan gangguan kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayi. Kegawatdaruratan obstetri adalah kasus obstetri yang jika tidak segera ditangani dapat mengakibatkan terjadinya kematian ibu dan bayi. Masalah kedaruratan selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan tertentu atau oleh kondisi medis atau pembedahan yang menyertainya (Saifuddin, 2022).

Kegawatdaruratan maternal adalah kondisi yang mengancam jiwa yang terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Berbagai penyakit dan gangguan kehamilan dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi. Jika kegawatdaruratan maternal ini tidak segera ditangani maka akan mengakibatkan kematian pada ibu dan janin. Kasus ini merupakan penyebab utama kematian ibu, janin dan bayi baru lahir.

Kasus kematian ibu masih menjadi masalah di berbagai dunia, menurut survei jumlah kematian ibu mencapai 305/100.000 perkelahiran hidup yang di Indonesia banyak disebabkan karena preeklamsia, perdarahan dan infeksi [4]. Faktor risiko penyebab preeklamsia adalah usia ≥ 35 , IMT ≥ 23.0 kg/m² dan mempunyai riwayat hipertensi. Jika memiliki obesitas maka ibu akan memiliki risiko 25 kali lebih besar untuk terkena preeklamsia, begitu juga yang mengalami resistensi insulin akan memiliki 4x lebih besar untuk terkena preeklamsia.

Gejala preeklamsia meliputi tekanan darah tinggi yang mencapai angka 140/90 mmHg, proteinuria dan edema, masalah preeklamsia dapat mempengaruhi ibu hamil secara psikologis dan fisiologis seperti terjadinya depresi antenatal, disfungsi organ tubuh, berat badan lahir rendah (BBLR), perkembangan otak janin terhambat, bayi lahir premature, sindrom HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzyme and Low Platelet Count), bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Upaya pencegahan preeklamsia perlu dilakukan sebagai upaya untuk menurunkan kematian maternal dan untuk mensukseskan Sustainable Development Goals (SDG) yang ke lima yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Berdasarkan data Kemenkes, kejadian preeklamsia yang tertinggi dipegang oleh Jawa Barat.

Menurut survey awal pada tahun 2021 mulai dari Januari sampai Agustus terdapat 2088 ibu hamil yang mengalami kasus hipertensi, preeklamsia dan eklamsia baik pada waktu hamil, bersalin dan masa nifas. Kurangnya pengetahuan dan sikap ibu tentang preeklamsia pada kehamilan sering menjadi sebab kematian ibu hamil, sehingga diperlukan pemberian informasi mengenai kesehatan ibu hamil. Berdasarkan hasil wawancara didapati ibu hamil yang ada mengalami preeklamsia di wilayah puskesmas Citaringgul dikarenakan kurangnya pengetahuan, untuk itu tim pengabdian

kegiatan masyarakat berkeinginan untuk memberikan kegiatan pemberian edukasi mengenai preeklamsia. Diharapkan informasi-informasi yang didapatkan nantinya dapat menambah pengetahuan dan mempengaruhi kesadaran ibu hamil mewujudkan kehamilan yang sehat .

Hipoksia janin merupakan komplikasi atau permasalahan yang terjadi dalam masa kehamilan yang dapat mengganggu dan membahayakan kesehatan ibu dan janin. Selama kehamilan, ibu hamil berusaha menghindari munculnya masalah kehamilan. Oleh karena itu, ibu hamil harus mewaspadai faktor-faktor tertentu yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi kehamilan yang membahayakan kesehatan ibu, janin, atau keduanya. Pasokan oksigen yang tidak mencukupi selama kehamilan dapat mengakibatkan hipoksia janin, suatu kondisi yang dapat menyebabkan masalah serius seperti hambatan pertumbuhan intrauterin (IUGR), kelahiran prematur, metabolisme yang buruk, dan gangguan perkembangan saraf (Amallia., 2020).

Angka kematian bayi merupakan metrik penting untuk menilai kesehatan suatu negara secara keseluruhan. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa bayi lebih rentan terhadap kesehatan atau kesejahteraan yang buruk. Pemantauan kesejahteraan janin merupakan salah satu strategi untuk menurunkan angka kematian perinatal yang disebabkan oleh konsekuensi hipoksia janin di dalam rahim. Pemantauan janin bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko kematian perinatal, seperti infeksi, kelainan perkembangan, malformasi lahir, dan hipoksia/asfiksia, sejak dini (Daisy, 2024).

Hipoksia prenatal (PH) merupakan ciri umum dari lingkungan intrauterin suboptimal yang memengaruhi perkembangan janin (Yao et al., 2022). Hipoksia dapat timbul dari beberapa faktor ibu, plasenta, dan janin. Kondisi ibu seperti anemia, gangguan pernapasan, dan penyakit kardiovaskular dapat mengganggu pengiriman oksigen ke janin.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan maka rumusan masalah pada kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan kebidanan dengan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal pada ny s usia 48 tahun g5p4a0 hamil 37+5 minggu dengan preeklamsi dan fetal hipoksia?”

C. Tujuan

Untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan dengan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal pada ny s usia 48 tahun g5p4a0 hamil 37+5 minggu dengan preeklamsi dan fetal hipoksia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Preeklamsia

1. Pengertian

Preeklamsia merupakan komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang mulai dialami saat kehamilan usia 20 minggu dengan adanya peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan peningkatan diastole ≥ 15 mmHg, atau dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai dengan adanya proteinuria pada ibu hamil. Preeklamsia yang tidak mendapat pengobatan segera dengan tepat dapat berkembang menjadi eklamsia.

Preeklamsia adalah sindrom yang meliputi pengembangan Hipertensi pada paruh kedua kehamilan. Meskipun sering disertai dengan Proteinuria, preeklamsia dapat dikaitkan dengan banyak tanda-tanda dan gejala, termasuk gangguan penglihatan, sakit kepala, nyeri epigastrium dan perkembangan pesat dari edema. Preeklamsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklamsia ditegakkan berdasarkan adanya Hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan di atas 20 minggu (Kemenkes, 2023).

2. Etiologi

Etiologi Menurut Maryunani, 2016 yaitu :

- a. Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan satu kesatuan penyakit yang disebabkan oleh kehamilan dan sebab pastinya belum jelas.
- b. Dalam hal ini penyebab timbulnya pre-eklamsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh vasospasme arteriola.
- c. Teori yang banyak dikemukakan sebagai penyebabnya adalah iskemia plasenta atau kurangnya oksigen ke plasenta.
- d. Faktor-faktor lain yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya pre-eklamsia antara lain: Primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, 6 mola hidatidosa, multigravida, mal nutrisi berat, usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia.
- e. Pre-eklamsia dan eklamsia dapat menyebabkan kematian.
- f. Oleh karena itu, wanita yang mempunyai penyakit preeklamsia harus diusahakan agar tidak berlanjut pada eklamsia.

Faktor predisposisi atau terjadinya preeklamsia dan eklamsia, antara lain : a.

Usia ekstrim

- 1) Risiko terjadinya pre-eklamsia meningkat seiring peningkatan usia (peningkatan risiko 1,3 per 5 tahun peningkatan usia) dan dengan interval antar kehamilan (1,5 per 5 tahun interval antara kehamilan pertama dan kedua).
- 2) Risiko terjadinya pre-eklamsia pada wanita usia belasan terutama adalah karena lebih singkatnya.
- 3) Sedang pada wanita usia lanjut terutama karena makin tua usia makin berkurang kemampuannya dalam mengatasi terjadinya respon inflamasi sistemik dan stres regangan hemodinamik.

b. Riwayat pre-eklamsia pada kehamilan sebelumnya: Riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya memberikan risiko sebesar 13,1% untuk terjadinya pre-eklamsia pada kehamilan kedua dengan partner yang sama.

c. Riwayat keluarga yang mengalami pre-eklamsia: Eklamsia dan preeklamsia memiliki kecenderungan untuk diturunkan secara familial.

- d. Penyakit yang mendasari
- 1) Hipertensi kronis dan penyakit ginjal.
 - 2) Obesitas, resistensi insulin dan diabetes.
 - 3) Gangguan thrombofilik.
 - 4) Faktor eksogen: Merokon, stres, tekanan psikososial yang berhubungan dengan pekerjaan, latihan fisik, infeksi saluran kemih.

3. Patofisiologi

Pada preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilakui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Meliyana & Irmawaty, 2024).

Pada preeklamsia yang berat dan eklamsia dapat terjadi perburukan patologi pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh vasospasme dan iskemia. Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai substansi endogen (seperti prostaglandin, tromboxan) yang dapat menyebabkan vasospasme dan agregasi platelet. Penumpukan trombus dan perdarahan dapat mempengaruhi sistem saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan defisit syaraf lokal dan kejang. Nekrosis ginjal dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria. Kerusakan hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap kardiovaskuler meliputi penurunan volume intravaskuler, meningkatnya kardiak output dan peningkatan tahanan pembuluh perifer. Peningkatan hemolisis microangiopati menyebabkan anemia dan trombositopeni. Infark plasenta dan obstruksi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian janin dalam rahim (Meliyana & Irmawaty, 2024).

4. Tanda gejala

Tanda dan Gejala Menurut Maryunani, 2016 yaitu : a. Pre-eklamsia dinyatakan berat bila ada satu diantara gejala-gejala berikut : 1) Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, diukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. 2) Proteinuria 5 gram/24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif. 3) Oliguria, urine 400 ml/24 jam atau kurang. 4) Edema paru-paru, sianosis. 5) Tanda gejala lain yaitu sakit kepala yang berat, masalah penglihatan, pandangan kabur dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual atau muntah serta emosi mudah marah. 6) Pertumbuhan janin intrauterine terlambat. 7) Adanya HELLP Syndrome (H = Hemolysis, ELL Elevated Liver Enzym, P = Low Platelet Count).

b. Menentukan edema 1) Kriteria menentukan adanya edema adalah : Nilai positif jika pitting edema di daerah tibia, lumbosakral, wajah (kelopak mata) dan tangan, terutama

setelah malam tirah baring. 2) Bila sulit menentukan tingkat edema, maka metode yang digunakan adalah sebagai berikut : + = Sedikit edema pada daerah kaki pretibia. ++ = Edema ditentukan pada ekstremitas bawah. +++ = Edema pada muka, tangan, abdomen bagian bawah. ++++ = Anasarka disertai asites. c. Protein positif artinya jumlah protein lebih dari 0,3 gram per liter urine 24 jam atau lebih dari 2 gram per liter sewaktu. Urine diambil dengan penyadapan/kateter. + = 0,3 gram protein per liter. ++ = 1 gram protein per liter. +++ = 3 gram protein per liter. ++++ > = 10 gram per liter. d. Kenaikan berat badan berlebih jika berat badan naik dari 500 gram per minggu atau 2000 gram per bulan.

5. Klasifikasi preeklamsia

Menurut Prawirohardjo, 2020 Preeklamsia dapat dibagi menjadi preeklamsia ringan dan preeklamsia berat : a. Preeklamsia Ringan Preeklamsia ringan adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel. Preeklamsia ringan didefinisikan berdasarkan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/edema setelah kehamilan 20 minggu. 1) Hipertensi : sistolik/diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Kenaikan sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan diastolik ≥ 15 mmHg tidak dipakai lagi sebagai kriteria preeklamsia. 2) Proteinuria : ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq 1+$ dipstik. 3) Edema : edema lokal tidak dimasukkan dalam kriteria preeklamsia, kecuali edema pada lengan, muka dan perut, edema generalisata b. Preeklamsia Berat Preeklamsia berat ialah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam. Preeklamsia digolongkan preeklamsia berat bila ditemukan satu atau lebih gejala sebagai berikut :

1) Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan sudah menjalani tirah baring. 2) Proteinuria lebih 5 g/24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif. 3) Oliguria, yaitu produksi urin kurang dari 500 cc/24 jam. 4) Kenaikan kadar kreatinin plasma. 5) Gangguan visus dan serebral : penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur. 6) Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat teregangnya kapsula Glisson). 7) Edema paru-paru dan sianosis. 8) Hemolisis mikroangiopatik. 9) Trombositopenia berat : < 100.000 sel/mm³ atau penurunan trombosit dengan cepat. 10) Gangguan fungsi hepar (kerusakan hepatoselular) : peningkatan kadar alanin dan aspartate aminotransferase 11) Pertumbuhan janin intrauterin yang terhambat. 12) Sindrom HELLP.

Klasifikasi preeklamsia berdasarkan usia kehamilan (Chang, Seow, and Chen 2023) sebagai berikut: Tabel 1: Klasifikasi preeklamsia Usia Kehamilan (UK) Terminologi UK <34 minggu Preeklamsia awitan dini UK ≥ 34 minggu Preeklamsia awitan lambat UK <37 minggu Preeklamsia prematur UK ≥ 37 minggu Preeklamsia

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Maryunani, 2016 Selain anamnesa dan pemeriksaan fisik, pada kecurigaan adanya pre-eklamsia sebaiknya diperiksa juga : a. Pemeriksaan darah rutin serta kimia darah: Urium-kreatinin, SGOT, LDH, bilirubin. 13 b. Pemeriksaan urine: Protein, reduksi, bilirubin, sedimen. c. Kemungkinan adanya pertumbuhan janin terhambat dengan konfirmasi USG (bila tersedia). d. Kardiotokografi untuk menilai kesejahteraan janin.

7. Faktor risiko

Faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya preeklamsia antara lain usia ibu hamil berisiko, nuliparitas, primigravida, obesitas, riwayat diabetes melitus,

riwayat hipertensi kronik, riwayat penyakit ginjal, riwayat preeklampsia, riwayat preeklampsia keluarga, jarak antar kehamilan, tingkat sosio-ekonomi yang rendah, dan penyakit autoimun (Sudarman, Tendean, and Wagey 2021). Studi lain mengatakan faktor risiko preeklampsia terdiri dari antiphospholipid syndrome, relative risk preeklampsia, pernah preeklampsia sebelumnya, insulin-dependent diabetes, kehamilan kembar, nullipara, ada riwayat preeklampsia dalam keluarga, obesitas, umur diatas 40 tahun dan hipertensi (English, Kenny, and McCarthy 2015; Ismawati 2021).

8. Diagnosis preeklampsia

Secara internasional, preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi gestasional yang baru timbul (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg) terkait dengan proteinuria, disfungsi organ ibu (hati, neurologis, hematologis, atau ginjal), atau disfungsi uteroplasenta pada kehamilan usia kehamilan 20 minggu atau lebih. Preeklampsia dapat berkembang untuk pertama kalinya saat intrapartum atau postpartum. Preeklampsia juga dapat didiagnosis pada wanita dengan hipertensi kronis yang baru timbul, proteinuria, disfungsi organ ibu, atau disfungsi uteroplasenta yang konsisten dengan preeklampsia. Eklamsia terjadi ketika ada kejang pada keadaan preeklampsia (Fox et al. 2019).

9. Screening preeklampsia

Pelaksanaan skrining preeklampsia selama kehamilan sangat penting untuk dilakukan secara dini untuk mencegah terjadinya risiko preeklampsia selama kehamilan dengan berbagai pedoman skrining dan model skrining baik di Negara maju dan Negara berkembang untuk mencegah terjadinya preeklampsia (Kurniati and Rokhanawati 2022). Skrining untuk preeklampsia dilakukan secara berkala selama kehamilan. Tujuan skrining adalah untuk mengidentifikasi dan mendiagnosis kondisi secara dini, untuk memungkinkan pemantauan dan manajemen penyakit yang efektif. Pengukuran tekanan darah dan pengujian proteinuria telah lama menjadi alat skrining untuk preeklampsia dan merupakan komponen inti dari kriteria diagnostik. Selain itu Pendekatan untuk mengidentifikasi wanita berisiko tinggi untuk preeklampsia menggunakan faktor risiko berdasarkan pedoman National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dan American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Chaemsaihong et al. 2022; Tan et al. 2018).

10. Dampak preeklampsia pada ibu dan bayi

Patogenesis preeklampsia sangat kompleks dan belum sepenuhnya dipahami, namun diketahui melibatkan disfungsi plasenta, peradangan sistemik, dan stres oksidatif seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Plasenta abnormal terjadi karena kegagalan remodeling arteri spiral, yang mengakibatkan resistensi lebih tinggi terhadap aliran darah plasenta dan hipoperfusi plasenta. Hal ini menyebabkan iskemia plasenta kronis dan berkurangnya aliran darah ke janin yang sedang berkembang. Proses maladaptif ini dapat memicu hipoksia janin dan dampak buruknya termasuk IUGR, kelahiran prematur (baik spontan maupun iatrogenik), oligohidramnion, solusio plasenta, gawat janin, dan kematian janin dalam rahim. Frekuensi komplikasi pada janin berbeda-beda tergantung pada timbulnya preeklampsia. Preeklampsia dini telah dikaitkan dengan tingkat dampak buruk yang jauh lebih tinggi pada janin, termasuk IUGR, oligohidramnion, dan kematian janin (Fox et al. 2019).

Terapi pencegahan preeklampsia dimaksudkan untuk menunda timbulnya gangguan, atau meminimalkan dampak keparahan penyakit. Salah satu terapi yang paling banyak

dipelajari untuk pencegahan preeklamsia adalah pemberian aspirin dosis rendah. The US Preventive Services Task Force (USPSTF) dan the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) saat ini merekomendasikan penggunaan aspirin dosis rendah untuk pencegahan preeklamsia pada wanita berisiko tinggi (Grotegut 2016; Poon and Sahota 2019). Selain aspirin dosis rendah, pencegahan atau pengobatan preeklamsia termasuk antioksidan (vitamin C dan E), vitamin D, suplemen kalsium, minyak ikan, oksida nitrat suplemen, donor oksida nitrat, asam folat, penurunan berat badan, obat antihipertensi, metformin dan aktivitas fisik (Grotegut 2016; Omotayo et al. 2016; Poon and Sahota 2019).

B. Fetal hipoksia

1. Pengertian

Hipoksia janin merupakan komplikasi atau permasalahan yang terjadi dalam masa kehamilan yang dapat mengganggu dan membahayakan kesehatan ibu dan janin. Selama kehamilan, ibu hamil berusaha menghindari munculnya masalah kehamilan.

Fetal hipoksia atau hipoksia janin adalah kondisi kritis di mana janin tidak menerima pasokan oksigen yang cukup selama masa kehamilan atau proses persalinan. Kondisi ini sering disebut juga sebagai **gawat janin** (*fetal distress*).

Hipoksia prenatal (PH) merupakan ciri umum dari lingkungan intrauterin suboptimal yang memengaruhi perkembangan janin (Yao et al., 2022).

2. Etiologi

Etiologi atau penyebab fetal hipoksia sangat beragam dan secara garis besar diklasifikasikan berdasarkan asal gangguannya. Berikut adalah faktor-faktor penyebab utamanya:

- a) Faktor Maternal (Ibu): Kondisi seperti hipertensi gestasional dapat memicu insufisiensi suplai darah ke plasenta, yang menurunkan fungsi plasenta dan menyebabkan hipoksia.
- b) Faktor Uteroplasenta: Gangguan pada vaskularisasi rahim dan plasenta menghambat peningkatan aliran darah yang diperlukan selama kehamilan, sehingga membatasi asupan oksigen dan nutrisi ke janin.
- c) Faktor Tali Pusat (Umbilikal): Gangguan aliran darah pada tali pusat (seperti kompresi atau lilitan) secara langsung menghentikan transfer oksigen dari ibu ke janin.
- d) Faktor Janin: Kondisi spesifik pada janin itu sendiri yang menghambat penyerapan atau penggunaan oksigen secara efektif.

3. Patofisiologi

Patofisiologi fetal hipoksia berpusat pada gangguan transportasi oksigen dari ibu ke janin yang dapat terjadi selama kehamilan maupun persalinan. Proses ini umumnya melibatkan mekanisme berikut:

- a) Gangguan Transportasi Oksigen: Kondisi seperti anemia pada ibu mengganggu kapasitas pengangkutan oksigen, sehingga jumlah oksigen yang mencapai plasenta berkurang.
- b) Disfungsi Plasenta dan Cairan Ketuban: Masalah seperti Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat mengganggu kesejahteraan janin karena paru-paru belum berfungsi optimal, terutama pada kelahiran preterm.

- c) Adaptasi Janin: Sebagai respon terhadap kekurangan oksigen, janin mungkin mengalami hambatan pertumbuhan intrauterin (*Intrauterine Growth Restriction/IUGR*) sebagai mekanisme pertahanan
- d) Dampak Lanjut: Hipoksia berat dapat menyebabkan penumpukan cairan abnormal (*Hidrops Fetalis*) atau kerusakan desidua plasenta jika terjadi kematian janin, yang kemudian menurunkan kadar fibrinogen ibu .

4. Faktor terjadinya fetal hipoksia

Hipoksia dapat timbul dari beberapa faktor ibu, plasenta, dan janin. Kondisi ibu seperti anemia, gangguan pernapasan, dan penyakit kardiovaskular dapat mengganggu pengiriman oksigen ke janin. Hipoksia selama kehamilan mengacu pada suatu kondisi ketika pasokan oksigen ke ibu dan janin tidak memadai yang dapat berdampak signifikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Hal ini terjadi ketika ketersediaan oksigen rendah di lingkungan, seperti didataran tinggi dapat mengalami penurunan saturasi oksigen, yang memengaruhi pasokan oksigen janin. Jenis ini terjadi ketika hemoglobin atau sel darah merah tidak cukup untuk mengangkut oksigen yang cukup ke jaringan. Kondisi seperti anemia ibu dapat memengaruhi pengiriman oksigen janin secara signifikan, yang menyebabkan potensi komplikasi. Kondisi ini sering dikaitkan dengan masalah kesehatan ibu seperti preeklamsia. Pada tipe ini, jaringan tidak dapat memanfaatkan oksigen secara efektif, sering kali karena zat beracun yang memengaruhi respirasi seluler. Paparan ibu terhadap racun atau obat-obatan tertentu dapat menyebabkan hipoksia histotoksik, oksigenasi (Astutik Yuli & Ertiana Dwi, 2018).

5. Risiko fetal hipoksia

Hipoksia yang terjadi pada janin menyebabkan kerusakan permanen sistem saraf pusat dan organ lain sehingga terjadi kecacatan sampai kematian. Asfiksia neonatus disebabkan oleh hipoksia pada janin. Selain itu, hipoksia yang berkepanjangan juga dapat menyebabkan kerusakan pada plasenta dan mitokondria, sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin.

6. Klasifikasi fetal hipoksia

Klasifikasi fetal hipoksia menurut pedoman terbaru (FIGO, ACOG, dan NICE) didasarkan pada interpretasi sinyal Cardiotocography (CTG) yang memantau denyut jantung janin (DJJ) dan kontraksi rahim .

Secara umum, klasifikasi CTG dibagi menjadi tiga kategori utama untuk menentukan derajat hipoksia:

1. Normal (Kategori I): DJJ antara 110–160 bpm, variabilitas sedang (6–25 bpm), dan tidak ada deselerasi berulang. Kondisi ini menunjukkan janin teroksigenasi dengan baik.
2. Mencurigakan/Suspicious (Kategori II): Terdapat pola yang tidak memenuhi kriteria normal tetapi tidak sepenuhnya abnormal, memerlukan pemantauan ketat .
3. Abnormal/Patologis (Kategori III): Menunjukkan risiko tinggi hipoksia janin yang memerlukan intervensi segera .

Revisi terbaru tahun 2024 memperkenalkan jenis hipoksia baru terkait Insufisiensi Uteroplasenta Relatif pada Persalinan (RUIP-L) untuk meningkatkan kapasitas diagnostik dan mengurangi variabilitas antar observer. Klasifikasi ini bertujuan mengenali respons kompensasi janin terhadap stres mekanis selama persalinan .

7. **Penanganan fetal hipoksia** penanganan fetal hipoksia berfokus pada pemulihan aliran oksigen ke janin guna mencegah kerusakan jaringan permanen atau kematian. Langkah-langkah penanganan meliputi:

- a) Deteksi Dini dan Pemantauan: Melakukan pemantauan ketat terhadap denyut jantung janin dan pergerakan janin untuk mengidentifikasi tanda-tasi gawat janin secara cepat .
- b) Koreksi Kondisi Ibu: Menangani penyebab mendasar pada ibu, seperti mengatasi anemia selama kehamilan, karena anemia dapat mengganggu transportasi oksigen ke janin .
- c) Resusitasi Intrauterin: Memberikan oksigen tambahan kepada ibu, mengubah posisi tidur ibu ke miring kiri untuk memaksimalkan aliran darah ke plasenta, dan hidrasi cairan intravena.
- d) Terminasi Persalinan: Jika kondisi hipoksia menetap atau memburuk, tim medis mungkin harus segera melakukan persalinan melalui operasi Caesar atau bantuan alat (vakum/forsep) untuk menyelamatkan janin.
- e) Perawatan Pasca Kelahiran: Memberikan bantuan napas atau perawatan intensif (NICU) jika hipoksia berlanjut hingga setelah kelahiran



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB III TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY S USIA 48 TAHUN G5P4A0 HAMIL 37+5 MINGGU DENGAN PREEKLAMSI DAN FETAL HIPOKSIA

No. Register : -

Masuk tanggal/ jam : 16 desember 2025

Nama Pengkaji : Nurul fajila

A. DATA SUBYEKTIF

- | 1. Identitas | Ibu | Suami Nama |
|--------------|------------------|----------------|
| Nama | : Ny. S | Tn. E |
| Umur | : 48 tahun | 49 tahun |
| Agama | : Islam | Islam |
| Suku/Bangsa | : Jawa/Indonesia | Jawa/Indonesia |
| Pendidikan | : SD | SD |
| Pekerjaan | : IRT | Buruh |
| No. Telp | : 0813 xxxx xxxx | 0812 xxxx xxxx |
| Alamat | : Kalijirek | Kalijirek |
2. Keluhan Utama : pasien datang sendiri G5P4A0 hamil 37+5 hari ingin memeriksakan dirinya dan kehamilannya,ibu mengatakan tekanan darah tinggi sejak bulan oktober, keluar lendir darah, air kutuban di rasa belum keluar , dan kenceng kenceng sejak semalam sekitar pukul 22.00 WIB tanggal 15-12-2025 pusing (-), Nyeri uluh hati (-), pandangan kabur (-)Riwayat perkawinan
- a. Kawin : 1 kali
 - b. Pernikahan ke : 1
 - c. Umur saat menikah : 18 tahun
 - d. Lamanya menikah : 30 tahun
3. Riwayat Menstruasi
- a. Menarche usia : 12 tahun

- b. Siklus : 28 hari
 - c. Lama : 5-7 hari
 - d. Sifat darah : normal
 - e. Bau : khas/ amis
 - f. Flour albous : menjelang menstruasi, tidak gatal
 - g. Disminorhea : Ya
 - h. Banyaknya : 2-3 kali Ganti pembalut
4. Riwayat Obstetri : G5P4A0
 5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu :
 riwayat kehamilan :
 Ibu mengatakan pada saat kehamil an anak pertama sampai anak ke 4 tidak ada keluhan, tidak pernah di rawat di rs riwayat persalinan :
 Anak 1 : Lahir pada tanggal 19-07-1997 di BPM usia hamil aterm jenis persalinan spontan, penolong bidan, jenis kelamin perempuan keadaan hidup.
 Anak 2 : Lahir pada tanggal 04-06-1999 di rumah usia hamil 9 bulan, jenis persalinan spontan, penolong bidan, jenis kelamin laki-laki, keadaan hidup.
 Anak 3 : Lahir pada tanggal 22-07-2011 di PKM usia hamil 9 bulan jenis persalinan spontan, penolong bidan, jenis kelamin laki-laki keadaan hidup. Anak 4 : Lahir pada tanggal 18-10-2017 di PKM usia hamil 9 bulan jenis persalinan spontan, penolong bidan, jenis kelamin perempuan keadaan hidup. riwayat nifas : normal
 7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan: Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi dan dan setelah persalinan ibu akan dilakukan Kontrasepsi MOW
 8. Riwayat Kesehatan
 Ibu mengatakan bahwa ibu dan suami tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya , dan memiliki tekanan darah tinggi sejak kehamilan sekarang yaitu pada bulan oktober di trimester ke 2 kehamilan dan ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan/ anc di puskesmas, dan tidak mengalami diabetes melitus antung, TBC, sifilis, HIV/AIDS, asma, dan tidak ada riwayat operasi dan tidak ada alergi obat.
 9. Riwayat Kesehatan Keluarga
 Keluarga tidak sedang ataupun pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, ginjal, batuk lama (TBC atau difteri), hepatitis, IMS dan HIV/AIDS, tidak memiliki riwayat penyakit kanker payudara

10. Riwayat gynekology ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit gynekologi seperti radang panggul, ca cervix, ca ovarium, perdarahan pervaginam

11. Aktifitas sehari-hari

a. Pola Nutrisi

- Makan : 3x/ hari, 1 piring sedang, jenis bervariasi keluhan tidak ada
- Minum : 2L /hari, porsi 8 gelas , jenis air putih, teh, keluhan tidak ada

b. Pola eliminasi

- BAB : 1-2x/hari, warna kuning, konsentrasi lembek berbentuk, bau has tinja, keluhan tidak ada
- BAK : 6-7x/hari, warna kuning jernih, bau khas urine, keluhan tidak ada
- Keluhan : Tidak ada

c. Pola Aktivitas

Kegiatan sehari : Membersihkan rumah seperti ibu rumah tangga pada umumnya

Keluhan : Tidak ada

Istirahat dan tidur : 8 jam/ hari, 2 jam tidur pada siang hari dan 6-8 jam pada malam hari

Keluhan : Tidak ada

Personal hygiene : Mandi 2x/hari, gosok gigi 2-3x/hari , mencuci rambut 3-4x/minggu, ganti pakaian 2x/ hari

d. Pola Seksualitas : 1x/minggu, keluhan tidak ada , terakhir berhubungan : -

12. Riwayat Psikososial dan spiritual

- a. Suami dan keluarga sangat menerima kehamilan dan menantikan kehamilan
- b. Keluarga sangat mendukung dan memberi support kepada ibu
- c. Perencanaan persalinan
 - Tempat : Rumah Sakit
 - Penolong : Bidan
 - Pendamping : Suami dan keluarga
 - Transportasi : Suami
 - Pendonor : Keluarga

- d. Merawat bayi : dibantu oleh suami
 - e. Kegiatan beribadah : sholat 5 waktu dan mengaji
 - f. Kegiatan sosial : Berhubungan baik dengan tetangga dan warga sekitar rumah
 - g. Persiapan keuangan : sudah disiapkan selama kehamilan
13. Keadaan lingkungan : tidak mempunyai hewan peliharaan dan keadaan lingkungan bersih.

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Compos mentis

b. Tanda vital :

TD : 161/102 mmHg

Nadi : 76 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,5°C

c. Antropometri

BB sebelum hamil : 56 kg IMT : 23,2

BB saat ini : 66 kg TB : 155 cm Lila : 25 cm d. pemeriksaan head to toe

Kepala : bersih, Tidak ada pembengkakan dan benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada perdarahan, tidak ada keluhan

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada benjolan pada vena jugularis
wajah : Tidak Pucat, tidak ada edema, tidak ada chloasma gravidarum, tidak ada kebiruan

Mata : Konjunctiva tidak pucat, tidak ada ikterus, sclera mata normal

Telinga : simetris, tidak ada kelainan pada telinga bagian luar, tidak ada cairan dan tidak ada penggumpalan serumen

Hidung : normal, tidak ada polip, tidak ada kotoran, tidak ada perdarahan

Bibir dan mulut : tidak pucat, tidak ada bibir pecah-pecah, gigi tidak berlubang, tidak ada karies pada gigi, tidak ada tonjolan tonsil

Dada : tidak ada retraksi dinding dada

Payudara : Simetris, puting menonjol, areola cokelat kehitaman, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada cekungan kedalam, tidak ada pengeluaran cairan

Abdomen : Tidak ada bekas luka,tidak ada linea nigra, tidak ada strie, tidak ada nyeri tekan

Palpasi :

Tidak ada bekas luka,tidak ada linea nigra, tidak ada strie, tidak ada nyeri tekan

Palpasi :

leopod 1 : teraba lunak bulat = bokong janin, tfu 2 jari di bawa px, tfu mcd : 32 cm

leopod 2 : perut sebelah kanan teraba memanjang keras = punggung janin

perut sebelah kiri teraba bagian kecil-kecil = ekstermitas atas dan bawah

leopod 3 : teraba keras bulat = kepala

leopod 4 : sudah masuk panggul / divergen

tbj : 3255 gram

DJJ : 118 x/menit

his : 2-3 kali dalam 10 menit lamanya 20-25 detik

Genetalia : tidak ada odema, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini

Pemeriksaan dalam : Vulva dan uretra tenang, dinding vagina tidak ada benjolan, teraba licin, portio tebal lunak, pembukaan serviks 2 cm ,

selaput ketuban utuh (+), Presentasi kepala, Uterus kecil di jam 01.00 , penurunan kepala di hodge 2, STLD (+).

Penilaian sarung tangan : terdapat lendir darah

Anus : tidak ada hemoroid

Ekstermitas atas : Tidak ada edema, kuku tidak pucat, tidak ada varises

ekstremitas bawah : Tidak ada edema, kuku tidak pucat, tidak ada varises reflek patella (+) pada kaki kiri dan kanan

e. Pemeriksaan penunjang :

pada tanggal 16-12-2025 dilakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan hasil :

hb : 11.7 g/dl

Leukosit : 12.3

Hematokrit : 33

Eritrosit : 3,9

Trombosit : 208 fL golda

: B

Gds : 94 mg/dl Protein urine : negatif tripel
eliminasi: HBsAg , vct, sipilis : non reaktif.

Pt :10.4 detik

Aptt : 25.6 detik

SGOT : 16 U/L

SGPT : 5 U/L

Ureum : 14 mg/dl

Creatin : 0.52 mg/dl

Pemeriksaan USG pada tanggal 16-12-2025

Presentasi : kepala

Diameter biparietal (BDP) : 9,69

FL : 7,49

AC : 29,77

TBJ : 2836 Gram Kehamilan sesuai

: 37+2 plasenta berimplamantasi di :

fundus

Air ketuban: cukup

ICK : -

Kesimpulan : Tampak janin Janin tunggal hidup tunggal intrauterin FHR (+) 150bpm,
plasenta insersi di fundus, AK kesan cukup

Pemeriksaan CTG pada tanggal 16-12-

2025 Presentasi : kepala variabilitas : 5-15

Baseline : 118 x/m

Akselerasi : +

Kontraksi : + deselerasi

: -

Fetal Movment : +

Kesimpulan : CST kategori II

Pemeriksaan ekg dilakukan pada tanggal 16-12-2025

Sinus rhythm, hr 63x/m normoaxis

C. ANALISA

Ny S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu inpartu kala I fase laten dengan reeklamsia dan fetal hipoksia

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal 16 desember 2025 jam 11.00 WIB

Tanggal 16 desember 2025 jam 11.00 WIB

1. Memberitahu keluarga pasien mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

keadaan umum : Baik

TD : 161/102 mmHg

N : 76

S : 36,5

RR : 20

spo2 : 98%

djj : 118x/m

hb : 11.6 g/dl

Leukosit : 12.3

Hematokrit : 33

Eritrosit : 3,9

Trombosit : 208 fL

gds : b

Gds : 94 mg/dl

Protein urine : negatif

tripel eliminasi: HBsAg , vct, sipilis : non reaktif.

Evaluasi ibu paham mengenai hasil pemeriksaan

2. Melakukan pemeriksaan dalam dapatkan Pemeriksaan dalam : Vulva dan uretra tenang, dinding vagina tidak ada benjolan, teraba licin, potrio tebal lunak, pembukaan serviks 2 cm , selaput ketuban utuh (+), Presentasi kepala, Ubun-ubun kecil di jam 01.00 , penurunan kepala di hodge 2, STLD (+).

Penilaian sarung tangan : terdapat lendir darah

3. Melakukan pemasangan infus 20 tpm dan kateter urine

4. Melakukan kolaborasi dengan spog

advice spog : protab PEB, resusitasi janin, ctg ulang post resusitasi, sc emergency/ cyto dengan profilaksis cefazolin 2 gr sebelum tindakan, persiapan darah 1 kolf prc, konsul dokter spesialis anastesi.

5. pukul 10.00 Melakukan injeksi mgso4 4 gram initial dose dan lanjut maintenance 1 gr/jam selama 24 jam, pukul 10.20 pemberian nifedipine 3x10 mg PO, dopamet 3x500 mg.

dan pukul 10.10 resusitasi janin dengan pemasangan o2 3l/menit, pemberian injeksi dexamethasone 10 mg secara iv, dan ibu duposisikan miring kiri.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis anastesi dengan advice acc cyto, Injeksi ranitidine 50 mg dan injeksi metoklopramid 10 mg

6. melakukan edukasi dan informed consent kepada keluarga bahwasanya advice dari dokter disarankan untuk operasi SC karena ada banyak faktor resiko yaitu usia, kondisi ibu dengan tekanan darah tinggi dan janin dengan fetal hipoksia dan memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwasanya ibu sudah tidak boleh makan dan minum tujuannya untuk mencegah aspirasi (masuknya isi lambung ke saluran napas) saat pembiusan, Mengurangi risiko komplikasi anastesi dan Menjaga keselamatan pasien selama dan setelah operasi.

Evaluasi : keluarga menyetujui dan Terakhir makan pukul 07.00 WIB dan terakhir minum pukul 10.30 WIB

9. dalam pemberian Mgso4 dilakukan pemantauan yaitu reflek patella + , respirasi ≥ 16 x/m dan jumlah urine minimal 0.5 ml/kg BB/jam atau 30 ml/jam dan melihat tanda-tanda keracunan mgso4 dengan menyediakan calsium glukonas.

Evaluasi : reflek patella +, respirasi lebih dari 16x/m , urine lebih dari batas minimal dan tlah tersedia calsium glukonas

12. Pantau KU , DJJ, Inpending eklamsi, dan eklamsia

Evaluasi : KU baik dan tidak ada tanda-tanda inpending eklamsi dan eklamsi

13. Pukul 11.10 dilakukan pemberian Injeksi ranitidine 50 mg dan metoklopramid 10 mg secara iv

Evaluasi : Tlah diberikan injeksi sesuai advice

14. pukul 11.30 pasien dikirim ke IBS dan tindakan selanjutnya yaitu operasi emergency denga dokter spog

15. Melakukan operan dengan perawat IBS yaitu profilaksis cefazolin 2 mg dan cek djg hasil djg 120x/menit

16. Melakukan dokumentasi

BAB IV PEMBAHASAN

A. Subyektif

Setelah dilakukan pengkajian data subyektif dan objektif pada Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu, diperoleh hasil bahwa ibu datang dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dan nyeri perut seperti kenceng-kenceng sejak malam hari. Ibu memiliki riwayat tekanan darah tinggi sejak bulan Oktober 2025. Pada saat pemeriksaan, ibu tidak mengeluhkan pusing, nyeri ulu hati, maupun pandangan kabur. Namun, hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 161/102 mmHg yang termasuk dalam kategori preeklamsia.

Menurut teori, preeklamsia adalah suatu kondisi hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu yang dapat disertai dengan proteinuria atau tanda gangguan organ lainnya, dan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu serta perinatal (Prawirohardjo, 2020). Faktor risiko terjadinya preeklamsia antara lain usia ibu ≥ 35 tahun, multiparitas, dan riwayat hipertensi (Cunningham et al., 2018). Pada kasus Ny. S, usia ibu yang sudah 48 tahun dan status multigravida (G5) menjadi faktor risiko yang kuat terhadap terjadinya preeklamsia.

Preeklamsia dapat menyebabkan gangguan aliran darah uteroplasenta akibat vasospasme pembuluh darah, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke janin menjadi berkurang. Kondisi ini dapat mengakibatkan fetal hipoksia atau gawat janin (Prawirohardjo, 2020). Hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan CTG pada Ny. S yang menunjukkan baseline denyut jantung janin 118 x/menit dengan variabilitas 5–15 dan dikategorikan sebagai CST kategori II, yang menandakan adanya gangguan kesejahteraan janin.

B. Obyektif

Berdasarkan data objektif pada Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu, diperoleh keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 161/102 mmHg yang memenuhi kriteria preeklamsia, dengan nadi 76 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,5°C.

Menurut tirnegoro (2020), tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu merupakan tanda utama preeklamsia. dan diperkuat dengan penelitian (Ismawati 2021) Preeklampsia adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi (hipertensi) dan sering disertai adanya protein dalam urin (proteinuria) setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu. Kondisi ini dapat memengaruhi berbagai organ, termasuk ginjal, hati, otak, dan plasenta. Preeklampsia merupakan bagian dari spektrum hipertensi dalam kehamilan, yang juga mencakup hipertensi gestasional dan eklampsia.

Teori tersebut didukung oleh penelitian (Haryani 2022) Berdasarkan hasil pada Tabel 3, diketahui nilai $p = 0.000 (< 0.05)$, maka disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil dan kejadian preeklampsia

Pemeriksaan CTG menunjukkan baseline 118 x/menit dengan variabilitas 5–15 dan dikategorikan sebagai CST kategori II. Menurut ACOG (2020), CTG kategori II menandakan adanya kemungkinan fetal hipoksia sehingga memerlukan pemantauan ketat

dan tindakan segera. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan air ketuban cukup, namun kondisi CTG menguatkan adanya gangguan kesejahteraan janin.

C. Analisa

Dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif didapatkan analisa Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu dengan preeklamsia dan fetal hipoksia. Hal ini didukung oleh hasil pemeriksaan tekanan darah 161/102 mmHg yang memenuhi kriteria hipertensi pada kehamilan serta hasil CTG dengan baseline denyut jantung janin 118 x/menit dan variabilitas 5–15 yang termasuk kategori II, menandakan adanya gangguan kesejahteraan janin. Menurut teori, preeklamsia adalah hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dan dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta sehingga menimbulkan fetal hipoksia (Prawirohardjo, 2020). Usia ibu ≥ 35 tahun dan multiparitas merupakan faktor risiko terjadinya preeklamsia (Cunningham et al., 2018), sedangkan fetal hipoksia ditandai dengan perubahan denyut jantung janin dan hasil CTG kategori II atau III (ACOG, 2020).

D. Penatalaksanaan

Berdasarkan kasus pada Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu dengan preeklamsia dan fetal hipoksia maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter spog. dilakukan secara kolaboratif dan komprehensif, meliputi pemantauan ketat keadaan umum, tekanan darah, denyut jantung janin, dan tanda-tanda impending eklamsia. Dilakukan pemasangan infus RL dan kateter urine, pemberian oksigen serta posisi miring kiri sebagai resusitasi intrauterin. Terapi farmakologis diberikan berupa magnesium sulfat sebagai profilaksis kejang, antihipertensi nifedipin dan dopamet untuk menurunkan tekanan darah, serta pemantauan refleks patella, respirasi, dan diuresis untuk mencegah toksisitas $MgSO_4$. dan hasil CTG kategori II yang menunjukkan fetal hipoksia, dan pembukaan sudah 2 cm maka atas advis dokter spesialis obstetri dan ginekologi diputuskan untuk dilakukan persalinan dengan seksio sesarea sebagai tindakan definitif guna mencegah komplikasi lebih lanjut pada ibu dan janin.

Menurut Kemenkes RI (2023) dan ACOG (2023), pada preeklamsia dengan kondisi maternal memburuk atau disertai gawat janin, pengakhiran kehamilan harus segera dilakukan. Metode persalinan ditentukan berdasarkan kondisi ibu dan janin, dan seksio sesarea menjadi pilihan bila persalinan pervaginam dinilai berisiko tinggi.

BAB V PENUTUP

a. Kesimpulan

- 1) Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu mengalami preeklamsia disertai fetal hipoksia yang dipengaruhi oleh faktor usia ibu ≥ 35 tahun dan multiparitas.
- 2) Dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif didapatkan analisa Ny. S usia 48 tahun G5P4A0 hamil 37+5 minggu inpartu kala I fase laten dengan preeklamsia dan fetal hipoksia berdasarkan tekanan darah tinggi dan hasil CTG kategori II.
- 3) Penatalaksanaan dilakukan secara kolaboratif meliputi pemberian magnesium sulfat, terapi antihipertensi, pemantauan ketat ibu dan janin, serta pengakhiran kehamilan dengan seksio sesarea, yang telah sesuai dengan pedoman Kementerian Kesehatan RI dan teori terbaru.

b. Saran

Saran dalam hal ini ditunjukkan khusus kepada Ny.S Diharapkan mematuhi seluruh anjuran tenaga kesehatan, melakukan kontrol pasca persalinan secara rutin, mengonsumsi obat sesuai resep, menjaga pola istirahat dan asupan nutrisi, serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya seperti sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, atau tekanan darah meningkat, guna mencegah terjadinya komplikasi lanjutan.



DAFTAR PUSTAKA

- Amallia Siti. (2020). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum*
- Ayele, Alemu Degu, and Zemenu Alemu Tilahun. 2022. "Determinants of Pre-Eclampsia among Women Attending Delivery Services in Public Health Institutions of Debre Tabor Town: A Case-Control Study." *Reproductive Health* 19(157):1–8. doi: 10.1186/s12978-022-01463-1. Badan Pusat Statistik. 2022. *Profil Kesehatan Ibu Dan Anak 2022*
- Bhorat, I., Buchmann, E., Soma Pillay, P., Nicolaou, E., Pistorius, L., Smuts, I., & Velaphi, S. (2023). Cerebral palsy and its medicolegal implications in low-resource settings – the need to establish causality and revise criteria to implicate intrapartum hypoxia: A narrative review. In *South African Medical Journal* (Vol. 113, Issue 7, pp. 1263–1267). South African Medical Association. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2023.v113i7.229>
- English, Fred A., Louise C. Kenny, and Fergus P. McCarthy. 2015. "Risk Factors and Effective Management of Preeclampsia." *Integrated Blood Pressure Control* 8:7–12. doi: 10.2147/IBPC.S50641.
- Fox, Rachael, Jamie Kitt, Paul Leeson, Christina Y. L. Aye, and Adam J. Lewandowski. 2019. "Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on the Offspring." *Journal of Clinical Medicine* 8(10):1–22. doi: 10.3390/jcm8101625.
- Grotegut, Chad A. 2016. "Prevention of Preeclampsia." *The Journal of Clinical Investigation* 126(12):4396–98. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102481.
- Haile, Teklehaimanot Gereziher, Nega Assefa, Tadesse Alemayehu, Teklewoini Mariye, Gebreamlak Gebremedhn, Geberemeskel, Degenah Bahrey, Guesh Mebrahtom, Biniyam Demisse, Hailemikaël Gebrekidan, and Tamirat Getachew. 2021. "Determinants of Preeclampsia among Women Attending Delivery Services in Public Hospitals of Veriet al. Preeclampsia: patofisiologi, diagnosi Tigray, Northern Ethiopia: A CaseControl Study." *Journal of Pregnancy* (June):1–8. doi: 10.1155/2021/4654828.
- Haryani AP, Maroef M, Nurainiwati SA. Hubungan Usia Ibu Hamil Berisiko Dengan Kejadian Preeklampsia/Eklampsia Di Rsu Haji Surabaya Periode 1 Januari 2022 -31 Desember 2022. *Saintika Medika*. 2015;11(1):27-33. doi:https://ejournal.umm.ac.id/index.php/sainmed/article/view/4192/4555
- Ismawati. 2021. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di UPT Puskesmas Ulaweng Kecamatan Ulaweng Kabupaten Bone Tahun 2020." *Jurnal Suara Kesehatan* 7(2):50–69. doi: 10.56836/journaliskb.v7i2.43.
- Karrar, Shahd A., and Peter L. Hong. 2023. *Preeclampsia*
- Kemenkes. (2021). *Turunkan AKI/AKB, Kemenkes Pertajam Transformasi Sistem Kesehatan*.
- Matsubara, Keiichi, Yuko Matsubara, Yuka Uchikura, and Takashi Sugiyama. 2021. "Pathophysiology of Preeclampsia: The Role of Exosomes." *International Journal of Molecular Sciences* 22(5):1–15. doi: 10.3390/ijms22052572.

- Muccini, A. M., Tran, N. T., Hale, N., McKenzie, M., Snow, R. J., Walker, D. W., & Ellery, S. J. (2022). The Effects of in Utero Fetal Hypoxia and Creatine Treatment on Mitochondrial Function in the Late Gestation Fetal Sheep Brain. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/3255296>
- Omotayo, Moshood O., Katherine L. Dickin, Kimberly O. O'Brien, Lynnette M. Neufeld, Luz Maria De Regil, and Rebecca J. Stoltzfus. 2016. "Calcium Supplementation to Prevent Preeclampsia: Translating Guidelines into Practice in Low-Income Countries." *Advances in Nutrition* 7(2):275–78. doi: 10.3945/an.115.010736.
- Udenze, Ifeoma, Casimir Amadi, Nicholas Awolola, and Christian Chigozie Makwe. 2015. "The Role of Cytokines as Inflammatory Mediators in Preeclampsia." *Pan African Medical Journal* 20(1):1–6. doi: 10.11604/pamj.2015.20.219.5317.
- Sari, Prafista Wulan, Uki Retno Budihastuti, and Eti Poncorini Pamungkasari. 2019. "Path Analysis on the Determinants of Severe Preeclampsia in Surakarta, Central Java." *Journal of Maternal and Child Health* 4(2):126–35. doi: 10.26911/thejmch.2019.04.02.0.



UNISA
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta