

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DAN LETAK SUNGSANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMARANG KABUPATEN GARUT

COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE WITH SEVERE PREECLAMPSIA
AND BREECH POSITION IN THE WORKING AREA OF SAMARANG HEALTH
CENTER, GARUT DISTRICT

Nurgivina Sya'diatulhusni¹, Yulidar Yanti²

¹ Poltekkes Kemenkes Bandung, Email: nurgivina@student.poltekkesbandung.ac.id

² Poltekkes Kemenkes Bandung, Email: yulidaryanti@staff.poltekkesbandung.ac.id

ABSTRACT

The high maternal mortality rate is caused by preeclampsia and breech position. Efforts to prevent preeclampsia/eclampsia include carrying out routine check-ups, administering antihypertensive medication, providing information on the benefits of rest and the importance of maintaining a low-salt diet, as well as efforts made to handle breech pregnancies, namely by knee chest position for the mother. The aim of this report is to implement comprehensive care for severe preeclampsia and breech position. The method used is a case study starting from pregnancy, childbirth, postpartum and newborn babies with a midwifery management approach in the working area of the Samarang Health Center from 38 weeks of gestation, postpartum 1 day to 34 days. The results of care provided to mothers who experience severe preeclampsia include providing antihypertensive medication and education about managing a low-salt diet. Management of midwifery care for births with severe preeclampsia and breech position is to collaborate with a specialist obstetrician for delivery. Based on the obstetrician's advice, the midwife assisted with a vaginal birth using the Bracht technique and the mother was immediately installed with a post-placental contraceptive device. The baby was born in normal condition and during the neonatal visit no problems were found. During the postpartum period, a problem was discovered, namely sore nipples and breastfeeding techniques were taught. Conclusion Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn services have been implemented based on management standards and midwifery services.

Key words: Breech position, Comprehensive midwifery care, Severe preeclampsia

ABSTRAK

Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh preeklampsia dan letak sungsang. Upaya pencegahan preeklampsia/eklampsia antara lain dengan melakukan pemeriksaan rutin, pemberian obat antihipertensi, memberikan informasi manfaat istirahat dan pentingnya mengatur pola makan rendah garam, serta upaya yang dilakukan untuk menangani kehamilan sungsang yaitu dengan cara *knee chest position* (posisi dada-lutut) pada ibu. Tujuan dari laporan ini untuk melaksanakan Asuhan Komprehensif dengan Preeklampsia Berat dan letak sungsang. Metode yang digunakan adalah studi kasus mulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan di wilayah kerja Puskesmas Samarang dari usia kehamilan 38 minggu, nifas 1 hari sampai dengan 34 hari. Hasil asuhan yang diberikan pada ibu yang mengalami preeklampsia berat dengan memberikan obat antihipertensi dan edukasi mengenai mengatur pola makan rendah garam. Penatalaksanaan asuhan kebidanan persalinan dengan preeklampsia berat dan letak sungsang adalah berkolaborasi dengan

dokter spesialis kandungan untuk persalinan. Berdasarkan advice dokter kandungan, bidan membantu persalinan pervaginam dengan teknik Bracht serta ibu langsung dipasang alat kontrasepsi *post placental*. Bayi lahir dalam keadaan normal dan pada saat kunjungan neonatal tidak ditemukan adanya permasalahan. Pada masa nifas, ditemukan permasalahan yaitu puting terasa nyeri dan diajarkan teknik menyusui. Kesimpulan Pelayanan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir telah dilaksanakan berdasarkan standar manajemen dan pelayanan kebidanan.

Kata kunci: Asuhan kebidanan komprehensif, Letak sungsang, Preeklampsia berat

PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perdarahan hebat (kebanyakan perdarahan setelah persalinan), infeksi (biasanya setelah persalinan), komplikasi dari persalinan, aborsi tidak aman dan salah satunya adalah preeklampsia.¹

World Health Organization (WHO) memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju. Prevalensi preeklampsia di negara maju adalah 1,3% - 6%, sedangkan di negara berkembang adalah 1,8% - 18%. Insiden kejadian preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273 per tahun atau sekitar 5,3% dari seluruh kehamilan.³

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) membagi faktor risiko preeklampsia menjadi tiga tingkatan yaitu risiko rendah, sedang dan tinggi. Persalinan dengan bayi cukup bulan sebelumnya termasuk risiko rendah. Nullipara, Indeks Massa Tubuh (IMT) >30 kg/m², riwayat keluarga dengan preeklampsia, karakteristik sosiodemografi, usia >35 tahun, faktor riwayat pribadi (seperti berat bayi lahir rendah sebelumnya dan jarak kehamilan sebelumnya lebih dari 10 tahun) termasuk dalam faktor risiko sedang. Untuk faktor risiko tinggi diantaranya riwayat preeklampsia sebelumnya, kehamilan ganda, hipertensi kronik, diabetes tipe 1 dan 2,

penyakit ginjal dan gangguan autoimun dan penyakit jantung juga menjadi salah satu faktor risiko preeklampsia. Data secara global dan nasional masih menunjukkan angka yang tinggi terkait kejadian preeklampsia.⁴

Preeklampsia memiliki dampak pada ibu sebelum janin dilahirkan dan dampak langsung kepada janin. Dampak langsung pada ibu adalah eklampsia, sedangkan bahaya terbesar adalah jika kemudian muncul sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count*) atau hemolisis, peningkatan enzim hati, dan jumlah trombosit yang rendah. Sindrom HELLP, bersama dengan preeklampsia, mengakibatkan banyak kematian pada ibu terkait dengan hipertensi. Dampak utama pada janin adalah kekurangan gizi akibat kekurangan vaskular uteroplasenta, yang mengarah ke gangguan pertumbuhan mengakibatkan cacat janin yang lebih besar dan asfiksia neonatorum. Kesehatan janin serta berat badannya sangat terganggu, yang mengarah ke berbagai tingkat morbiditas janin, dan mungkin menyebabkan kematian janin.⁵

Pencegahan preeklampsia/eklampsia sangat penting agar tidak terjadi bahaya pada ibu dan janinnya. Ibu hamil harus periksa antenatal yang teratur dan bermutu secara teliti, mengenali tanda-tanda sedini mungkin, harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia jika ada faktor-

faktor predisposisi, memberikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, serta pentingnya mengatur pola makan rendah garam, lemak, serta karbohidrat dan tinggi protein, juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan.⁶

Selain preeklampsia kondisi yang dapat menyebabkan kehamilan menjadi patologis yaitu malposisi dan malpresentasi janin. Salah satu yang sering terjadi adalah presentasi bokong atau sungsang. Kejadian letak sungsang pada janin aterm kira-kira 3%, jauh lebih tinggi pada permulaan masa kehamilan kira-kira 40% daripada kehamilan sebelum 28 minggu antara 17 sampai 31 minggu. Janin letak bokong berada pada resiko morbiditas dan mortalitas prenatal yang lebih tinggi tidak hanya akibat partus tetapi juga karena presentasi.⁷

Banyak faktor yang menyebabkan meningkatnya persalinan dengan letak sungsang diantaranya oleh faktor usia lebih dari 35 tahun berhubungan dengan mulainya terjadi regenerasi sel-sel tubuh terutama dalam hal ini adalah endometrium akibat usia biologis jaringan dan adanya penyakit yang dapat menimbulkan kelainan letak. Sedangkan hubungan letak sungsang dengan paritas karena dinding abdomen teregang secara berlebihan disebabkan oleh kehamilan multiparitas pada ibu hamil dengan paritas 4 atau lebih terjadi insiden hampir sepuluh kali lipat dibanding ibu hamil nullipara, prematuritas, penyakit sistemik, kelainan pada ibu atau janinnya.⁸

Kehamilan dengan letak sungsang Kehamilan dengan letak sungsang akan memberikan prognosis yang buruk pada persalinan karena akan meningkatkan komplikasi pada ibu dan janin. Komplikasi yang terjadi pada janinnya itu menimbulkan after coming head, sufokasi/aspirasi, asfiksia, trauma intrakranial, fraktur/dislokasi, paralisis

nervus brachialis. Komplikasi yang akan terjadi pada ibu adalah perdarahan, trauma jalan lahir, dan infeksi.⁹

Penatalaksanaan kehamilan sungsang menurut Prawirohardjo (2014) yaitu dengan cara *knee chest position* (posisi dada-lutut) pada ibu. Bidan pada umumnya akan menyarankan ibu untuk melakukan posisi *knee chest* agar merubah posisi janin dari sungsang ke normal karena ini yang paling mudah dilakukan ibu hamil.⁹

Pada umumnya kehamilan akan berlangsung normal dan sering kali berubah menjadi kehamilan patologi. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan serius yang dapat membahayakan pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

Pembangunan kesehatan di Indonesia periode 2020-2024 adalah Program Indonesia Sehat. Sasaran program tersebut yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan *Continuity Of Care*, penguatan pelayanan, meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit, meningkatkan SDM, dan meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan memperhatikan tiga pilar utama. Pilar pertama yaitu pilar layanan dasar dan perlindungan sosial, pilar kedua yaitu peningkatan produktivitas, dan pilar ketiga yaitu pembangunan.¹⁰

Continuity of care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien.¹¹

Manfaat *Continuity of care* dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi

beban kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan atau tim praktiknya. Bidan dapat bekerja sama secara multi disiplin dalam melakukan konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya.¹¹

METODE

Metode yang digunakan yaitu studi kasus mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan yang tertulis dalam SOAP pada Ny S di wilayah kerja Puskesmas Samarang dan rumah Ny. S yang berada di Kampung Malayu tengah, Kecamatan Samarang, Kabupaten Garut. Waktu pelaksanaan studi kasus dilakukan pada bulan Februari s.d Maret 2023 Subyek kasus adalah Ny. S pasien gravida 38 minggu 1 hari hingga nifas 34 hari dan bayi Ny. S.

Instrumen yang digunakan dalam laporan kasus ini berupa format asuhan kehamilan, format asuhan persalinan, partograf, format asuhan nifas, dan format asuhan bayi baru lahir.

Data primer yang didapatkan penulis langsung dari sumber atau tempat objek penelitian melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi. Data sekunder ini berasal dari buku catatan KIA, USG, dan Rekam Medis Rumah Sakit dr. Slamet Garut.

HASIL

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 08 Februari 2023 ibu mengeluh pusing sejak 1 minggu yang lalu sehingga ibu sulit untuk melakukan aktivitas seperti biasanya, sakit yang dirasakan ibu berfokus hanya di kepala bagian atas. Durasi pusing yang ibu rasakan kurang lebih 5 menit biasanya akan reda ketika ibu beristirahat.

Dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan adalah dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak ditangani sehingga menyebabkan penanganan yang terlambat terhadap komplikasi dan meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas.¹¹

Dilakukan pemeriksaan secara keseluruhan yaitu pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan antropometri, dan pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang hasil pemeriksaan pada Ny. S yaitu didapatkan hasil tekanan darah ibu 160/100 mmHg, protein urine + dan terdapat oedema pada kedua kaki. Upaya yang dilakukan adalah edukasi ibu untuk menjaga asupan nutrisi dan hidrasinya, dikarenakan protein urin ibu + dan tekanan darah ibu tinggi maka dianjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung garam berlebih dan mengurangi asupan kalori karena kenaikan berat badan ibu sudah dibatas maksimal, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat oral antihipertensi, memberitahu ibu mengenai tanda bahaya kehamilan seperti nyeri kepala hebat, nyeri ulu hati, penglihatan kabur, tidak merasa gerakan janin, dan memberitahu ibu persiapan persalinan.

2. Asuhan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan dilakukan saat usia gestasi aterm yaitu 39 minggu. Pada tanggal 13 Februari 2023 pukul 14.15 WIB Ny. S mengeluh mulas sudah ada pengeluaran lendir campur darah, belum keluar air – air dari jalan lahir, ibu datang ke puskesmas ketika mulas semakin sering. Asuhan yang diberikan yaitu pada saat kontraksi mengajarkan teknik relaksasi pernapasan dan memberikan konseling pada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan yaitu memberikan doa dan motivasi.

Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan rujukan ke rumah sakit, Pukul 14.50 WIB diberikan obat anti hipertensi nifedipine 10 mg dan dopamet 500 mg, Pukul 14.55 WIB melakukan Swab antigen, Pukul 15.00 WIB memasang infus RL 20 tpm dan dower catheter, Pukul 15.10 WIB diberikan dosis awal (*loading dose*) 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄ 40%) dalam RL 100 ml selama 15-20 menit, Pukul 15.20 WIB memberikan dosis pemeliharaan (*maintenance dose*) 6 gram MgSO₄ (15 cc MgSO₄ 40%) dalam RL 500 ml, 20 tpm, Konsul PONEK untuk rujuk : ACC rujuk. Persalinan kala I berlangsung 1,10 jam dan telah dirujuk ke RSUD dr Slamet Garut, kala II berlangsung selama 30 menit, kala III berlangsung selama 10 menit dan kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam. Pada kasus Ny. S teknik yang dilakukan adalah spontan bracht dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri dan tidak ada komplikasi yang terjadi.

3. Asuhan Nifas

Asuhan kebidanan pada masa nifas dilakukan sesuai standar asuhan kebidanan. Saat 6 jam postpartum, ibu tidak ada keluhan dan sudah bisa mobilisasi. Pemantauan berikutnya, dilakukan kunjungan rumah dan pemeriksaan vital sign, pengawasan involusi melalui pemeriksaan tinggi fundus uteri, kontraksi dan lochea kemudian dilanjutkan dengan konseling tentang pola pemenuhan nutrisi, cairan, istirahat, eliminasi, personal hygiene, ASI eksklusif. Pada kunjungan nifas 3

PEMBAHASAN

Pada masa awal kehamilan klien memeriksakan kehamilannya di PMB, Puskesmas, Posyandu dan dokter kandungan sebanyak 12 x, yaitu 2x pada trimester I, 3x pada trimester II, dan pada trimester III 7x sudah dengan usg di dokter kandungan. Menurut WHO

hari Ny. S mengeluh puting susunya lecet sebelah kanan, asuhan yang diberikan pada Ny. S di kunjungan nifas ini disesuaikan dengan kebutuhan yaitu dengan melakukan edukasi ibu untuk mempertahankan kebutuhan nutrisi ibu, mengajarkan teknik menyusui yang benar, menekankan kembali mengenai pola istirahat ibu, dan menyarankan kembali ibu untuk istirahat dan tidur saat anaknya tidur.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan bayi baru lahir yaitu mengeringkan badan bayi sambil melakukan penilaian awal terhadap tangisan, warna kulit, tonus otot. Dilanjutkan dengan pemotongan tali pusat, kemudian pada satu jam pertama bayi dilakukan asuhan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik bayi lalu diberikan salep mata dan diberikan suntik vitamin K 1 mg pada paha kiri secara IM. Jenis kelamin laki-laki, Pada pemeriksaan antropometri bayi baru lahir Ny. S didapatkan hasil berat badan bayi 3240 gr, panjang badan bayi 49 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm. Setelah 6 jam bayi diberikan imunisasi Hepatitis B (HB 0) di paha sebelah kanan secara IM Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu kunjungan I (K1) memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat, dan memberikan support agar ibu memberikan ASI eksklusif. Kunjungan K2 mengingatkan kembali untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Kunjungan K3 mengingatkan ibu untuk jadwal imunisasi bulan selanjutnya. (2016), Anjuran pemeriksaan ANC minimal 6x selama kehamilan. Pada trimester 1 dilakukan 2x ANC, 1x ANC di trimester 2, dan 3x ANC di trimester 3. Dari keenam kali pemeriksaan ANC tersebut, diharapkan minimal 2x dilakukan pemeriksaan ANC oleh dokter. Dua kali pemeriksaan oleh dokter dilakukan pada ANC pertama di trimester pertama dan ANC kelima di

trimester ketiga. Pada saat pemeriksaan ANC oleh dokter, akan dilakukan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG). Rekomendasi dilakukan pemeriksaan USG pada usia kehamilan < 24 minggu untuk memperkirakan usia kehamilan, untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan kongenital ataupun adanya janin kembar, dan mengurangi risiko dilakukan induksi persalinan pada kehamilan lewat waktu (WHO, 2016).¹² Jika dilihat dari banyaknya kunjungan kehamilan klien maka klien termasuk patuh dalam kunjungan kehamilan. Dengan frekuensi pemeriksaan ANC yang lebih dari anjuran WHO, namun masih terdapat masalah pada klien yang tidak terdeteksi hal tersebut dapat terjadi karena kurangnya kualitas asuhan yang diberikan saat melakukan pemeriksaan ANC yaitu kurangnya deteksi dini komplikasi kehamilan yang dilakukan.

Hasil pemeriksaan didapatkan hasil tekanan darah ibu 160/100 mmHg, ibu mengatakan mengalami hipertensi sejak usia kehamilan 8 bulan, sebelum hamil atau saat hamil anak pertama dan kedua ibu tidak pernah mengalami hipertensi, menurut Walyani (2014) yang mengatakan tekanan darah ibu hamil dikatakan normal adalah 100/80 sampai 140/90 mmHg.¹³ Preeklampsia adalah komplikasi setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai timbulnya hipertensi (> 140/90 mmHg) yang disertai salah satu dari edema, proteinuria atau kedua-duanya dan jika disertai dengan kejang disebut eklampsia. Penyakit ini hanya terjadi pada saat kehamilan. Di samping infeksi dan perdarahan, preeklampsia merupakan salah satu penyebab kematian utama pada wanita hamil.¹³

Pada pengkajian data subjektif mengenai riwayat penyakit keluarga setelah dikaji kembali didapatkan hasil orangtua dari Ny S memiliki riwayat penyakit hipertensi, menurut Rahayu (2019) terdapat hubungan yang signifikan dari riwayat keluarga dengan preeklampsia dengan

kehamilan preeklampsia. Terdapat bukti bahwa preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu dengan preeklampsia, atau mempunyai riwayat preeklampsia dalam keluarga. Faktor ras dan genetik merupakan unsur yang penting karena mendukung insiden hipertensi kronis yang mendasari.¹⁴

Faktor risiko lain yang berhubungan dengan Ny S adalah status gravida, Menurut Bobak (2014) pada primigravida dapat terjadi preeklampsia sekitar 85 %, sementara ibu multigravida dan grandemultipara yang mengalami preeklampsia sebesar 15,00%. Pada multigravida maupun grandemultipara disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria.¹⁵ Tetapi status gravida pada ibu hamil preeklampsia masih menjadi kontroversi beberapa peneliti, karena terdapat perbedaan hasil penelitian akan hal ini. Beberapa peneliti mengemukakan bahwa preeklampsia paling sering terjadi pada ibu primigravida. Tetapi terdapat juga penelitian yang menyebutkan bahwa preeklampsia sering terjadi pada multigravida. Sedangkan di dalam teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin, primigravida mempunyai risiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan multigravida (Prawiroharjo, 2009). Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan antara multigravida dengan kejadian preeklampsia.¹⁶

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat oral obat antihipertensi Nifedipine 3 kali sehari @10 mg, serta memberikan pendidikan kesehatan mengenai menjaga asupan nutrisi dan hidrasinya, dikarenakan protein urin ibu

+ dan tekanan darah ibu tinggi maka dianjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung garam terlalu berlebih, dan kebutuhan istirahat yang cukup dan jangan terlalu banyak pikiran.

Pada penatalaksanaan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yaitu pada Ny S tidak diberikan terapi MgSO₄ dikarenakan masih kurangnya standar prosedur operasional di puskesmas samarang. Ketersediaan SPO dapat menjadi acuan bagi tenaga pelaksana agar dapat memahami dan dapat memutuskan kapan pasiennya harus dirujuk atau ditangani di puskesmas. Permasalahan lain yang dihadapi yaitu ketika proses rujukan keluar pada pasien yang berjaminan terhalang oleh prosedur atau ketentuan yang berlaku. Salah satu karakteristik rujukan medis berdasarkan *World Health Organization* yaitu kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) rujukan. Selain adanya prosedur yang baik, pemahaman petugas kesehatan dibutuhkan untuk mendorong perilaku mereka untuk menjalankan proses pelayanan sesuai prosedur yang ditetapkan. Tatalaksana pada preeklampsia salah satunya adalah pemberian antikonvulsan, salah satu obat golongan antikonvulsan yang digunakan untuk preeklampsia adalah magnesium sulfat. Pemberian magnesium sulfat bermakna dalam mencegah kejang dan kejang berulang. Pemberian magnesium sulfat terhadap preeklampsia dan eklampsia pada ibu hamil dinilai akan lebih baik dalam mencegah kejang atau kejang berulang dibandingkan antikonvulsan lainnya (POGI, 2016). Hal ini karena penggunaan magnesium sulfat pada antenatal tidak menunjukkan efek samping yang serius seperti kematian ibu, henti jantung, atau henti napas (Bain, Middleton, & Crowther, 2013). Efek samping yang timbul dari penggunaan magnesium sulfat berupa

efek samping minimal seperti 'flushing'.¹⁷

Selain terapi dengan antikonvulsan perlu juga diberikan antihipertensi pada Ibu dengan preeklampsia. Pertama penting untuk membedakan terapi lini pertama dan terapi lini kedua. Terapi lini pertama adalah terapi yang dinilai sebagai pengobatan terbaik untuk penyakit yang ditujukan, terapi ini juga disebut sebagai pengobatan utama. Terapi lini kedua adalah terapi yang diberikan ketika pengobatan utama tidak bekerja. Pada preeklampsia nifedipine adalah obat yang digunakan sebagai lini pertama sedangkan methyldopa adalah obat yang digunakan sebagai lini kedua. Nifedipine adalah penghambat saluran kalsium yang digambarkan sebagai obat yang aman, efektif, dan obat nonteratogenik. Alpha-methyldopa adalah agonis reseptor a-adrenergik yang juga obat yang efektif dan aman untuk Ibu hamil.¹⁷

Berdasarkan aspek farmakokinetik maka nifedipine diabsorpsi dengan cepat pada pemberian secara oral. Nifedipine mengalami metabolisme lintas pertama, sehingga availabilitas sistemik pada pemberian per oral dari nifedipine adalah 50-70%. Konsentrasi plasma maksimum tercapai setelah 0,5-2 jam. Nifedipine juga terikat pada protein plasma sebanyak 92-98%. Ikatan protein tersebut berkurang pada pasien dengan gangguan ginjal atau hati (misalnya pada penderita sirosis hati). Nifedipine dalam hal eliminasi pada pasien dengan fungsi ginjal dan hati yang normal, waktu paruh eliminasinya adalah 2-5 jam. Nifedipine dimetabolisme dengan cepat dan lengkap di dalam hati dan diubah menjadi metabolit tidak aktif. Kurang lebih 70-80% diekskresikan melalui urin dalam bentuk metabolitnya dan 15% diekskresikan melalui feses juga dalam bentuk metabolitnya.¹⁷

Pada kasus Ny. S dilakukan di Ruang Bersalin Puskesmas Samarang pada

tanggal 13 Februari 2023 pukul 14.15 WIB. Ibu datang mengeluh mules sejak pukul 13.30 WIB disertai pengeluaran lendir campur darah, belum keluar air – air dari jalan lahir, ibu datang ke puskesmas ketika mulas semakin sering. Hal tersebut sesuai dengan teori Utami & Fitriahadi (2019) adanya kontraksi His secara teratur dan kuat merupakan salah satu tanda-tanda persalinan.¹⁸ Ditambah teori dari Kurniarum (2016) keluarnya lendir disertai darah juga salah satu tanda persalinan.¹⁹

Hasil pemeriksaan pada Ny S yaitu didapatkan hasil tekanan darah ibu 160/100 mmHg, menurut Walyani (2014) yang mengatakan tekanan darah ibu hamil dikatakan normal adalah 100/80 sampai 140/90 mmHg. Berdasarkan USG dan pemeriksaan Leopold pada asuhan ANC didapatkan hasil presentasi kepala, Ketika ibu datang ke puskesmas ditemukan bahwa hasil pemeriksaan Leopold telah mengalami perubahan dan dilakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan presentasi, didapatkan hasil yaitu pembukaan 5-6 cm, porsio tipis dan lunak, ketuban (+), teraba bagian bokong, molase 0, penurunan bidang Hodge III, tidak teraba bagian kecil. Penyebab letak sungsang adalah fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, janin mudah bergerak seperti pada hidramnion, multipara, janin kecil, gemelli, kelainan uterus seperti uterus aruatus, mioma uteri, dan janin sudah lama mati.²⁰

Paritas merupakan jumlah persalinan yang pernah dilakukan oleh seorang wanita. Paritas dibagi dalam beberapa klasifikasi yaitu primipara yang berarti melahirkan hanya pernah satu kali, multipara yang berarti pernah melahirkan lebih dari satu kali tapi kurang dari lima kali, dan grandemultipara yang berarti pernah melahirkan lebih dari lima kali.²¹

Banyaknya jumlah paritas merupakan salah satu faktor risiko dari persalinan sungsang. Semakin tinggi jumlah paritas pada seorang perempuan, semakin tinggi pula tingkat risiko persalinan sungsang. Hal ini disebabkan oleh teregangnya dinding endometrium secara berlebihan diakibatkan multiparitas, sehingga janin mudah bergerak mendapatkan posisi bokong di bagian bawah cavum uteri, terutama pada masa kehamilan sebelum 32 minggu saat air ketuban masih relatif lebih banyak.²¹

Dari hasil pemeriksaan maka diagnosa yang dapat ditegakkan dari kasus diatas yaitu Ny. S usia 29 tahun, G₄P₂A₁, Parturient Aterm kala 1 fase aktif dengan PEB, janin tunggal hidup, presentasi bokong murni. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk diberikan asuhan sesuai dengan advice dokter. Memantau dan memberikan asuhan sesuai dengan advice dokter didapatkan hasil: Pukul 14.50 WIB diberikan obat anti hipertensi nifedipine 10 mg dan dopamet 500 mg, Pukul 14.55 WIB melakukan Swab antigen, Pukul 15.00 WIB memasang infus RL 20 tpm dan dower catheter, Pukul 15.10 WIB diberikan dosis awal (*loading dose*) 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄ 40%) dalam RL 100 ml selama 15-20 menit, Pukul 15.20 WIB memberikan dosis pemeliharaan (*maintenance dose*) 6 gram MgSO₄ (15 cc MgSO₄ 40%) dalam RL 500 ml, 20 tpm, Konsul PONEK untuk rujuk dan ACC rujuk. Terapi antihipertensi diperlukan agar tekanan darah menurun (130-150 mmHg untuk sistolik dan 80-90 mmHg untuk diastolik) dan terkontrol dengan baik (QCG, 2015). Obat yang digunakan harus aman, efektif dan rasional untuk mencapai terapi yang diinginkan berdasar tingginya tekanan darah yang dialami.²²

Terapi antihipertensi yang direkomendasikan pada pasien preeklampsia berdasarkan *Queensland*

Clinical Guideline (2015) dan *British National Formulary* (2015) antihipertensi dibagi menjadi beberapa pilihan obat yang pertama adalah Labetalol diberikan 100 mg, 2 kali sehari lalu dilanjutkan dengan menaikkan dosisnya menjadi 100 mg, 2 kali sehari. Jika labetalol tidak cocok bisa diberikan nifedipine dengan dosis 30-60 mg sekali sehari setelah makan, maksimal 120mg/hari. Jika kedua obat tersebut tidak cocok bisa diberikan methyldopa dengan dosis 250-500 mg 2-3 kali perhari, maksimal 2-3 g/hari.²²

MgSO₄ diberikan dengan 2 dosis yaitu *loading dose*: 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄ 40%) dalam RL 100 ml selama 15-20 menit) selanjutnya *maintenance dose* diberikan 15 ml MgSO₄ (40%) atau 6 gr dalam larutan ringer asetat/ ringer laktat selama 6 jam (1 gr/jam).¹⁷ Evaluasi dari hasil kasus Ny. S pada kala I berlangsung 1,10 jam dan telah dirujuk ke RSUD dr Slamet Garut.

Pukul 19.30 Ny. S merasakan mulas semakin kuat dan sering, sudah ada dorongan untuk meneran dan sudah keluar air-air sejak 30 menit yang lalu. Karena telah merasakan tanda-tanda kala II dan setelah dilakukan pemeriksaan pembukaan telah lengkap maka dipersiapkan untuk memimpin persalinan dan mengatur posisi senyaman mungkin dengan posisi tidur terlentang kaki ditekuk dan dibuka lebar.

Pada posisi janin letak sungsang tentunya dapat mempengaruhi proses persalinan, jika yang terjadi adalah presentasi bokong murni, maka persalinan normal masih relatif mudah dilakukan.²³

Terdapat beberapa jenis letak sungsang yaitu presentasi bokong (*frank breech*), presentasi bokong kaki sempurna (*complete breech*), presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (*incomplete or footling*). Pada presentasi bokong dapat dilakukan beberapa jenis persalinan

pervaginam yaitu dengan persalinan spontan (*breech extraction; assisted breech delivery*), ekstraksi sungsang (*total breech extraction*). Pada persalinan spontan (*spontaneous breech*) janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Pada manual aid (*partial breech extraction; assisted breech delivery*) janin dilahirkan sebagian menggunakan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Sementara persalinan dengan ekstraksi sungsang (*total breech extraction*) janin dilahirkan seluruhnya menggunakan tenaga penolong.²⁴ Pada kasus Ny. S Teknik yang dilakukan adalah spontan bracht dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Komplikasi persalinan letak sungsang pada persalinan didapatkan dari faktor ibu dan faktor bayi. Faktor ibu seperti perdarahan oleh karena trauma jalan lahir atonia uteri, sisa placenta, infeksi terjadi secara *ascendens* melalui trauma (*endometritis*), trauma persalinan seperti trauma jalan lahir, *simfidiolisis*. Faktor bayi diantaranya Perdarahan seperti perdarahan intrakranial, edema intrakranial, perdarahan alat-alat vital intraabdominal dan Infeksi karena manipulasi.²⁴ pada kasus Ny. S tidak ada komplikasi yang terjadi. Kala II berlangsung selama 30 menit hal tersebut termasuk dalam kategori normal karena untuk multigravida lama kala II normalnya berlangsung selama 30 menit hingga 1 jam.²⁵ artinya persalinan pada Ny. S berjalan normal dan sesuai teori.

Kala III berlangsung selama 10 menit, hal sesuai dengan teori menurut Marmi (2012) lama kala III yaitu 6-10 menit.²⁶ Kontraksi Ny. S teraba keras. TFU 2 jari di bawah pusat, TD 110/80 mmHg, N 82x/menit, Respirasi 20x/menit, jumlah perdarahan ±30cc, dan kandung kemih kosong. Pada evaluasi Kala III Ny. S sudah sesuai dengan teori Sulistyawati & Nugraheny (2013) yang mengatakan evaluasi pada

kala III melakukan pemeriksaan tanda vital ibu, memastikan perdarahan tidak lebih dari 500cc.

Pada penatalaksanaan persalinan kala IV Ny. S langsung dilakukan pemasangan alat kontrasepsi IUD post plasenta, menurut Kemenkes (2015) IUD post plasenta adalah alat kontrasepsi berbentuk kecil, silastic, dengan lengan atau kawat tembaga di sekitarnya yang pemasangannya dalam 10 menit pertama sampai 48 jam setelah plasenta lahir.²⁷

Kemudian dilakukan pemantauan kontraksi uterus, perdarahan, nadi, tinggi fundus uterus, kontraksi uterus, kandung kemih pada 1 jam pertama dilakukan pemantauan setiap 15 menit dan pada jam kedua dilakukan pemantauan persalinan setiap 30 menit. Evaluasi hasil diketahui Ny. S pada kala IV mengeluarkan darah sebanyak ± 200 cc dari kala I sampai dengan kala IV yang menandakan Ny. S tidak mengalami perdarahan hebat selama proses persalinan. Observasi kala IV selama 2 jam berhasil. Kontraksi uterus baik. Ny. S dapat melakukan mobilisasi bertahap setelah 2 jam pasca persalinan.

Asuhan pada BBL, Bayi dilakukan pemeriksaan penilaian cepat bayi baru lahir, kemudian pada satu jam pertama bayi dilakukan asuhan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik bayi lalu diberikan salep mata dan diberikan suntik vitamin K 1 mg pada paha kiri secara IM. Teori mengatakan bahwa suntikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K, bayi perlu diberikan vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg.²⁸

Setelah 6 jam bayi diberikan imunisasi Hepatitis B (HB 0) di paha sebelah kanan secara IM. Teori mengatakan bahwa imunisasi Hb-0 diberikan pada bayi baru lahir 0-7 hari yang diberikan langsung di tempat pelayanan ibu bersalin. Imunisasi Hb-0 penting diberikan karena antibodi

spesifik hepatitis B ini memberikan perlindungan langsung kepada bayi.²⁹

Pada pemeriksaan antropometri bayi baru lahir Ny. S didapatkan hasil berat badan bayi 3240 gr, panjang badan bayi 49 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm. Pada pengukuran bayi baru lahir Ny. S yang telah bidan dapatkan sudah sesuai dengan teori dari Wagiyono & Putrono (2016) yang menjelaskan berat badan bayi normalnya adalah 2500-3500 gr apabila berat badan kurang dari 2500 gr disebut bayi prematur dan apabila berat badan bayi lebih dari 3500 gr maka disebut makrosomia. Panjang badan pada bayi baru lahir normalnya 48-52cm. Lingkar dada pada bayi baru lahir normalnya adalah 30-38cm.³⁰ Teori selanjutnya dari Walyani & Purwoastuti (2020) yang mengatakan lingkar kepala yaitu 33-35cm.³¹

Asuhan yang diberikan pada Bayi Baru Lahir bidan memberikan edukasi pada ibu mengenai pemberian ASI awal yang berupa kolostrum untuk memberikan antibodi yang dapat mencegah infeksi pada bayi serta memberikan ASI sejak awal setiap 2-3 jam sekali atau saat sekiranya bayi haus dan membutuhkan. Selanjutnya edukasi mengenai mempertahankan suhu tubuh bayi dengan membungkus tubuh bayi dengan kain yang kering dan hangat serta menutup kepala bayi, menghindari bayi dari tembok dan jendela, menempatkan bayi di ruangan yang tidak ber-AC dan tidak disertai kipas angin, segera menggantikan popok bayi apabila basah. Serta edukasi mengenai melakukan perawatan tali pusat dengan cara membiarkan tali pusat tetap terbuka, mengering, dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih agar tidak terjadi peningkatan kelembaban pada kulit bayi. Edukasi tanda bahaya bayi baru lahir serta segera bawa bayi ke fasilitas kesehatan jika ditemui tanda bahaya bayi baru lahir seperti bayi tidak mau

menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (> 60x/menit) tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas tinggi (>37.5°C) kulit dan mata bayi kuning. Pada kunjungan hari ke 34 bayi sudah mendapat imunisasi BCG dan polio 1 di puskesmas. Untuk pemberian imunisasi BCG dan polio 1 tidak diberikan secara langsung oleh penulis namun imunisasi diberikan oleh bidan I di puskesmas. BB bayi saat itu 5000 gram dengan panjang 54 cm jika dilihat dari KMS BB bayi masih dalam keadaan normal, selain itu jika dilihat dari pertumbuhan berat dan panjang bayi sesuai umur dalam z-score buku KIA bayi mendapat angka 1 yang artinya kondisi bayi masih dapat dikatakan normal, hal tersebut bisa dikarenakan asupan nutrisi bayi yang baik dan terpenuhi, sehingga mengalami peningkatan berat badan.

Asuhan selama masa nifas pada Ny. S sebanyak 5 kali, 2x pada saat di rumah sakit dan 3x kunjungan rumah, yaitu asuhan pada 2 jam, 6 jam, kunjungan hari ke-3 masa nifas, kunjungan 18 hari, dan asuhan masa nifas hari ke-34

Pada pemantauan kala IV asuhan yang diberikan yaitu dengan melakukan konseling untuk menganjurkan klien untuk mobilisasi ringan. Pada 2 jam setelah persalinan, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dini yang disebut juga sebagai *early ambulation*, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan.³²

Setelah itu bidan memberikan obat sesuai dengan advice dokter yaitu Asam mefenamat 500mg 3x1 sebanyak 10 tablet, cefadroxil 500mg 2x1 sebanyak 10 kapsul, dan tablet Fe 60 mg 1x1 sebanyak 5 tablet. Pemberian tablet besi sebagai suplemen merupakan upaya untuk meningkatkan kadar besi (Fe)

dalam jangka waktu singkat, hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya defisiensi Fe pada ibu nifas yang diakibatkan karena kurangnya zat besi yang diabsorpsi tubuh melalui makanan yang mengandung zat besi. Karena pada masa nifas kebutuhan Fe meningkat pada saat melahirkan perlu tambahan Fe 300 – 350 Mg, akibatnya kehilangan darah. Pada ibu nifas jika tidak mengkonsumsi atau kekurangan zat besi dapat menimbulkan anemia. Ibu nifas hendaknya mengkonsumsi tablet Fe selama 40 hari setelah melahirkan, untuk mencegah terjadinya anemia pada masa nifas.³³

Kebijakan program nasional masa nifas adalah asuhan yang di berikannya sesuai dengan kebutuhan ibu. Salah satunya adalah dengan pemberian vitamin A, pemberian tablet Fe untuk menambah darah ibu karena pada proses persalinan ibu mengeluarkan banyak darah. Selama masa nifas, ibu perlu mendapatkan tablet Fe selama 40 hari sebanyak 40 tablet Fe pasca persalinan.³³

Pemberian antibiotik tidak dianjurkan berdasarkan rekomendasi WHO dalam perawatan ibu nifas apabila tidak memiliki indikasi yang sesuai, hal ini dikarenakan dapat menyebabkan resisten terhadap antibiotik bila penyebab pemberian dan dosis tidak sesuai dengan kebutuhan ibu. Berdasarkan rekomendasi, pemberian antibiotik profilaksis diberikan untuk pencegahan komplikasi luka perineum atas indikasi khusus bagi ibu yang mengalami robekan perineum derajat ketiga atau keempat. Pemberian antibiotik secara rutin pada ibu nifas juga tidak sesuai dengan kewenangan bidan yang tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Berdasarkan rekomendasi, pemberian antibiotik profilaksis diberikan untuk pencegahan komplikasi luka perineum atas indikasi khusus bagi ibu yang

mengalami robekan perineum derajat ketiga atau keempat.³⁴

Pada kunjungan pertama (KF 1) periode 6 jam postpartum asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan fisik dilakukan pengkajian mengenai pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil ibu dalam keadaan normal. Pemeriksaan palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, ibu belum BAB, perdarahan Lochea rubra. Hal tersebut adalah *evidence based* semua wanita postpartum harus mendapatkan penilaian rutin perdarahan, tonus uteri, tinggi fundus, tanda-tanda vital secara rutin selama 24 jam pertama, mulai jam pertama setelah lahir. Tekanan darah harus segera diperiksa setelah lahir. Jika normal, pengukuran tekanan darah yang kedua dilakukan dalam waktu 6 jam. Dan pada pengosongan urin harus didokumentasikan dalam waktu 6 jam.³⁵

Pada kunjungan nifas 3 hari Ny S mengeluh puting susunya lecet sebelah kanan, asuhan yang diberikan pada Ny S di kunjungan nifas ini disesuaikan dengan kebutuhan yaitu dengan melakukan edukasi ibu untuk mempertahankan kebutuhan nutrisi ibu, mengajarkan teknik menyusui yang benar, menekankan kembali mengenai pola istirahat ibu, dan menyarankan kembali ibu untuk istirahat dan tidur saat anaknya tidur.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) masalah yang paling sering terjadi pada ibu menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusu salah, bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar dan juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alkohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan

menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang. Hal ini akan memberikan dampak pada kebutuhan ASI eksklusif pada bayi tidak terpenuhi, sehingga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi ibu secara tidak langsung memberikan susu formula yang memiliki rentan terserang penyakit.³⁶

Penatalaksanaan yang diberikan kepada ibu yaitu menjelaskan tentang puting susu lecet yang dialami ibu, bahwa penyebab puting susu lecet karena teknik menyusui yang tidak benar. Tanda puting susu lecet yaitu puting terasa sakit, puting susu pecah-pecah, kadang puting berdarah. Mengajarkan ibu menggunakan minyak zaitun yang diolesi di kedua puting yang lecet sebanyak 3 kali/hari dan sebelum ingin menyusui bayi atau bisa juga dengan oleskan ASI di kedua puting agar tetap menjaga kelembapan puting dan ibu diharapkan untuk membersihkan kedua puting menggunakan air hangat. Tetap menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dalam keadaan puting susu lecet. Jika puting susu terasa sangat sakit maka dapat diistirahatkan dengan dikeluarkan dengan tangan.³⁷

Kemudian berikan ASI perah kepada bayi dengan sendok atau gelas jangan menggunakan dot. Susui bayi sesering mungkin agar produksi ASI semakin bertambah dan lancar. Mengajarkan perawatan payudara yaitu dengan melakukan pengurutan dimulai dari bawah kearah atas, kesamping, lalu kearah bawah, selanjutnya melakukan gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal payudara sampai pada puting susu, lakukan tahap yang sama pada kedua payudara dan lakukan gerakan ini sekitar 30 menit. Setelah selesai pengurutan bersihkan payudara dengan handuk, air hangat, dan air dingin bergantian selama \pm 5 menit.³⁷

Pada kunjungan nifas hari ke-18 asuhan yang diberikan yaitu mengevaluasi kebutuhan tidur ibu, pada hari tersebut Ny S sudah bisa mengatur waktu untuk istirahat dan tidur, sehingga tidak kekurangan tidur, dan melakukan evaluasi posisi menyusui dan perlekatan bayi saat menyusui hasil yang didapatkan Ny S sudah bisa menyusui dengan posisi yang benar dan putingnya sudah tidak lecet lagi.

Pada hari ke 34, hasil pemeriksaan Ny. S mengatakan kondisinya sudah sangat baik dan tidak ada keluhan, kebutuhan istirahat, nutrisi, hidrasinya terpenuhi dengan baik dan ASI keluar dengan lancar.

SIMPULAN

Setelah bidan dapat mengaplikasikan teori dan praktik sesuai dengan pengalaman nyata yaitu melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan manajemen kebidanan dengan memberikan asuhan dari hamil, bersalin, nifas, yang dilanjutkan perencanaan program KB, dan BBL secara komprehensif, maka didapatkan hasil:

Asuhan kebidanan kehamilan dengan preeklampsia berat penatalaksanaan yang diberikan yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk diberikan terapi obat oral antihipertensi dan edukasi mengenai diet rendah garam.

Asuhan persalinan Preeklampsia berat dan presentasi bokong murni, penatalaksanaan tindakan asuhan kebidanan dengan melakukan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut, berkolaborasi dengan dokter SpOG untuk proses persalinan. Berdasarkan advice dokter SpOG, bidan melakukan pertolongan persalinan pervaginam dengan teknik Bracht.

Asuhan kebidanan nifas dengan masalah puting susu lecet, perencanaan

asuhan yang diberikan sesuai dengan keluhan dan keadaan ibu yaitu mengajarkan teknik dan posisi menyusui yang benar.

Asuhan pada bayi baru lahir berjalan dengan normal, selama pemantauan tidak ditemukan penyulit atau kelainan bahkan komplikasi serta tanda-tanda bahaya pada bayi.

Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek pada kasus yaitu tidak diberikan obat antikejang MgSO₄ pada kehamilan.

DAFTAR RUJUKAN

1. *Maternal Mortality Evidence Brief Progress towards Achieving the Sustainable Development Goals.*; 2019. Accessed June 8, 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf>
2. Basyiar A, Mamlukah M, Iswarawanti DN, Wahyuniar L. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Trimester II dan III Di Puskesmas Cibeureum Kabupaten Kuningan Tahun 2019. *Journal of Public Health Innovation.* 2021;2(1):50-60. doi:10.34305/jphi.v2i1.331
3. Basyiar A, Mamlukah M, Iswarawanti DN, Wahyuniar L. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Trimester II dan III Di Puskesmas Cibeureum Kabupaten Kuningan Tahun 2019. *Journal of Public Health Innovation.* 2021;2(1):50-60. doi:10.34305/jphi.v2i1.331
4. M Tendean HM, Wagey FW. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Preeklampsia. doi:10.35790/ecl.9.1.2021.31960
5. Fauziyyah Basri N, Ramadhan Apriyanto D, Setiya Sulistiyana C. Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan Hubungan Antara Jenis Persalinan Dengan Kondisi Janin Saat

- Lahir Pada Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin Di RSUD Waled Kabupaten Cirebon Tahun 2017. <http://jurnal.unswagati.ac.id/index.php/tum> ed 15.
6. Kusumawati W, Ratna Wijayanti A. Gambaran Faktor-Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin Dengan Preeklampsia (*Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Bulan Februari-April Tahun 2016*). Vol 6.; 2016.
 7. Dinda N, Saleha S, Haruna N. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan Persalinan Letak Sungsang (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*. 2021;3(2). doi:10.24252/jmw.v3i2.24345
 8. Supartini, Siti Mudzolifas. Hubungan Antara Usia Dan Paritas Dengan Letak Sungsang Pada Ibu Bersalin . *Embrio, Jurnal Kebidanan*. 2012;1.
 9. Kesehatan Metro Sai Wawai J, Wawai Efek Prenatal Yoga Dalam Merubah Presentasi Janin S, Rudiyaniti N, Kebidanan Tanjungkarang J. Efek Prenatal Yoga dalam Merubah Presentasi Janin. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*. 2021;14(1):30-37. doi:10.26630/jkm.v13i1.2664
 10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan; 2022.
 11. Sri Astuti. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan*. Erlangga; 2017.
 12. *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience.*; 2016.
 13. Walyani ES. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Pustaka Baru Press.; 2014.
 14. Sri M, Universitas D, Yogyakarta A. Karakteristik Ibu Hamil Dengan Pre Eklamsia Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.
 15. Safitri A, Kesehatan Kendari P. Prosiding Seminar Nasional Publikasi Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat “Implementasi Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat Untuk Peningkatan Kekayaan Intelektual” Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Preeklampsia Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.; 2017.
 16. Andri Yanuarini T. Hubungan Status Gravidita The Correlation Between Gravidita Status With The Incidence of Preeklampsia. *Jurnal Kebidanan*. 2020;Vol.9. <https://akbid-dharmahusada-kediri.e-journal.id/JKDH/index>
 17. Ikhlusal Akbar M, Tri Putri G. *Terapi Farmakologis Preeklampsia Pada Ibu Hamil.*; 2016.
 18. Utami I, Fitriahadi E. *Buku Ajar Asuhan Persalinan & Manajemen Nyeri Persalinan*. UNISA; 2019.
 19. Kurniarum A. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan BBL Komprehensif*. Kementerian Kesehatan RI; 2016.
 20. Dinda N, Saleha S, Haruna N. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan Persalinan Letak Sungsang (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*. 2021;3(2). doi:10.24252/jmw.v3i2.24345
 21. Riskiawinanda F, Aditya R, Mutmainnah N. Hubungan Usia dan Paritas Dengan Kejadian Persalinan Sungsang Di RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2013. *Berkala Kedokteran*. 2015;11.
 22. Dwi Febriati L, Zakiyah Z. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Adaptasi Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil. *Jurnal Kebidanan Indonesia*. 2022;13(1). doi:10.36419/jki.v13i1.561

23. Sutrisminah E. *Penatalaksanaan Letak Sungsang*.; 2016. Accessed July 7, 2023. http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210104088/392LETAK_SUNGSANG_HARUSKAH_DITERMINASI_DENGAN_BEDAHA_SESAR.pdf
24. Putra N, Utami N. Rencana Partus Pervaginam pada Kehamilan Aterm dengan Presentasi Bokong dan Ketuban Pecah Dini. *Medula Unila*. 2017;Vo. 7.
25. Aldina Ayunda Insani Mk, Bd Sk, Lusiana El Sinta MkB, Feni Andriani Mk. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*.; 2019. www.indomediapustaka.com
26. Marmi. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas "Puerperium Care*. Pustaka Pelajar; 2012.
27. BKKBN. *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Dan Keluarga Berencana*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021.
28. Marmi, Rahardjo. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Prasekolah*. Pustaka Pelajar; 2012.
29. Silvian MN, Ekasari T, Studi S- P, Hafshawaty Zainul Hasan S. *Faktor Yang Mempengaruhi Status Imunisasi HB 0 Pada Bayi Umur 0-7 Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukabumi*.; 2023. <https://stikes-nhm.e-journal.id/OBJ/index>
30. Wagiyo, Putro. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal Dan Bayi Batu Lahir Fisiologis Dan Patologis*. CV. Andi; 2016.
31. Walyani ES. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Pustaka Baru Press; 2019.
32. Wahyuningsih. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Kementerian Kesehatan RI; 2018.
33. Wilayah Kerja Bpm L Kabupaten Bandung DB, Studi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung P. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Nifas Dalam Mengonsumsi Tablet Fe*.
34. Harahap H, Purwakanthi A, Kusdiyah E. *Pengaruh Penggunaan Antibiotik Profilaksis Dengan Lama Rawat Inap Pada Pasien Seksio Sesarea*.
35. WHO. *World Health Statistics. World Health, 1-177*.; 2017.
36. Eliyanti E, Tjahja H, Stikes W, Jombang P. *Midwefery Care In The Post Partum Mothers With Nipple Blisters In Bpm Suhartini, Sst Sub-District Diwek Of Jombang District*.; 2017.
37. Putri NM, Ardhiyanti Y. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Puting Susu Lecet Menggunakan Minyak Zaitun Di PMB Siti Julaeha, Kota Pekanbaru Tahun 2021. Jurnal Kebidanan Terkini* . 2022;Vol.02. doi:10.25311/jkt/Vol2.Iss1.556