

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT TRIMESTER III PADA NY. N  
DI PUSKESMAS KRAMATWATU TAHUN 2019**

**PREGNANT WOMEN MIDWIFE MIDWIFERS WITH PREEKLAMPSIA III TRIMESTER IN NY. N  
IN PUSKESMAS KRAMATWATU IN 2019**

Vega Muhida<sup>1</sup>, Inez Yuspramiat<sup>2</sup>

**Poltekkes `Aisyiyah Banten**  
vega@poltekkes-aisyiyahbanten.ac.id

**INTISARI**

Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau disertai oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Angka kejadian preeklampsia berat di Puskesmas Kramatwatu Tahun 2018 terdapat 26 (0,98%) dari 2033 ibu hamil.

Adapun tujuan dari penelitian ini yaitu mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu Hamil dengan Preeklampsia Berat sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

Penelitian studi kasus ini adalah studi kasus kualitatif, karena dilakukan dengan wawancara menggunakan format pengkajian ibu hamil, anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan buku KIA.

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil bahwa Ny. N mengalami Preeklampsia Berat. Maka dari itu peneliti memberikan tindakan berupa pemasangan oxygen 5 L/menit, pemasangan infuse RL 20 tpm, pemasangan Dc, memberi therapy dexamethasone 3 ampul dengan dosis 2,5 ml/ampul, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampul dengan dosis 10 mg/ampul, melakukan pemantauan keadaan umum ibu, merujuk ibu ke IGD maternal RSDP dengan petugas.

Diharapkan studi kasus ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan secara optimal melalui penanganan segera khususnya pada ibu hamil dengan preeklampsia berat.

**Kata Kunci** : Ibu hamil dan preeklampsia berat.

**ESSENCE**

Severe preeclampsia is a pregnancy complication characterized by the onset of hypertension 160/110 mmHg or more accompanied by proteinuria and / or with edema in pregnancies of 20 weeks or more. The incidence of severe preeclampsia at the Kramatwatu Health Center in 2018 was 26 (0.98%) of 2033 pregnant women.

The purpose of this study is to be able to provide midwifery care for pregnant women with severe preeclampsia in accordance with midwifery service standards.

This case study research is a qualitative case study, because it was conducted by interview using the format of assessment of pregnant women, anamnesa, physical examination, laboratory examinations, and the MCH handbook.

After the assessment, it was found that Ny. N has severe preeclampsia. Therefore the researchers gave measures in the form of oxygen 5 L / min, RL infusion of 20 tpm, Dc installation, giving dexamethasone therapy 3 ampoules at a dose of 2.5 ml / ampoule, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampoules at a dose of 10 mg / ampoule , monitoring the general condition of the mother, referring the mother to the RSD maternal emergency room with officers.

It is hoped that this case study can improve the quality of midwifery care services optimally through immediate treatment, especially for pregnant women with severe preeclampsia

**Keywords: Pregnant women and severe preeclampsia.**

## **PENDAHULUAN**

Pelayanan kebidanan (maternity care) dalam suatu negara dapat dinilai baik atau buruknya dilihat dari jumlah kematian maternal (maternal mortality). Angka kematian maternal adalah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara bahkan terhadap 100.000 kelahiran hidup (1)

Menurut WHO (2016) terdapat sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan diseluruh dunia setiap hari. Diperkirakan pada tahun 2015, sekitar 303.000 wanita meninggal selama/setelah masa kehamilan dan persalinan. WHO (2016) juga menyampaikan bahwa salah satu komplikasi penyebab kematian ibu adalah preeklampsia. Masalah kematian ibu menjadi target Sustainable Development Goals (SDG's) tahun 2030 tentu perlu untuk mendapat perhatian khusus dari seluruh pihak baik pemerintah maupun sector swasta, yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu di Indonesia lebih tinggi dibandingkan Negara-negara ASEAN lainnya.

Kasus gawatdarurat obstetri ialah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri empat penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir ialah 1) perdarahan; 2) infeksi dan sepsis; 3) hipertensi dan preeklamsia/eklampsia, serta 4) persalinan macet (distosia). Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyebab yang lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan dalam masa nifas. Selain keempat penyebab kematian utama tersebut, masih banyak jenis kasus gawatdarurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya emboli air ketuban, dan kehamilan ektopik (1)

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) menyebutkan bahwa AKI di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 214 per 100.000 kelahiran hidup. Kemenkes tahun 2015 juga menyatakan bahwa hipertensi meningkatkan angka kematian dan kesakitan pada ibu hamil kejadian ini presentasenya 12% dari kematian ibu diseluruh dunia (2).

Adapun menurut Dinas Kesehatan Provinsi Banten, sepanjang tahun 2014 kasus AKI di Banten mencapai 230 jiwa. Sekitar 37% atau sekitar 85 ibu meninggal karena pendarahan, sekitar 22% atau sekitar 51 ibu karena infeksi, dan sekitar 14% atau sekitar 32 ibu karena hipertensi, sisanya 27% atau sekitar 62 ibu karena hal lain, seperti kurang sigapnya keluarga terhadap ibu yang hendak melahirkan (3).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Serang pada Tahun 2015, angka preeklampsia berat pada ibu bersalin di kabupaten Serang sebesar 2,9% per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan data ibu hamil dari Puskesmas Kramatwatu Kabupaten Serang tahun 2018 angka kejadian preeklampsia ringan sebesar terhitung 14 kasus dan preeklampsia berat sebesar terhitung 26 kasus dari 2033 ibu hamil.

Preeklampsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi pada saat ante, intra dan post partum. Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau disertai oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Sujiyatini, 2009).

Di dalam asuhan kebidanan terdapat tujuannya yaitu untuk melaksanakan

pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan angka kesakitan ibu dan anak.

Berdasarkan uraian diatas dengan keinginan untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Kebidanan dengan judul "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Berat Trimester III Pada Ny. N Di Puskesmas Kramatwatu Tahun 2019".

Adapun tujuan dari penelitian ini yaitu mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu Hamil dengan Preeklampsia Berat sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian studi kasus ini adalah studi kasus kualitatif, karena dilakukan dengan wawancara menggunakan format pengkajian ibu hamil, anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan buku KIA. di Puskesmas Pontang pada tanggal 18 Maret 2019 – 13 April 2019. Subjek studi kasus adalah Ny. R umur 37 tahun G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub> hamil 34 minggu dengan PEB.

### **A. Hasil Studi Kasus**

Ny. N umur 37 tahun, agama islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan

terakhir Perguruan Tinggi, bekerja sebagai karyawan swasta, telah menikah selama 14 tahun bulan dengan Tn. D umur 45 tahun, agama islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan terakhir Perguruan Tinggi, bekerja sebagai wiraswasta, saat ini mereka tinggal di Komplek Bumi Krakatau Permai, Margatani, Ds. Kramatwatu.

### **1. Kunjungan Tanggal 28 Maret 2019 Pukul 11.00 WIB**

Ny. N mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, pada kunjungan ini ibu mengatakan batuk sudah 3 minggu dan sakit kepala sejak satu hari yang lalu, riwayat menstruasi: Haid pertama umur 13 tahun, Hari Pertama dari Haid yang Terakhir: 06-08-2018 pasti, lamanya 7 hari, banyaknya 3 kali ganti pembalut/hari. Haid sebelumnya tanggal 08-07-2017, lamanya 7 hari, banyaknya 3 kali ganti pembalut/hari, siklus 28 hari, teratur, konsistensi cair, taksiran persalinan: 13-05-2019, dismenorhoe: tidak ada, tes kehamilan dilakukan pada tanggal 25-10-2018 dengan hasil positif (+), pergerakan fetus dirasakan pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan, pergerakan fetus yang dirasakan:  $\pm$  10 kali, makan sehari-hari: 3 kali sehari (nasi, ikan, daging, sayur, buah-buahan), ibu merasakan tidak ada perubahan pola makan, pola eliminasi: BAK  $\pm$  7 kali/hari dan BAB 1

kali/hari, pola istirahat : tidur malam 8 jam dan tidur siang 1 jam, pola seksualitas: 1 kali/minggu, skrining imunisasi TT adalah TT5, riwayat kehamilan sekarang: ibu mengatakan ini kehamilan ke-4 dan tidak pernah keguguran, saat ini usia kehamilan ibu 34 minggu, Riwayat kesehatan: Saat ini ibu menderita penyakit keturunan dari ibunya yaitu hipertensi, ibu tidak pernah menggunakan alcohol, obat-obatan, jamu, maupun merokok. Dalam sehari ibu ganti pakaian dalam sebanyak 3 kali, ibu mengatakan ini kehamilan yang diharapkan, status perkawinan sah, riwayat perkawinan ke satu, lama perkawinan kurang lebih 14 tahun, umur ibu waktu menikah 23 tahun dan suami pada umur 24 tahun, dalam satu rumah ibu tinggal bersama suami, satu anak perempuannya, dan dua anak laki-lakinya.

Dari hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu sedang, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. Tekanan darah 160/100 mmHg, pernafasan 30 kali/menit, suhu 36,7<sup>0</sup>C, nadi 90 kali/menit, tinggi badan 154 cm, berat badan sebelum hamil 75 kg, berat badan sekarang 82 kg, kenaikan berat badan 8 Kg, LILA 29 cm. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hasilnya adalah pada muka tidak ada oedema dan tidak pucat, kelopak mata tidak oedema,

sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat. Pada pemeriksaan hidung bersih dan tidak ada secret dan polip. Telinga bersih dan tidak ada serumen, pemeriksaan mulut dan gigi: lidah bersih tidak, gusi tidak berdarah, gigi tidak ada karies. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening. Pemeriksaan dada dan axilla yaitu frekuensi jantung teratur 90x/menit, pada pemeriksaan paru-paru bunyi ronchi negatif dan wheezing negatif. Pada perut tidak ada luka bekas operasi, konsistensi lunak. Ada pembengkakan di kaki kanan dan kiri, kekakuan sendi tidak ada, kemerahan tidak ada, kemerahan tidak ada, varices tidak ada. Tidak ada rasa nyeri tekan, posisi tulang belakang lordosis fisiologis, tidak ada nyeri ketuk pada pinggang, pada ekstremitas bawah (kaki) ada oedema (kanan dan kiri), tidak ada kemerahan, tidak ada varices, kekakuan sendi tidak ada, reflek patella kiri dan kanan positif.

Hasil palpasi pada pemeriksaan kebidanan: Kontraksi tidak ada, TFU 27 cm, pada leopold I fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), leopold II sebelah kanan perut ibu teraba tahanan memanjang seperti papan (punggung), sebelah kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), leopold III teraba bulat, keras, melenting, belum masuk PAP (kepala), leopold IV tidak dilakukan, TBJ (29–13) x 155 =

2.170 gram, hasil auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ) positif, frekuensi 139 x/menit, teratur, punctum maksimum 2 jari di bawah pusat sebelah kanan perut ibu, pemeriksaan anogenital tidak dilakukan.

Hasil pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan laboratorium diperoleh hasil kadar Hb 10 gr%, Protein urin positif satu (+).

Berdasarkan pengkajian/pengumpulan data dari anamnesa dan data objektif maka dapat di tegakkan diagnosa pada ibu yaitu G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu dengan preeklampsia berat, janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala. Adapun diagnosa potensial pada ibu yaitu Eklampsia dan, solusio plasenta, dan diagnosa pada janin yaitu intra uterine fetal distress dan intra uterine fetal death. Tindakan segera yang diberikan yaitu melakukan pemantauan kehamilan dan konsul dr di puskesmas dan advis dokter : pasang O<sub>2</sub> 5 L/menit, pasang infuse RL 20 tpm, pasang Dc, dexamethasone 3 ampul dengan dosis 2,5 ml/ampul, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampul dengan dosis 10 mg/ampul.

Perencanaan asuhan yang akan diberikan yaitu: Lakukan informed consent, beritahukan hasil pemeriksaan pada ibu, lakukan penanganan kegawatdaruratan pada PEB, lakukan pemasangan oxygen 5 liter,

lakukan pemasangan infuse RL 20 tpm, lakukan pemasangan Dc, berikan therapy dexamethasone 3 ampul dengan dosis 2,5 ml/ampul, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampul dengan dosis 10 mg/ampul, siapkan persyaratan rujukan yaitu surat rujukan, rujukan BPJS, tempat rujukan, dan lakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, dan DJJ.

Adapun asuhan yang diberikan yaitu: Melakukan informed consent, memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu, melakukan penanganan kegawatdaruratan pada PEB, melakukan pemasangan oxygen 5 L/menit, melakukan pemasangan infuse RL 20 tpm, melakukan pemasangan Dc, memberikan therapy dexamethasone 3 ampul dengan dosis 2,5 ml/ampul, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampul dengan dosis 10 mg/ampul, menyiapkan persyaratan rujukan yaitu surat rujukan telah dibuat, rujukan BPJS sudah lengkap, tempat rujukan di RSDP, melakukan pemantauan keadaan umum ibu, dengan hasil : K/U: baik, kesadaran: Compos Mentis, K/E: Stabil, TTV: TD: 160/110 mmHg, Nadi: 94x/m, Suhu: 36, 7°C, Respirasi: 29x/menit, dan DJJ: 140x/menit, merujuk ibu ke RSDP dengan petugas.

Kemudian di lakukan evaluasi dan didapatkan hasil: Ibu sudah dirujuk ke IGD maternal RSDP.

## **B. Pembahasan**

Pada bab ini penulis akan membahas kesesuaian dan kesenjangan yang ada antara kasus dengan konsep teori yang telah diuraikan pada bab II. Pada pengkajian Ny. N ditemukan diagnosa kebidanan pada Ny. N dengan preeklamsia berat berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu tekanan darah 160/100 mmHg, terdapat oedema pada bagian kaki dan protein urine (+). Hal ini sesuai dengan teori Sujiyatini (2009) bahwa preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau disertai oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Dikatakan preeklamsia berat bila ada satu diantara tanda-tanda berikut:

- a. Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, diukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.
- b. Proteinuria 5 gram/24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif.
- c. Oliguria, urine 400 ml/24 jam atau kurang.
- d. Edema paru-paru, sianosis.

- e. Sakit kepala yang berat, masalah penglihatan, pandangan kabur dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual atau muntah serta emosi mudah marah.
- f. Pertumbuhan janin intrauterine terlambat.
- g. Adanya HELLP *syndrome*.

Faktor resiko yang terjadi sehingga Ny. N mengalami preeklampsia berat adalah kehamilan pada wanita diatas usia 35 tahun, ada riwayat tekanan darah tinggi dari keluarga, dan ada riwayat mengalami preeklampsia berat sebelumnya. Hal ini sesuai dengan teori (4), yaitu kehamilan pada wanita diatas usia 35 tahun, kehamilan di atas usia 35 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia di bawahnya. Riwayat tekanan darah tinggi, seseorang memiliki resiko lebih besar terkena darah tinggi jika orang tuanya merupakan penderita preeklampsia, bukti adanya pewarisan secara genetik paling mungkin disebabkan oleh keturunan resesif. Riwayat mengalami preeklampsia sebelumnya, bisa muncul kembali saat hamil atau bersalin, sebanyak 16% ibu yang pernah mengalami preeklampsia, pada kehamilan berikutnya mengalami preeklampsia kembali.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. N untuk pertolongan pertama pasien preeklampsia berat di ruang bersalin Puskesmas Kramatwatu adalah: Melakukan informed consent, memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu, melakukan penanganan kegawatdaruratan pada PEB, melakukan pemasangan oxygen 5 L/menit, melakukan pemasangan infuse RL 20 tpm, melakukan pemasangan Dc, memberikan therapy dexamethasone 3 ampul dengan dosis 2,5 ml/ampul, nifedipine 10 mg, furosemide 2 ampul dengan dosis 10 mg/ampul, menyiapkan persyaratan rujukan yaitu surat rujukan telah dibuat, rujukan BPJS sudah lengkap, tempat rujukan di RSDP, melakukan pemantauan keadaan umum ibu, dengan hasil : K/U: baik, kesadaran: Compos Mentis, K/E: Stabil, TTV: TD: 160/110 mmHg, Nadi: 94x/m, Suhu: 36, 7°C, Respirasi: 29x/menit, dan DJJ: 140x/menit, merujuk ibu ke RSDP dengan petugas. Dalam hal ini terdapat kesesuaian dan masih ditemukan pula kesenjangan antara pelaksanaan dengan teori (5), yang mengemukakan bahwa penatalaksanaan yang diberikan pada pasien preeklampsia berat dengan adanya tanda *impending eclampsia* pada Ny. N yaitu sakit kepala hebat, pelaksanaannya adalah dengan penanganan aktif (*Aggressive management*). Penatalaksanaan yang sesuai dengan teori (5)

yaitu: Monitoring input cairan (melalui oral ataupun infuse) dan output (melalui urin). Pemasangan folley catheter untuk mengukur pengeluaran urin. Oliguria terjadi bila produksi urin < 30 cc/jam dalam 2-3 jam atau < 500 cc/24 jam. Menganjurkan penderita untuk diet yang cukup protein, rendah karbohidrat lemak dan garam. Merujuk ibu ke RSDP dengan tujuan kehamilan harus segera diakhiri, ibu harus segera dirawat di RS dan ditangani secara aktif karena adanya tanda *impending eklampsia* pada ibu yaitu sakit kepala hebat. Dalam hal ini juga sesuai ini dengan prinsip rujukan yang diatur dalam PMK no 1 tahun 2012 pasal 9, tentang sistem rujukan. Pasal tersebut mengatakan bahwa faskes dapat melakukan rujukan vertikal apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan, tidak berdasarkan indikasi sosial. Rujukan ulangan juga dapat diberikan kembali apabila terapi oleh dokter spesialis di rumah sakit belum selesai. Namun, masih terdapat kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan kasus, diantaranya : penderita dianjurkan tidur baring miring kiri, hal ini tidak anjurkan kepada Ny. N, karena Ny. N mengalami sesak

nafas dan batuk yang berlanjut saat baring/tidur. Ny. N tidak diberikan antasida untuk menetralsir asam lambung, hal ini tidak sesuai menurut teori (5) yang mengemukakan bahwa penderita diberikan antasida untuk menetralsir asam lambung sehingga bila mendadak kejang dapat menghindari risiko aspirasi asam lambung yang sangat asam. Penderita diberikan obat antikonvulsan, dalam hal ini Ny. N tidak diberikan obat antikonvulsan karena Ny. N menolak dengan alasan ibu sudah diberikan protap PEB 1 bulan yang lalu di RS dan ibu tidak memenuhi salah satu syarat pemberian MgSO<sub>4</sub> yaitu frekuensi pernapasan > 16 x/menit, tidak ada tanda-tanda distress nafas, Ny. N mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 30x/menit.

Selama kehamilannya Ny. N rutin periksa ke dokter dan menurut suami Ny. N selalu meminum tablet tambah darah dan kalsium yang diberikan petugas kesehatan sehari sekali. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Ketut Surya (2013) yaitu apabila wanita hamil kekurangan asupan kalsium akan menyebabkan peningkatan hormone paratiroid (PTH) disebut juga hipokalsemia, akibatnya akan terjadi peningkatan tekanan darah.



Hasil yang didapatkan dari evaluasi yang dilakukan pada tanggal 28 Maret 2019 yaitu Ibu sudah dirujuk ke IGD maternal RSDP.

## **SIMPULAN**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, dapat disimpulkan :

1. Dari pengkajian dan pemeriksaan, maka penulis menemukan tanda gejala preeklampsia berat pada Ny. N G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub> yaitu tekanan darah 160/100 mmHg, terdapat oedema pada bagian kaki dan protein urine (+).
2. Penatalaksanaan untuk kasus preeklampsia berat pada ibu hamil, yaitu dengan menganjurkan tidur baring miring kiri, monitoring input cairan (melalui oral ataupun infuse) dan output (melalui urin), memasang folley catheter untuk mengukur pengeluaran urin, berikan antasida untuk menetralsisir asam lambung sehingga bila mendadak kejang dapat menghindari risiko aspirasi asam lambung yang sangat asam, diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam, dan pemberian obat anti konvulsan.
3. Patofisiologi preeklampsia berat yaitu terjadi karena spasme pembuluh darah disertai retensi garam dan air, jadi jika semua arteri darah dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi.

Sedangkan oedema disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial, belum diketahui sebabnya mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga aliran darah ke ginjal dan fungsi glomerulus menurun.

4. Faktor yang berpengaruh terhadap preeklampsia berat yaitu kehamilan pada wanita diatas usia 35 tahun, riwayat tekanan darah tinggi dari keluarga, dan ada riwayat mengalami preeklampsia berat sebelumnya.

## **SARAN**

Dapat dijadikan bahan masukan khususnya dalam melakukan asuhan dan penatalaksanaan pada ibu hamil dengan PEB serta untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan di lahan praktik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Saifudin AB. Ilmu Kandungan. Jakarta: YBPSP; 2012.
2. No Title.
3. No Title [Internet]. Tersedia pada: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf%22>  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf>

4. Rukiyah. Asuhan Kebidanan IV. Jakarta: Trans Info Media; 2010.
5. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: EGC; 2010.