

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Persalinan

a. Definisi persalinan

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad 2019). Persalinan yakni suatu proses alami dan berlangsung secara alamiah. Dengan demikian akan membutuhkan pengamatan khusus dikarenakan pada setiap wanita memiliki kesehatan yang berbeda sehingga dapat meminimalisir bahaya kematian ibu dan janin di saat persalinan (Kriscanti, 2021).

b. Etiologi persalinan

Menurut Fitriana & Widy (2020), sebab-sebab mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Penurunan kadar progesteron

Hormon estrogen dapat meninggikan kerentanan otot-otot rahim, sedangkan hormon progesteron dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Hal inilah yang menandakan sebab-sebab mulainya persalinan.

2) Teori oksitosin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oksitosin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

3) Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada di dalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar-kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Prostaglandin meningkat menyebabkan penurunan kadar progesteron, peningkatan estrogen dan oksitosin.

c. Tanda-tanda persalinan

Menurut Walyani dalam Saraswati 2022, dijelaskan bahwa ada beberapa tanda persalinan di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involunter. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase, yaitu:

- a) *increment*, yaitu ketika intensitas terbentuk.
- b) *acme*, yaitu puncak atau maximum.
- c) *decement*, yaitu ketika otot relaksasi.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*.

3) Keluarnya air-air atau ketuban

Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan

ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Stoppard dalam Walyani & Endang, 2020).

4) Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat (Liu dalam Walyani & Endang, 2020).

Adapun tanda-tanda persalinan lainnya, yaitu:

- 1) Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rektum dan vagina.
- 3) Perineum mulai menonjol.
- 4) Vagina dan sfingter ani mulai membuka.

d. Fase-fase dalam persalinan

1) Fase persalinan kala I

Persalinan kala I disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) (Girsang, 2017). Kala satu persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten

Fase laten dimulai dari permulaan kontraksi uterus yang regular sampai terjadi dilatasi serviks yang mencapai ukuran diameter 3 cm. Pada fase ini akan terjadi ketidaknyamanan akibat nyeri yang berlangsung secara terus- menerus.

b) Fase aktif

Selama fase aktif persalinan, dilatasi serviks terjadi lebih cepat, dimulai dari akhir fase laten dan berakhir dengan dilatasi serviks dengan diameter kurang lebih 4 cm sampai dengan 10 cm.

2) Fase persalinan kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi (his) semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala satu, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak bisa dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.

d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi lebih terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul kepermukaan jalan lahir, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, muka, dagu, dan seluruhnya.

3) Fase persalinan kala III

Kala III disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.
- d) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba).
- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.

4) Fase persalinan kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Saragih (2017), ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu *power*, *passage*, *passenger*, psikis ibu bersalin, dan penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut:

1) *Power* (tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

- a) Primer, berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder, usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2) *Passenger* (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin, serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan *passenger* antara lain, janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

3) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan.

4) Psikis ibu bersalin

Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan.

5) Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain yaitu dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan.

f. Penyulit/komplikasi persalinan

Beberapa penyulit/komplikasi pada persalinan kala I dan II di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Distosia kelainan presentasi dan posisi (malposisi)

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

2) Distosia karena kelainan his

- a) *False labour* (persalinan palsu/belum inpartu)
- b) Persalinan lama
- c) *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)
- d) *Prolonged active phase* (fase aktif memanjang)
- e) Inersia uteri hipotonik
- f) Inersia uteri hipertonic
- g) His yang tidak terkoordinasi

3) Distosia karena kelainan alat kandungan

a) Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah edema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

- (1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

(2) *Stenosis vagina congenital*

(3) Tumor vagina dan kista vagina

c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfungsi *uterine action* atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin.

4) Distosia karena kelainan janin

a) Bayi besar (makrosomia)

b) Hidrosefalus

c) Anensefalus

d) Janin kembar siam

5) Distosia karena kelainan jalan lahir

a) Kesempitan pintu atas panggul

b) Kesempitan bidang tengah pelvis

c) Kesempitan pintu bawah panggul

Beberapa penyulit/komplikasi pada persalinan kala III dan IV di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

2) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah lepasnya plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

3) Emboli air ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya ke dalam sirkulasi darah ibu.

4) Robekan jalan lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir di antaranya adalah robekan perineum, robekan serviks, robekan dinding vagina, inversion uteri, dan syok obstetrik.

2. Preeklampsia

a. Definisi preeklampsia

Menurut Nur & Yunita (2021), preeklampsia merupakan sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. Menurut Sutiati Bardja 2020, preeklampsia adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140/90 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi setelah kehamilan 20 minggu atau pada periode pasca salin dini disertai dengan proteinuria (Zahra Az, 2022). Preeklampsia adalah adanya hipertensi spesifik yang disebabkan oleh kehamilan, disertai dengan penyakit lain pada sistem organ selama usia kehamilan 20 minggu atau lebih. Sebelumnya, preeklampsia selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi onset baru dan proteinuria selama kehamilan (hipertensi dengan onset proteinuria). Meskipun kedua kriteria ini tetap menjadi definisi klasik dari preeklampsia, ada beberapa wanita lain yang datang dengan hipertensi dengan disfungsi multiorgan lain yang mengindikasikan preeklampsia berat, bahkan jika pasien tidak memiliki proteinuria. Edema sangat umum pada wanita dengan kehamilan normal sehingga tidak lagi digunakan sebagai kriteria diagnostik (POGI, 2016).

b. Klasifikasi preeklampsia

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Klasifikasi preeklampsia terbagi menjadi 2, yaitu:

1) Preeklampsia

Didefinisikan sebagai hipertensi yang terjadi selama kehamilan/setelah usia kehamilan 20 minggu dan berhubungan dengan penyakit organ. Jika hanya ditemukan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak boleh disamakan dengan preeklampsia dan harus didapatkan adanya gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Protein urine pada preeklampsia melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urine dipstik > positif

1. Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urine yang baru, namun jika protein urine tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia, yaitu:

- a) Trombositopenia: trombosit < 100.000/mikroliter.
- b) Gangguan ginjal: kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.

- c) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen. edema
- d) Edema paru.
- e) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- f) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction (FGR)* atau didapatkan adanya *Absent or Reversed end Diastolic Velocity (ARDV)*.

2) Preeklampsia berat

Beberapa gejala klinis dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, maka akan dikategorikan menjadi kondisi pemberatan dari preeklampsia atau disebut dengan preeklampsia berat. Kriteria gejala dan kondisi yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklampsia atau preeklampsia berat adalah salah satu dibawah ini:

- a) Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- b) Trombositopenia: trombosit < 100.000/mikroliter.

- c) Gangguan ginjal: kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- d) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen.
- e) Edema paru.
- f) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- g) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction (FGR)* atau didapatkan adanya *Absent or Reversed end Diastolic Velocity (ARDV)*.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urine terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urine masif (lebih dari 5 g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat.

Preeklampsia merupakan bagian dari spektrum gangguan hipertensi yang menyulitkan kehamilan. Seperti yang ditentukan oleh National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) working group (2016), klasifikasinya adalah sebagai berikut:

1) Hipertensi gestasional

Dapat dikarakteristikan dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya selama kehamilan, tidak ada proteinuria, tekanan darah kembali ke postpartum normal kurang dari 12 minggu, diagnosis akhir dibuat hanya postpartum.

2) Hipertensi kronis

Ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih sebelum kehamilan atau didiagnosis sebelum usia kehamilan 20 minggu, tidak disebabkan penyakit trofoblas gestasional, atau hipertensi pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan terus-menerus setelah 12 minggu postpartum.

3) Preeklampsia/eklampsia

Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih pada kehamilan setelah 20 minggu pada wanita yang sebelumnya mempunyai tekanan darah normal dan terdeteksi proteinuria (≥ 0.3 g protein dalam 24 jam spesimen urin). Eklampsia didefinisikan sebagai kejang yang tidak dapat disebabkan penyebab lain pada wanita dengan preeklampsia.

4) *Superimposed preeclampsia* (hipertensi kronis)

Superimposed preeclampsia (hipertensi kronis) ditandai dengan onset baru proteinuria (≥ 300 mg / 24 jam) pada wanita dengan hipertensi tetapi tidak ada proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu dan peningkatan mendadak dalam proteinuria atau tekanan darah, jumlah trombosit kurang dari $100.000/\text{mm}^3$, pada wanita dengan hipertensi dan proteinuria sebelum 20 minggu gestasi (NHBPEP, 2016).

c. Etiologi preeklampsia

Etiologi preeklampsia masih belum diketahui pasti. Banyak yang mencoba memberikan penjelasan terkait penyebab preeklampsia, namun belum ada sebab pasti sehingga preeklampsia disebut sebagai “*the disease of theories*” (Rizki, 2021). Dari teori-teori tersebut yang substansial ialah sebagai berikut (Khairani dalam Rizki 2021):

- 1) Implantasi plasenta dengan invasi tropoblas abnormal pembuluh darah uterus (*invasi tropoblas abnormal*).
- 2) Maladaptasi maternal terhadap terjadinya perubahan pada kardiovaskular serta respon inflamasi pada kehamilan normal (*disfungsi endotel*).
- 3) Toleransi maladaptif imunologi antara jaringan maternal, plasenta, serta fetal (faktor imunologis).
- 4) Faktor genetik, nutrisi, serta lingkungan.

d. Faktor risiko preeklampsia

Menurut (Hinelo *et al.*, 2021) terdapat beberapa faktor risiko terjadinya preeklampsia, yaitu:

1) Indeks massa tubuh

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hinelo *et al* (2021) berdasarkan distribusi IMT ditemukan bahwa pasien preeklampsia lebih banyak yang mengalami obesitas dibandingkan dengan yang tidak preeklampsia. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa obesitas dan overweight merupakan salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia (Patonah, Afandi, & Resi, 2021). Ibu hamil dengan IMT lebih berisiko mengalami preeklampsia jika telah terdapat anemia berat atau defisiensi mikronutrien yang dapat menyebabkan terjadinya preeklampsia melalui mekanis medis fungsi endotel yang dipicu oleh adanya reaksi stress oksidatif.

2) Faktor riwayat preeklampsia

Hasil penelitian mengenai faktor risiko preeklampsia ditinjau dari riwayat preeklampsia sebelumnya, dilaporkan oleh (Nurbaniwati, 2021) bahwa 200 sampel yang diteliti, terdapat 142 sampel (71%) yang memiliki riwayat preeklampsia sebelumnya. Ibu yang memiliki riwayat preeklampsia memiliki risiko relative (RR) mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat

preeklampsia (Wu et al., 2021). Riwayat preeklampsia juga berperan sebagai pemicu terjadinya preeklampsia karena ibu hamil yang memiliki riwayat preeklampsia akan meningkatkan risiko kehamilan di masa depan, karena preeklampsia penyakit yang berisiko kambuh.

3) Faktor usia ibu

Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya potensi kegawatdaruratan kebidanan. Kehamilan pada usia remaja (<20 tahun) memiliki risiko tinggi untuk meningkatkan kejadian preeklampsia karena pada rentan usia tersebut masih terjadi pertumbuhan ukuran uterus yang belum mencapai ukuran normal untuk kehamilan. Sedangkan pada wanita dengan usia >35 tahun kemungkinan telah terjadi proses degeneratif yang mempengaruhi pembuluh darah perifer sehingga terjadi perubahan fungsional dan struktural yang berperan pada perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia (M Tendean & Wagey, 2021). Meski demikian, dalam penelitian lain disebutkan bahwa preeklampsia berat dapat ditemukan pada kelompok umur 17-34 tahun. Hal ini terjadi karena sebagian besar ibu mengalami kehamilan dan persalinan usia 17 hingga 34 tahun, sehingga jumlah preeklampsia berat sebagian besar ditemukan pada umur itu (Nurbaniwati, 2021).

Adapun beberapa faktor risiko preeklampsia menurut Manuaba (2019), yaitu yang berhubungan dengan faktor ibu antara lain umur, paritas, jarak kehamilan ibu, status sosial ekonomi rendah, indeks massa tubuh, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, jenis kehamilan (kehamilan tunggal atau ganda), riwayat keluarga diabetes, dan hipertensi.

Faktor risiko preeklampsia tidak hanya berhubungan dengan faktor ibu, tetapi berhubungan juga dengan faktor suami dan faktor ekstrinsik.

Faktor suami yang pertama yaitu dilihat dari faktor suami baru. Faktor risiko ini berhubungan dengan teori intoleransi imunologik antara ibu dengan janin pada kehamilan pertama, yaitu primigravida mempunyai risiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan dengan multigravida, ibu multipara yang kemudian menikah lagi akan mempunyai risiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan berikutnya jika dibandingkan dengan suami sebelumnya dan lamanya periode seks sampai saat kehamilan, yang dimana semakin lama periode ini maka semakin kecil terjadinya hipertensi dalam kehamilan (Lalenoh, 2018). Faktor risiko suami yang kedua yaitu dilihat dari faktor usia suami. Usia suami >35 tahun, jika dibandingkan antara usia suami 25-34 tahun dan 35-44 tahun, maka akan diketahui bahwa risiko preeklampsia meningkat 24% dibandingkan dengan

usia diatas 45 tahun risiko meningkat menjadi 80%. Ini mungkin terjadi karena kerusakan sperma akibat mutasi genetik yang dipengaruhi oleh penuaan atau radiasi lingkungan, panas, dan pestisida. Semua penyebab kerusakan ini meningkatkan risiko preeklampsia (Shamsi et al., 2016).

Faktor eksternal juga mempengaruhi preeklampsia. Adapun beberapa faktor eksternal yaitu merokok, stress, dan status pekerjaan wanita. Faktor eksternal pertama adalah merokok, merokok dianggap sebagai faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Faktor eksternal kedua adalah stres, semakin tinggi stres selama kehamilan, semakin tinggi risiko preeklampsia. Skor stres diperoleh dengan menggunakan *perceived stress scale (pss)*. Faktor eksternal ketiga adalah status kerja perempuan, yang berkaitan dengan stres yang diterima selama kinerja kerja. Faktor eksternal keempat yaitu faktor pekerjaan. Aktivitas fisik terkait pekerjaan dan stres merupakan faktor risiko preeklampsia (Schummers et al., 2018).

Menurut (Johariyah, Nurdiati & Widyawati, 2021) terdapat peningkatan kejadian preeklampsia pada wanita yang lebih tua, memiliki indeks massa tubuh yang lebih tinggi, memiliki riwayat hipertensi, dan riwayat keluarga hipertensi. Selain itu, risiko preeklampsia juga meningkat pada wanita dengan durasi kehamilan yang lebih lama dan jumlah kehamilan yang lebih

banyak. Oleh karena itu, studi tersebut merekomendasikan pentingnya identifikasi dini faktor risiko sebagai upaya pencegahan dan pengelolaan preeklampsia.

e. Patofisiologi preeklampsia

Menurut Pribadi et al., (2019), berdasarkan perjalanan teori terdapat 2 tahapan preeklampsia tergantung pada gejala yang timbul. Tahap pertama bersifat asimtomatik dengan karakteristik perkembangan abnormal plasenta pada trimester pertama. Perkembangan abnormal plasenta terutama angiogenesis mengakibatkan insufisiensi plasenta dan terlepasnya material plasenta memasuki sirkulasi ibu. Terlepasnya material plasenta mengakibatkan gambaran klinis pada preeklampsia tahap 2, yaitu tahap simtomatik. Pada tahap ini timbul gejala seperti hipertensi, gangguan renal, proteinuria, dan potensi terjadinya sindroma HELLP, eklampsia, dan kerusakan organ lain (Erawati, 2022).

Lalenoh (2018) menyatakan bahwa patofisiologi preeklampsia masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, terdapat beberapa teori yang menjelaskan penyebab terjadinya preeklampsia, di antaranya adalah:

1) Gangguan trofoblas dan plasenta

Gangguan pada trofoblas dan plasenta dapat menyebabkan terjadinya preeklampsia. Plasenta yang tidak berfungsi dengan baik akan memicu respon inflamasi yang akan merusak

pembuluh darah dan menyebabkan peningkatan tekanan darah pada ibu hamil.

2) Disfungsi endotel dan hipertensi kronis

Hipertensi kronis dapat merusak pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk di dalam plasenta. Hal ini dapat menyebabkan disfungsi endotel, yaitu kerusakan pada lapisan dalam pembuluh darah. Disfungsi endotel ini dapat menyebabkan terjadinya vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah pada ibu hamil.

3) Kelainan pada sistem vaskular

Preeklampsia dapat menyebabkan vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah, yang mengurangi aliran darah ke organ-organ vital seperti ginjal, hati, dan otak. Penyempitan pembuluh darah juga dapat memicu peradangan dan kerusakan pada dinding pembuluh darah, sehingga meningkatkan risiko terjadinya thrombosis.

4) Defisiensi antioksidan

Antioksidan dapat membantu menghilangkan radikal bebas yang merusak sel-sel dalam tubuh. Pada ibu hamil dengan preeklampsia, kadar antioksidan dalam darah diketahui lebih rendah dibandingkan dengan ibu hamil normal. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah.

5) Kelainan sistem imun

Terdapat kemungkinan adanya gangguan pada sistem imun ibu hamil yang dapat memicu terjadinya preeklampsia. Gangguan pada sistem imun ini dapat menyebabkan peradangan dan kerusakan pada pembuluh darah.

f. Komplikasi preeklampsia

Menurut hasil penelitian Annafi, Jumsa, & Budyono (2022) menunjukkan bahwa komplikasi yang dapat ditimbulkan akibat preeklampsia, yaitu:

1) Sindrom HELLP

Hemolysis (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan HELLP, adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit. Gejala yang timbul biasanya pusing, muntah, sakit kepala dan sakit perut bagian atas.

2) Eklampsia

Preeklampsia jika tidak dikontrol, maka akan terjadi eklampsia. Eklampsia menyebabkan terjadinya kerusakan yang permanen pada organ klien, seperti hati, dan ginjal. Eklampsia yang parah mengakibatkan ibu mengalami koma, kerusakan pada otak dan menyebabkan kematian yang gagal.

3) Edema paru.

4) Gagal ginjal akut.

5) Solusio plasenta

Risiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan salah satunya yaitu akibat dari preeklampsia yang meningkatkan terjadinya risiko yang mengakibatkan perdarahan sehingga dapat mengancam ibu dan bayinya.

g. Dampak preeklampsia selama persalinan

Selama persalinan, preeklampsia dapat berdampak pada eklampsia, yaitu preeklampsia dengan kejang. Kondisi ini sangat berbahaya karena dapat merusak organ tubuh seperti hati, ginjal dan otak yang berujung pada kematian. Selain itu, preeklampsia dapat menyebabkan komplikasi seperti abortus, perdarahan subkapsular, koagulopati, ablasi retina, dan gagal jantung yang menyebabkan syok dan kematian. Pada neonatus, preeklampsia dapat menyebabkan kelahiran prematur (baik janin maupun ibu), cacat lahir atau perkembangan janin yang tidak sempurna, asfiksia neonatorum, dan bahkan kematian (Manuaba, 2018).

h. Cara pemeriksaan/menegakkan diagnosa preeklampsia

1) Penegakkan diagnosa preeklampsia

Preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan/diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Protein urine pada preeklampsia

melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstik > positif 1. Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urine yang baru, namun jika protein urine tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia, yaitu:

- a) Trombositopenia: trombosit < 100.000 / microliter.
- b) Gangguan ginjal: kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- c) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen.
- d) Edema paru.
- e) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- f) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplacenta: oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction (FGR)* atau didapatkan adanya *Absent or Reversed end Diastolic Velocity (ARDV)*.

2) Penegakkan diagnosis preeklampsia berat

Kriteria gejala dan kondisi yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklampsia atau preklampsia berat adalah salah satu dibawah ini:

- a) Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- b) Trombositopenia: trombosit < 100.000 / microliter.
- c) Gangguan ginjal: kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- d) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen.
- e) Edema paru.
- f) Didapatkan gejala neurologis: stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- g) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction (FGR)* atau didapatkan adanya *Absent or Reversed end Diastolic Velocity (ARDV)*.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urine terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urine masif (>5 g) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat.

3) Deteksi risiko preeklampsia melalui Indeks Massa Tubuh

Penghitungan berat badan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu dengan membagi berat badan dalam satuan (kg) dengan tinggi badan dalam satuan (m)².

4) Deteksi risiko preeklampsia *Roll Over Test (ROT)*

Cara pemeriksaannya yaitu saat pasien tidur miring ke kiri, ukur tekanan darah diastolik, lalu tidur telentang, segera ukur tekanan darahnya, ulangi selama 5 menit, lalu bedakan diastolik, tidur menyamping dan tidur menyamping. Periksa hasilnya; ROT (+) jika selisih > 15 mmHg, ROT (-) jika selisih < 15 mmHg.

5) Deteksi risiko preeklampsia *Mean Arterial Pressure (MAP)*

Yaitu dengan mengukur tekanan sistolik ditambah 2 kali tekanan diastolik dibagi 3. Hasil tes MAP positif bila tekanan arteri rata-rata ≥ 90 mmHg (Prawirohardjo, 2018).

i. Pemeriksaan penunjang preeklampsia

Selain anamnesis dan pemeriksaan fisik, suspek presbiopia juga harus diperiksa. Pemeriksaan darah berkala dan biokimia darah (ureum kreatinin, SGOT, LDH, bilirubin). Urinalisis (protein, reduksi, bilirubin, sedimen). Kemungkinan pembatasan pertumbuhan janin seperti yang dikonfirmasi dengan USG (jika tersedia). Kardiogram untuk menilai kesehatan janin, (Maryunani, 2020).

Menurut Lalenoh (2018) pemeriksaan penunjang preeklampsia adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun kadar normal Hb pada ibu yang sedang hamil adalah 12-14 gram%, peningkatan hematokrit (dengan nilai 37-43 vol%), dan trombosit mengalami penurunan (dengan nilai 150.000-450.000/mm³).
- 2) Tes urine, yang ditemukan proteinuria.
- 3) Tes fungsi hati, bilirubin mengalami peningkatan (yang normalnya <1 mg/dL, *Serum Glutamat Piruvat Transaminase (SGPT)* mengalami peningkatan dari nilai normal (N = 15-45

u/ml), *Aspartat Aminotransferase (AST)* >60u/l, *SGOT* juga mengalami peningkatan (N=<31 u/l), maka total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dL).

4) Tes asam urat, peningkatan asam urat (N= 2,4-2,7 mg/dl).

5) Radiologi

a) Ultrasonografi, adanya perlambatan pertumbuhan janin intrauterine, respirasi intrauterine melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.

b) Kardiotokografi, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan.

j. Penatalaksanaan

Manajemen preeklampsia dibedakan dalam dua jenis perawatan yaitu perawatan ekspektatif pada preeklampsia tanpa gejala berat dan perawatan ekspektatif pada preeklampsia berat. Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat dengan usia kehamilan <37 minggu dengan evaluasi maternal dan janin yang lebih ketat. Perawatan poliklinis secara ketat dapat dilakukan pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat. Evaluasi ketat yang dilakukan adalah evaluasi gejala maternal dan gerakan janin setiap hari oleh pasien, evaluasi tekanan darah 2 kali dalam seminggu secara poliklinis, evaluasi jumlah trombosit dan fungsi liver setiap minggu, evaluasi USG dan kesejahteraan janin secara berkala

(dianjurkan 2 kali dalam seminggu). Jika didapatkan tanda pertumbuhan janin terhambat, evaluasi menggunakan *doppler velocimetry* terhadap arteri umbilikal direkomendasikan. Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia berat dengan usia kehamilan <34 minggu dengan syarat kondisi ibu dan janin yang stabil. Manajemen ekspektatif pada preeklampsia berat juga direkomendasikan untuk melakukan perawatan di fasilitas kesehatan yang adekuat dengan tersedianya perawatan intensif bagi maternal dan neonatal. Bagi wanita yang melakukan perawatan ekspektatif preeklampsia berat, pemberian kortikosteroid direkomendasikan untuk membantu pematangan paru janin. Pasien dengan preeklampsia berat direkomendasikan untuk melakukan rawat inap selama melakukan perawatan ekspektatif (Wibowo et al., 2016).

MgSO₄ merupakan salah satu obat yang diberikan pada kasus preeklampsia berat untuk mencegah kejang. Indikator pemberian MgSO₄ adalah ditemukannya kasus preeklampsia dengan gejala berat yang mengarah pada terjadinya kejang. Adapun prosedur pemberian MgSO₄ pada preeklampsia berat (PEB) sesuai dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Cilacap tentang Kebijakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) No. 188.47/06.9/04/16.8 Tahun 2018 adalah sebagai berikut:

- 1) Informed consent
- 2) Pemberian MgSO₄ dibagi menjadi loading dose dan maintenance dose:
 - a) Loading dose 4 gram MgSO₄ yang didapatkan dengan cara mengambil 10 ml MgSO₄ 40% dan diencerkan dengan aquadest 10 ml atau mengambil 20 ml larutan MgSO₄ 20% lalu diberikan selama 10-15 menit secara syringe pump.
 - b) Maintenance dose, 1 gram MgSO₄ 20% yang dimasukkan dalam spuit 50 ml dengan menggunakan syringe pump.
 - c) Dihentikan setelah 24 jam post partum.
- 3) Syarat pemberian MgSO₄:
 - a) Refleks patella (+).
 - b) Respirasi ≥ 16 x /menit.
 - c) Urine output ≥ 25 ml/jam.
- 4) Bila terjadi keracunan MgSO₄ maka diberikan antidotumnya yaitu kalsium glukonas 10 % 1 gram IV.
- 5) Mendokumentasikan tindakan ke dalam rekam medis.

Adapun prosedur pemberian MgSO₄ pada preeklampsia tanpa pemberat sesuai dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Cilacap tentang Kebijakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) No. 188.47/06.9/04/16.8 Tahun 2018 adalah sebagai berikut:

- 1) Penderita dirawat di ruang yang tenang, tidur miring ke kiri.
- 2) Diet: cukup protein 100 mg/hari dan kurangi garam yakni sampai 0,5 gr/hari.
- 3) Infus dekstrosa 5% yang tiap liternya diselingi infus ringer laktat 60-123 ml/jam sebanyak 500 ml. jumlah cairan maksimum 1500 ml/hari. jika tekanan osmotik plasma menurun diberikan larutan koloid.
- 4) Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO₄)
 - a) Dosis awal: 4 gr larutan MgSO₄ 20% IV dengan kecepatan maksimal 1 gr/menit, yang segera diikuti 8 gr IM larutan MgSO₄ 40% (20 ml) masing-masing 10 ml di pantat kiri dan kanan.
 - b) Dosis pemeliharaan: 4 gr MgSO₄ IM larutan setiap 6 jam, dengan catatan syarat pemberian MgSO₄ adalah refleks patella (+), respirasi ≥ 16 x/menit, produksi urine paling tidak 100 ml/ 4 jam terakhir, tersedia antidotum yaitu kalsium glukonas 10%.
 - c) Pemberian MgSO₄ dihentikan setelah 6 jam pasca persalinan.
- 5) Antihipertensi, diberikan bila tekanan sistolik ≥ 180 mmHg atau diastolic ≥ 110 mmHg.
 - a) Hidralazin
 - (1) 10 mg/ 4-6 jam sesuai respon.

(2) 5 mg IV, ditunggu 5 menit, bila tidak ada respon ulangi 5 mg IV sampai dosis total 25 mg.

b) Klonidin

(1) Satu ampul (0,15 mg) dilarutkan dalam 9 ml aqua for Injection atau NaCl fisiologis disuntik IV sebanyak 5 ml tunggu 5 menit.

(2) Bila tekanan darah belum turun diulang sampai 4x dalam waktu 30 menit.

(3) Bila tekanan darah sudah turun klonidin diberikan secara IM setiap 3-4 jam sebanyak 0,15 mg.

6) Diuretika

a) Indikasi: edema paru-paru, gagal jantung.

b) Obat dan dosis.

7) Tindakan obstetrik

a) Konservatif: kehamilan dipertahankan, ditunggu sampai persalinan spontan.

b) Aktif

(1) Indikasi, bila terdapat satu atau lebih keadaan dibawah ini:

(a) Umur kehamilan ≥ 37 minggu.

(b) Terdapat gejala impending eklampsia.

(c) Kegagalan terapi konservatif dengan medikamentosa (6 jam sejak pengobatan

medikamentosa terjadi kenaikan tekanan darah dan tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan, dengan kriteria tekanan darah diastolik ≥ 100 mmHg dan indeks gestosis ≥ 6 .

- (d) Terdapat tanda-tanda gawat janin.
 - (e) Terdapat tanda-tanda IUGR yang kurang dari 10 persentil dari kurva normal.
 - (f) Terdapat HELLP syndrome.
- (2) Cara terminasi kehamilan apabila belum masuk dalam persalinan:
- (a) Induksi (sesuai protokol) setelah 30 menit terapi medikamentosa.
 - (b) Seksio sesarea, bila terdapat kontraindikasi terhadap oksitosin, setelah 12 jam dilakukan induksi tidak masuk ke dalam fase aktif, primigravida lebih cenderung ke arah sectio caesarea.
- (3) Cara terminasi kehamilan apabila sudah masuk dalam persalinan:
- (a) Kala I fase laten: sectio caesarea.
 - (b) Kala I fase aktif: amniotomi, bila dalam 6 jam setelah amniotomy tidak tercapai pembukaan lengkap lakukan section caesarea.
 - (c) Kala II: ekstraksi vakum, ekstraksi forseps.

k. Pencegahan

Baik preeklampsia maupun eklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang sedang berlangsung dengan etiologi yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian. Untuk mencegah kejadian preeklampsia, saran yang dapat diberikan dan berhubungan dengan:

1) Makanan diet

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak. Kurangi garam jika berat badan bertambah atau edema. Makanan berorientasi empat tahun yang sehat dan sempurna. Tingkatkan asupan protein dengan tambahan telur per hari.

2) Istirahat yang cukup

Istirahat yang cukup seiring bertambahnya usia ibu hamil dengan rasa perlu bekerja sesuai dengan kemampuannya. Duduk atau berbaring miring lebih banyak agar aliran darah ke plasenta tidak terganggu.

3) Pemantauan prenatal (kehamilan)

Jika ada perubahan perasaan dan gerakan janin dalam kandungan, segera pergi ke klinik (Prawirohardjo, 2018).

Kondisi untuk perhatian khusus:

1) Periksa kemungkinan preeklampsia

Periksa tekanan darah atau kenaikannya, periksa tinggi miokardium, periksa kenaikan berat badan atau edema, periksa protein urine dan jika mungkin, periksa fungsi ginjal, fungsi hati, kerja darah umum dan pemeriksaan retina.

2) Kaji status janin dalam kandungan

Pantau tinggi fundus dan lakukan pemeriksaan antenatal seperti gerakan janin intrauterin, denyut jantung janin, dan pemantauan cairan ketuban (Prawirohardjo, 2018).

1. Tata laksana bidan

Berdasarkan kewenangan bidan untuk penanganan preeklampsia dalam undang-undang nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan pasal 49 E bidan hanya memiliki kewenangan dalam melakukan pertolongan pertama dalam kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dilanjut dengan rujukan. Akan tetapi selain tugas dan fungsi mandiri, bidan juga memiliki tugas dan fungsi kolaborasi, sehingga bidan boleh memberikan MgSO₄ akan tetapi atas dasar kolaborasi dengan dokter SpOG dan dilakukan di rumah sakit.

Menurut Undang-Undang kebidanan Nomor 4 Tahun 2019 Pasal 59 ayat (1) bahwa bidan memiliki wewenang dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama. Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, bahwa bidan memiliki ruang lingkup tatalaksana pada kehamilan dengan penyulit obstetrik (hiperemesis gravidarum, hipertensi, preeklamsi, infeksi) serta pemberian MgSO₄.

Penatalaksanaan persalinan dengan preeklampsia sesuai kewenangan bidan meliputi beberapa hal. Pertama, bidan harus melakukan diagnosis dini preeklampsia dan memahami tanda-tanda impending yang dapat memicu kejang atau eklampsia. Kedua, bidan harus melakukan kontrol tekanan darah yang adekuat dan memantau kondisi ibu dan janin secara berkala. Ketiga, bidan harus memberikan terapi pencegahan kejang dengan MgSO₄ sesuai dengan standar profesi bidan. Keempat, bidan harus mempersiapkan persalinan atau terminasi kehamilan sebagai penatalaksanaan definitif tanda impending, kehamilan lebih dari 37 minggu, atau kegagalan terapi pada perawatan konservatif. Selain itu, bidan juga harus memperhatikan SPO penanganan preeklampsia yang telah ditetapkan di rumah sakit atau puskesmas. Oleh karena itu, penatalaksanaan persalinan dengan preeklampsia sesuai kewenangan bidan harus memperhatikan diagnosis dini, kontrol tekanan darah, terapi pencegahan kejang, persiapan persalinan, dan SPO penanganan persalinan.

3. Manajemen Kebidanan

a. Definisi manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Arlenti & Zainal, 2021).

b. Langkah manajemen kebidanan

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi:

1) Langkah I: pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengumpulan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

2) Langkah II: interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

3) Langkah III: identifikasi diagnosa/masalah potensial

Pada langkah dilakukan pengidentifikasian masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

4) Langkah IV: mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter

Pada langkah ini dilakukan pengidentifikasian perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini

mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan.

5) Langkah V: perencanaan

Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

6) Langkah VI: pelaksanaan

Perencanaan dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien

adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

7) Langkah VII: evaluasi keefektifan asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya (Arlenti & Zainal, 2021).

c. Data perkembangan SOAP

Catatan perkembangan pasien adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien berupa kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan (Safira, 2021).

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, dan P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan secara jelas dan logis.

1) Subjektif (S)

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan

keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S" diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2) Objektif (O)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) Assesment (A)

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4) Planning (P)

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Surtinah et al., 2019).

B. KERANGKA TEORI



Sumber: (NHBPEP, 2016; POGI, 2016; Shamsi et al., 2016; Wibowo et al., 2016; Girsang, 2017; Saragih, 2017; Lalenoh, 2018; Manuaba, 2018; Prawirohardjo, 2018; Schummers et al., 2018; Irawatai, Muliani & Arsyad, 2019; Manuaba, 2019; Surtinah et al., 2019; Maryunani, 2020; Arlenti & Zainal, 2021; Hinely et al., 2021; Johariyah, Nurdiati & Widayawati, 2021; Kriscanti, 2021; Nurbaniwati, 2021; Patonah, Afandi & Resi, 2021; Rizki, 2021; Safira, 2021; Wu et al., 2021; Annafi, Jumsa, & Budyono, 2022; Erawati, 2022; Zahra Az, 2022)