

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Data Subjektif**

Berdasarkan data subjektif, Ny. R usia 37 tahun datang ke RSUD Sekarwangi diantar oleh Bidan Puskesmas Bojonggenteng karena tekanan darah tinggi. Ibu mengatakan merasa mulas sejak 25 Maret 2024 pukul 19.00 WIB dan sudah terdapat pengeluaran lendir bercampur darah pada 26 Maret 2024 pukul 04.00 WIB. Pukul 05.00 WIB datang ke Puskesmas Bojonggenteng dan didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu TD: 160/110 mmHg, N: 78x/menit, R: 18x/menit, S: 36c. DJJ: 146x/menit, His: 2x10'10", tidak kuat. vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, UUK, Hodge 1.

Ibu telah memasuki proses awal persalinan karena telah merasakan adanya kontraksi disertai dengan pengeluaran lendir bercampur darah.<sup>15</sup> Ibu mengatakan bahwa ia dirujuk ke RSUD Sekarwangi karena tekanan darah tinggi, dari hasil pemeriksaan di Puskesmas Bojonggenteng didapatkan hasil pemeriksaan darah yaitu 160/110 mmHg. Pada pemeriksaan di Puskesmas, ibu telah mengalami preeklampsia, karena dapat dikatakan preeklampsia apabila tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg<sup>17</sup>. Namun, perlu dilakukan pemeriksaan lainnya sehingga dapat diketahui apakah terdapat tanda gejala lainnya yang dapat menguatkan diagnosa, karena dalam teori tertulis bahwa preeklampsia adalah hipertensi gestasional yang disertai dengan proteinuria, disfungsi uteroplacenta dan atau disfungsi organ akhir ibu, yang terjadi pada usia kehamilan  $> 20$  minggu.<sup>6</sup>

Faktor risiko preeklampsia pada ibu adalah riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, penyakit ginjal kronis, hipertensi kronis, hipertensi kronis, diabetes mellitus, SLE (Lupus Eritematosus Sistemik) atau APS (Sindrom Antifosfolipid), IMT  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>, terapi reproduksi berbantuan, kehamilan, nullipara, usia  $> 35$  tahun, riwayat solusio plasenta, riwayat *Intrauterine Fetal Death* (IUFD), *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan

Primipaternitas. Pada Ny. R, terdapat dua faktor risiko yang menyebabkan terjadinya preeklampsia, yaitu usia > 35 tahun dan primipaternitas.

Faktor risiko karena usia ibu > 35 tahun. Usia ibu 37 tahun, sehingga memiliki risiko tinggi adanya risiko disfungsi kardiometabolik dan kelainan medis lainnya.<sup>9</sup> Sedangkan ibu dengan primipaternitas atau kehamilan pertama dengan suami baru, dapat mengakibatkan trofoblas yang mengandung antigen dari ayah, dapat memicu respon imun pada ibu yang berimbas pada cara plasenta berkembang dan berfungsi. Kejadian ini menunjukkan bahwa kontak yang lebih sedikit dengan antigen ayah sebelum kehamilan meningkatkan risiko preeklampsia.<sup>11</sup> Maka pada ibu dengan kehamilan pertama bersama suami baru dan usia pernikahan satu tahun dapat memperkuat salah satu penyebab terjadinya preeklampsia pada ibu.

Ibu mengatakan ini kehamilan kelima, tidak memiliki riwayat abortus maupun kehamilan ganda. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal tanggal 22 Juni 2023 dan Taksiran Persalinan (TP) pada tanggal 29 Maret 2024. Ibu melakukan pemeriksaan ANC sebanyak sembilan kali, yaitu 6 kali oleh bidan dan 3 kali oleh dokter. Ibu memiliki empat kali riwayat bersalin di rumah, tiga ditolong oleh paraji dan satu ditolong oleh bidan. Anak terakhirnya berusia 5 tahun. Ibu dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, gangguan jantung ataupun ginjal.

Menurut perhitungan usia kehamilan ibu melalui HPHT menggunakan rumus Naegel, maka didapatkan hasil usia kehamilannya 39 minggu. Ibu telah melakukan ANC sesuai dengan standar, namun selama ANC tidak ditemukan adanya masalah maupun penyulit. Riwayat antenatal dan intranatal ibu tidak diketahui karena ibu tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dan tidak melakukan persalinan di tenaga kesehatan sehingga tidak diketahui apakah ibu memiliki riwayat preeklampsia atau hipertensi gestasional sebelumnya. Karena faktor risiko tinggi terjadinya preeklampsia adalah riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya.<sup>21</sup>

Pada pukul 09.30 WIB, ibu mengatakan mulas masih sama seperti saat baru datang ke rumah sakit dan janin masih terasa bergerak. Jika ditinjau dari

keluhan yang ibu katakan, maka dapat dinilai bahwa kemajuan persalinan belum terjadi pada pukul 09.30 WIB.

Pada pukul 11.00, WIB ibu mengatakan mulas sudah semakin sering dan terasa lebih lama. Ibu juga mengatakan sudah ingin mencedan. Keluhan yang dirasakan ibu telah sesuai dengan teori mengenai tanda positif persalinan, yaitu dirasakan kontraksi yang berdurasi lama dengan interval pendek dan memiliki intensitas yang kuat.<sup>15</sup>

Pada pukul 11.30 WIB, ibu mengatakan ingin mengejan tak tertahan seperti ingin BAB. Ibu merasakan adanya pengeluaran cairan dari jalan lahir namun tidak tahu cairan ketuban atau bukan. Berdasarkan teori mengenai tanda positif persalinan, ibu telah merasakan gejala-gejalanya, yaitu terasanya kontraksi yang durasinya lebih lama dan interval yang lebih pendek serta dirasakan adanya pengeluaran cairan yang bisa saja ketuban atau lendir bercampur darah.<sup>15</sup> Sehingga seluruh tanda positif persalinan telah terjadi pada ibu.

Setelah bayi lahir, ibu masih merasa mulas dan lemas namun tidak merasa pusing atau pandangan kabur. Secara teori, setelah kelahiran bayi maka uterus akan tetap berkontraksi untuk pengeluaran uri, sehingga salah satu ciri dari proses pelepasan uri adalah uterus bundar atau globular,<sup>16</sup> yang disebabkan oleh kontraksi atau rasa mulas.

Pada pukul 12.00 setelah plasenta lahir, ibu merasa senang atas kelahiran bayi dan plasentanya. Ibu merasa lemas dan tidak merasa pusing. Lemas yang ibu rasakan terjadi karena ibu kelelahan setelah melalui proses persalinan. Setelah 2 jam post partum, pukul 14.00 WIB, ibu mengatakan ibu sudah dapat duduk untuk menyusui bayinya. Maka dapat diketahui bahwa ibu telah melakukan ambulans dini.

Pada 27 Maret 2024, pukul 08.00 WIB ibu telah tidur selama 7 jam, dan merasa lebih segar. Ibu sudah meminum obat antibiotik, anti nyeri, anti darah tinggi dan tambah darah. Ibu telah melakukan istirahat yang cukup dan telah mengonsumsi obat yang diberikan dari rumah sakit, yaitu amoxicillin 500mg, asam mefenamat 500mg, dopamet 250mg dan ferrous sulfate 60mg.

## B. Data Objektif

Pada pemeriksaan objektif yang telah dilakukan pada Ny. R, keadaan ibu ibu baik, IMT ibu dalam batas normal. Tekanan darah ibu masih sama seperti pemeriksaan ibu di Puskesmas Bojonggenteng, yaitu 160/110 mmHg. Pernapasan ibu normal yaitu > 16x/menit, refleks patella positif dan kandung kemih tidak teraba karena terpasang kateter dari Puskesmas Bojonggenteng dengan volume urine tampung 300 ml. Ibu tidak mengalami tanda toksisitas MgSO<sub>4</sub>.<sup>12</sup> Karena dalam teori, toksisitas MgSO<sub>4</sub> ditandai dengan frekuensi pernapasan > 16x/menit, refleks patella negatif dan volume urin < 30 ml dalam 4 jam terakhir.<sup>12,55,56</sup>

Menurut teori, hipertensi yang terjadi pada ibu ini merupakan efek Ang II, dan produksi antibodi akibat hipoksia plasenta yang meningkatkan vasokonstriksi melalui endothelin-1, sehingga gangguan ini mengakibatkan disfungsi endotel dan melemahkan vasodilatasi akibat stres oksidatif, yang memperburuk regulasi tekanan darah dan aliran darah pada preeklampsia.<sup>37</sup> Hal ini linear dengan patofisiologis terjadinya preeklampsia, bahwa preeklampsia terjadi karena kegagalan remodelasi arteri spiral uterina sehingga menyebabkan kegagalan vasodilatasi arteri.

Pada pemeriksaan abdomen, TFU 32 cm, di pertengahan PX dan pusat. Hal ini sesuai dengan usia kehamilan 39 minggu. Pada Leopold II, teraba punggung di bagian kanan dan kepala sudah tidak dapat digoyangkan. Sudah masuk PAP, dengan penurunan kepala 4/5 atau konvergen. Pada pemeriksaan auskultasi, didapatkan hasilnya teratur, 146x/menit. His ibu, dua kali dalam 10 menit, lamanya 20 detik, his tidak adekuat

Bagian ekstremitas atas ibu terpasang infus dengan cairan MgSO<sub>4</sub> 6 gr, 20 tpm. Ini merupakan cairan infus dosis pemeliharaan kolf 1. Infus telah terpasang sejak ibu di Puskesmas Bojonggenteng, dan sebelumnya ibu telah diberikan dosis awal pemberian MgSO<sub>4</sub> 4gr. Pada pasien preeklampsia, MgSO<sub>4</sub> diberikan untuk mengendalikan hipertensi dan mencegah kejang selama stabilisasi.<sup>47-49</sup>

Terdapat pengeluaran lendir bercampur dengan darah, yang mana ini merupakan salah satu tanda positif persalinan.<sup>15</sup> Ibu telah terpasang kateter

dengan urinal bag terisi 300 ml, maka dengan ini seluruh syarat pemasangan MgSO<sub>4</sub> telah terpenuhi dan tidak terdapat tanda toksisitas.<sup>12</sup> Pada pemeriksaan dalam, pembukaan 2 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan kepala hodge 1. Dan tidak ada hemorrhoid.

Pada hasil pemeriksaan laboratorium, didapatkan hasil pemeriksaan yaitu, proteinuria negatif. Pada definisi preeklampsia menurut Prosedur Tetap RSUD Sekarwangi dan definisi menurut *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP),<sup>6</sup> masih menyebutkan perlu adanya proteinuria atau tanda gejala lainnya dalam penegakan diagnosis. Tetapi, selanjutnya diperjelas pada tanda preeklampsia baik dari prosedur tetap maupun pada teori. Pada prosedur tetap, diagnosis preeklampsia dapat ditetapkan jika terdapat satu atau lebih dari tanda gejala yang ada, sedangkan pada teori, pedoman *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) dan *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP), proteinuria tidak wajib untuk penetapan diagnosis.<sup>6</sup>

Dengan tidak adanya proteinuria maka diperlukan setidaknya 1 gejala lain, disini ibu memiliki kadar kreatinin >1.1 mg/dl. Tingginya kadar kreatinin pada ibu mencerminkan bahwa terdapat disfungsi ginjal. Menurut pedoman *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG), peningkatan kadar kreatinin serum berhubungan dengan gangguan fungsi ginjal karena ketidakmampuan ginjal untuk membersihkan kreatinin.<sup>18</sup>

Pada teori, dijelaskan bahwa kenaikan kadar kreatinin terjadi akibat penurunan aliran darah ke ginjal dan laju filtrasi glomerulus,<sup>37</sup> sehingga terjadi deposisi fibrin, pembengkakan sel endotel, hilangnya podosit, dan penyempitan ruang kapiler, yang disebut endoteliosis glomerulus. Hal ini mengakibatkan disfungsi alat filtrasi glomerulus.<sup>37</sup> Hal ini menjawab pertanyaan mengenai, bagaimana kreatinin serum dapat menjadi biomarker dalam preeklampsia. Karena dengan adanya hipertensi yang disebabkan karena peningkatan pelepasan sFlt-1 dan sEng ini akan berimbas pula pada sFlt-1 yang menyebabkan kerusakan endotel glomerulus melalui proses endoteliosis glomerulus.

Pada wanita dengan preeklampsia, persalinan harus dalam  $\leq 24$  jam. Maka dari itu dilakukan akselerasi atau induksi persalinan, dengan syarat skor bishop  $\geq 6$ . Perhitungan skor bishop diperlukan untuk menentukan tinggi rendahnya angka keberhasilan akselerasi atau induksi persalinan. Menurut prosedur tetap, jika skor bishop  $\geq 6$  maka dinilai angka keberhasilannya tinggi, dan dapat dilakukan akselerasi atau induksi persalinan, namun jika skor  $\leq 6$  atau angka keberhasilannya rendah, maka direkomendasikan untuk dilakukan seksio sesarea. Pada ibu, skor bishop 7, akselerasi dapat dilakukan dan menggunakan misoprostol dosis 25 mcg yang diberikan pada fornix posterior.

Pada pukul 09.30, tekanan darah ibu sudah menurun yaitu 130/90 mmHg. Penurunan tekanan darah ibu mengartikan bahwa fungsi pemberian MgSO<sub>4</sub> sebagai pengendali hipertensi telah terbukti benar adanya.<sup>47</sup> His pada ibu 2x10'30", berdasarkan teori kontraksi ini termasuk dalam tanda awal persalinan.<sup>15</sup> Pada saat dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan portio tebal dan lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan kepala Hodge 1. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa ibu tidak mengalami kemajuan persalinan, namun DJJ 130x/menit, teratur, mencerminkan bahwa kesejahteraan janin masih terjaga.

Pada pukul 11.00 WIB, tekanan darah ibu lebih terkontrol, yaitu 125/80 mmHg. His 5x10'50" maka his termasuk adekuat. Pada pemeriksaan dalam hasilnya portio tipis lunak, pembukaan 5 cm, ketuban utuh menonjol, presentasi kepala, molase 0, UUK kiri depan, penurunan kepala Hodge III. Telah terdapat kemajuan persalinan setelah 90 menit pemberian misoprostol, ibu telah mengalami kemajuan persalinan, yaitu dilatasi serviks naik 3 cm. Dan 30 menit setelahnya ibu memasuki kala II. Seluruh pemeriksaan masih dalam batas normal.

Pada pukul 11.50, setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasilnya kontraksi keras globuler, kandung kemih kosong dan tali pusat menjulur didepan vulva. Pada pemeriksaan ini, sudah terdapat salah satu tanda pelepasan plasenta, yaitu teraba uterus globuler atau bundar.<sup>16</sup>

Pada pukul 12.00 WIB, keadaan umum ibu baik, tekanan darah terkontrol, yaitu 125/80 mmHg. TFU 2 jari dibawah pusat, uterus keras dan kandung kemih

kosong. Keadaan ini menunjukkan bahwa kontraksi di uterus ibu berjalan baik, sehingga jika kontraksi keras maka akan terhindar dari risiko perdarahan post partum.<sup>16</sup>

Pada pemeriksaan bagian genitalia, terdapat kateter urin yang telah terpasang sejak ibu tiba di rumah sakit, tidak ada perdarahan aktif, perdarahan  $\pm 10$  cc. Urine tampung  $\pm 50$  ml, jumlah urin yang terdapat diurinal bag sebelumnya adalah  $\pm 360$  ml saat sebelum bersalin, dan saat setelah bersalin urin tampung menjadi 450 ml.

Pada tanggal 27 Maret 2024, pukul 08.00 WIB. Ibu dalam keadaan umum baik, tensi sudah terkendali yaitu 120/80 mmHg, tensi stabil sejak setelah melahirkan sampai saat ini. TFU 2 jari dibawah pusat, normal sesuai dengan teori.

### **C. Analisa**

Berdasarkan data, ibu mengatakan hamil anak kelima tidak memiliki riwayat keguguran. Usia kehamilan sesuai dengan HPHT dan palpasi abdomen pada data objektif. Telah didapatkan tanda preeklampsia pada ibu, sehingga didapatkan analisa pada kasus ini adalah Ny. R Usia 37 tahun G5P4A0 Gravida 39 minggu dengan preeklampsia, janin tunggal hidup intrauterin.

Penegakan diagnosa preeklampsia didasarkan dengan temuan tekanan darah 160/110 mmHg dan tingginya kadar kreatinin ibu, yaitu 1.5 mg/dl. Sehingga jika ditinjau dari teori yang ada, hasil temuan dalam kasus dengan teori serta protokol rumah sakit telah berkesinambungan.

Menurut Karrar, dkk, setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan terdapat tanda gejala, yang mana pada kasus ini adalah adanya tekanan darah 160/110 mmHg. Harus segera dilanjutkan dengan pemeriksaan laboratorium untuk selanjutnya dipastikan bahwa temuan abnormal pada hasil laboratorium itu bukan disebabkan oleh kondisi yang sudah ada sebelumnya atau penyebab lain, sehingga kelainan tersebut benar-benar signifikan untuk diagnosis preeklampsia.<sup>7</sup> Salah satu hasil laboratorium abnormal pada kasus ini yang sesuai dengan teori karar adalah terdapatnya kreatinin serum 1.5 gr/dl (kreatinin >1,1 gr/dl) dan ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit ginjal. Sehingga

jika mengacu pada teori Karrar, dkk, Ny.R sudah memenuhi syarat untuk mendapatkan diagnosa preeklampsia.

*International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)* merekomendasikan agar ibu hamil dengan hipertensi untuk diperiksa dengan pemeriksaan laboratorium yang mengukur hemoglobin, jumlah trombosit, kreatinin serum, enzim hati, dan asam urat serum untuk mengetahui adanya disfungsi organ ibu dan penetapan diagnosis preeklampsia.<sup>37</sup> Maka hal ini linear dengan temuan pada ibu, yaitu ibu dengan hipertensi dan ditemukan kreatinin serum yang abnormal saat pemeriksaan laboratorium, maka penegakan diagnosa preeklampsia pada Ny. R sudah sesuai dengan pedoman *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)*.

Menurut teori, diagnosa preeklampsia berakhir saat temuan preeklampsia hilang atau telah kembali normal. Namun terjadi kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan di rumah sakit. Bahwa seharusnya dilakukan pemeriksaan laboratorium sebelum pasien pulang untuk menentukan diagnosa keputungan pasien. Jika mengacu pada tekanan darah saja, sebagaimana pada teori bahwa target tekanan darah diastolik bagi pasien dengan terapi antihipertensi adalah harus menjadi 85 mmHg atau kembali seperti semula seperti saat pemeriksaan antenatal.<sup>6</sup> Maka telah linear dengan teori bahwa diagnosa riwayat preeklampsia sudah sesuai pada rumah sakit yaitu pada 2 jam postpartum. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa pada keputungan ibu adalah Ny. R usia 37 tahun P5A0 post partum 24 jam dengan riwayat preeklampsia.

#### **D. Penatalaksanaan**

Pada kasus ini telah diberikan infus RL + MgSO<sub>4</sub> 6 gr kolf 1 dengan kecepatan pemberian infus 20tpm. Maka advice yang diberikan oleh dokter SpOG adalah melakukan observasi intake output, his, DJJ dan TTV. Sehubungan dengan skor bishop  $\geq 6$ , maka dokter juga telah merencanakan pemberian misoprostol 25 mcg yang akan diberikan pada pukul 09.30 WIB.

Pada pukul 09.30 WIB, diberikan misoprostol 25 mcg di fornix posterior. Setelah dilakukan pemberian misoprostol untuk akselerasi persalinan, perlu dilakukan pemantauan mengenai kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin. Tercantum dalam prosedur tetap, bila kala II belum tercapai dalam 24 jam

setelah pemberian misoprostol, akselerasi atau induksi persalinan dianggap gagal dan harus segera disusul dengan seksio sesarea.

Pada pukul 11.00 WIB, ibu mengeluhkan bahwa sudah terasa seperti ingin mencedan. Setelah dilakukan pemeriksaan pada pukul tersebut, didapatkan hasil pemeriksaan 5 cm. Dilihat dari kenaikan yang signifikan, dapat diprediksi bahwa angka keberhasilan penggunaan misoprotol.

Saat tanda positif persalinan sudah terjadi pada ibu, yaitu kontraksi yang berdurasi lama dengan interval pendek dan memiliki intensitas yang kuat, keluarnya cairan ketuban serta adanya pengeluaran lendir bercampur darah yang semakin banyak.<sup>15</sup> Dengan tanda ibu telah memasuki kala II, maka ibu dipimpin meneran dengan langkah (Asuhan Persalinan Normal) APN. Pada pukul 11.50 WIB, bayi lahir spontan. Setelah bayi lahir, maka dilakukan penilaian awal pada bayi, didapatkan hasilnya bayi dengan jenis kelamin laki laki dapat menangis kuat, tonus otot aktif dan warna kulit kemerahan. Setelah itu dilakukan pemeriksaan janin kedua.

Management aktif kala III adalah pemberian oksitosin, Penegangan Tali Pusat Terpadu dan massase uterus. Pada langkah awal management aktif kala III, ibu diberikan infus oksitosin 20 IU untuk merangsang kontraksi dan mencegah perdarahan pasca bersalin.

Menurut keterangan dokter dan bidan, ini dilakukan untuk mengimbangi efek dari MgSO<sub>4</sub> yang menyebabkan relaksasi pada otot.<sup>49</sup> Jika ditinjau dari keterangan dokter dan bidan, maka benar adanya bahwa MgSO<sub>4</sub> memiliki efek relaksasi otot sehingga memungkinkan untuk pemberian oksitosin 20 IU bersamaan dengan diberikannya MgSO<sub>4</sub>. Dijelaskan juga dalam teori bahwa pemberian oksitosin 20 IU dengan RL 500 ml yang diberikan ini bertujuan untuk mencegah perdarahan selama post partum.<sup>54</sup> Sehingga disini terdapat kesinambungan antara teori mengenai efek pemberian MgSO<sub>4</sub> dengan pemberian oksitosin 20 IU serta *advice* dokter.

Setelah diberikan oksitosin, dilanjutkan dengan massase uterus sebanyak 15 kali dalam 15 detik di fundus uteri. Massase uterus berfungsi untuk mencegah perdarahan pada ibu pasca bersalin.<sup>16</sup>

Pada kala IV dilakukan pemberian MgSO<sub>4</sub> melanjutkan dosis pemeliharaan intrapartum, menjadi dosis pemeliharaan 24 jam post partum. Didalam teori juga dijelaskan bahwa pasien dengan preeklampsia tetap diberikan terapi MgSO<sub>4</sub> drip dosis pemeliharaan 1 gr/jam selama 24 jam.<sup>47</sup> Namun, terjadi kesenjangan pada teori, prosedur tetap RSUD dan advice dokter. Pada teori dan prosedur tetap di RSUD tercantumkan bahwa dosis MgSO<sub>4</sub> pada ibu post partum adalah 1 gr/jam. Namun demikian, pemberian MgSO<sub>4</sub> sudah sesuai dengan teori dengan pengulangan pemberian dosis sampai 24 jam post partum atau sampai tekanan darah terkendali.

Pada pukul 12.10 WIB, karena bayi lahir dengan kondisi yang baik maka dilakukan *rooming in* bayi dan ibu. *Rooming in* memungkinkan ibu menyusui bayinya kapan pun bayi menginginkannya, sehingga mampu meningkatkan ikatan emosional antara ibu dan bayi. *Rooming in* juga mampu membuat bayi jarang menangis karena selalu merasa dekat dengan ibunya.<sup>59</sup>

Pemberian terapi oral pada ibu post partum atas *advice* dokter, telah diberikan Amoxicillin 500 mg sebagai antibiotik, asam mefenamat 500 mg sebagai anti nyeri, furose yang merupakan tablet tambah darah yang berfungsi untuk pengembalian darah yang telah terbuang selama proses persalinan. Selain 3 obat tersebut, ibu post partum dengan riwayat preeklampsia maka diberikan obat antihipertensi.

Pemberian dopamet 250 mg sebagai lanjutan terapi pasien dengan preeklampsia, sudah sesuai dengan teori. Karena selain terapi antikonvulsan atau dengan menggunakan MgSO<sub>4</sub>, perlu dilanjutkan dengan terapi antihipertensi yaitu salah satu obatnya adalah dopamet dengan dosis 250mg sebanyak 3 kali dalam satu hari.<sup>57</sup>

Pada tahap terakhir kala IV adalah Observasi pada satu jam pertama dilakukan setiap 15 menit sekali untuk menilai Tanda-Tanda Vital (TTV), Tinggi Fundus Uteri (TFU), kontraksi, kandung kemih dan perdarahan. Pada satu jam selanjutnya, observasi dilakukan setiap 30 menit sekali untuk menilai hal yang sama seperti observasi pada satu jam awal.<sup>16</sup>

Pada 27 Maret 2024, tekanan darah ibu terkendali dan tidak ada keluhan pada ibu sehingga *advice* dokter adalah rencana pulang pukul 14.00 WIB.

Memberikan terapi oral atas advice dokter, yaitu amoxicillin 500 mg, asam mefenamat 500 mg, ferrous sulfate dan dopamet 250 mg. Seluruh obat diberikan 10 tab dan diminum setelah makan dengan ketentuan minum yaitu tiga tab per hari, kecuali pada ferrous sulfate diminum satu kali sehari.

Merujuk pada teori yang ada, bahwa target pemberian antihipertensi mencapai tekanan darah diastolik mencapai 85 mmHg atau kembali seperti semula.<sup>6</sup> Maka pemberian dopamet berjumlah 10 tab untuk tetap menstabilkan tekanan darah sampai 3 hari postpartum.

Sebelum pulang ibu dibimbing untuk berkemih mandiri di kamar mandi, untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami retensio urine. Selanjutnya memberitahu ibu untuk kontrol ke fasilitas kesehatan pada hari ke-3 atau pada saat obat habis. Kontrol dilakukan untuk melihat apakah terjadi peningkatan tekanan darah atau tidak, karena menurut teori ibu dengan preeklampsia perlu dilakukan pemeriksaan tekanan darah minimal setidaknya sekali pada hari ketiga atau kelima.<sup>51</sup>

Riwayat preeklampsia dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular dini, seperti hipertensi kronis, penyakit jantung iskemik dan stroke di kemudian hari.<sup>39</sup> Maka, ibu nifas dengan riwayat preeklampsia, diperlukan pemantauan tekanan darah selama satu minggu atau minimal satu kali diantara hari ketiga atau hari kelima.<sup>51</sup>

Tidak terdapat penatalaksanaan khusus yang dilakukan terkait dengan temuan kreatinin pada ibu, selain itu ibu hanya mendapatkan informasi mengenai jadwal kontrol pada 3 hari post partum atau saat obat habis. Jika dilihat dari teori bahwa pada tiga bulan pasca persalinan, semua pasien harus melakukan pemeriksaan tekanan darah, urinalisis dan kelainan laboratorium lain telah normal. Dan pemeriksaan juga dilanjutkan pada bulan ke enam pasca persalinan, rekomendasi dari *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) bahwa tekanan darah 120/80 mmHg.<sup>6</sup>