

SKRIPSI

**GAMBARAN TATALAKSANA PRA-RUJUKAN KASUS
PREEKLAMPSIA DAN PERDARAHAN OBSTETRI
DI RUMAH SAKIT WAVA HUSADA**



**Kemenkes
Poltekkes Malang**

DISUSUN OLEH:

**NAMA : MAULIDYA MIRANDA
NIM. P17311213041**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
MALANG
2025**

SKRIPSI

**GAMBARAN TATALAKSANA PRA-RUJUKAN KASUS
PREEKLAMPSIA DAN PERDARAHAN OBSTETRI
DI RUMAH SAKIT WAVA HUSADA**

*Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan
memperoleh gelar Sarjana Terapan Kebidanan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang*



DISUSUN OLEH:

**NAMA : MAULIDYA MIRANDA
NIM. P17311213041**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
MALANG
2025**

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul **Gambaran Tatalaksana Pra-rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada**, yang disusun oleh Maulidya Miranda NIM P17311213041 ini telah dipertahankan di depan dewan penguji **Ujian Sidang Skripsi** pada tanggal 16 Juni 2025

Dewan Penguji

Penguji Ketua



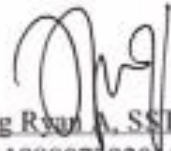
Gita Kostania, SST., M.Kes
NIP.198612162012122002

Penguji Anggota I



Ari Kusmiwiyati, SST., M.Keb
NIP. 198106212004012001

Penguji Anggota II



Hening Ryan A., SST., M.Keb
NIP. 198807292015032002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes
Kebidanan Malang



Rita Yulifal, S.Kep., M.Kes
NIP. 19660723199103 2 003

Ketua Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan Malang



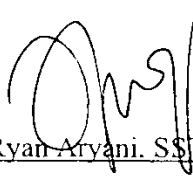
Dr. Heny Astutik, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 19690621199203 2 003

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan Judul **Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada**, disusun oleh Maulidya Miranda NIM P17311213041 telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Malang, 10 Juni 2025

Pembimbing



Hening Ryan Aryani, S.ST., M.Keb

NIP. 198807292015032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Maulidya Miranda

NIM : P17311213041

Judul Skripsi : Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tulisan dalam skripsi ini adalah benar-benar asli hasil pemikiran saya sendiri. Sepanjang pengetahuan saya belum ada karya ilmiah serupa yang ditulis oleh orang lain. Apabila terbukti bahwa skripsi ini tidak asli, atau disusun oleh orang lain, atau hasil menjiplak karya orang lain baik sebagian atau seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai peraturan yang berlaku.

Malang, 23 Maret 2025
Yang Membuat Pernyataan,

A 10,000 Indonesian postage stamp (Meterai Tempel) with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'METERAI TEMPEL', and 'PTBBEAN0375840776'.

Maulidya Miranda
NIM. P17311213041

ABSTRAK

Miranda, Maulidya. 2025. Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada. Skripsi. Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing Utama: Hening Ryan Aryani, SST., M.Keb

Kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan erat kaitannya dengan penolong, tempat persalinan dan ketetapan waktu rujukan. Kementerian Kesehatan Indonesia menyebutkan kematian ibu disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan (42,21%), perdarahan obstetri (36,9%), dan lainnya (20,9%). Dinas kesehatan Jawa Timur menyatakan kabupaten Malang merupakan 3 daerah tertinggi untuk angka kematian ibu. **Tujuan** penelitian untuk mengetahui gambaran tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada tahun 2024. **Metode** yang digunakan ialah deskriptif kuantitatif. Populasi yaitu semua data rekam medis wanita yang mengalami preeklampsia dan perdarahan obstetri yang dirujuk ke Rumah Sakit Wawa Husada Januari – Desember 2024 ada 101 rekam medis dan sampel yang digunakan *total sampling*. **Hasil** penelitian ini menunjukkan 60 ibu dengan preeklampsia yang dirujuk dan 41 ibu dengan perdarahan obstetri. Pada preeklampsia tatalaksana pra rujukan yang banyak tidak dilakukan yaitu membuka jalan nafas (93,3%), pemberian oksigen (93,3%), pemberian obat (71,7%), dan (66,7%) pemberian IV line dilakukan. Sedangkan untuk perdarahan obstetri tatalaksana pra-rujukan pemberian IV line (80,5%) dilakukan, dan yang tidak dilakukan membuka jalan nafas (87,8%), pemberian oksigen (87,8%), Obat (75,7%) tindakan seperti membuka jalan nafas kemungkinan tidak tercatat dalam dokumentasi. **Kesimpulan** pelaksanaan tatalaksana pra-rujukan di berbagai fasilitas kesehatan tingkat satu pada tahun 2024 belum sepenuhnya sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku.

Kata Kunci : Tatalaksana Pra-rujukan, Preeklampsia, Perdarahan Obstetri.

ABSTRAK

Miranda, Maulidya. 2025. Overview of Pre-Referral Management of Preeclampsia and Obstetric Bleeding Cases at Wava Husada Hospital. Thesis. Applied Bachelor of Midwifery Study Program. Health Polytechnic of the Ministry of Health of Malang. Main Supervisor: Hening Ryan Aryani, SST., M.Keb

*Maternal deaths due to pregnancy and childbirth are closely related to the birth attendant, place of delivery, and timing of referral. The Indonesian Ministry of Health states that maternal deaths are caused by hypertension in pregnancy (42.21%), obstetric hemorrhage (36.9%), and other causes (20.9%). The East Java Health Department states that Malang Regency is one of the three regions with the highest maternal mortality rates. **The purpose** of this study is to determine the management of pre-referral cases of preeclampsia and obstetric hemorrhage at Wava Husada Hospital in 2024. **The method** used was quantitative descriptive. The population consisted of all medical records of women with preeclampsia and obstetric hemorrhage referred to Wava Husada Hospital from January to December 2024, totaling 101 medical records, with a total sampling method used. **The results** of this study showed that 60 mothers with preeclampsia were referred and 41 mothers with obstetric hemorrhage. In preeclampsia, the most common pre-referral management not performed was opening the airway (93.3%), administering oxygen (93.3%), administering medication (71.7%), and administering an IV line (66.7%). For obstetric hemorrhage, pre-referral management included IV line administration (80.5%), while airway management (87.8%), oxygen administration (87.8%), and medication administration (75.7%) were not performed. Actions such as airway management may not have been recorded in the documentation. **Conclusion** the implementation of pre-referral management in various primary healthcare facilities in 2024 was not fully in accordance with the applicable standard operating procedures (SOP).*

Keywords: Pre-referral management, Preeclampsia, Obstetric bleeding

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Gambaran tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada. Sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan sarjana sains terapan kebidanan pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.

Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Afnani Toyibah, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Malang.
2. Rita Yulifah, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Dr. Heny Astutik, S.Kep.Ns., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang.
4. Gita Kostania, SST., M.Kes, selaku Ketua Penguji.
5. Ari Kusmiwiyati, SST., M.Keb, selaku Anggota Penguji.
6. Hening Ryan Aryani, SST., M.Keb, selaku Pembimbing Utama.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal baik yang telah diberikan dan semoga Skripsi ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan.

Malang, 23 Maret 2025

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| LEMBAR PENGESAHAN | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN | iii |
| ABSTRAK | iv |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL | ix |
| DAFTAR GAMBAR..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 6 |
| BAB II TINJAUAN TEORI..... | 7 |
| 2.1 Konsep Teori Preeklampsia | 7 |
| 2.2 Konsep Teori Perdarahan Obstetri..... | 15 |
| 2.3 Tatalaksana Awal Kegawatdaruratan Obstetri..... | 27 |
| 2.4 Konsep Teori Rujukan | 28 |
| 2.5 Kerangka Konsep..... | 33 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 34 |
| 3.1 Jenis Penelitian | 34 |
| 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 34 |
| 3.3 Populasi, Sampel dan Sampling | 34 |
| 3.4 Alat Pengumpulan Data..... | 35 |
| 3.5 Metode Pengumpulan Data | 35 |
| 3.6 Variabel Penelitian | 36 |
| 3.7 Definisi Operasional..... | 37 |
| 3.8 Kerangka Operasional | 38 |
| 3.9 Metode Pengolahan Data..... | 39 |
| 3.10 Analisis Data | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 3.11 Etika Penelitian..... | 43 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 44 |
| 4.1 Hasil Preeklampsia | 44 |
| 4.2 Hasil Perdarahan Obstetri..... | 47 |
| 4.3 Pembahasan | 51 |
| BAB V PENUTUP..... | 72 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 72 |
| 5.2 Saran | 73 |
| DAFTAR PUSTAKA | 74 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian “Gambaran penatalaksanaan awal | 37 |
| Tabel 4. 1 Karakteristik Responden Kasus Preeklampsia | 44 |
| Tabel 4. 2 Klasifikasi Kasus Preeklampsia | 45 |
| Tabel 4. 3 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia..... | 46 |
| Tabel 4. 4 Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden | 47 |
| Tabel 4. 5 Karakteristik Responden Kasus Perdarahan | 48 |
| Tabel 4. 6 Klasifikasi Perdarahan Obstetri | 49 |
| Tabel 4. 7 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Perdarahan Obstetri..... | 49 |
| Tabel 4. 8 Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden | 50 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------|----|
| Gambar 2. 1 Kerangka Konsep..... | 33 |
| Gambar 3. 1 Kerangka Operasional..... | 38 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Surat Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Balasan dari Rumah Sakit Wava Husada
- Lampiran 4 Etichal Approval
- Lampiran 5 Surat Pengantar Penelitian
- Lampiran 6 Dokumentasi
- Lampiran 7 Master Sheet
- Lampiran 8 Tabel Penunjang
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan erat kaitannya dengan penolong persalinan, tempat persalinan dan ketetapan waktu rujukan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan isu yang penting dalam agenda upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Salah satu contoh faktor yang menyebabkan kematian ibu yaitu preeklampsia dan perdarahan. Pre-eklampsia dapat menunjukkan tekanan darah tinggi lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, terdapat proteinuria dan gejala seperti sakit kepala, pusing, mual, muntah dan ketidaknyamanan perut bagian atas setelah 20 minggu kehamilan (Zhu et al., 2024). Sementara itu, perdarahan obstetri merupakan kasus kegawatdaruratan yang berat sehingga jika tidak segera ditangani dapat berujung kematian. Pre-eklampsia dan perdarahan memiliki dampak yang sangat buruk pada ibu hamil, janin, dan bayi baru lahir.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa sekitar 287.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2020 dan hampir 75% penyebab kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklampsia dan eklampsia) dan aborsi yang tidak aman (WHO,2023). Secara umum di Indonesia terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi penurunan masih diperlukan upaya untuk mempercepat penurunan AKI untuk mencapai target SGDs yaitu sebesar

70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes, 2023).

Menurut Kementerian Kesehatan Indonesia penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah hipertensi dalam kehamilan (42,21%), perdarahan obstetri (36,9%), dan komplikasi obstetri lainnya (20,9%) (Kemenkes, 2023). Sementara itu, AKI di Jawa Timur tahun 2023 mengalami sedikit kenaikan dibandingkan tahun sebelumnya. Pada tahun 2022 turun menjadi 93,00 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2023 naik menjadi 93,73 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2024 bahwa pada tahun 2023 jumlah kematian ibu di Jawa Timur sebanyak 499 kematian. Adapun 3 daerah tertinggi adalah Kabupaten Jember, Kabupaten Malang dan Kabupaten Banyuwangi (Dinkes, 2024)..

Di Kabupaten Malang jumlah kematian ibu yaitu sebanyak 35 kematian dan 17 kematian disebabkan oleh gangguan hipertensi, 5 kematian disebabkan oleh perdarahan, dan 13 kematian disebabkan oleh komplikasi lainnya. (Dinkes, 2024). Kasus kegawatdaruratan maternal di Kabupaten Malang pada tahun 2023 berjumlah 1007 kasus dan sebanyak 552 kasus (55%) disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan yang dimana ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2022 berjumlah 488 kasus dan 98% dari kasus mengalami preeklampsia berjumlah 540 kasus. Perdarahan sebanyak 285 kasus (28%) yang diantaranya ada 151 kasus perdarahan antepartum, 80 kasus perdarahan intrapartum dan 54 kasus perdarahan post partum (Dinkes, 2024). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2023 daerah dengan kasus preeklampsia tertinggi ialah Turen (36 kasus), Wajak (35 kasus), sedangkan daerah dengan perdarahan obstetri tertinggi ialah Karangploso (21 Kasus). Dari data yang sud-

ah disajikan maka dapat diketahui bahwa di dunia maupun di Indonesia kematian ibu hamil disebabkan oleh preeklampsia dan perdarahan.

Kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri sering terdeteksi terlambat di layanan primer, yang berdampak pada rujukan ke layanan sekunder atau tersier (Ekawati et al., 2019). Kondisi ini juga diperparah oleh keterlambatan penanganan kasus emergensi atau komplikasi maternal secara adekuat yang disebabkan kondisi 3 Terlambat (3T) (Nestelita et al., 2019). Menurut penelitian dari Dewanti (2018) bahwa di Kabupaten Malang tepatnya di RSUD Kanjuruhan ibu yang mengalami keterlambatan rujukan (58,3%), dan yang tidak mengalami keterlambatan (41,7%), dengan keterlambatan tertinggi yaitu dalam mengambil keputusan (62,5%), terlambat mendapat transportasi (58%) dan terlambat penanganan medis (54,2%).

Perawatan awal sebelum rujukan juga tidak terstandardisasi dengan baik, sehingga menyebabkan kondisi wanita yang terkena dampak menjadi terlalu kritis pada saat mereka mencapai rumah sakit (Ekawati et al., 2019). Penelitian dari Sium et al tahun 2024 yang menyatakan penatalaksanaan awal untuk rujukan di berbagai tempat layanan primer berbeda-beda, bahwa ada 261 wanita hamil yang dirujuk mengalami preeklampsia dengan 41 pasien menerima magnesium sulfat sebelum dirujuk dan ada 35 pasien yang diberikan obat antihipertensi sebelum dirujuk dan setelah sampai fasilitas penerima rujukan kondisi pasien bermacam-macam ada yang mengalami kejang, edema paru dan ada yang mengalami koagulasi intravaskuler diseminata (Sium et al., 2024).

Perdarahan dan preeklampsia masih menjadi penyebab kematian ibu yang tinggi terutama di negara berkembang dan ini dapat diatasi dengan identifikasi

tanda bahaya pada ibu hamil secara tepat waktu sebelum mengalami komplikasi, serta identifikasi pasien dan perbaikan dalam penatalaksanaan rujukan (Lissu et al., 2021). Sistem rujukan dimulai dari layanan kesehatan primer yang selanjutnya dirujuk ke layanan tingkat sekunder serta tersier. Layanan tingkat sekunder dan tersier hanya bisa dilakukan apabila terdapat rujukan oleh layanan primer atau layanan sekunder (Kemenkes, 2015). Dalam permenkes No.1 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan, dijelaskan layanan rujukan mengacu prinsip kecepatan dan ketetapan tindakan, efisien, efektif sesuai dengan kemampuan dan kewenangan petugas kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan.

Di Kabupaten Malang sendiri memiliki Standar Operasional Prosedur untuk penanganan rujukan yaitu persiapan penatalaksanaan rujukan, menginformasikan pada Rumah Sakit, penatalaksanaan stabilisasi Pra Rujukan sesuai SOP, Rujukan sesuai BAKSOKUDA, observasi selama rujukan, dan komunikasi Pra Rujukan dengan RS (Dinkes, 2016). Penatalaksanaan stabilisasi seperti memasang infus, memasang oksigen, memasang kateter dan jika kasus preeklampsia maka dilakukan pemberian $MgSO_4$ (Wandi, 2020). Tetapi ini kembali lagi sesuai dengan kebijakan fasilitas kesehatan masing-masing. Maka dari itu penatalaksanaan awal sebelum atau selama rujukan yang tepat sangat penting untuk diketahui dikarenakan mempengaruhi kondisi ibu selama dan setelah rujukan.

Kabupaten Malang juga sudah melakukan usaha untuk menurunkan angka kematian ibu yang disebabkan oleh preeklampsia dan perdarahan obstetri dengan melakukan pelatihan di berbagai puskesmas tentang penanganan

preeklampsia, perdarahan dan sudah menggunakan teknologi SIJARI EMAS (Sistem Jejaring Informasi Rujukan *Maternal and Neonatal Survival*) (Dinkes, 2016). Tetapi masih ada peningkatan kematian ibu di tahun 2023 maka dari itu penting untuk dikaji lebih jauh mengenai tatalaksana rujukannya.

Berdasarkan uraian masalah di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul gambaran penatalaksanaan rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan pada obstetri di Kabupaten Malang. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu referensi dan sumbangan ilmu serta bahan evaluasi tentang penatalaksanaan awal kasus rujukan preeklampsia di fasilitas kesehatan primer.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran dari tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada tahun 2024?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Memaparkan gambaran kasus preeklampsia di Rumah Sakit Wawa Husada.
2. Menggambarkan penatalaksanaan awal rujukan kasus preeklampsia di pelayanan kesehatan primer sebelum dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder.

3. Memaparkan gambaran kasus perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada.
4. Menggambarkan penatalaksanaan awal rujukan kasus perdarahan obstetri di pelayanan kesehatan primer sebelum dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini untuk memberikan informasi mengenai gambaran penatalaksanaan rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini nantinya dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kasus kegawatdaruratan pada kehamilan dan persalinan seperti preeklampsia dan perdarahan obstetri.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil dari penelitian ini nantinya dapat digunakan sebagai evaluasi tenaga kesehatan untuk melakukan penanganan awal rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri yang tepat.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil dari penelitian ini nantinya dapat digunakan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan layanan terhadap penanganan rujukan.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tatalaksana awal rujukan dengan kasus preeklampsia dan perdarahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Preeklampsia

2.1.1 Pengertian Preeklampsia

Penyakit dengan tanda-tanda tekanan darah tinggi, edema dan proteinuria yang muncul akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau lebih atau segera setelah persalinan disebut dengan preeklampsia (Dewi, 2016).

Preeklampsia ialah beberapa gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin, dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak timbul tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, gejalanya bisa muncul di usia kehamilan ≥ 38 Minggu (Retnaningtyas, 2021) .

Preeklampsia adalah salah satu kondisi yang berisiko pada ibu hamil. Preeklampsia merupakan darah tinggi atau hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terjadi pada usia kehamilan ≥ 20 minggu tidak disertai dengan kejang. Namun, disertai proteinuria menunjukkan lebih 300 mg atau proteinuria 1+ dan gangguan organ (Kurniawati, 2020) seperti gangguan ginjal, gangguan liver, edema paru, gangguan sirkulasi, stroke, nyeri kepala dan gangguan virus (POGI, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Preeklampsia

Preeklampsia dalam kehamilan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Preeklampsia tanpa Gejala Berat (*Without severe feature*)

Preeklampsia tanpa gejala berat ini biasanya disebut sebagai preeklampsia

Yang dimana ini merupakan kondisi tekanan darah tinggi dengan proteiuria ringan dan tanpa gangguan organ berat dan untuk tanda gejalanya ialah :

- a. Tekanan darah setinggi 140/90 mmHg atau +30/+15 di atas nilai dasar, pada dua waktu pemeriksaan berbeda dengan jarak waktu 6 jam.
 - b. Edema lokal tidak dimasukkan dalam tanda preeklampsia kecuali edema pada lengan, wajah, perut dan edema generalisata.
 - c. Protein urine ≥ 300 mg/24 jam atau ≥ 1 +dipstik (Sarwono, 2016)
2. Preeklampsia dengan Gejala Berat (*With severe feature*)

Preeklampsia dengan gejala berat atau preeklampsia berat adalah tekanan darah tinggi yang disertai dengan adanya gejala dan gangguan organ berat. Kriteria diagnosis dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Tekanan darah $> 160/110$ mmHg atau lebih tinggi dalam dua kesempatan setidaknya 4 jam terpisah saat istirahat (Bernolian, 2023).
- b. Proteinuria menunjukkan > 5 g/24 jam atau proteinuria $\geq 2+$,
- c. Trombositopenia < 100.000 sel/uL hemolisis mikroangiopati,
- d. Serum kreatinin $1,1$ mg/dl,
- e. Edema paru,
- f. Peningkatan fungsi liver (lebih dari dua kali normal),
- g. Keluhan sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri di ulu hati
- h. Gangguan pertumbuhan janin (Akbar et. al, 2018).

Klasifikasi preeklampsia terkait prognosis :

1. Preeklampsia Tipe Dini (*Early Onset*) merupakan gambaran klinis preeklampsia yang timbul sebelum usia kehamilan 34 minggu. Dapat terjadi karena proses patogenesis preeklampsia pada tingkat plasenta sangat kuat ini yang menyebabkan gejalanya timbul lebih awal dan prognosis pada ibu dan janin lebih buruk.
2. Preeklampsia Tipe Lambat (*Late Onset*) merupakan gambaran klinis preeklampsia yang timbul setelah usia kehamilan 34 minggu. Dapat terjadi karena proses patogenesis preeklampsia di tingkat plasenta tidak terlalu kuat ini menyebabkan prognosis ibu dan janinnya lebih baik, tidak sering ditemui IUGR (Akbar et. al, 2018).

2.1.3 Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai saat ini masih belum diketahui secara pasti. Banyak teori-teori yang disampaikan oleh para ahli untuk menerangkan penyebab dari preeklampsia, yaitu :

1. Bertambahnya frekuensi seiring makin tuanya kehamilan.
2. Bisa terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
3. Timbulnya tekanan darah tinggi, edema, proteinuria, kejang dan koma.
4. Bertambahnya frekuensi pada primigravida, gemeli, hidamnion, dan mola hidatidosa (Retnaningtyas, 2021) .

Menurut (Retnaningtyas, 2021) erdapat beberapa kelainan yang menyertai penyakit ini seperti spasmus arteriola, koagulasi intravaskuler, retensi Na dan air. Meskipun vaso spasme mungkin bukan sebab primer dari penyakit ini, vaso spasme ini yang menimbulkan berbagai gejala yang men-

yertai eklampsia (Retnaningtyas, 2021) .

2.1.4 Patofisiologi

Pada dasarnya heipertensi kehamilan, terutama preeklampsia disebut sebagai *disease of theories*. Hal ini didasarkan pada patofisiologi penyakit yang melibatkan banyak faktor dan belum dapat dijelaskan secara menyeluruh. Ada enam teori yang dianggap berkontribusi pada perkembangan preeklampsia yaitu :

1. Teori kelainan vaskularisasi uteroplamenta
2. Teori iskemia plasenta radikal bebas dan disfungsi endotel.
3. Teori intoleransi imunologik antara ibu dan fetus
4. Teori adaptasi kardiovaskular genetik
5. Teori defisiensi gizi
6. Teori inflamasi (Maria, 2023).

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Beberapa kasus, lumen arteriola sangat sempit sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika seluruh arteriola yang berada dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi tekanan darah perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, bisa jadi akibat retensi air dan garam. Proteinuria bisa di sebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Dewi, 2016).

Wanita yang mengalami hipertensi dalam kehamilan dapat mengala-

mi peningkatan respon terhadap berbagai substansi endogen. Yang bisa menyebabkan vasospasme dan agregasi platelet. Penumpukan trombus dan perdarahan dapat mengganggu sistem saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan defisit syaraf lokal dan kejang. Nekrosis ginjal dapat mempengaruhi penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria. Rusaknya hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap kardiovaskuler meliputi penurunan volume intravaskuler meningkatkan kardiooutput dan peningkatan tahanan pembuluh perifer. Peningkatan hemolisis microangiopati menyebabkan anemia dan trombositopeni. Infark plasenta dan obstruksi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terhambat bahkan bisa menyebabkan kematian janin dalam rahim (Dewi, 2016).

2.1.5 Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum di ketahui secara pasti. Namun, ada beberapa faktor resiko untuk terjadi preeklampsia dalam kehamilan yang dikelompokkan sebagai berikut:

1. Primigravida (seorang wanita hamil yang pertama kali), primipaternitas (kehamilan anak pertama dengan suami kedua).
2. Hiperplasentosis seperti mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes melitus, hidrops fetalis dan bayi besar.
3. Usia yang terlalu tua (>35 tahun).
4. Riwayat keluarga yang pernah preeklampsia atau eklampsia.
5. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sejak sebelum hamil.
6. Ibu dengan obesitas yang dimana BMI lebih dari 35 (Anggreini, 2018).

2.1.6 Skrining Preeklampsia

Berdasarkan buku KIA skrining preeklampsia dibagi menjadi 2 risiko yaitu:

1. Risiko Sedang
 - a. Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru
 - b. Kehamilan dengan Teknologi Reproduksi Berbantu : bayi tabung, obat induksi ovulasi
 - c. Usia ≥ 35 tahun
 - d. Nulipara
 - e. Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun
 - f. Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan
 - g. Obesitas sebelum hamil ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$)
 - h. Mean Arterial Pressure (MAP) $> 90 \text{ mmHg}$
 - i. Proteinuria (Urin celup $> +1$ pada 2x pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)
2. Risiko Tinggi
 - a. Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya
 - b. Kehamilan multipel
 - c. Diabetes dalam kehamilan
 - d. Hipertensi kronik
 - e. Penyakit ginjal
 - f. Penyakit autoimun, SLE
 - g. Anti Phospholipid Syndrome

Jika didapatkan hasil 2 risiko sedang atau 1 risiko tinggi ibu hamil

harus segera dilakukan rujukan ke pelayanan kesehatan sekunder.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Ripursari (2018) ada beberapa penatalaksanaan yang dilakukan untuk preeklampsia dalam kehamilan yaitu:

1. Preeklampsia tanpa gejala berat
 - a. Stabilisasi tekanan darah
 - b. Tidur dengan posisi miring ke kiri
 - c. Perhatikan jalan nafas
 - d. Memasang oksigen
 - e. Memasang infus RL 500 cc (Kemenkes, 2013)
 - f. Lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder.
2. Preeklampsia dengan gejala berat
 - a. Stabilisasi tekanan darah
 - b. Tidur berbaring miring ke kiri
 - c. Perhatikan jalan nafas
 - d. Memasang oksigen
 - e. Memasang infus RL 500 cc
 - f. Memasang kateter
 - g. Pencegahan kejang
 - h. Pastikan syarat pemberian $MgSO_4$ terpenuhi yaitu:
 - 1) Laju nafas > 16 x/menit
 - 2) Refleks patella (+/+)
 - 3) Produksi urine 100 cc/4 jam sebelum pemberian atau 25 cc/jam

- 4) Tersedia Calcium Glukonas 10% 1g (10 cc) IV sebagai antidotum.
- i. Memberikan dosis awal (*loading dose*):
 - 1) Injeksi 4g IV bolus (MgSO_4 20%) 20 cc selama 5-10 menit (apabila hanya tersedia MgSO_4 40% berikan 10 cc diencerkan dengan 10 cc aquabidest)
 - 2) Langsung dilanjutkan injeksi 10g IM (MgSO_4 40%) 25 cc pelan, masing-masing pada bokong kanan dan kiri diberikan 5g (12,5 ml). Dapat ditambahkan 1 ml lidokain 2% untuk mengurangi nyeri.
 - j. Anti hipertensi diberikan bila:

Tekanan darah sistolik > 80 mmHg, diastolik > 110 mmHg atau MAP lebih dari 125 mmHg. Sasaran pengobatan adalah tekanan diastolik < 105 mmHg karena akan menurunkan perfusi plasenta (Dewi, 2016).

2.1.8 Pencegahan

Kesehatan prakonsepsi, dampaknya pada kehamilan, dan kesehatan masa depan semakin diperhatikan. Perubahan gaya hidup yang dapat dilakukan sebelum dan selama kehamilan dapat mengurangi tingkat resiko ibu dan janin. Menurut Thangaratimaan yang dikutip oleh Laksono (2022) bahwa penurunan berat badan sebesar 1,42 kg menurunkan resiko preeklampsia sebesar 26%. Selain itu olahraga dapat mengurangi hipertensi gestasional sebesar 30% dan resiko preeklampsia sebesar 40%. ACOG menyarankan pemberian aspirin dosis rendah (81 mg/hari) pada wanita yang

memiliki risiko tinggi preeklampsia. Ini harus dimulai antara 12 minggu dan 28 minggu kehamilan (waktu paling baik sebelum 16 minggu) dan dilanjutkan setiap hari sampai melahirkan. Dengan menghambat preferensial TXA2, aspirin dapat mengurangi risiko preeklampsia dan efek negatifnya (Laksono & Masrie, 2022)

2.2 Konsep Teori Perdarahan Obstetri

2.2.1 Pengertian Perdarahan Obstetri

Perdarahan dalam kehamilan dapat terjadi setiap saat baik selama kehamilan, persalinan, maupun saat masa nifas. Perdarahan dalam kehamilan adalah perdarahan melalui vagina yang terjadi pada masa kehamilan, bukan perdarahan dari sistem atau organ yang lainnya. Ini dapat membahayakan ibu dan janin oleh karena itu setiap wanita hamil dan nifas yang mengalami perdarahan harus segera dirawat dan dicari penyebabnya untuk dapat diberi pertolongan yang tepat (Sari dan Prabowo, 2018).

Perdarahan merupakan kasus gawat darurat, jika tidak segera ditangani bisa mengakibatkan kehilangan darah hingga mencapai 30-40% volume tubuh atau lebih dari 2 liter ini dapat menimbulkan kondisi syok hipovolemik yang akan mengganggu peredaran darah dan menimbulkan gangguan pada pembekuan darah (koagulapati) (Gumiler. et.al, 2019).

2.2.2 Klasifikasi Perdarahan Obstetri

1. Perdarahan pada kehamilan muda

Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda adalah perdarahan yang terjadi sebelum usia kehamilan 22 minggu. Kehamilan yang

normal tidak disertai dengan perdarahan pada jalan lahir, tetapi beberapa wanita mengalami perdarahan pada trimester pertama kehamilan. Darah yang keluar biasanya berwarna merah terang atau coklat kehitaman. Seringnya perdarahan yang terjadi bersifat ringan tetapi menetap selama beberapa hari atau secara tiba-tiba keluar dalam jumlah besar (Sari dan Prabowo, 2018).

a. Abortus

Abortus merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Dewi, 2016).

b. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi di luar rahim, sel telur yang sudah dibuahi akan melekat dan tumbuh di tempat yang tidak seharusnya. Komplikasi ini banyak terjadi di saluran telur sekitar 98%, dan dapat terjadi di indung telur, rongga perut, atau leher rahim (Pulungan. et.al, 2020).

c. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa merupakan kehamilan abnormal atau suatu masa yang tumbuh dalam rahim terjadi pada masa awal kehamilan. semua villi korialisnya mengalami perubahan *hidrofobi* Vili khorialis ini berisi cairan, membengkak, dan hanya terdapat sedikit pembuluh darah (Ripursari, 2018).

2. Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum diartikan sebagai perdarahan yang berasal

dari traktus genetalia, pada usia kehamilan diatas 24 minggu dan terjadi sebelum proses persalinan (Battula et al., 2021).

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan diatas 28 minggu atau lebih dan biasanya disebut atau digolongkankan perdarahan terakhir trimester ketiga. Penyebab utamanya ialah plasenta previa, solusio plasenta dan ruptura uteri (Masan et al., 2023).

a. Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan plasenta yang perlekatannya abnormal yaitu pada bagian bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan rahim. Plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan pada trimester III. Timbulnya perdarahan disebabkan oleh perbedaan kecepatan pertumbuhan antara bagian atas rahim yang lebih cepat dibandingkan bagian bawah rahim yang lebih pelan. Perdarahan ini akan lebih banyak membuat perdarahan karena darah yang keluar akan menimbulkan kontraksi (Herselowati, 2023).

Plasenta previa ialah sebuah kondisi dimana letak plasenta berada di bawah janin atau berada di leher rahim. Trimester kedua dan ketiga, perlahan posisi janin akan berbalik mendekati persalina. Pada fase ini, plasenta yang seharusnya mengikuti perubahan letak janin malah menutupi leher serviks yang merupakan jalan persalinan (Pratiwi, 2023).

b. Solutio Plasenta

Lepasnya plasenta dari perlekatannya di rahim sebelum janin lahir disebut sebagai solusio plasenta. Solusio plasenta biasanya dikaitkan dengan perdarahan vagina dan nyeri perut, dengan atau tanpa kontraksi rahim dan seringkali disertai dengan denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal (Brandt & Ananth, 2023).

Plasenta normalnya terlepas setelah bayi lahir, jika plasenta lepas sebelum bayi lahir disebut solusio plasenta atau bisa dikatakan lepasnya sebagian atau seluruh plasenta yang melekat normal diatas 22 minggu sebelum lahirnya bayi (Rosyidah, 2019).

3. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum adalah kondisi yang berhubungan dengan terjadinya perdarahan setelah kelahiran bayi, sebelum, selama, dan sesudah lahirnya plasenta. Bisa dikatakan mengalami perdarahan postpartum jika kehilangan darah sebanyak lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama (Purnamasari. et.al, 2023).

Ada beberapa penyebab perdarahan post partum yaitu : atonia uteri, retensio plasenta, robekan perineum, robekan serviks dan inversi uteri.

a. Atonia uteri

Atonia uteri ialah kondisi dimana miometrium tidak berkontraksi dan jika ini terjadi akibatnya darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak dapat dikendalikan (Pulungan, 2020). Atonia uteri didefinisikan uterus tidak berkontraksi setelah plasenta lahir dan sudah dilakukan masase sela-

ma 15 detik (PPIBI, 2016 dalam Pulungan, 2020).

b. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang sebelumnya melekat normal pada dinding rahim terjadi di usia kehamilan lebih dari 22 minggu dan sebelum bayi lahir (Ripursari, 2018).

c. Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir ini perlu diperhatikan secara khusus, karena jika tidak dapat mengakibatkan disfungsi organ bagian luar sampai alat reproduksi, sumber perdarahan yang dapat berakibat fatal dan merupakan jalannya infeksi. Klasifikasi dari robekan jalan lahir ada dua yaitu robekan perineum dan robekan serviks (Kurniarum, 2016 dalam Pulungan, 2020).

d. Ruptur uteri

Ruptur Uteri merupakan robekan yang ada di uterus, dapat meluas ke seluruh dinding uterus dan isi uterus tumpah ke seluruh rongga abdomen (komplet), atau dapat dikatakan ruptur hanya meluas ke endometrium dan miometrium, tetapi peritoneum di sekitar uterus tetap utuh (inkomplet) (Ripursari, 2018).

e. Inversio uteri

Inversio uteri ialah keadaan di mana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Dapat dikatakan mengalami inversio uteri jika bagian dalam uterus menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan

berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah (Kurniarum, 2016 dalam Pulungan, 2020).

2.2.3 Etiologi

1. Perdarahan pada Awal Kehamilan

a. Abortus

Abortus dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu seperti kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, faktor maternal (penyakit pneumonia, tifus abdominalis, pielonefritis, malaria dan lain-lain), dan kelainan traktus genitalia (Sari dan Prabowo, 2018).

b. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Etiologi dari kehamilan ektopik ini sebagian besar penyebabnya belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang berhubungan yaitu : faktor mekanis (salpingitis, adhesi peritubal, kelainan pertumbuhan tuba, bekas operasi tuba, tumor, penggunaan IUD), faktor fungsional (migrasi eksternal ovum, refluks menstruasi, berubahnya motilitas), peningkatan daya penerimaan mukosa tuba terhadap ovum yang diubah, riwayat KET, dan riwayat abortus sebelumnya (Dewi, 2016).

c. Mola hidatidosa

Penyebab dari mola hidatidosa belum diketahui, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seperti: faktor ovum, imunoselektif dari trofoblas, keadaan sosio ekonomi yang rendah,

paritas tinggi, kekurangan protein, infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.

2. Perdarahan Antepartum

a. Plasenta previa

Penyebab yang pasti belum diketahui dengan jelas, tetapi plasenta previa meningkat pada keadaan ketika endometrium kurang baik, contohnya akibat atrofi endometrium atau vaskularisasi desidua yang kurang baik keadaan ini dapat ditemukan pada multipara, mioma uteri, kuretase berulang, usia lanjut, bekas seksio seasare, perubahan inflamasi atau atrofi. Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh meluas atau melebar untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutup ostium uteri internum. Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat perlekatan yang lebih baik seperti tempat yang rendah dekat ostium uteri internum (Rosyidah, 2019).

b. Solusio plasenta

Penyebab utama dari solusio plasenta hingga saat ini belum bisa dijelaskan. Tetapi ada beberapa faktor yang bisa mempengaruhi kejadian solusio plasenta seperti: trauma, hipertensi esensial atau preeklampsia, tali pusat yang terlalu pendek, uterus yang terlalu mengecil, tekanan pada vena cava inferior oleh rahim yang membesar, ketuban pecah sebelum waktunya, usia lanjut (lebih dari 35 tahun), merokok, alkohol, dan kokain, multiparitas (wanita yang

pernah melahirkan 2-5 kali), mioma uteri (daging yang tumbuh dalam rahim non-kanker), defisiensi asam folat (Rosyidah, 2019).

3. Perdarahan Postpartum

Penyebab perdarahan postpartum dibagi menjadi 4T yaitu *tone*, *trauma*, *tissue* dan *thrombin*.

a. *Tone* (Atonia Uteri)

Penyebab utama perdarahan postpartum yaitu atonia uteri atau kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah persalinan dan menghentikan perdarahan dari pembuluh darah di tempat implantasi plasenta (Williams, 2014) sebesar 70% dan atonia uteri merupakan penyebab utama kematian maternal. Faktor risiko atonia uteri meliputi janin besar, persalinan lama, persalinan yang cepat, penggunaan oksitosin untuk induksi persalinan, paritas tinggi dan riwayat atonia uteri pada kehamilan sebelumnya (Simanjuntak, 2020).

Kondisi normal setelah plasenta lahir, otot-otot rahim berkontraksi secara sinergis. Otot tersebut saling bekerja sama untuk menghentikan perdarahan yang berasal dari tempat implantasi plasenta. Tetapi sebaliknya pada kondisi tertentu otot rahim tidak berkontraksi. Kondisi inilah yang menyebabkan perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta tidak bisa berhenti dan akan membahayakan ibu (Setyarini dan Suprapti, 2016).

b. *Trauma* (Robekan jalan lahir)

Robekan adalah penyebab kedua terbanyak pada perdarahan

postpartum primer. Bagian yang banyak mengalami robekan adalah lahir rahim, vagina, labia dan perineump. Saat pengkajian akan ditentukan rahim berada di atas garis tengah (Pulungan, 2020).

c. *Tissue* (Jaringan atau Retensio plasenta)

Retensio plasenta adalah tidak lahirnya plasenta dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir atau sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim. Plasenta yang sulit dilepas dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (Pulungan, 2020). Dan retensio plasenta merupakan penyebab perdarahan postpartum sebesar 10%.

d. *Thrombin* (Gangguan pembekuan darah)

Thrombin (koagulopati) menyumbang 1% sebagai penyebab perdarahan postpartum. Gangguan pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan. Secara etiologi bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolysis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Simanjuntak, 2020).

2.2.4 Patofisiologi

1. Perdarahan pada Awal Kehamilan

a. Abortus

Pada abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis kemu-

dian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal ini menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga menjadi benda asing dalam uterus. Kondisi ini yang menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya (Sari dan Prabowo, 2018).

b. Kehamilan Ektopik Terganggu

Suatu tempat di endometrium dapat terlihat bahwa sel-sel kelenjar membesar dan hiper skromatik, stoplasma menunjukkan vakualisasi dan batas antara sel-sel yang kurang jelas. Perubahan ini dikarenakan stimulasi dengan hormon berlebihan yang ditemukan dalam endometrium yang berubah menjadi desidua. Setelah janin mati desidua mengalami degenerasi dan dikeluarkan sepotong demi sepotong. Pelepasan desidua ini disertai dengan perdarahan dan kondisi ini menjelaskan gejala perdarahan pervaginam pada kehamilan ektopik yang terganggu (Dewi, 2016).

c. Mola Hidatidosa

Jonjot-jonjot korion tumbuh berganda dan mengandung cairan yang merupakan kista-kista kecil seperti anggur, didalamnya tidak terisi embrio. Secara histo patologi sering ditemukan jaringan mola pada plasenta dengan bayi normal. Dapat terjadi kehamilan ganda mola, satu janin tumbuh dan yang satu menjadi mola hidatidosa. Gelembung mola besarnya beragam, mulai dari yang kecil hingga berdiameter lebih dari 1 cm (Dewi, 2016).

2. Perdarahan Antepartum

a. Plasenta previa

Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa terjadi sejak kehamilan 10 minggu saat bagian bawah uterus membentuk dari mulai melebar serta menipis, umumnya terjadi pada trimester ketiga karena bagian bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan pelebaran bagian bawah uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena luasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot bagian bawah uterus, pelebaran bagian bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat di dinding uterus. Pada saat inilah mulai terjadi perdarahan berwarna merah segar (Herselowati, 2023).

b. Solusio plasenta

Perdarahan ke dalam desidua basalis merupakan awal dari solusio plasenta. Desidua kemudian lepas meninggalkan lapisan tipis di endometrium. Akibatnya, proses ini pada tahap awal menunjukkan pembentukan hematoma desidua yang akan memecah, menekan dan akhirnya menghancurkan plasenta yang ada di dekatnya. Pada tahap awal ini mungkin tidak menunjukkan gejala apapun. Pada beberapa kasus, arteri spiralis desidua mengalami rupture sehingga menyebabkan hematoma retroplasenta, yang sewaktu membesar semakin banyak pembuluh darah dan plasenta yang terlepas. Bagian plasenta yang memecah dengan cepat meluas

dan mencapai ujung plasenta. Uterus tidak dapat berkontraksi untuk menjepit pembuluh darah yang robek yang memperdarahi tempat implantasi plasenta tempat implantasi plasenta karena masih teregang oleh hasil konsepsi. Selaput ketuban dapat berpisah dari dinding uterus disebabkan oleh perdarahan yang keluar dan yang akhirnya muncul sebagai perdarahan eksternal atau tetap tertahan di dalam uterus (Herselowati, 2023).

3. Perdarahan Postpartum

Darah yang keluar secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi seratserat miometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang menyalurkan darah pada tempat perlekatan plasenta. Sebelum uterus berkontraksi, apat terjadi kehilangan darah sebanyak 350-560 cc/menit dari tempat perlekatan plasenta. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, darah akan terkumpul di dalam rongga uterus. Ini dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah, yang nantinya darah yang keluar berlebihan sehingga menimbulkan perdarahan postpartum (Purnamasari, 2023).

2.2.5 Penatalaksanaan Umum Perdarahan Obstetri

Ada beberapa tatalaksana manajemen awal menurut Surya (2020) seperti berikut:

1. Minta pertolongan.
2. Monitor tanda vital.
3. Menjaga tubuh pasien tetap hangat tetapi jangan kepanasan karena ini akan menyebabkan sirkulasi perifer meningkat dan suplai darah ke orga-

n vital menurun.

4. Tinggikan/angkat kaki untuk mengembalikan arah darah ke jantung.
5. Lakukan pemasangan oksigen.
6. Pasang infus, jika memungkinkan pasang 2 jalur menggunakan jarum infus berukuran 18 atau 16 G.
7. Persiapkan darah atau pendonor darah dan lakukan *cross-match* sebelum melakukan transfusi.
8. Berikan infus atau cairan normal saline atau ringer laktat. Berikan cairan pengganti sebanyak 3-4 kali cairan yang hilang.
9. Lanjutkan pemberian cairan infus dan oksigen sampai pasien stabil.
10. Pasang kateter tinggal dan monitor luaran urine (paling tidak 0,5 ml/kgBB/menit).
11. Monitor tanda-tanda vital dan produksi urine hingga pasien stabil.
12. Siapkan rujukan (Surya. et.al, 2020).

2.3 Tatalaksana Awal Kegawatdaruratan Obstetri

Menurut Gumilar (2019) penanganan awal untuk semua kasus kegawatdaruratan obstetri sama dengan kasus kegawatdaruratan yang lain, sesuai dengan urutan ABCDE yaitu:

Airway : Membuka jalan nafas dengan metode *head tilt chin lift* (mengangkat dagu).

Breathing : Berikan oksigen atau bantuan nafas bila diperlukan, pastikan pernafasan lancar hingga oksigen bisa mencapai paru-paru.

Circulation : Pastikan peredaran darah lancar dengan memasang infus, memberikan cairan dan transfusi darah.

Drugs : Memberikan obat-obatan kegawat daruratan contohnya :
uterotonik, diuresis, antidots, dan lain-lain.

Environment : Mencegah komplikasi akibat jatuh atau tergigit.

Kasus kegawat daruratan obstetri ditambahkan F

Fetus : Segera persiapkan untuk melahirkan bayi sesuai indikasi jika
detak jantung janin <100 x/menit dan posisikan ibu miring ke
kiri lalu pasang oksigen.

2.4 Konsep Teori Rujukan

2.3.1 Pengertian Sistem Rujukan

Menurut World Health Organization (WHO), sistem rujukan adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan dengan sumber daya yang terbatas untuk mengobati kondisi klinis (peralatan, obat, kemampuan) pada satu tingkat sistem kesehatan mencari bantuan dari fasilitas kesehatan yang lebih baik atau memiliki sumber daya tertentu pada tingkat yang sama atau lebih tinggi (Michael, 2020 dalam Issabella *et, al.* 2023).

Sistem rujukan merupakan suatu sistem penyelenggaraan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik pada suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti unit yang berkemampuan kuran kepada unit yang lebih mampu atau

Secara horizontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya (IDI, 2016).

2.3.2 Tujuan Rujukan

- a. Dapat memberikan layanan perawatan kesehatan yang unggul sehingga tujuan layanan dapat dipenuhi tanpa mengeluarkan biaya yang tidak per-

lu, dan dapat mendorong kolaborasi dengan memindahkan pasien atau spesimen laboratorium dari unit dengan fasilitas lebih sedikit ke unit dengan fasilitas yang lebih tinggi.

- b. Terwujudnya pemerataan kegiatan kesehatan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan terpadu.
- c. Setiap pasien menerima perawatan dan dukungan dengan kualitas terbaik (Issabella *et, al.* 2023)

2.3.3 Jenjang Rujukan di Indonesia

Pedoman rujukan nasional menurut kemenkes 2012 dalam Issabella (2023)

- a. Tingkat rumah tangga: pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.
- b. Tingkat masyarakat: kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok paguyuban, PKK, Saka Bhakti Husada, anggota RW, RT dan masyarakat (posyandu).
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat I: Puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, praktik dokter swasta, bidan poliklinik swasta dan masih banyak lagi.
- d. Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat II: RS Kabupaten, RS Swasta, Laboratorium Swasta, dan masih banyak lagi.
- e. Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat III: RS tipe A dan B serta lembaga spesialis swasta, laboratorium kesehatan daerah dan laboratorium klinik swasta (Issabella *et, al.* 2023).

2.3.4 Sistem dan Cara Rujukan Obstetri

Rujukan ibu hamil dan neonatus yang berisiko tinggi adalah komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal.

a. Indikasi dan Kontraindikasi

Berdasarkan sifatnya, rujukan ibu hamil dibedakan menjadi:

1) Rujukan kegawatdaruratan

Rujukan dilakukan sesegera mungkin karena berhubungan dengan dengan kondisi kegawatdaruratan yang mendesak.

2) Rujukan berencana

Rujukan yang dilakukan dengan persiapan lebih baik ketika keadaan umum ibu masih relatif baik, contohnya di masa antenatal atau awal persalinan ketika didapati kemungkinan risiko komplikasi.

Adapun rujukan sebaiknya tidak dilaksanakan jika:

- 1) Kondisi janin tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk.
- 2) Kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan.
- 3) Tidak ada tenaga kesehatan yang terampil untuk menemani.
- 4) Kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan.
- 5) Persalinan sudah akan terjadi (Kemenkes, 2013).

b. Perencanaan Rujukan

- 1) Komunikasikan rencana untuk rujukan dengan ibu dan keluarga, karena persetujuan ibu atau keluarga merupakan hal yang wajib.
- 2) Hubungi fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan sampaikan kepada tenaga kesehatan yang menerima mengenai diagnosa, penatalaksanaan yang sudah dilakukan, kondisi ibu dan janin.

- 3) Saat berkomunikasi, pastikan hal-hal yang sudah dijelaskan dicatat dan diketahui oleh tenaga medis yang akan menerima.
- 4) Lengkapi berkas-berkas yang diperlukan.
- 5) Pastikan ibu yang akan dirujuk telah mengenakan gelang identifikasi.
- 6) Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur intravena dengan nasal kanul berukuran 16 atau 18.
- 7) Mulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan.
- 8) Periksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk, dengan mempertimbangkan kemungkinan yang dapat terjadi.
- 9) Selalu siap sedia untuk kemungkinan terburuk.
- 10) Nilai kembali kondisi pasien sebelum dirujuk.
- 11) Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan beserta nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir.

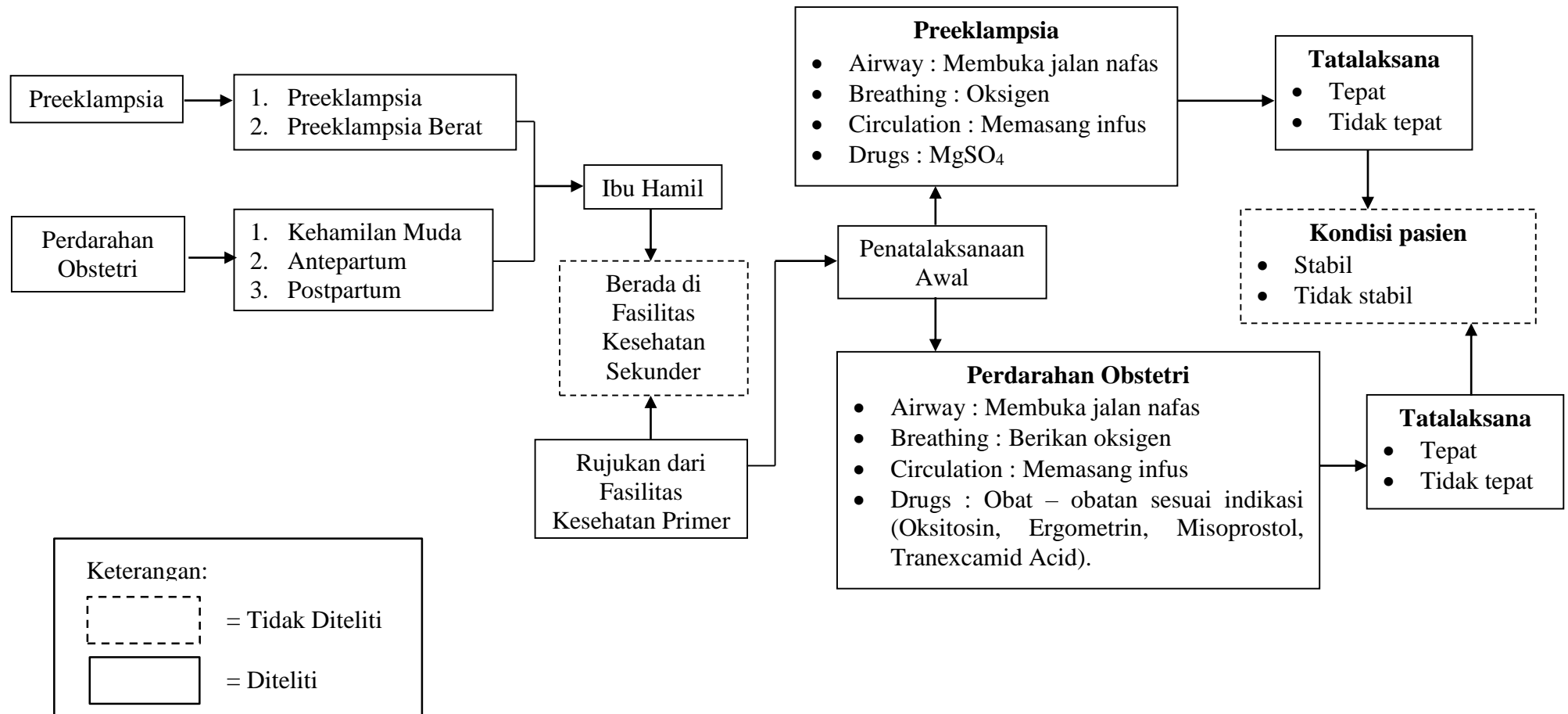
Untuk memudahkan dan meminimalkan risiko dalam perjalanan rujukan, keperluan merujuk ibu dapat diringkas menjadi BAKSOKUDA (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, dan Darah) (Kemenkes, 2013).

c. Perlengkapan

Perlengkapan dan modalitas transportasi secara spesifik dibutuhkan untuk melakukan rujukan tepat waktu. Pada dasarnya, perlengkapan yang digunakan untuk proses rujukan ibu sebaiknya memiliki kriteria:

- 1) Akurat.
- 2) Ringan, kecil dan mudah dibawa.
- 3) Berkualitas dan berfungsi baik.
- 4) Permukaan kasar untuk menahan gerakan akibat percepatan dan getaran.
- 5) Dapat diandalkan dalam keadaan cuaca ekstrim tanpa kehilangan akurasinya.
- 6) Bertahan dengan baik dalam perubahan tekanan jika digunakan dalam pesawat terbang.
- 7) Mempunyai sumber listrik sendiri (baterai) tanpa mengganggu sumber listrik kendaraan (Kemenkes, 2013).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Gambaran Penatalaksanaan Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif untuk mengetahui nilai-nilai variabel yang diteliti tanpa membuat perbandingan atau menghubungkan antara variabel yang satu dengan yang lain. Penelitian deskriptif ini juga untuk menganalisis atau menggambarkan hasil subjek sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini adalah di Rumah Sakit Wava Husada. Waktu yang dilakukan dalam penelitian ini dari bulan Januari – Maret 2025.

3.3 Populasi, Sampel dan Sampling

3.3.1 Populasi

1. Semua data rekam medis wanita yang mengalami preeklampsia yang dirujuk ke Rumah Sakit Wava Husada bulan Januari – Desember 2024 sebanyak 60 rekam medis.
2. Semua data rekam medis wanita yang mengalami perdarahan obstetri yang dirujuk ke Rumah Sakit Wava Husada bulan Januari – Desember 2024 sebanyak 41 rekam medis.

3.3.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah data rekam medis ibu yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 101 rekam medis.

1. Kriteria Inklusi

- a. Data rekam medis yang lengkap pada wanita yang mengalami preeklampsia dan dirujuk ke Rumah Sakit Wava Husada dari bulan Januari - Desember 2024.
 - b. Data rekam medis yang lengkap pada wanita yang mengalami perdarahan obstetri dan dirujuk ke Rumah Sakit Wava Husada dari bulan Januari - Desember 2024.
2. Kriteria Eksklusi

Wanita dengan preeklampsia dan perdarahan obstetri yang tidak dirujuk tetapi datang ke Rumah Sakit secara mandiri.

3.3.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling ini mengambil semua populasi sebagai sampel.

3.4 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan penelitian ini adalah lembar pencatatan data untuk pengumpulan data berupa data penatalaksanaan awal sebelum rujukan dan selama rujukan.

3.5 Metode Pengumpulan Data

Data yang diambil berupa data sekunder sesuai dengan rekam medis yang ada yaitu data seluruh wanita yang dirujuk dengan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Rumah Sakit Wava Husada.

3.5.1 Persiapan

1. Penyusunan proposal
2. Melakukan studi pendahuluan dan menelusuri populasi ke tempat yang akan dilakukan penelitian.

2. Proses permohonan izin penelitian kepada pihak Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
3. Permohonan izin penelitian kepada kepala Rumah Sakit Wava Husada dan untuk melihat data rekam medis.
4. Peneliti menyiapkan berkas penelitian dan mengajukan kelayakan etik pada Komisi Etik Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

3.5.2 Pelaksanaan .

1. Mempersiapkan *master sheet* data yang diperlukan untuk mendapatkan data karakteristik responden dan tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri.
2. Peneliti menentukan data rekam medis yang telah memenuhi kriteria.
3. Peneliti melakukan pengambilan data wanita yang dirujuk dengan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri dari data rekam medis Rumah sakit Wava Husada.
4. Data yang diperoleh berjumlah 101 data sebagai sampel penelitian
5. Peneliti menganalisis dan mencatat nama, usia, usia kehamilan, nomer rekam medis, diagnosa dan penatalaksanaan di pelayanan primer.
6. Peneliti mengolah data rekam medis yang sudah didapat.
7. Peneliti menyimpulkan hasil penelitian sesuai data.

3.6 Variabel Penelitian

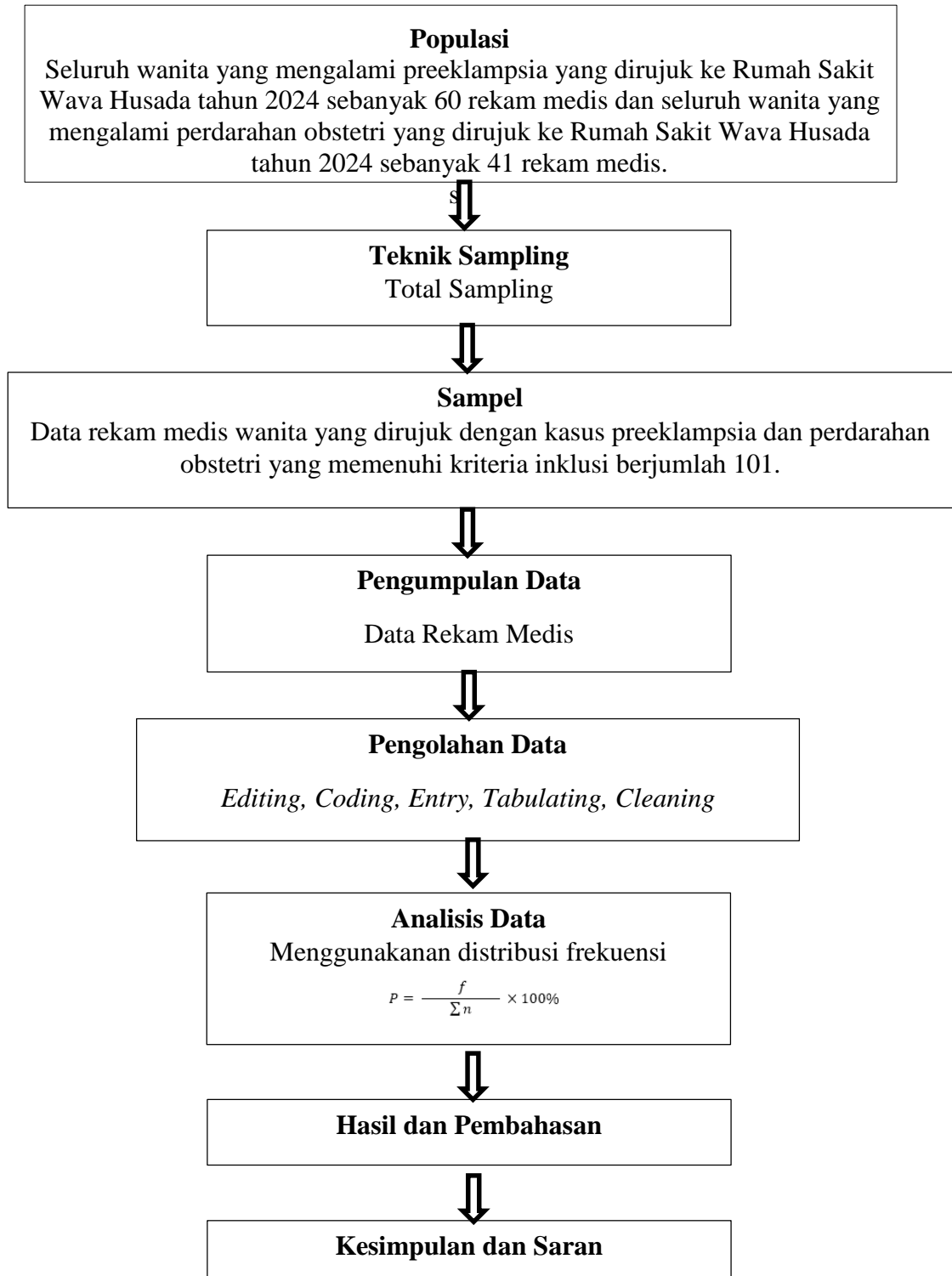
Variabel dalam penelitian ini adalah tatalaksana pra rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri.

3.7 Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian “Gambaran penatalaksanaan awal rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri.”

| Variabel | Definisi Operasional | Indikator | Instrumen | Skala Pengukuran | Kriteria |
|---|--|----------------------|-------------|------------------|---|
| Tatalaksana pra-rujukan 1.Kasus Preeklampsia 2.Perdarahan obstetri. | 1.Tindakan pra-rujukan yang dilakukan bidan sebelum ke faskes sekunder terhadap permasalahan preeklampsia (tekanan darah tinggi $\geq 140/90$ mmHg) dan preeklampsia berat (tekanan darah tinggi $> 160/110$ mmHg). | Penatalaksanaan Awal | Rekam medis | Nominal | 1. Airway 2. B : Oksigen 3. C : Infus 4. D : MgSO ₄ |
| | 2.Tindakan pra-rujukan yang dilakukan bidan sebelum ke faskes sekunder terhadap permasalahan perdarahan yang terjadi pada ibu kehamilan muda (perdarahan sebelum usia kehamilan 22 minggu), intrapartum (perdarahan setelah usia kehamilan 24 minggu), dan postpartum (perdarahan setelah kelahiran bayi, sebelum, selama, atau sesudah plasenta lahir). | Penatalaksanaan Awal | Rekam medis | Nominal | 1. Airway 2. B : Oksigen 3. C : Infus 4. D : Obat – obatan sesuai indikasi |

3.8 Kerangka Operasional



Gambar 3. 1 Kerangka Operasional gambaran penatalaksanaan awal rujukan kasus preeklampsia dan perdarahan obstetri di Kabupaten Malang.

3.9 Metode Pengolahan Data

3.9.1 *Editing*

Pada penelitian ini peneliti akan melaksanakan pemeriksaan lembar observasi yang telah terisi data sudah lengkap, jelas dan relevan.

3.9.2 *Coding*

Memberikan kode pada data yang sudah didapat akan memudahkan memasukkan ke dalam master table dan mempermudah saat melakukan tabulasi dan analisis data. Pemberian kode pada penelitian ini sebagai berikut:

Coding untuk variabel usia:

- < 20 tahun = 1
- 20 – 35 tahun = 2
- > 35 tahun = 3

Coding untuk variabel pendidikan:

- SD = 1
- SMP = 2
- SMA = 3
- Sarjana = 4

Coding untuk variabel pekerjaan:

- Tidak bekerja = 1
- Bekerja = 2

Coding untuk variabel gravida:

- Primigravida = 1

- Multigravida = 2

Coding untuk variabel Fasilitas Kesehatan:

- Bidan = 1
- Klinik = 2
- Puskesmas = 3

1. Coding Kasus Preeklampsia

Coding untuk variabel usia kehamilan pada ibu dengan preeklampsia:

- 14 – 27 minggu (TM II) = 1
- 28 – 41 minggu (TM III) = 2

Coding untuk variabel kunjungan ANC pada ibu dengan preeklampsia:

- Tidak teratur (Kurang dari 4x) = 1
- Teratur (Lebih dari 4x) = 2

Coding untuk variabel Rujukan pada ibu dengan preeklampsia:

- Rujukan dini terencana = 1
- Rujukan gawat darurat = 2

Coding untuk variabel diagnosa Preeklampsia:

- Preeklampsia = 1
- Preeklampsia berat = 2

Coding untuk variabel penatalaksanaan pra-rujukan kasus preeklampsia:

- Airway
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2
- B : Oksigen
 - Tidak dilakukan = 1

- Dilakukan = 2
- C : Infus
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2
- D : Drug atau Obat
 - Tidak dilakukan = 1
 - MgSO₄ = 2

2. Coding Kasus Perdarahan

Coding untuk variabel Usia Kehamilan pada ibu dengan perdarahan:

- 1 – 13 minggu (TM I) = 1
- 14 – 27 minggu (TM II) = 2
- 28 – 41 minggu (TM III) = 3
- Setelah Kehamilan = 4

Coding untuk variabel diagnosa Perdarahan Obstetri:

- Perdarahan Kehamilan Muda = 1
- Perdarahan Antepartum = 2
- Perdarahan Postpartum = 3

Coding untuk variabel penatalaksanaan pra-rujukan kasus perdarahan obstetri:

- Airway
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2
- B : Oksigen
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2

- C : Infus
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2
- D : Drugs atau Obat
 - Tidak dilakukan = 1
 - Dilakukan = 2

3.9.3 Entry

Memasukkan data sesuai lembar observasi yang telah diberi kode dengan komputerisasi.

3.9.4 Tabulating

Memasukkan data yang sudah ada di master tabel untuk dimasukkan ke dalam tabel distribusi frekuensi.

3.9.5 Cleaning

Membersihkan data dengan melihat satu persatu variabel yang sudah di *entry*, dilakukan pengecekan ulang untuk memastikan tidak ada data yang salah.

3.10 Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis univariat digunakan untuk satu variabel saja (tidak ada variabel independen atau dependen) peneliti menganggap semua variabel tersebut sama yaitu sebagai variabel dependen. Analisis univariat memakai metode statistik deskriptif untuk menggambarkan parameter dari macam-macam variabel (Heryana, 2020).

Statistik deskriptif memberikan deskripsi tentang subjek penelitian berdasarkan dari data variabel penelitian yang tidak untuk pengujian hipotesis, meliputi penyajian tabel distribusi frekuensi dan presentase menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{\sum n} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Presentase

f : Frekuensi

$\sum n$: Jumlah responden

3.11 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan ijin penelitian dan kerahasiaan data. Ijin untuk melakukan penelitian ini didapatkan dari instansi yang bersangkutan yaitu Rumah Sakit Wava Husada.

Data pada penelitian ini menggunakan informasi pribadi pasien yang kerahasiaannya akan dijaga. Hal ini sesuai dengan sumpah profesi tenaga kesehatan yang dimana selalu menjaga kerahasiaan informasi dan identitas pasien.

Penulisan dalam hasil penelitian memperhatikan unsur plagiarisme. Kutipan yang digunakan dalam penelitian ini menyertakan sumbernya. Kutipan yang digunakan berasal dari beberapa sumber seperti jurnal, artikel, buku dan sebagainya.

Penelitian ini sudah mendapatkan ijin etik penelitian dari KEPK Poltekkes Malang tahun 2025 dengan No.DP.04.03/F.XXI.30/00294/2025.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Preeklampsia

4.1.1. Gambaran Kasus Preeklampsia

1. Karakteristik Responden Kasus Preeklampsia

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden Kasus Preeklampsia di Rumah Sakit Wawa Husada Tahun 2024

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|--------------------------------|-----------|----------------|
| Usia | | |
| <20 Tahun | | |
| 20 – 35 Tahun | 2 | 3,3 |
| >35 Tahun | 36 | 60 |
| | 22 | 36,7 |
| Pendidikan | | |
| SD | 10 | 16,7 |
| SMP | 25 | 41,7 |
| SMA | 23 | 38,3 |
| Sarjana | 2 | 3,3 |
| Pekerjaan | | |
| Tidak Bekerja | 37 | 61,7 |
| Bekerja | 23 | 38,3 |
| Usia Kehamilan | | |
| Trimester 2 | 1 | 1,7 |
| Trimester 3 | 59 | 98,3 |
| Paritas | | |
| Primigravida | 21 | 35 |
| Multigravida | 39 | 65 |
| Kunjungan ANC | | |
| Tidak memenuhi min K.ANC (<6x) | 38 | 63,3 |
| Memenuhi min K. ANC (≥6x) | 22 | 36,7 |
| Rujukan | | |
| Dini Terencana | 8 | 13,3 |
| Kegawatdaruratan | 52 | 86,7 |
| Fasilitas Kesehatan | | |
| Bidan | 33 | 55 |
| Klinik | 15 | 25 |
| Puskesmas | 12 | 20 |
| Total | 60 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa karakteristik ibu hamil sebagian besar (60%) berusia 20 – 35 tahun. Pendidikan ibu hamil didominasi oleh lulusan SMP (41,7%) dan SMA (38,3%), Karakteristik ibu

hamil berdasarkan pekerjaannya yang terbanyak yaitu (61,7%) tidak bekerja. Sebagian besar ibu hamil (98,3%) 47 berada dalam trimester ketiga, sebanyak (65%) ibu hamil adalah multigravida yang dimana pernah hamil sebelumnya. Mayoritas ibu hamil (63,3%) tidak melakukan kunjungan ANC secara rutin kurang dari 6 kali. Sebagian besar ibu hamil (86,7%) memerlukan rujukan dalam kondisi kegawatdaruratan. Fasilitas kesehatan dengan rujukan kasus preeklampsia terbanyak dikirim oleh tempat praktik mandiri bidan (55 %).

2. Klasifikasi Preeklampsia

Tabel 4. 2 Klasifikasi Kasus Preeklampsia di Rumah Sakit Wawa Husada Tahun 2024

| Diagnosa | Frekuensi | Persentase (%) |
|--------------------|------------------|-----------------------|
| Preeklampsia | 53 | 88,3 |
| Preeklampsia Berat | 7 | 11,7 |
| Total | 60 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa di Rumah Sakit Wawa Husada ada 2 klasifikasi preeklampsia yaitu preeklampsia dan preeklampsia berat. Sebagian besar (88,3%) ibu hamil mengalami preeklampsia dan ibu hamil yang berlanjut mengalami preeklampsia berat sebanyak (11,7%).

4.1.2. Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia

1. Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 4. 3 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia di Rumah Sakit Wawa Husada 2024

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------------------------------|------------------|-----------------------|
| Preeklampsia | | |
| Membuka Jalan Nafas | | |
| Tidak dilakukan | 50 | 94,3 |
| Dilakukan | 3 | 5,7 |
| Pemberian Oksigen | | |
| Tidak dilakukan | 50 | 94,3 |
| Dilakukan | 3 | 5,7 |
| Pemberian IV Line | | |
| Tidak dilakukan | 20 | 37,7 |
| Dilakukan | 33 | 62,3 |
| Pemberian Obat | | |
| Tidak dilakukan | 43 | 81,1 |
| MgSO ₄ | 10 | 18,9 |
| Total | 53 | 100 |
| Preeklampsia Berat | | |
| Membuka Jalan Nafas | | |
| Tidak dilakukan | 5 | 71,4 |
| Dilakukan | 2 | 28,6 |
| Pemberian Oksigen | | |
| Tidak dilakukan | 5 | 71,4 |
| Dilakukan | 2 | 28,6 |
| Pemberian IV Line | | |
| Tidak dilakukan | 0 | 0 |
| Dilakukan | 7 | 100 |
| Pemberian MgSO₄ | | |
| Tidak dilakukan | 0 | 0 |
| Dilakukan | 7 | 100 |
| Total | 7 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.3 tatalaksana pra-rujukan yang dilakukan fasilitas kesehatan perujuk untuk kasus preeklampsia yaitu membuka jalan nafas sebagian besar (92,6%) tidak dilakukan, sama halnya dengan pemberian oksigen sebagian besar (92,6%) tidak diberikan. Tatalaksana pemberian IV Line atau infus sebanyak (62,3%) dilakukan dan untuk pemberian obat sebagian

besar (81,1%) tidak diberikan, (18,9%) diberikan MgSO₄ dan satu fasilitas kesehatan memberikan Nifedipine (1,9%). Sedangkan untuk kasus preeklampsia berat tindakan membuka jalan nafas (71,4%) tidak dilakukan, sama dengan pemberian oksigen (71,4%) tidak diberikan, tindakan pemberian IV Line (100%) diberikan dan yang terakhir untuk tindakan pemberian obat kasus preeklampsia semua fasilitas kesehatan perujuk memberikan MgSO₄ (100%).

2. Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden

Tabel 4. 4 Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden Kasus Preeklampsia

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------|------------------|-----------------------|
| Preeklampsia | | |
| Sesuai | 39 | 73,6 |
| Tidak sesuai | 14 | 26,4 |
| Total | 53 | 100 |
| Preeklampsia Berat | | |
| Sesuai | 2 | 28,6 |
| Tidak sesuai | 5 | 71,4 |
| Total | 7 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.4 hasil yang didapatkan untuk tatalaksana berdasarkan kondisi responden ialah kasus preeklampsia (73,6%) yang dimana tatalaksananya sesuai dengan kondisi responden, sedangkan untuk (26,4%) tatalaksananya tidak sesuai dengan kondisi responden. Kasus preeklampsia berat tatalaksana yang dilakukan sesuai kondisi pasien berjumlah 2 (28,6%) dan yang tidak sesuai 5 kasus atau (71,4%).

4.2 Hasil Perdarahan Obstetri

4.2.1. Gambaran Kasus Perdarahan Obstetri

1. Karakteristik Responden Kasus Preeklampsia

Tabel 4. 5 Karakteristik Responden Kasus Perdarahan di Rumah Sakit Wawa Husada Tahun 2024

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Usia | | |
| <20 Tahun | 2 | 4,8 |
| 20 - 35 Tahun | 30 | 73,2 |
| >35 Tahun | 9 | 22 |
| Pendidikan | | |
| SD | 4 | 9,8 |
| SMP | 13 | 31,7 |
| SMA | 21 | 51,2 |
| Sarjana | 3 | 7,3 |
| Pekerjaan | | |
| Tidak Bekerja | 25 | 61 |
| Bekerja | 16 | 39 |
| Usia Kehamilan | | |
| Trimester 1 | 9 | 22 |
| Trimester 2 | 2 | 4,9 |
| Trimester 3 | 11 | 26,8 |
| Setelah Kehamilan | 19 | 46,3 |
| Paritas | | |
| Primigravida | 16 | 39 |
| Multigravida | 25 | 61 |
| Fasilitas Kesehatan | | |
| Bidan | 30 | 73,2 |
| Klinik | 11 | 26,8 |
| Total | 41 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.5 diketahui bahwa karakteristik ibu hamil sebagian besar (73,2%) berusia 20 – 35 tahun. Pendidikan ibu hamil sebagian besar (51,2%) SMA. Karakteristik ibu hamil berdasarkan pekerjaannya yang terbanyak yaitu tidak bekerja (61,%). Sebagian besar ibu hamil (46,3%) sudah melalui masa kehamilan, sebanyak (61%) ibu hamil adalah multigravida yang dimana pernah hamil sebelumnya. Fasilitas kesehatan dengan rujukan kasus preeklampsia terbanyak dikirim oleh tempat praktik mandiri bidan (55 %).

2. Klasifikasi Kasus Perdarahan Obstetri

Tabel 4. 6 Klasifikasi Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada Tahun 2024

| Diagnosa | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------|------------------|-----------------------|
| Perdarahan Awal Kehamilan | 9 | 22 |
| Perdarahan Antepartum | 13 | 31,7 |
| Perdarahan Post Partum | 19 | 46,3 |
| Total | 41 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar (46,3%) ibu hamil mengalami perdarahan setelah persalinan dengan berbagai diagnosa yaitu hemorage postpartum, atonia uteri, retensio plasenta maupun sisa plasenta. Ibu hamil yang mengalami perdarahan pada saat kehamilan sebanyak (31,7%) dengan diagnosa plasenta previa atau solusio plasenta dan ibu hamil yang mengalami perdarahan pada saat awal kehamilan sebanyak (22%) kebanyakan mengalami abortus.

4.2.2. Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Perdarahan Obstetri

1. Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 4. 7 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada 2024

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------------|------------------|-----------------------|
| Membuka Jalan Nafas | | |
| Tidak dilakukan | 36 | 87,8 |
| Dilakukan | 5 | 12,2 |
| Pemberian Oksigen | | |
| Tidak dilakukan | 36 | 87,8 |
| Dilakukan | 5 | 12,2 |
| Pemberian IV Line | | |
| Tidak dilakukan | 8 | 19,5 |
| Dilakukan | 33 | 80,5 |
| Pemberian Obat | | |
| Tidak dilakukan | 31 | 75,7 |
| Dilakukan | 10 | 24,3 |
| Total | 41 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.7 tatalaksana pra-rujukan yang dilakukan fasilitas kesehatan perujuk untuk kasus perdarahan obstetri yaitu membuka jalan nafas sebagian besar (87,8%) tidak dilakukan, sama halnya dengan pemberian oksigen sebagian besar (87,8%) tidak diberikan. Tatalaksana pemberian IV Line atau infus sebanyak (80,5%) dilakukan dan untuk pemberian obat sebagian besar (75,7%) tidak diberikan dan (24,3%) diberikan pemberian obat sebelum merujuk.

2. Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden

Tabel 4. 8 Tatalaksana Pra-Rujukan sesuai Kondisi Responden Kasus Perdarahan Obstetri

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------------------|-----------|----------------|
| Perdarahan Awal Kehamilan | | |
| Abortus Imminens | | |
| Sesuai | 5 | 100 |
| Tidak sesuai | 0 | 0 |
| Abortus Insipiens | | |
| Sesuai | 0 | 0 |
| Tidak sesuai | 4 | 100 |
| Total | 9 | 100 |
| Perdarahan Antepartum | | |
| Perdarahan Antepartum | | |
| Sesuai | 3 | 50 |
| Tidak sesuai | 3 | 50 |
| Plasenta Previa | | |
| Sesuai | 2 | 28,6 |
| Tidak Sesuai | 5 | 71,4 |
| Total | 13 | 100 |
| Perdarahan Post Partum | | |
| Perdarahan Postpartum | | |
| Sesuai | 2 | 15,4 |
| Tidak Sesuai | 11 | 84,6 |
| Retensio Plasenta | | |
| Sesuai | 0 | 0 |
| Tidak sesuai | 2 | 100 |
| Sisa Plasenta | | |
| Sesuai | 0 | 0 |
| Tidak Sesuai | 2 | 100 |
| Atonia Uteri | | |
| Sesuai | 1 | 50 |
| Tidak Sesuai | 1 | 50 |
| Total | 19 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.8 menunjukkan hasil bahwa penatalaksanaan yang sesuai dengan kondisi responden yang mengalami abortus iminens (100%) sudah sesuai, responden yang mengalami abortus insipiens (100%) penatalaksanaannya tidak sesuai. Tatalaksana perdarahan antepartum yang dimana sesuai kondisi pasien dilakukan (50%) sesuai dan (50%) lainnya tidak sesuai. Responden yang mengalami plasenta previa sendiri (71,4%) tatalaksananya tidak sesuai, untuk perdarahan postpartum tatalaksana yang sesuai hanya (15,4%) dan (84,6%) yang tidak sesuai. Sedangkan untuk responden yang mengalami retensio plasenta maupun sisa plasenta tatalaksana yang dilakukan sebelum merujuk (100%) tidak sesuai. Responden yang mengalami atoni uteri ada 2 yang dimana tatalaksananya (50%) sesuai dan (50%) tidak sesuai.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Gambaran Kasus Preeklampsia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa dari 60 ibu hamil yang mengalami preeklampsia dan dirujuk ke RS Wava Husada, didapatkan hasil sebagian besar dari ibu berada pada rentang usia 20 – 35 tahun. Didukung oleh penelitian dari Femilia et al., (2022) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang bahwa didapatkan sebagian besar ibu dengan preeklampsia (65%) pada kelompok usia 20 – 35 tahun. Hal ini bertolak belakang dengan bahasan dalam buku Angraeni (2018) yang menyatakan usia yang terlalu tua (>35 tahun) merupakan faktor resiko untuk terjadi preeklampsia dalam kehamilan. Rentang usia 20 – 35 tahun secara umum dianggap sebagai usia reproduktif yang ideal, yang dimana risiko komplikasi untuk kehamilannya

lebih rendah dibandingkan dengan ibu usia di bawah 20 tahun atau diatas 35 tahun. Namun dari penelitian ini didapatkan bahwa preeklampsia dapat terjadi pada kelompok usia yang dianggap aman. Hal ini menunjukkan bahwa faktor usia tidak selalu menjadi penyebab preeklampsia dan faktor lain seperti obesitas, riwayat kesehatan, status gizi, gaya hidup atau akses terhadap perawatan antenatal dapat menyebabkan preeklampsia.

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan di RS Wava Husada didapatkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia paling banyak dengan pendidikan terakhir SMP. Penelitian dari Erisa & Yuri., (2023) menyatakan bahwa ada pengaruh antara tingkat pendidikan dengan kejadian preeklampsia. Pendidikan dan pengetahuan ini mempengaruhi perilaku kesehatan ibu hamil, dengan pendidikan menengah cenderung memiliki lebih banyak masalah kesehatan selama kehamilan, termasuk preeklampsia. Diperkuat oleh penelitian dari Rahmawati & Prasetyaningati, (2024) yang menunjukkan bahwa mendapatkan pendidikan yang baik sangatlah penting karena seringkali ibu hamil yang tidak terdidik kurang menyadari risiko preeklampsia dan pentingnya menjalani pemeriksaan kehamilan secara teratur. Dari hasil penelitian yang didapat sudah sesuai dengan teori yang ada.

Pekejaan ibu hamil yang mengalami preeklampsia berdasarkan hasil dari penelitian yang dilakukan di RS Wava Husada didapatkan bahwa ibu kebanyakan tidak bekerja, ini didukung oleh penelitian dari Ningsih et.al, (2021) Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja memiliki tingkat preeklampsia yang lebih tinggi dibandingkan ibu hamil yang bekerja. Penelitian ini mengaitkan hal ini dengan stres ekonomi dan sosial yang

dialami oleh ibu hamil yang tidak bekerja, serta keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Selain itu, ibu yang tidak bekerja cenderung kurang aktif secara fisik, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka selama kehamilan. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil penelitian.

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dipaparkan diatas mengenai paritas pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia mayoritas dialami oleh ibu dengan multipara atau kehamilan yang sudah lebih dari 1. Penelitian yang relevan dengan pernyataan ini yaitu sebuah studi dari Latipah et al., (2023) di jurnal kesehatan yang mendapatkan hasil ibu hamil multipara paling banyak mengalami preeklampsia ini terjadi karena semakin banyak ibu melahirkan maka membuat organ reproduksi melemah dan kehilangan kelenturannya. Kondisi fungsi dari endotel terganggu akibat oksigen, darah, dan nutrisi yang dialirkan ke plasenta menurun sampai menimbulkan adanya zat toksik atau sensitif untuk mempengaruhi pada endotel. Akibat dari terjadinya proses ini akan membuat ibu hamil yang sudah banyak melahirkan memiliki risiko lebih tinggi terjadinya komplikasi selama kehamilan berikutnya antara lain preeklampsia maupun preeklampsia berat. Berdasarkan hasil yang didapat ibu preeklampsia 36 kasus dialami oleh ibu multigravida dan ibu yang mengalami preeklampsia berat ada 3 kasus dengan multigravida, ini menunjukkan tidak ada kesenjangan dengan teori yang ada.

Kunjungan antenatal care yang dilakukan oleh ibu hamil dengan preeklampsia mayoritas tidak rutin yaitu sebanyak 38 dari 60 ibu hamil. Penelitian dari Addisu et al., (2025) menyatakan bahwa ibu dengan kunjungan antenatal care kurang dari empat kali memiliki kemungkinan 8,45 kali lebih

besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan kunjungan antenatal care empat kali atau lebih. Wanita dengan kunjungan ANC lebih sedikit mungkin tidak mendapatkan pemantauan tanda-tanda vital dan deteksi dini tentang preeklampsia dan faktor risiko preeklampsia lainnya, kunjungan rutin memungkinkan penanganan tepat waktu. Hasil dengan teori yang didapat terdapat keselarasan dan pernyataan diatas didukung oleh hasil penelitian yang mendapatkan hasil bahwa ibu yang mengalami preeklampsia 32 kasus tidak melakukan dengan rutin sama halnya dengan preeklampsia berat yang mendapatkan hasil 6 dari 7 kasus tidak memenuhi minimal kunjungan ANC, ini membuktikan kunjungan ANC penting dilakukan untuk terus memantau kesehatan ibu dan janin.

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Wava Husada mendapatkan hasil rujukan yang paling banyak berasal dari fasilitas kesehatan yaitu tempat praktik mandiri bidan sebanyak 35 dari 60 ibu hamil yang dirujuk. Menurut undang – undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan, bidan yang membuka praktik mandiri mempunyai kewajiban untuk merujuk pasien yang membutuhkan penanganan lebih lanjut. Gagal memberikan rujukan pada kasus preeklampsia dapat dianggap sebagai kelalaian dan berpotensi menimbulkan tanggung jawab hukum bagi bidan (Sibarani et al., 2024). Bidan yang memiliki praktik mandiri memiliki peran penting dalam penurunan angka kematian ibu yang terjadi karena preeklampsia. Namun dalam praktiknya terdapat tantangan dalam penanganan kasus ini, terutama terhadap rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Dari pembahasan diatas ada persamaan teori dengan kasus yang dimana paling banyak rujukan kasus preeklampsia berasal dari praktik mandiri

bidan dan dengan stabilisasi rujukan yang kurang.

4.3.2 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia

Setelah dilakukan penelitian di Rumah Sakit Wawa Husada mengenai tatalaksana pra-rujukan kasus preeklampsia yang berupa rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu didapatkan hasil bahwa banyak dari fasilitas kesehatan tidak melakukan tatalaksana pra-rujukan dengan baik atau tidak sesuai standar yaitu seperti tindakan membuka jalan nafas yang dilakukan hanya pada 2 orang ibu hamil selebihnya 51 ibu hamil tidak dilakukan, sedangkan untuk preeklampsia berat 5 ibu hamil tidak dilakukan dan 2 ibu hamil dilakukan. Penelitian dari Mirani et al., (2023) menyatakan bahwa preeklampsia dapat menyebabkan edema paru akut dan gagal nafas. Kasus yang dilaporkan oleh Smit et al., (2021) menunjukkan bahwa hipoksemia ($SpO_2 < 90\%$) terjadi dua kali lebih sering pada pasien dengan gangguan hipertensi kehamilan dibandingkan dengan yang tidak, maka dari itu ini memerlukan tindakan intubasi serta ventilasi mekanik untuk memastikan oksigenasi yang adekuat. Menjaga jalan nafas terbuka merupakan langkah pertama untuk memastikan oksigenasi adekuat dan mencegah komplikasi lebih lanjut (Mirani et al., 2023). Melakukan tindakan membuka jalan napas (*airway management*) pada kasus preeklampsia sangat penting ditambah lagi kasus preeklampsia berat karena kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius yang mengancam nyawa ibu dan janin. Sedangkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan lebih banyak fasilitas kesehatan yang tidak melakukan tindakan membuka jalan nafas, dapat diambil kesimpulan bahwa ada kesenjangan antara kasus dan teori. Tindakan membuka jalan nafas ini kemungkinan dilakukan oleh setiap fasilitas kesehatan

ketika merujuk tetapi tidak ada atau kurangnya pendokumentasiannya di dalam surat rujukan.

Tatalaksana kedua yaitu pemberian oksigen pada ibu hamil dengan preeklampsia ini juga sebagian besar tidak dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu sebanyak 51 dari 53 kasus tidak diberikan oksigen dan tindakan untuk kasus preeklampsia berat juga 5 dari 7 kasus tidak dilakukan. Dalam sebuah kasus yang disajikan oleh Ntioudi et al., (2025) memaparkan bahwa ada ibu hamil yang mengalami preeklampsia dapat menyebabkan gagal pernafasan akut dan ini memerlukan penanganan yang baik. Dalam kasus seperti ini, pemberian oksigen tambahan melalui metode seperti high-flow nasal cannula (HFNC) dapat membantu meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi sesak napas. Sebuah studi kasus dari Yanagawa et al., (2023) melaporkan bahwa penggunaan HFNC dengan aliran 60 L/menit dan FiO_2 80% berhasil meningkatkan SpO_2 pasien hingga 98% dan meredakan dispnea setelah operasi caesar pada pasien dengan preeklampsia dan gagal napas akut. Penelitian dari Habibah & Hadi, (2022) menyebutkan pada preeklampsia, terjadi penyempitan pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta oleh karena itu ini menyebabkan penurunan aliran darah yang mengandung oksigen dan nutrisi ke janin. Beberapa studi menunjukkan bahwa pemberian oksigen pada ibu dengan preeklampsia dapat meningkatkan oksigenisasi janin. Pemberian oksigen pada ibu preeklampsia maupun preeklampsia berat sebelum dirujuk penting dilakukan dalam kondisi di mana terdapat indikasi hipoksemia atau gangguan pernapasan, hasil ini berbeda dengan penelitian yang sudah dilakukan di Rumah Sakit Wava Husada maka dapat dilihat ada kesenjangan.

Tatalaksana ketiga yaitu pemberian IV line hasil dari penelitian ini berbeda dengan yang sebelumnya dikarenakan pada pemberin IV line ini lebih banyak fasilitas kesehatan yang melakukan tatalaksana tersebut yaitu berjumlah 33 kasus dan yang tidak dilakukan sebanyak 20 kasus, tindakan pemberian IV Line untuk kasus preeklampsia berat sendiri semua fasilitas kesehatan sudah memberikan. Pernyataan yang disebutkan oleh Hidayah et al., (2022) preeklampsia yang dirujuk memerlukan akses intravena (IV Line) karena ini penting untuk pemberian obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah kejang, obat antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah, dan untuk pemberian cairan. Selain itu, IV line memungkinkan pemantauan cairan tubuh dan elektrolit lebih mudah, serta pemberian obat-obatan yang cepat dan efektif jika terjadi komplikasi. Pemasangan jalur intravena (IV line) pada pasien preeklampsia sangat penting untuk memungkinkan pengambilan sampel darah secara berkala guna memantau fungsi organ dan mendeteksi komplikasi serius seperti sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*). Deteksi dini komplikasi ini memungkinkan intervensi yang cepat dan tepat, yang dapat menyelamatkan nyawa ibu dan janin (Kohari., et, al, 2025). Pemasangan jalur intravena (IV line) pada pasien preeklampsia merupakan langkah krusial dalam penatalaksanaan kondisi ini, terutama sebelum dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Tindakan ini sejalan dengan pedoman klinis terkini dan merupakan bagian integral dari penatalaksanaan preeklampsia yang efektif dan aman, dari ini sudah banyak fasilitas kesehatan yang melakukan tindakan pra-rujukan dengan benar.

Tatalaksana terakhir yang harus dilakukan sebelum merujuk pasien dengan preeklampsia adalah pemberian obat pada penelitian ini fasilitas kesehatan banyak tidak melakukan pemberian obat $MgSO_4$ maupun obat anti hipertensi yang lain berjumlah 43 kasus, tetapi untuk kasus preeklampsia berat semua fasilitas kesehatan sudah memberikan $MgSO_4$ sebelum merujuk. Menurut tinjauan dari *Journal of Clinical Medicine* (2023), pengendalian tekanan darah yang adekuat pada preeklampsia berat dapat mengurangi risiko morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal (Dickerson & Joseph, 2025). Magnesium sulfat adalah terapi standar untuk mencegah eklampsia (kejang) pada pasien dengan preeklampsia berat. Obat ini telah terbukti lebih efektif dibandingkan diazepam atau fenitoin dalam mencegah kejang dan mengurangi risiko kematian ibu. Sebuah studi terbaru dari De Oliveira et al., (2024) menegaskan bahwa magnesium sulfat tetap menjadi pilihan utama untuk profilaksis dan pengobatan eklampsia. Maka dari itu Pemberian obat pada kasus preeklampsia maupun preeklampsia berat sangat penting untuk mengendalikan tekanan darah, mencegah kejang, dan meningkatkan hasil kehamilan bagi ibu dan janin. Tetapi Studi di Tanzania (Dar es Salaam) menunjukkan bidan/perawat menunda atau tidak melakukan $MgSO_4$ ketika wanita sudah dekat persalinan, serta kurangnya pelatihan dan protokol yang jelas (Chikwala et al., 2024). Hasil penelitian yang sudah dilakukan untuk kasus preeklampsia tidak sesuai atau selaras dengan teori diatas dikarenakan lebih banyak pasien preeklampsia yang tidak diberikan obat sebelum dirujuk. Tetapi untuk preeklampsia berat semua ibu hamil telah diberikan $MgSO_4$ yang dimana ini sudah sesuai dengan teori.

Tatalaksana pra-rujukan sesuai dengan kondisi responden yang mengalami preeklampsia mendapatkan hasil bahwa 39 dari 53 kasus sudah sesuai, seperti preeklampsia tanpa gejala berat tidak diberikan oksigen, infus bahkan obat dikarenakan kondisinya belum mengarah ke preeklampsia berat maupun usia kehamilan yang masih < 37 minggu. (Chang et al., 2023) menyebutkan bahwa preeklampsia tanpa gejala (tanpa fitur berat) pada kondisi stabil tidak memerlukan manajemen oksigen, infus intensif, maupun terapi obat selain kontrol tekanan darah dan monitoring rutin. Penelitian dari (Rana et al., 2019) juga menyatakan bahwa preeklampsia tanpa fitur berat dapat dikelola secara *expectant* (menunggu), dengan monitoring dua kali seminggu terhadap kondisi ibu dan janin hingga usia kehamilan 37 minggu selama tidak ada labor, pecah ketuban, perdarahan, atau abnormalitas pada pemeriksaan antepartum. Maka dapat diketahui Bila hanya ada hipertensi ringan (<160/110 mmHg) atau proteinuria, tanpa tanda kerusakan organ atau gejala akut, tidak direkomendasikan terapi farmakologis agresif, pemberian oksigen, atau cairan IV kecuali pemantauan rutin dari pernyataan diatas tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Responden yang mengalami preeklampsia berat pada hasil yang sudah didapat menunjukkan bahwa 5 kasus tidak dilakukan sesuai tatalaksana pra-rujukan yang sesuai dimana tidak dilakukan pemberian oksigen saat merujuk. Penelitian dari (Chawla et al., 2018) menjelaskan bahwa *oxygen administration after securing the airway of the patient* adalah bagian dasar manajemen, bersamaan dengan monitoring cairan IV. Diperkuat oleh (Laskowska, 2023) yang menyatakan dalam manajemen eklampsia dan preeklampsia berat, oksigen

tinggi (8–10 L/menit via mask) digunakan untuk memastikan saturasi $\geq 93\%$ dan mencegah komplikasi pernapasan dan asidosis. Pada kasus rujukan preeklampsia dengan gejala berat terutama jika terdapat edema paru, gangguan saturasi, atau penurunan kesadaran oksigenasi tinggi wajib diberikan bersama dengan pengamanan jalan napas (*airway protection*) dari pernyataan ini maka bisa dilihat ada kesenjangan teori dengan hasil yang didapat.

Dapat dilihat beberapa tatalaksana awal tidak dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk ini dipengaruhi berbagai faktor yang menyebabkan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) tidak sesuai. Tatalaksana awal rujukan yang tidak lengkap banyak terjadi di praktik mandiri bidan dengan 29 kasus tidak dilakukan tindakan membuka jalan nafas maupun pemberian oksigen, 17 dari 29 kasus tidak diberikan IV line, dan 24 kasus tidak diberikan obat. Faktor penyebab dari ini ialah kondisi ibu, keterbatasan sumber daya yang dimana bidan sering tidak memiliki akses ke obat-obatan yang diperlukan, kurangnya keberanian bidan dalam memberikan $MgSO_4$ karena efek samping yang bisa terjadi setelah pemberian, kurangnya pelatihan tenaga bidan untuk penanganan preeklampsia juga dapat menyebabkan ketidaksempurnaan dari tatalaksana awal kasus preeklampsia. Diharapkan untuk pemerintah untuk menyelenggarakan pelatihan rutin bagi bidan mengenai penanganan preeklampsia sesuai dengan SOP yang berlaku. Juga memastikan ketersediaan obat-obatan yang diperlukan memadai di setiap fasilitas kesehatan. Beberapa dari kasus preeklampsia ditemukan rujukan dini terencana sebanyak 8 kasus yang dimana ini tidak dilakukan tindakan apapun. Preeklampsia ini membutuhkan penanganan medis yang intensif, termasuk pemberian $MgSO_4$

dan pemantauan ketat. Bidan praktik mandiri sering kali tidak memiliki fasilitas dan sumber daya untuk menangani kondisi ini secara optimal. Penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas bidan praktik mandiri tidak memberikan $MgSO_4$ sebelum melakukan rujukan pasien ke rumah sakit, yang dapat membuat risiko lebih buruk terhadap kondisi pasien (Hariyanti et al., 2020).

Stabilisasi pada kasus preeklampsia merupakan langkah krusial untuk mencegah komplikasi serius dan meningkatkan keselamatan ibu serta janin sebelum dilakukan tindakan definitif seperti persalinan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

4.3.3 Gambaran Kasus Perdarahan Obstetri

Hasil penelitian yang dilakukan di RS Wava Husada dari ibu yang mengalami perdarahan sebagian besar berusia 20 – 35 tahun. Hal ini selaras dengan penelitian dari Utami et al., (2022) menyatakan bahwa ibu yang mengalami perdarahan postpartum di RSUDZA Banda Aceh paling banyak berada direntang usia 20 – 35 tahun (76%). Tetapi banyak dari penelitian lain yang menyatakan berbeda seperti penelitian yang dilakukan oleh usia ibu ≥ 35 tahun diidentifikasi meningkatkan risiko perdarahan sebesar 0,96 kali lipat. Hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian perdarahan memiliki temuan yang bervariasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa usia di luar rentang 20–35 tahun meningkatkan risiko perdarahan antepartum dan postpartum. Namun, faktor lain seperti paritas, anemia, dan jarak kelahiran juga berperan penting.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di RS Wava Husada mengenai pendidikan terakhir ibu hamil yang mengalami perdarahan yaitu terbanyak

ditingkat SMA. Penelitian oleh (Albaar et al., 2024) menyebutkan bahwa 70,5% ibu yang mengalami perdarahan obstetri berpendidikan SMA. Tingkat pendidikan ini mempengaruhi pengetahuan seseorang oleh sebab itu kemampuan seseorang dalam menerima dan memahami sesuatu ditentukan oleh tingkat pendidikan yang dimilikinya.

Pekejaan ibu hamil yang mengalami perdarahan obstetri berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa ibu hamil yang mengalami perdarahan paling banyak yang tidak bekerja dengan hasil 25 dari 41 ibu hamil dan ibu hamil yang bekerja berjumlah 16 orang. Penelitian yang dilakukan oleh Khoirun Nisa, (2023) mendapatkan hasil bahwa ibu hamil yang bekerja memiliki risiko lebih besar mengalami perdarahan karena beban kerja yang terlalu berat ditambah tekanan mental pada ibu hamil sehingga berisiko terjadinya perdarahan. Sedangkan penelitian dari Febriana, (2023) menyatakan bahwa pekerjaan tidak berpengaruh besar terhadap kejadian perdarahan dikarenakan ibu yang bekerja maupun tidak bekerja sama-sama memiliki beban aktivitas. Maka dari itu status pekerjaan ibu hamil, baik bekerja maupun tidak bekerja dapat mempengaruhi risiko perdarahan selama kehamilan dan persalinan.

Berdasarkan data di atas, dapat dilihat bahwa mayoritas kasus perdarahan terjadi setelah masa kehamilan atau bisa disebut masa nifas dan pada usia kehamilan di trimester tiga. Ini menunjukkan bahwa setelah masa kehamilan maupun trimester ketiga merupakan periode dengan kejadian perdarahan paling banyak dibandingkan dengan trimester pertama maupun kedua. Perdarahan kehamilan bisa terjadi pada usia kehamilan berapapun ini didukung oleh teori

dari Sari dan Prabowo, (2018) yang menyatakan perdarahan dalam kehamilan dapat terjadi setiap saat baik selama kehamilan, persalinan, maupun saat masa nifas. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda adalah perdarahan yang terjadi sebelum usia kehamilan 22 minggu. Sedangkan teori dari (Battula et al., 2021) perdarahan antepartum dapat terjadi pada usia kehamilan diatas 24 minggu dan terjadi sebelum proses persalinan. Sedangkan perdarahan postpartum adalah kondisi yang berhubungan dengan terjadinya perdarahan setelah kelahiran bayi, sebelum, selama, dan sesudah lahirnya plasenta. Bisa dikatakan mengalami perdarahan postpartum jika kehilangan darah sebanyak lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama (Purnamasari. et.al, 2023). Hasil dari penelitian ini sudah sesuai dengan teori yang disebutkan diatas.

Diatas didapatkan hasil ibu hamil yang mengalami perdarahan mayoritas yang memiliki riwayat persalinan lebih dari 1 kali atau multipara, penelitian ini didukung oleh studi dari Nur Yola et al., (2024) menyebutkan ibu dengan paritas tinggi atau lebih dari tiga kali melahirkan memiliki risiko lebih besar mengalami perdarahan. Temuan ini juga sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami perdarahan dibandingkan dengan ibu paritas rendah. Penurunan kemampuan kontraksi uterus akibat kehamilan berulang menjadi faktor penyebab utama Andri dan Nopija, (2022). Hasil dari penelitian yang dilakukan sudah selaras dengan teori diatas.

Kasus perdarahan pada kehamilan paling banyak dirujuk oleh fasilitas kesehatan praktik bidan mandiri yaitu berjumlah 30 dari 41 kasus perdarahan yang ada. Ini sesuai dengan dengan penelitian dari Nur Anisa et al., (2024) yang

menganalisis tanggung jawab hukum bidan praktik mandiri dalam kasus kegawatdaruratan kebidanan, termasuk perdarahan. Bidan memiliki kewajiban untuk merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu jika kondisi pasien tidak dapat ditangani secara mandiri.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Harapan Bunda Batam, ditemukan bahwa peran bidan dalam penanganan perdarahan persalinan sangat dipengaruhi oleh lingkungan pekerjaan dan komunikasi serta kolaborasi antara bidan dan tenaga kesehatan lainnya. Meskipun demikian, pengetahuan dan keterampilan bidan dalam penatalaksanaan pra-rujukan masih perlu ditingkatkan untuk memastikan tindakan yang tepat sebelum rujukan dilakukan (Putri, 2020). Keterbatasan sumber daya, peralatan, dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut terbatas kondisi ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penatalaksanaan pra-rujukan, karena bidan mungkin merasa perlu segera merujuk pasien tanpa melakukan stabilisasi terlebih dahulu. Berdasarkan hasil yang telah dipaparkan sesuai dengan teori di atas bahwa bidan yang memiliki praktik mandiri dianjurkan untuk melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dan memumpuni dan alasan mengapa mayoritas bidan tidak melakukan penanganan pra-rujukan.

4.3.4 Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Perdarahan Obstetri

Pada penelitian ini tatalaksana pra-rujukan kasus perdarahan obstetri telah didapatkan hasil bahwa tindakan membuka jalan nafas jarang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat satu sebelum merujuk yaitu berjumlah 35 kasus dari 41 tidak dilakukan tindakan membuka jalan nafas. Obstruksi jalan napas dapat menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen) dalam hitungan menit, yang

berisiko menyebabkan kerusakan otak permanen atau kematian. Dalam konteks perdarahan obstetri, hipovolemia dapat memperburuk kondisi ini. Sara Paterson-Brown & Charlotte Howell, (2014) dalam bukunya menekankan bahwa obstruksi jalan napas atau ventilasi yang tidak adekuat dapat menyebabkan hipoksia jaringan dalam beberapa menit, berujung pada kegagalan organ dan kematian. Penelitian dari Lopez et al., (2023) Selama kehamilan, terjadi peningkatan risiko edema jalan napas dan penurunan tonus sfingter lambung, yang meningkatkan risiko aspirasi. Oleh karena itu, intubasi dini atau penggunaan alat bantu napas supraglottik direkomendasikan untuk menjaga patensi jalan napas. Dikuatkan oleh penelitian dari Adiyanto et al., (2021) menyebutkan sebelum merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi, penting untuk memastikan jalan napas terbuka dan stabil. Hal ini mencegah perburukan kondisi selama perjalanan, terutama pada pasien dengan syok hemoragik akibat perdarahan obstetri. Melakukan tindakan membuka jalan napas sebelum merujuk pasien dengan perdarahan obstetri sangat penting untuk memastikan kelangsungan hidup ibu dan janin. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan prinsip penatalaksanaan kegawatdaruratan **ABCDE** (*Airway, Breathing, Circulation, Drugs, Exposure*), di mana **Airway (jalan napas)** menjadi prioritas utama dikarenakan tidak dilakukan tindakan membuka jalan nafas. Tetapi ini kembali lagi kepada hasil yang bisa saja berubah jika sebenarnya dilakukan tindakan membuka jalan nafas namun tidak tertulis dalam surat rujukan.

Pada penelitian ini tatalaksana pra-rujukan perdarahan obstetri yaitu pemberian oksigen mendapatkan hasil tidak dilakukan oleh beberapa fasilitas

kesehatan tingkat satu dengan jumlah 36 kasus ini hampir seluruh kasus karena yang melakukan tindakan ini hanya 5 kasus. Pemberian oksigen sebelum merujuk pasien dengan perdarahan obstetri sangat penting untuk menjaga oksigenasi jaringan vital dan mencegah hipoksia, baik pada ibu maupun janin. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa terapi oksigen dapat membantu mengurangi kehilangan darah postpartum dan meningkatkan kontraksi uterus (Mansourie Ghezalhesari et al., 2024). Pemberian oksigen sebelum rujukan membantu menstabilkan kondisi pernapasan dan kardiovaskular pasien, sehingga mengurangi risiko komplikasi selama perjalanan ke fasilitas rujukan.

Menurut panduan dari Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), oksigenasi merupakan bagian dari resusitasi awal pada pasien dengan perdarahan obstetri untuk memastikan perfusi organ vital sebelum tindakan definitif dilakukan (Nirmal et al., 2024). Penelitian ini tidak menunjukkan keselarasan dengan teori dikarenakan hampir seluruh kasus tidak dilakukan pemberian oksigen sebelum merujuk.

Tatalaksana ketiga yang dilakukan sebelum merujuk ibu dengan perdarahan ialah pemberian IV Line, pada penelitian ini jumlah pasien yang diberikan yaitu 33 kasus dengan 8 kasus tidak diberikan. Pemasangan jalur IV memungkinkan pemantauan dan stabilisasi hemodinamik pasien sebelum dan selama transportasi ke fasilitas rujukan. Menurut Lindsey (2025), pengenalan dan manajemen cepat perdarahan postpartum efektif dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas signifikan bagi ibu. Perdarahan obstetri dapat menyebabkan hipovolemia dan syok hemoragik. Jalur IV memungkinkan pemberian cairan dan transfusi darah secara cepat untuk menstabilkan kondisi pasien. Menurut

Children's Hospital of Philadelphia pada tahun 2025 menyatakan, penggantian darah dan cairan penting dalam pengobatan perdarahan postpartum. Cairan intravena, darah, dan produk darah dapat diberikan dengan cepat untuk mencegah syok. Hasil penelitian ini ditemukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena sebagian besar fasilitas kesehatan sudah melakukan tindakan pemberian IV line. Berdasarkan teori diatas dapat dinyatakan tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil penelitian yang sudah dilakukan.

Tatalaksana terakhir yang dilakukan sebelum merujuk ibu hamil dengan perdarahan obstetri ialah pemberian obat yang dimana ini hanya dilakukan pada beberapa pasien yaitu berjumlah 10 ibu hamil ini lebih rendah daripada ibu dengan perdarahan obstetri yang tidak dilakukan pemberian obat saat merujuk maupun sebelumnya. Studi dalam PubMed Central menunjukkan bahwa pemberian 1 gram asam traneksamat (TXA) secara intravena dalam 3 jam pertama setelah perdarahan postpartum dapat mengurangi kematian akibat perdarahan (Muñoz et al., 2019). Studi oleh Hwang & Myers, (2023) menyatakan Pemberian TXA dalam waktu 3 jam setelah perdarahan dapat mengurangi kematian akibat perdarahan hingga 30%. Hasil penelitian yang telah dilakukan tidak sesuai dan kurang memadai dikarenakan hanya beberapa pasien yang mendapatkan tindakan pemberian obat sebelum dirujuk.

Perdarahan postpartum dapat menyebabkan syok hipovolemik dalam waktu singkat. Tindakan stabilisasi awal seperti pemberian cairan intravena dan uterotonik sangat penting untuk mencegah kegagalan organ dan kematian sebelum pasien mencapai fasilitas rujukan (Wormer et., al, 2024). Menurut penelitian dari Kumaraswami & Butwick, (2022) menyebutkan stabilisasi awal

dapat mengurangi kebutuhan akan intervensi invasif seperti histerektomi dan transfusi darah besar-besaran, serta menurunkan risiko komplikasi jangka panjang. Pasien yang telah distabilkan lebih mungkin bertahan selama perjalanan ke fasilitas rujukan, terutama jika jaraknya jauh atau aksesnya sulit.

Berdasarkan hasil yang telah didapat mengenai tatalaksana pra-rujukan yang dilandasi oleh kondisi responden yang mengalami perdarahan obstetri yaitu abortus imminens (100%) sudah sesuai dimana dalam kasus ini responden mayoritas tidak dilakukan tatalaksana apapun sebelum merujuk ini sesuai dengan teori dari (Ravneet, 2020) menyatakan bahwa pada abortus imminens (*threatened abortion*) yang stabil dan tanpa tanda berat, tidak diperlukan tatalaksana oksigen, infus besar, atau obat-obatan khusus cukup dengan manajemen konservatif dan monitoring. Abortus insipiens dalam hasil yang telah didapat tatalaksana yang dilakukan sebelum merujuk seluruhnya tidak sesuai dikarenakan pemberian oksigen, infus bahkan obat hanya dilakukan sebagian. Dalam (POGI, 2016) menyebutkan bahwa pada abortus dengan perdarahan aktif, stabilisasi termasuk oksigen, cairan, dan persiapan transfusi harus dilakukan sebelum rujukan. Perdarahan antepartum dalam penelitian ini terjadi pada 6 responden yang dimana 3 kasus tindakan yang dilakukan sesuai dan 3 lainnya tidak sesuai. Penelitian dari (Alves, et.al. 2020) menyatakan bahwa pada rujukan kasus perdarahan antepartum, termasuk antepartum hemorrhage berat, tatalaksana pra-rujukan wajib mencakup pemberian oksigen, infus besar, dan pemberian obat (terutama uterotonik dan traneksamat). Oksigen diberikan untuk menjaga saturasi optimal dan uterotonik sebagai terpai awal. Pada kasus plasenta previa didapatkan hasil 2 kasus tatalaksanya sesuai

sedangkan 5 kasus tidak sesuai. (Jawed et al., 2025) menyebutkan sebelum rujukan dan tindakan definitif, dilakukan penstabilan hemodinamik yang mencakup oksigenasi bila ada desaturasi atau distress pernapasan, infus besar (crystalloid/kolloid) melalui dua jalur IV bore besar, persiapan transfusi darah darurat, pemberian uterotonik seperti oxytocin di beberapa modul medis, monitoring ketat (tekanan darah, nadi, saturasi). penanganan tersebut terbukti meningkatkan stabilitas ibu hingga intervensi definitif (SC atau tindakan bedah) dapat dilakukan tanpa komplikasi kritis. Perdarahan postpartum dalam hasil penelitian ada berbagai macam seperti perdarahan postpartum ada 13 kasus, retensio plasenta 2 kasus, sisa plasenta 2 kasus, dan atoni uteri 2 kasus, tatalaksana pra-rujukan yang dilakukan pada kasus perdarahan postpartum ini banyak tidak sesuai. Pedoman FIGO 2022 menyatakan bahwa pada perdarahan postpartum berat, tatalaksana awal harus mencakup pemberian oksigen suplementer (untuk mempertahankan $SpO_2 \geq 94\%$), dua akses infus besar-bore dengan kristaloid/kolloid, pemberian oxytocin IV diikuti uterotonik tambahan jika diperlukan, serta traneksamat asam 1 g IV dalam 3 jam pertama seluruhnya sebagai bagian dari protokol pra-rujukan lengkap untuk memastikan stabilitas hemodinamik sebelum intervensi definitive (Escobar et al., 2022). Banyak dari fasilitas kesehatan yang masih belum melakukan tatalaksana pra-rujukan sesuai dengan kondisi responden maka dari itu perlunya perhatian lebih dalam permasalahan ini.

Dapat dilihat dari hasil yang sudah didapat beberapa kasus mayoritas tatalaksana awal kasus perdarahan obstetri tidak dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur. Tindakan membuka jalan nafas maupun

pemberian oksigen yang dilakukan di klinik sebanyak 3 dari 11 kasus, tindakan pemberian IV Line dilakukan sebanyak 9 kasus, sedangkan untuk pemberian obat 8 kasus tidak diberikan ini dapat dipengaruhi oleh kondisi ibu. Tindakan pra-rujukan di praktik mandiri bidan tindakan membuka jalan nafas dan pemberian oksigen banyak tidak dilakukan yang dimana 28 dari 30 kasus, tindakan pemberian IV line mayoritas sudah diberikan, tapi untuk pemberian obat 23 kasus tidak diberikan, ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kondisi ibu, keterbatasan pelatihan dan kompetensi kurangnya pelatihan ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengenalan dan penanganan perdarahan obstetri secara efektif. Ketergantungan pada rujukan, dalam banyak kasus bidan mungkin merasa bahwa mereka tidak memiliki kewenangan atau kemampuan untuk menangani perdarahan obstetri secara mandiri, oleh karena itu mereka cenderung segera merujuk tanpa melakukan tatalaksana awal. Praktik mandiri bidan sering kali menghadapi keterbatasan dalam sumber daya dan peralatan medis, tanpa peralatan dan obat yang memadai, bidan mungkin tidak dapat memberikan tatalaksana awal yang efektif untuk perdarahan obstetri. Pemerintah dapat meningkatkan ini dengan cara mengadakan pelatihan, pendidikan, penyediaan sumber daya, peralatan memadai dan pemberdayaan bidan untuk mengambil tindakan awal yang tepat.

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu data yang diambil hanya berdasarkan rekam medis, sehingga untuk tatalaksana yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang merujuk dilihat berdasarkan surat rujukan tidak secara langsung. Adanya kemungkinan tatalaksana yang tidak tercatat dalam surat rujukan yaitu seperti tindakan membuka jalan nafas, sehingga hasil dari

penelitian ini menunjukkan banyak fasilitas kesehatan yang tidak melakukan dan tindakan yang tidak dilakukan oleh tenaga medis sebelum merujuk tidak bisa dipastikan atau ditanyakan secara langsung untuk alasan mengapa tidak dilakukannya tindakan tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Hasil penelitian memaparkan bahwa kasus preeklampsia yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat satu ke Rumah Sakit Wava Husada berjumlah 60 ibu hamil pada tahun 2024.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kasus perdarahan obstetri yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat satu ke Rumah Sakit Wava Husada berjumlah 41 ibu hamil pada tahun 2024.
3. Penatalaksanaan awal rujukan kasus preeklampsia di pelayanan kesehatan primer sebelum dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder sebagian tidak sesuai standar dan banyak yang tidak dilakukan stabilisasi atau tatalaksana pra-rujukan oleh fasilitas kesehatan perujuk. Walaupun ada beberapa fasilitas kesehatan yang sudah melakukan sesuai SOP.
4. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan penatalaksanaan awal rujukan kasus perdarahan obstetri di pelayanan kesehatan primer sebelum dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder sebagian tidak sesuai standar dan banyak yang tidak dilakukan stabilisasi atau tatalaksana pra-rujukan oleh fasilitas kesehatan perujuk. Walaupun ada beberapa fasilitas kesehatan yang sudah melakukan sesuai SOP, tetapi tetap saja lebih banyak yang tidak dilakukan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan tatalaksana pra-rujukan di berbagai fasilitas kesehatan tingkat satu pada tahun 2024 belum sepenuhnya sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku. Ditemukan bahwa sebagian besar rujukan dilakukan dalam kondisi gawat darurat, dengan

tatalaksana pra-rujukan yang kurang lengkap.

5.2 Saran

1. Bagi Masyarakat

Ibu hamil bisa lebih rutin melakukan pemeriksaan kehamilan agar bisa dipantau kehamilannya dan dapat dilakukan skiring untuk komplikasi kehamilan supaya bisa melakukan rujukan yang terencana jika ada komplikasi.

2. Bagi Tenaga medis

Diharapkan tenaga medis melakukan evaluasi mengenai tatalaksana pra-rujukan untuk kasus preeklampsia maupun perdarahan obstetri dan diharapkan tenaga medis bisa mendokumentasikan setiap tindakan dengan jelas.

3. Bagi Fasilitas Kesehatan

Diharapkan melakukan perbaikan dalam hal edukasi petugas, penyediaan fasilitas, dan penguatan SOP sangat diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan pra-rujukan dan memastikan kontinuitas pelayanan kesehatan yang efektif.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan referensi penelitian selanjutnya untuk membahas lebih lanjut mengenai penatalaksanaan awal preeklampsia dan perdarahan obstetri secara observasi langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I Made., dkk .(2021). *Metodologi penelitian kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Akbar, M.I.A., Manggala, P.W., Jimmy, Y.A., Ernawati, D. (2018). *Penatalaksanaan kegawatdaruratan hipertensi dalam kehamilan*. Surabaya; Universitas Airlangga
- Addisu, D., Mitiku, Y., Yazie Ferede, W., Mekuriaw, B. Y., Erega, B. B., Bazezew, L. Y., Belachew, T. W., Tadesse, S. G., Goshu, Y. A., Mengistie, B. A., Mekie, M., Misker, A. D., & Mihretie, G. N. (2025). Determinants of new-onset postpartum preeclampsia among mothers who delivered in hospitals in the South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a multicenter case–control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07274-z>
- Adiyanto, B., Pratomo, B. Y., & Sarjono, P. H. (2021). Manajemen Praoperatif pada Pasien Emergensi dengan Perdarahan Internal. *Jurnal Komplikasi Anestesi*, 8(1), 65–72. <https://doi.org/10.22146/jka.v8i1.7487>
- Albaar, M. F. A., Bahri, S., & Anwar, M. (2024). *Karakteristik Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Chasan Boesorie Tahun 2020-2023*. 4(September), 726–734.
- Alves AL, Francisco AA, Osanan GC, V. L. (2020). *FEBRASGO POSITION STATEMENT Postpartum hemorrhage : prevention , diagnosis and non-surgical management*. 5, 776–784.
- Andri Nur Sholihah, & Nopija. (2022). Kehamilan Lebih Dari Tiga Memiliki Pengaruh Besar Terjadinya Perdarahan Pasca Bersalin. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 328–333. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i3.655>
- Anggreni, D., Mail, E., & Adiesti, F. (2018). *Hipertensi dalam kehamilan*. Mojokerto: STIKes Majapahit.
- Battula, S. P., Mohammed, N. H., & Datta, S. (2021). Antepartum haemorrhage. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 31(4), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.02.001>
- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059>
- Chang, K. J., Seow, K. M., & Chen, K. H. (2023). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
- Chawla, S., Jose, T., & Paul, M. (2018). Critical Care in Obstetrics: Where are We. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s13224-018-1109-5>
- Chikwala, V. Z., Massae, A. F., Mushy, S. E., & Tarimo, E. A. M. (2024). Perspectives of providing magnesium sulfate to patients with preeclampsia and eclampsia: A qualitative study amongst nurse-midwives in Dar es Salaam, Tanzania. *PLoS ONE*, 19(8 AUGUST), 1–15.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308382>
- Dewi, Niwang Ayu Tungga. (2016). *Patologi dan patofisiologi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- De Oliveira, L., Korkes, H., Rizzo, M. de, Siaulys, M. M., & Cordioli, E. (2024). Magnesium sulfate in preeclampsia: Broad indications, not only in neurological symptoms. *Pregnancy Hypertension*, 36, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2024.101126>
- Dickerson, A. G., & Joseph, C. A. (2025). *Current Approaches and Innovations in Managing Preeclampsia : Highlighting Maternal Health Disparities*. 1–23. Direktur Jenderal P2P Kementrian Kesehatan RI. InfoDatin: Situasi Kesehatan Ibu. Vol. 33, Keme. 2017. p. 4–19
- Ekawati, F. M., Licqurish, S., Emilia, O., Gunn, J., Brennecke, S., & Lau, P. (2019). Developing management pathways for hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in Indonesian primary care: A study protocol. *Reproductive Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0674-0>
- Erisa Yuniardiningsih, & Yuri Wardatul Hasanah. (2023). Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pengetahuan Terhadap Kejadian Preeklampsia. *MEDICAL JURNAL OF AL-QODIRI*, 8(1), 70–74. https://doi.org/10.52264/jurnal_stikesalqodiri.v8i1.237
- Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraran, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., Visser, G. H., Barnea, E. R., Escobar, M. F., ... Wright, A. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 157(S1), 3–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
- Febriana, T. (2023). Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Kejadian Komplikasi Masa Nifas. *Indonesia Scintific Journal Of Midwifery*, 1 No 2(2). <https://ejournal.umpri.ac.id/index.php/ISJM/index>
- Femilia, T. P., Aladin, A., & Kurnia, D. (2022). Karakteristik dan Outcome Pasien Preeklampsia Berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 3(2), 150–157. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v3i2.723>
- Gumiler, Erry., Tri, H., Ernawati., Ardian., Akbar, I., Azinar, A., Wardhana, M., Gumilar, K., Dharmayanti, H., Cininta, N., Aryenanda, R., Tunjungseto, A. (2019). *CURETTAGE (Curent update in obstetric and gynecologic emergency)*. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Habibah, G., & Hadi, E. (2022). Hubungan antara Persalinan Preterm dengan Preeklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Sumedang Gina Nurul Habibah. 13(5), 211–214.
- Hariyanti, H., Munigar, M., & Lukman, E. (2020). Studi Kualitatif: Penanganan Awal Preeklampsia Berat Oleh Bidan. *Journal of Midwifery Science and Women's Health*, 1(1), 8–15. <https://doi.org/10.36082/jmswh.v1i1.158>
- Herselowati. (2023). *Asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. Universitas IPWIJA.
- Heryana, A. (2020). Analisis Data Penelitian Kuantitatif. *Jurnal Pelita Nusantara*, 1(3), 430–448. <https://doi.org/10.59996/jurnalpelitanusantara.v1i3.350>
- Hidayah, N., Rohmah, S., & Sumiati, E. (2022). DR . SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA TREATMENT OF SEVERE PREECLAMPSION AT DR .

- SOEKARDJO TASIKMALAYA CITY. 4(1), 1–8.
- Hwang, D. S., & Myers, L. (2023). Management of Postpartum Hemorrhage: Recommendations from FIGO. *American Family Physician*, 107(4), 438–440.
- Ikatan Dokter Indonesia. (2016). *Penataan sistem pelayanan kesehatan rujukan*.
- Issabella, Chentia., Guru, Yustina Y., Jumhati, Siti., Idyawati, S., Mujahidah, Gita., Wulandari, Sarah., et. Al. (2023). *Kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Jawed, I., Alam, M. O., Khan, H., Karmani, V. K., Umair, M., Razzak, F. A., Hurraira, A., Gulzar, B., Kumar, A., Khan, M. R., & Alam, F. (2025). *Maternal and neonatal outcomes in placenta previa complicated by antepartum hemorrhage*. 11(3). <https://doi.org/10.36922/jctr.25.00002>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*.
- Kementerian. (2020). Profil Kesehatan Indonesia.
- Kementerian RI. (2019). Kementerian RI, Profil Kesehatan Indonesia.
- Khoirun Nisa, P. (2023). Karakteristik Ibu Berhubungan Dengan Kejadian Abortus. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 14(2), 90–99.
- Kumaraswami, S., & Butwick, A. (2022). Latest advances in postpartum hemorrhage management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 36(1), 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.02.004>
- Kurniawati, D., Septiyono, E.A., & H. Sari, R. (2020). *Preeklampsia dan perawatannya untuk ibu hamil, keluarga, kader maupun khalayak umum*. Jauhari. Tamanan Bodowoso: KHD Production.
- Laksono, S., & Masrie, M. S. (2022). Hipertensi Dalam Kehamilan: Tinjauan Narasi. *Herb-Medicine Journal*, 5(2), 27. <https://doi.org/10.30595/hmj.v5i2.13043>
- Laskowska, M. (2023). Prevalence, Diagnosis, and Management of Eclampsia and the Need for Improved Maternal Care: A Review. *Medical Science Monitor*, 29, 1–9. <https://doi.org/10.12659/MSM.939919>
- Latipah, S., Afrilia, E. M., & An-nisa, C. (2023). Faktor Usia, Paritas dan IMT Ibu Hamil Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia di Tangerang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 6(2), 166. <https://doi.org/10.31000/jiki.v6i2.7635>
- Lissu, C. A., Volgsten, H., Mazuguni, F., & Maro, E. (2021). Proportion, Characteristics and Maternal Outcome of women referred for childbirth to a tertiary hospital in northern Tanzania – A descriptive retrospective study based on a hospital birth registry. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 29(March 2020), 100646. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100646>
- Lopez, C. E., Salloum, J., Varon, A. J., Toledo, P., & Dudaryk, R. (2023). The Management of Pregnant Trauma Patients: A Narrative Review. *Anesthesia and Analgesia*, 136(5), 830–840. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006363>
- Mansourie Ghezalhesari, E., Abdollahpour, S., Hosseini, S. J., Hoseini, B. L., Yas, A., Hajmolarezaei, E., & Khadivzadeh, T. (2024). The Effect of Inhaled Oxygen on Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(4), 397–402. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_118_23
- Maria Riastuti Iryaningrum, Angelina Yuwono, A. C. (2023). Hypertension in

- pregnancy. *Damianus Journal of Medicine*, 22(5), 249–258. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1123979>
- Masan, L., Juliansyah, E., Haryanti, Y., Montesori, Y., Amartani, R., Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kapuas Raya, P., Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kapuas Raya, P. S., & Penulis, K. (2023). *Hubungan Perdarahan Antepartum Pada Ibu Bersalin Dengan Kejadian Asfiksia*. 2, 118–125. <https://journal.budimulia.ac.id/>
- Mirani, P., Lestari, P. M., Martadiansyah, A., Kesty, C., Fetomaternal, D., Bagian, K. /, Ginekologi, O., Mohammad, R. D., Fakultas, H. /, Universitas, K., Palembang, S., Bernolian, N., Pangemanan, W. T., Syamsuri, A. K., & Ansyori, M. H. (2023). Update Manajemen Preeklamsia dengan Gejala Berat (Eklamsia, Edema Paru, Sindrom HELLP) Update on Management of Preeclampsia with Severe Features (Eclampsia, Pulmonary Edema, HELLP Syndrome) Review Artikel. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 2615–496.
- Muñoz, M., Stensballe, J., Ducloy-Bouthors, A. S., Bonnet, M. P., De Robertis, E., Fornet, I., Goffinet, F., Hofer, S., Holzgreve, W., Manrique, S., Nizard, J., Christory, F., Samama, C. M., & Hardy, J. F. (2019). Patient blood management in obstetrics: Prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement: A multidisciplinary consensus statement. *Blood Transfusion*, 17(2), 112–136. <https://doi.org/10.2450/2019.0245-18>
- Nestelita, D., Suryoputro, A., & Kusumastuti, W. (2019). Proses Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri Dan Neonatal Di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(4), 159–163.
- Ningsih C & Pratama A. (2021). Hubungan Status Pekerjaan dengan Kejadian Preeklamsia pada Ibu Hamil di Puskesmas X. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15, 115–121. <https://ejournal.umy.ac.id/index.php/maternal-health/article/view/3190>
- Nirmal, D., Goodsell, R., & Francis, J. (2024). *Trust guideline for the management of major obstetric haemorrhage (MOH)*. April, 1–22.
- Ntioudi, M., Gelatou, S., Karypidou, V., Alatzidou, D., & Karagkiouzis, T. (2025). *Peripartum Respiratory Failure in a Patient With Severe Preeclampsia*. 17(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.79832>
- Nur Anisa, P. M., Wijayanti, E., & Sapan Bungin, S. (2024). *Tanggung Jawab Hukum Bidan Praktik Mandiri Pada Kasus Rujukan Kegawat Daruratan Kebidanan*. 5(5). <https://doi.org/10.36418/syntax-imperatif.v5i5.492>
- Nur Yola Salsabila, Erina Khusnia Dewi, Kusnul Putri Yulia Wulandari, & Gusriani Gusriani. (2024). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Perdarahan Postpartum pada Ibu Bersalin. *Vitamin : Jurnal Ilmu Kesehatan Umum*, 3(1), 106–117. <https://doi.org/10.61132/vitamin.v3i1.936>
- POGI. (2016). *Diagnosis dan tatalaksana preeklamsia*. Himpunan Kedokteran Feto Maternal.
- Pulungan, Pebri Warita., dkk. (2020). *Ilmu obstetri dan ginekologi untuk kebidanan*. Yayasan Kita Menulis.
- Putri, A. R. S. (2020). Pendidikan dan tempat tinggal ibu dengan kejadian perdarahan pada kehamilan di Indonesia. *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia*,

- 4(2), 38–42. <https://doi.org/10.32536/jrki.v4i2.88>
- Pratiwi, Arantika Meidya., Fatimah. (2019). *Patologi kehamilan memahami berbagai penyakit & komplikasi kehamilan*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- Rahmawati, A., & Prasetyaningati, D. (2024). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Keperawatan*, 22(2), 171–180.
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J., & Karumanchi, S. A. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circulation Research*, 124(7), 1094–1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
- Ravneet, G. (2020). Overview on current approach on recurrent miscarriage and threatened miscarriage. *Clinical Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(2), 151–157. <https://doi.org/10.29328/journal.cjog.1001070>
- Retnaningtyas, Erma. (2021). *Preeklamsi dan asuhan kebidanan pada preeklamsi*. Kota Kediri: STRADA PRESS.
- Ripusari, T. (2018). *Peran bidan terhadap penanganan gawat darurat obstetri*. Kota Kediri: STRADA PRESS.
- Rosyidah, Rafhani., Azizah Nurul. (2019). *Buku Ajar Obstetri Pathologi (pathologi dalam kehamilan)*. Sidoarjo : UMSIDA Press.
- Sara Paterson-Brown, & Charlotte Howell. (2014). Airway management and ventilation. In *Managing Obstetric Emergencies and Trauma* (pp. 85–108). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107445161.009>
- Sari, Ratna Dewi P., Prabowo, Arif Yudho. (2018). *Buku ajar perdarahan pada kehamilan trimester I*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Setyarini, A.I., Eliyana, Y., Widayati, A., Sugiartini, N., Dewianti, N., Lontaan, A., Witari, N., Wulandari, S., Febriyanti, N., Hidayati, T., Siallangan, D., Wulandari, D. (2023). *Obstetri dan ginekologi untuk kebidanan*. Padang : PT Global Eksekutif Teknologi.
- Sibarani, M., Danial, D., & Dwisvimiar, I. (2024). Tanggung Jawab Bidan Praktik Mandiri Terhadap Pasien Komplikasi Persalinan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Yustisia Tirtayasa : Jurnal Tugas Akhir*, 4(2). <https://doi.org/10.51825/yta.v4i2.24143>
- Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.51622/eksakta.v1i1.51>
- Sium, A. F., Getachew, A., & Gudu, W. (2024). Pre-referral management of preeclampsia with severity features in a low-income country—characteristics and challenges in a Sub-Saharan setting: a mixed method study. *AJOG Global Reports*, 4(3), 100379. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2024.100379>
- Smit, M. I., du Toit, L., Dyer, R. A., van Dyk, D., Reed, A. R., Lombard, C. J., & Hofmeyr, R. (2021). Hypoxaemia during tracheal intubation in patients with hypertensive disorders of pregnancy: analysis of data from an obstetric airway management registry. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 45, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2020.10.012>
- Surya, I Gede N.H.W., Manuaba. IB Gede F., Budiana, I., Mahendra, I., Sudirman, J., Widayanti, E., Winata, I., Mulyana, R., Pangkahila, E., Saspriyana, K. (2020). *Obstetri dan ginekologi*. Fakultas Kedokteran Univeristas Udayana. Yogyakarta: Penerbit Lontar Mediatama.

- Utami, N. A., Amirsyah, M., Indirayani, I., Razali, R., & Rofifa, N. (2022). Gambaran kejadian perdarahan post partum di RSUDZA Banda Aceh Tahun 2019-2020. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3), 1412–1026. <https://doi.org/10.24815/jks.v22i3.25157>
- Wandi. (2020). Implementasi Sistem Rujukan Ibu Hamil Dan Bersalin Oleh Bidan Polindes Di Kecamatan Dampit. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 6(1), 67–88. <http://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/JIKI/article/view/43>
- Yanagawa, Y., Nunotani, M., Abe, K., Hamada, M., Ota, S., Muramatsu, K., Takeuchi, I., Nagasawa, H., Ohsaka, H., & Ishikawa, K. (2023). Narrative minireview of the current status of hyperbaric oxygen therapy for pregnant women. *Acute Medicine & Surgery*, 10(1), 1–7. <https://doi.org/10.1002/ams2.873>
- Zhu, M., Liu, J., Cao, J., Ni, Y., Chang, M., Chen, R., Su, Z., Yu, W., & Ye, H. (2024). Validation of a new kit for preeclampsia screening: A comprehensive analysis. *Heliyon*, 10(6), e28080. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28080>



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nomor : PP.05.01/F.XXI.16/1140/2024 11 November 2024
Hal : Surat Ijin Studi Pendahuluan Mahasiswa
Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang

Kepada, Yth:
Kepala Rumah Sakit Wawa Husada
Di Malang

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan untuk menempuh mata kuliah Skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat untuk diterbitkan Surat Rekomendasi Pelaksanaan **Studi Pendahuluan** mahasiswa kami atas nama:

Nama : Maulidya Miranda
NIM : P17311213041
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan Malang
Semester : VII (Tujuh)
Periode : 15 November s.d 15 Desember 2024
Judul : "**Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan dalam Kehamilan di Kabupaten Malang**"

Demikian atas perhatian, bantuan serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Malang,



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tse.kominfo.go.id/verifyPDF>.





Nomor : SDN/2024/11/3118

Malang, 26 November 2024

Lampiran : -

Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

Kepada

Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

D4 Kebidanan

Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang

Dengan hormat,

Menindaklanjuti Surat Permohonan PP.05.01/F.XXI.16/1140/2024 tentang Permohonan Penelitian yaitu an. :

Nama : Maulidya Miranda

NIM : P17311213041

Prodi/Instansi : D4 Kebidanan

Judul Penelitian : Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan dalam Kehamilan di Kabupaten Malang

Beberapa informasi yang dapat kami sampaikan adalah :

1. Bahwa Rumah Sakit Wawa Husada **bersedia** menjadi tempat pengambilan data dan informasi terkait penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon untuk teknis pelaksanaan dapat menghubungi :

Dewi Salsabila Risqi Ananda, S. Psi

Administrasi Komite Etik Penelitian Kesehatan

Hp : 082324637282 / 081555123547

2. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Wawa Husada Nomor KEP/2024/06/0118 Tentang Biaya Praktek Kerja Lapangan (PKL), Pelatihan Kerja, Penelitian dan Studi Banding sebagaimana terlampir.

Demikian surat jawaban dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Hormat Kami,

An. Direktur Rumah Sakit Wawa Husada

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan,



Endang Hailah, S.Psi

NIK. 31810027

Tembusan:

1. Yth. Kepala Bidang Penunjang Layanan
2. Yth. Kepala Sub Bagian Akuntansi
3. Yth. Kepala Sub Bagian Keuangan
4. Yth. Kepala Sub Bagian Perpajakan



Kementerian Kesehatan

Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Jalan Besar Ijen Nomor 77 C Malang
☎ (0341) 566075
✉ komisi etik@poltekkes-malang.ac.id

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No.DP.04.03/F.XXI.30/00249/2025

Protokol penelitian versi 2 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Maulidya Miranda
Principal In Investigator

Nama Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Name of the Institution

Dengan judul:
Title
"Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Rumah Sakit Wawa Husada"
"Overview of Pre-Referral Management of Preeclampsia and Obstetric Bleeding Cases at Wawa Husada Hospital"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 06 Mei 2025 sampai dengan tanggal 06 Mei 2026.

This declaration of ethics applies during the period May 06, 2025 until May 06, 2026.



May 06, 2025
Chairperson,



Dr. Susi Mihwati, S.Kp., M.Pd.

Anggota Peneliti : Hening Ryan Aryani, SST., M.Keb



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nomor : PP.05.01/F.XXI.16/109/2025 24 Januari 2025
Hal : Surat Ijin Pelaksanaan Penelitian Mahasiswa
Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang

Kepada, Yth:
Kepala Rumah Sakit Wawa Husada
Di Malang

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan untuk menempuh mata kuliah Skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat untuk diterbitkan Surat Rekomendasi **Pelaksanaan Penelitian** mahasiswa kami atas nama:

Nama : Maulidya Miranda
NIM : P17311213041
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan Malang
Semester : VIII (Delapan)
Periode : 3 Februari s.d 3 Maret 2025
Judul : **"Gambaran Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dan Perdarahan Obstetri di Kabupaten Malang"**

Demikian atas perhatian, bantuan serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Malang,

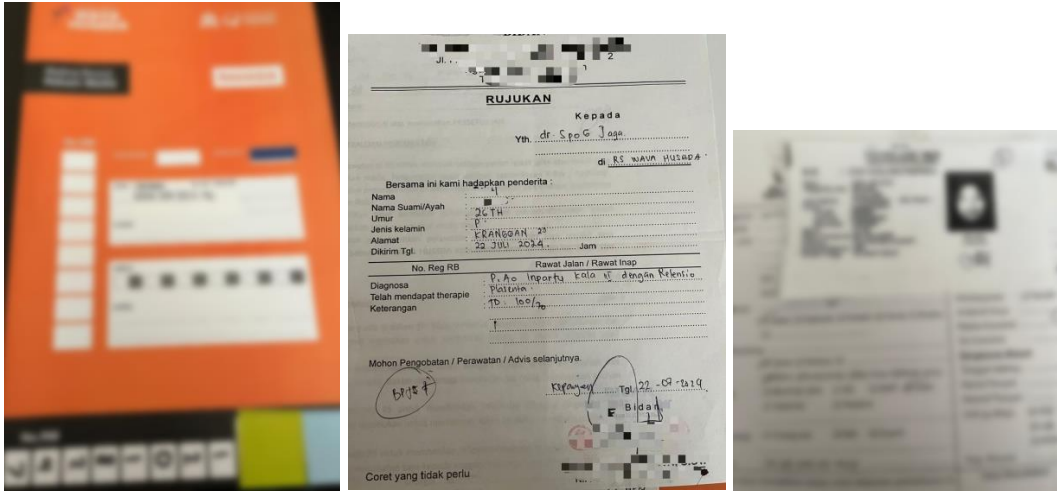


RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Rekam Medis Perdarahan Tidak Lengkap



Dokumentasi Kegiatan Penelitian



MASTER SHEET

Data Preeklampsia

| No. | No. RM | Nama | Data Demografi | | | | UK | Gravida | K. ANC | Rujukan | Faskes | Diagnosa | Tatalaksana Pra-rujukan | | | |
|-----|----------|-------|----------------|--------------|------------|-----------|----|---------|--------|---------|--------|----------|-------------------------|---|---|---|
| | | | Usia | Alamat | Pendidikan | Pekerjaan | | | | | | | Preeklampsia | | | |
| | | | | | | | | | | | | | A | B | C | D |
| 1 | 122013xx | Ny. K | 3 | Bulurejo | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 118091xx | Ny. S | 2 | Pagelaran | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 3 | 122074xx | Ny. A | 2 | Kromengan | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 4 | 124004xx | Ny. R | 2 | Wonosari | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 5 | 124112xx | Ny. T | 3 | Wates | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 6 | 124209xx | Ny. M | 3 | Sumberpucung | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 7 | 124183xx | Ny. R | 2 | Wonosari | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 8 | 124222xx | Ny. A | 2 | Mulyosari | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 9 | 124310xx | Ny. N | 2 | Rutukrejo | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 124145xx | Ny. L | 1 | Bantur | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 124111xx | Ny. R | 2 | Kromongan | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 12 | 124072xx | Ny. T | 2 | Wonosari | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 13 | 124105xx | Ny. S | 3 | Kepanjen | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 124182xx | Ny. R | 2 | Kepanjen | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 15 | 124063xx | Ny.L | 3 | Kenongo | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 16 | 124046xx | Ny. S | 2 | Kepanjen | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 17 | 121031xx | Ny. A | 3 | Bantur | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 18 | 124027xx | Ny. S | 3 | Pagak | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 19 | 124106xx | Ny. S | 2 | Donomulyo | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 20 | 124120xx | Ny. S | 2 | Pagak | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 21 | 124255xx | Ny. L | 3 | Kepanjen | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 22 | 124305xx | Ny. K | 3 | Donomulyo | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

| No. | No. RM | Nama | Data Demografi | | | | UK | Gravida | K. ANC | Rujukan | Faskes | Diagnosa | Tatalaksana Pra-rujukan | | | |
|-----|----------|-------|----------------|--------------|------------|-----------|----|---------|--------|---------|--------|----------|-------------------------|---|---|---|
| | | | Usia | Alamat | Pendidikan | Pekerjaan | | | | | | | Preeklampsia | | | |
| | | | | | | | | | | | | | A | B | C | D |
| 23 | 124082xx | Ny. S | 2 | Pagak | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| 24 | 124077xx | Ny. N | 2 | Gondanglegi | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 25 | 124107xx | Ny. F | 2 | Pakisaji | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 124023xx | Ny. D | 3 | Kepanjen | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 27 | 114022xx | Ny. R | 2 | Wates | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | 118110xx | Ny. W | 3 | Wonosari | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 29 | 116050xx | Ny. A | 3 | Kalipare | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | 124164xx | Ny. L | 2 | Purworejo | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 31 | 124006xx | Ny. S | 2 | Pagak | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | 124131xx | Ny. M | 2 | Gondanglegi | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 33 | 124180xx | Ny. R | 3 | Wonosari | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 34 | 124041xx | Ny. P | 3 | Sumberpucung | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 35 | 124082xx | Ny. K | 2 | Pakisaji | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 36 | 124103xx | Ny. N | 2 | Donomulyo | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 37 | 124113xx | Ny. I | 2 | Kepanjen | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 38 | 114169xx | Ny. Y | 3 | Jeding | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 39 | 124061xx | Ny. K | 3 | Pagelaran | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 40 | 124092xx | Ny. A | 2 | Kromengan | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 41 | 124042xx | Ny. L | 2 | Wonosari | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 42 | 116040xx | Ny. N | 2 | Kalipare | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 43 | 112004xx | Ny. E | 3 | Kalipare | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 44 | 124067xx | Ny. D | 2 | Sumberpucung | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 45 | 109071xx | Ny. E | 3 | Sendang | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 46 | 124051xx | Ny. S | 3 | Bantur | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 47 | 124026xx | Ny. H | 2 | Donomulyo | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| No. | No. RM | Nama | Data Demografi | | | | UK | Gravida | K. ANC | Rujukan | Faskes | Diagnosa | Tatalaksana Pra-rujukan | | | |
|-----|----------|-------|----------------|-------------|------------|-----------|----|---------|--------|---------|--------|----------|-------------------------|---|---|---|
| | | | Usia | Alamat | Pendidikan | Pekerjaan | | | | | | | Preeklampsia | | | |
| | | | | | | | | | | | | | A | B | C | D |
| 48 | 114070xx | Ny. W | 2 | Donomulyo | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| 49 | 124126xx | Ny. R | 2 | Kepanjen | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 50 | 121182xx | Ny. O | 2 | Donomulyo | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 51 | 124027xx | Ny. A | 2 | Bantur | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 52 | 117186xx | Ny. Y | 2 | Donomulyo | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 53 | 124006xx | Ny. S | 3 | Ngajum | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 54 | 124126xx | Ny. R | 2 | Gondanglegi | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 55 | 124095xx | Ny. H | 2 | Pagelaran | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 56 | 124047xx | Ny. Z | 3 | Rejosari | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 57 | 120112xx | Ny. K | 2 | Turen | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 58 | 124122xx | Ny. E | 3 | Mentaraman | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 59 | 110132xx | Ny. L | 2 | Sidorejo | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 60 | 124160xx | Ny. S | 1 | Gadang | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Data Perdarahan Obstetri

| No. | No. RM | Nama | Data Demografi | | | | UK | Gravida | Faskes | Diagnosa | Tatalaksana Pra-rujukan | | | |
|-----|----------|-------|----------------|-------------|------------|-----------|----|---------|--------|----------|-------------------------|---|---|---|
| | | | Usia | Alamat | Pendidikan | Pekerjaan | | | | | Perdarahan Obstetri | | | |
| | | | | | | | | | | | A | B | C | D |
| 1 | 124151xx | Ny. M | 2 | Rekesan | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 124248xx | Ny. R | 2 | Senggeng | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 3 | 124134xx | Ny. O | 2 | Gampingan | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | 122169xx | Ny. N | 2 | Gedangan | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 5 | 114055xx | Ny. D | 3 | Kalipare | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 6 | 124252xx | Ny. P | 2 | Ngajum | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 7 | 124129xx | Ny. S | 2 | Ampelgading | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 8 | 116120xx | Ny. N | 2 | Donomulyo | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 9 | 124028xx | Ny. D | 2 | Kesamben | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 10 | 123193xx | Ny. M | 2 | Gondanglegi | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 115091xx | Ny. I | 3 | Gedangan | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 12 | 124117xx | Ny. E | 2 | Donomulyo | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 13 | 107011xx | Ny. I | 3 | Kromengan | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 14 | 124209xx | Ny. T | 2 | Kepanjen | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 15 | 124031xx | Ny. N | 2 | Pakisaji | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 120182xx | Ny. M | 2 | Kranggan | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 17 | 124162xx | Ny. I | 2 | Donomulyo | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 18 | 121230xx | Ny. M | 2 | Wonosari | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 19 | 122191xx | Ny. M | 2 | Klojen | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 20 | 124167xx | Ny. S | 2 | Pagak | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 21 | 124066xx | Ny. N | 2 | Bantur | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Karakteristik Data Obstetri Berdasarkan Kasus Preeklampsia

| Karakteristik | Frekuensi | | Jumlah |
|------------------------------|--------------|-----|--------|
| | Preeklampsia | PEB | |
| Paritas | | | |
| Primigravida | 17 | 4 | 21 |
| Multigravida | 36 | 3 | 39 |
| Kunjungan ANC | | | |
| Tdk Memenuhi Min K.ANC (<6x) | 32 | 6 | 38 |
| Memenuhi K.ANC (≥6x) | 21 | 1 | 22 |
| Rujukan | | | |
| Dini Terencana | 8 | - | 8 |
| Kegawatdaruratan | 45 | 7 | 52 |
| Fasilitas Kesehatan | | | |
| Bidan | 29 | 4 | 33 |
| Klinik | 13 | 2 | 15 |
| Puskesmas | 11 | 1 | 12 |
| Total | | | 60 |

Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Preeklampsia dengan Fasilitas Kesehatan Perujuk

| Karakteristik | Frekuensi | | | Jumlah |
|----------------------------|-----------|--------|-----|--------|
| | Bidan | Klinik | PKM | |
| Preeklampsia | | | | |
| Membuka Jalan Nafas | | | | |
| Tidak dilakukan | 29 | 12 | 10 | 51 |
| Dilakukan | - | 1 | 1 | 2 |
| Pemberian Oksigen | | | | |
| Tidak dilakukan | 29 | 12 | 10 | 51 |
| Dilakukan | - | 1 | 1 | 2 |
| Pemberian IV Line | | | | |
| Tidak dilakukan | 17 | 3 | - | 20 |
| Dilakukan | 12 | 10 | 11 | 33 |
| Pemberian Obat | | | | |
| Tidak dilakukan | 24 | 10 | 9 | 43 |
| MgSO ₄ | 4 | 3 | 2 | 9 |
| Nifedipine atau lainnya | 1 | - | - | 1 |
| Total | | | | 53 |
| Preeklampsia Berat | | | | |
| Membuka Jalan Nafas | | | | |
| Tidak dilakukan | 3 | 1 | 1 | 5 |
| Dilakukan | - | 1 | 1 | 2 |
| Pemberian Oksigen | | | | |
| Tidak dilakukan | 3 | 1 | 1 | 5 |
| Dilakukan | - | 1 | 1 | 2 |
| Pemberian IV Line | | | | |
| Dilakukan | 4 | 2 | 1 | 7 |
| Pemberian Obat | | | | |
| MgSO ₄ | 4 | 2 | 1 | 7 |
| Total | | | | 7 |

Karakteristik Data Obstetri Berdasarkan Kasus Perdarahan





| Karakteristik | Frekuensi | | | Jumlah |
|----------------------------|-----------|------------|-------------|--------|
| | Awal | Antepartum | Post Partum | |
| Paritas | | | | |
| Primigravida | 3 | 6 | 7 | 16 |
| Multigravida | 6 | 7 | 12 | 25 |
| Fasilitas Kesehatan | | | | |
| Bidan | 7 | 8 | 15 | 30 |
| Klinik | 2 | 5 | 4 | 11 |
| Total | | | | 41 |

Tatalaksana Pra-Rujukan Kasus Perdarahan dengan Fasilitas Kesehatan Perujuk

| Karakteristik | Frekuensi | | Jumlah |
|-------------------------------|-----------|--------|--------|
| | Bidan | Klinik | |
| Preeklampsia | | | |
| Membuka Jalan Nafas | | | |
| Tidak dilakukan | 28 | 8 | 51 |
| Dilakukan | 2 | 3 | 2 |
| Pemberian Oksigen | | | |
| Tidak dilakukan | 28 | 8 | 51 |
| Dilakukan | 2 | 3 | 2 |
| Pemberian IV Line | | | |
| Tidak dilakukan | 6 | 2 | 20 |
| Dilakukan | 24 | 9 | 33 |
| Pemberian Obat | | | |
| Tidak dilakukan | 23 | 8 | 31 |
| Oksitosin | 6 | - | 6 |
| Oksi, Misoprostol, Ranitidine | 1 | 2 | 3 |
| Oksitosin dan Asam Tranexamat | - | 1 | 1 |
| Total | | | 41 |







LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Maulicha Miranda
 NIM : P1211212041
 Nama Pembimbing : Hening Ryan, SST, M. Keb.
 Judul Skripsi : Gambaran Tatakelola Pra Rujukan kasus perdarahan
 dan Perdarahan pada kehamilan

| Bimbingan ke | Tanggal | Pembimbing | |
|--------------|------------|---|---|
| | | Saran | Tanda tangan |
| I | 10-9-2024 | ACC judul dan stipti Pendahuluan ke dinas kesehatan tentang kasus kegawatdaruratan maternal di kabupaten Malang |  |
| II | 10-10-2024 | Menyetujui pembuatan BAB I |  |
| III | 12-10-2024 | Merevisi Bab I sesuai data terbaru dari dinas kesehatan mengenai perdarahan antepartum. |  |
| IV | 11-11-2024 | <ul style="list-style-type: none"> - Revisi bab 1 <ul style="list-style-type: none"> - sinkron data setiap tahun - koherensi antar paragraf - terminologi PE 2 perdarahan obstetrik - keadaan / situasi di Keb. Malang → penguangan awal. - Bab 2 <ul style="list-style-type: none"> - perbaiki sesuai dg. nama - Bab 3 <ul style="list-style-type: none"> - revisi kerangka konsep |  |

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Maulidya Miranda
 NIM : P1211213041
 Nama Pembimbing : Hening Ryan SST, M. Keb
 Judul Skripsi : Gambaran Tataletakan Pra - Rujukan Kasus Preeklampsia dan persarahan obstetri di kabupaten Matang

| Bimbingan ke | Tanggal | Pembimbing | |
|--------------|--------------|---|---|
| | | Saran | Tanda tangan |
| V | 13-12-2024 | - Latar belakang - kerangka konsep - Sampel - Do |  |
| VI | 19-12-2024 | - master sheet - Lampiran ? |  |
| VII | 20-12-2024 | ace ujian |  |
| VIII | 17 Mei 2025 | - Revisi Bab IV 1. Tabel 2. Pembahasan. tataletakan pra-rujukan - Lampiran Melengkapi surat - surat |  |
| IX | 27 Mei 2025 | - Revisi Bab IV 1. Pembahasan - Lampiran 1. Master sheet 2. Data pendukung |  |
| X | 10 Juni 2025 | ace ujian |  |