

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPERTENSI
GESTASIONAL DI PMB SAHARA SIREGAR KOTA
PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Tugas Akhir

Disusun untuk Melengkapi Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Ahli Madya
Kebidanan pada
Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan



Disusun Oleh :

WINDA WATI

17020012

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN
PROGRAM DIPLOMA TIGA FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN**

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI PMB SAHARA SIREGAR KOTA PADANGSIDIMPUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah memenuhi Persyaratan dan Disetujui untuk Mengikuti Sidang LTA Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, Juni 2020

Pembimbing

(Lola Pebrianthy, SST, M.Keb)
NIDN.0123029102

Universitas Afa Royhan Kota Padangsidempuan
Program Studi DII Kebidanan
Tahun 2020

INTISARI

¹Winda Wati Habeahan, ²Lola Pebrianthy, SST, M.Keb

¹Mahasiswa Universitas Afa Royhan Kota Padangsidempuan

²Pembimbing LTA Dosen Universitas Afa Royhan Kota Padangsidempuan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPERTENSI
GESTASIONAL DI PMB SAHARA SIREGAR TAHUN 2020**

(X + Halaman + Tabel + Lampiran)

Latar belakang: Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2014, angka kejadian hipertensi kehamilan diseluruh dunia berkisar 0,51% - 38,4%. Hipertensi gestasional merupakan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya pada kehamilan, tidak disertai dengan proteinuria dan tekanan darah kembali normal ≤ 12 minggu pasca persalinan. Faktor resiko terjadinya hipertensi gestasional, antara lain: primigravida, umur yang ekstrim, riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklamsia dan eklamsi, penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil dan obesitas. **Tujuan:** Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Hipertensi gestasional dengan menggunakan metode pendekatan 7 langkah *varney* dan SOAP pada data perkembangan **Metodologi:** Metode penelitian menggunakan metode deskriptif. Subyek penelitian adalah Ny.D G1 P0 A0 hamil 21 minggu dengan Hipertensi gestasional. **Hasil:** Keadaan umum ibu baik, Tekanan Darah : 140/90, Nadi : 79 x/menit, Pernapasan : 24 x/menit, Suhu :36,5 °C. Dari pembahasan studi kasus berjalan dengan lancar dan tidak terdapat kesenjangan. Saran utama adalah diharapkan Laporan Tugas Akhir ini dapat digunakan sebagai masukan bagi semua masyarakat khususnya ibu hamil yang mengalami masalah pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional.

Kesimpulan: Peneliti telah melaksanakan asuhan sesuai dengan manajemen 7 langkah *varney* mulai dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.

Kata Kunci:Asuhan Kebidanan Kehamilan, Hipertensi Gestasional

Kepustakaan: 18 pustaka (2008-2016)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran TUHAN YANG MAHA ESA yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan kebidanan pada Ibu Hamil Dengan Hipertensi Gestasional di BPM Sahara Siregar Kota Padangsidempuan Tahun 2020”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat kelulusan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan Fakultas Kesehatan Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan pengarahan dari beberapa pihak, penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kata sempurna karena pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki sangat terbatas. Oleh karena itu, perkenankanlah pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Anto, SKM, M. Kes, selaku Rektor Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Novita Sari Batubara, SST, M. Kes, selaku Ka.Prodi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan.
4. Lola Pebrianthy, SST, M. Keb, selaku dosen pembimbing yang telah sabar memberikan arahan dan dukungan dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir.

5. Dosen dan staff Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan atas segala bantuan yang diberikan.
6. Orang yang paling istimewa dalam kehidupan penulis yaitu Ibunda dan seluruh keluarga penulis yang telah mencurahkan kasih sayang yang tiada hentinya serta mendoakan, mendukung dan memotivasi dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Kepada semua teman-teman seperjuangan saya Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan angkatan ke VI tahun 2017 yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberi dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bermanfaat bagi semua pihak.

Padangsidimpuan, April 2020

Penulis

Winda Wati

NIM17020012

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Pengesahan	
Motto	
Riwayat Hidup	
Intisari	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	vi
BAB I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	4
E. Ruang Lingkup	5
BAB II Tinjauan Pustaka	6
A. Tinjauan Teori Medis	6
B. Landasan Hukum Kewenangan Bidan	24
C. Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi	28
BAB III Metode Penelitian	34
A. Pengkajian Data	34
1. Pengumpulan Data Dasar	34
2. Interpretasi Data	42
3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial	43
4. Kebutuhan Tindakan Segera	43
5. Perencanaan	43
6. Implementasi	43



7. Evaluasi	44
B. Matriks.....	47
BAB IV Pembahasan	49
BAB V Penutup	56
A. Simpulan	56
B. Saran	57
Daftar Pustaka	
Lampiran	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data Perkembangan.....





DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan tekanan darah di atas batas normal, hipertensi termasuk dalam masalah global yang melanda dunia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2014, angka kejadian hipertensi kehamilan diseluruh dunia berkisar 0,51% - 38,4%. Sedangkan di negara maju, angka kejadian hipertensi kehamilan berkisar 5% - 6%, frekuensi hipertensi kehamilan untuk tiap negara berbeda-beda dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhi.

Berdasarkan *Standar Demografi Kesehatan Indonesia* (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 AKI telah menurun yaitu mencapai 305 per 100.000. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 30,3%, hipertensi 27,1%, infeksi 7,3%, partus lama 0%, abortus 0%, lain-lain 40,8% .

Angka Kematian Ibu di Provinsi Sumatera Utara 80% disebabkan oleh perdarahan 25%, sepsis 15%, hipertensi dalam kehamilan 12%, partus macet 8%, komplikasi aborsi tidak aman 13 % dan sebab lain 7%, hipertensi sering terjadi akibat terlalu banyak anak, partus pada usia dini atau usia lanjut, jarak persalinan terlalu rapat, tinggi badan < 150 cm, ukuran panggul yang kecil, riwayat persalinan jelek dan petugas kesehatan tidak terlatih untuk mengenali persalinan macet yang menyebabkan tingginya risiko kematian bayi.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15% penyulit kehamilan yang merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Hipertensi dalam kehamilan dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil sehingga pengetahuan tentang pengolahan hipertensi dalam kehamilan harus benar-benar dipahami oleh semua tenaga medis baik dari pusat maupun daerah. Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang waktu 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg sebagai parameter hipertensi sudah tidak dipakai lagi (Sarwono, 2010). Menurut WHO, hipertensi atau yang biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik diatas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg.

Hipertensi gestasional (hipertensi dalam kehamilan) merupakan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya pada kehamilan, tidak disertai dengan proteinuria dan tekanan darah kembali normal ≤ 12 minggu pasca persalinan (Nugroho, 2012). Lima penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan, hipertensi gestasional, infeksi, pastus lama/macet dan abortus. Faktor resiko terjadinya hipertensi gestasional, antara lain: primigravida, umur yang ekstrim, riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklamsia dan eklamsi, penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil dan obesitas. Tingginya insiden hipertensi

dalam kehamilan menunjukkan semakin tingginya resiko komplikasi maternal dan perinatal (Prawirohardjo, 2019).

Berdasarkan survey awal yang saya lakukan dengan hasil pengkajian di PMB Sahara Siregar Padang Matinggi kota Padangsidempuan sejak Desember 2019-Januari 2020 terdapat satu buah kasus ibu hamil dengan hipertensi gestasional. Dari masalah tersebut penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan judul “ Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Hipertensi Gestasional terhadap Ny.D di Bidan Praktek Mandiri Sahara Siregar Padang Matinggi kota Padangsidempuan 2020”.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan maka rumusan masalah pada kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Hipertensi Gestasional?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dengan Hipertensi Gestasional secara optimal.

2. Tujuan khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian data dengan tepat pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.
- b. Dapat membuat interpretasi data dengan tepat pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.

- c. Dapat membuat diagnosa potensial dengan tepat pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.
- d. Dapat menentukan tindakan segera dengan tepat pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.
- e. Dapat membuat perencanaan tindakan yang tepat pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.
- f. Dapat melakukan pelaksanaan tindakan dengan baik pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar.
- g. Dapat melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan dari awal sampai akhir pada Ny.D di Praktek Mandiri Bidan.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi

Hasil penulisan studi kasus ini dapat dijadikan sebagai tambahan referensi kepustakaan dan pengembangan teori asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional.

2. Bagi tempat pengkajian

Dapat menjadi acuan agar lahar praktek dapat menjadi lebih baik dalam menangani masalah hipertensi gestasional dan memberikan manfaat sebagai masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan untuk pengambilan kebijakan lebih lanjut.

3. Bagi penulis

Dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh serta mendapatkan pengalaman dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara langsung kepada ibu sehingga dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam melaksanakan tugas sebagai bidan.

E. Ruang lingkup

1. Materi

Materi yang diberikan adalah penyebab dan akibat terjadinya hipertensi gestasional pada kehamilan.

2. Responden

Responden penulis yaitu ibu hamil dengan hipertensi gestasional.

3. Waktu

Waktu dimulai sejak pelaksanaan studi kasus pada bulan desember sampai dengan bulan Januari.

4. Tempat

Tempat asuhan dilakukan di Praktek Mandiri Bidan Sahara Siregar kota Padangsidempuan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga di mulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari tiga belas minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Pembagian waktu ini diambil dari ketentuan yang mempertimbangkan bahwa lama kehamilan diperkirakan kurang lebih 280 hari, 4 minggu, 10 bulan (berdasarkan perputaran bulan atau lunar) atau 9 bulan sejak hari pertama haid terakhir (dengan perkiraan siklus 28 hari). Hal ini membuat kehamilan berlangsung kurang lebih 266 hari atau 38 minggu (Varney, 2013).

b. Tahap kehamilan

Pada tahap ini terbagi dari 3 tahap yaitu :

1) Trimester pertama

Trimester pertama pada umur kehamilan 0-12 minggu. Dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan oleh wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Penerimaan terhadap kenyataan ini dan arti semua ini bagi dirinya merupakan tugas psikologis yang paling penting pada trimester pertama kehamilan.

2) Trimester kedua

Trimester kedua pada umur kehamilan 13-28 minggu. Periode ini kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami selama hamil.

3) Trimester ketiga

Trimester ketiga pada umur kehamilan 29-40 minggu. Periode penantian yang penuh kewaspadaan. Dimana saat wanita menyadari kehadiran bayinya (Varney, 2013).

2. Hipertensi

a. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg (Prawirohardjo, 2010).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan terjadinya peningkatan tekanan darah, hingga hal ini dapat membuat adanya tekanan dan merusak dinding arteri di pembuluh darah. Seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darahnya diatas 140/90 mmHg (maksudnya adalah 140 mmHg tekanan sistolik dan 90 mmHg tekanan diastolik) (Yoga wati, 2013).

Hipertensi dalam kehamilan dapat menjadi tanda awal preeklamsia (PE), kondisi yang cukup serius dalam kehamilan dan masa nifas. Hipertensi merupakan penyebab kedua terbesar kematian. Angka kematian ibu dan bayi dapat diturunkan jika hipertensi dalam kehamilan dapat dikendalikan dan ditangani lebih awal (Bawazier, 2008).

b. Klasifikasi

1. Hipertensi kronik

Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali di diagnosa setelah usia kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampe 12 minggu pasca persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Penatalaksanaan hipertensi kronik dapat dibedakan berdasarkan tingkatan hipertensi. Hipertensi kronik ringan, keadaan ini di defenisikan sebagai tekanan darah sistolik < 160 mmHg dan diastolik < 110 mmHg. Ibu yang menderita hipertensi kronik ringan cenderung tidak memerlukan hospitalisasi antenatal dan dapat dirawat di komunitas oleh bidan dan dokter. Kondisi ibu harus dipantau dengan cermat untuk mengidentifikasi jika terjadi preeklamsia. Hipertensi kronik berat tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg. Idealnya, ibu harus dirawat oleh tim obstetri dan dokter. Ibu dianjurkan melakukan pemeriksaan antenatal dengan sering untuk memantau kondisinya (Prawirohardjo, 2010).

Hipertensi kronik dapat terjadi pada ibu hamil relatif tua diatas 30 tahun, multipara, gangguan obat hipertensi sebelum kehamilan dan tekanan darah tinggi. Dampak pada ibu dapat terjadi solusio plasenta dan superimposed preeklamsia. Dampak pada janin dapat terjadi IUGR (Intra Uteri Growth Restriction) karena perfusi utero plasenta, sehingga terjadi *insufisiensi* plasenta dan dapat terjadi persalinan preterm (Manuaba, 2008).

2. Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalinan atau kematian dengan tanda-tanda preeklamsia tetapi tanpa proteinuria (Prawirohardjo, 2010).

3. Preeklamsia-eklamsia

a. Preeklamsia

Preeklamsia adalah hipertensi pada kehamilan yang timbul setelah 20 minggu kehamilan dan ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam (Prawirohardjo, 2010).

Pencegahan preeklamsia ini dapat dilakukan dengan upaya untuk mencegah preeklamsia pada perempuan hamil yang memiliki resiko preeklamsia. Pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

1. Pencegahan non medikal

Merupakan pencegahan dengan baik memberikan obat, cara paling sederhana adalah dengan tirah baring. Kemudian diet ditambah dengan suplemen yang mengandung minyak ikan yang kaya akan asam lemak tidak jenuh, misal: omega-3 PUFA, antioksidan : vitamin C, E dan lain sebagainya.

2. Pencegahan dengan medikal

Merupakan pemberian deuretik tidak terbukti mencegah terjadinya hipertensi bahkan memperberat terjadinya hipovolemia. Pemberian kalsium : 1500-2000 mg/hari, selain itu dapat pula diberikan zinc 200 mg/hari, magnesium 365 mg/hari. Obat trombotik yang dianggap dapat mencegah preeklamsia adalah aspirin dosis rendah rata-rata < 100 mg/hari atau dipridamole dan dapat juga diberikan obat antioksidan misalnya vitamin C dan vitamin E.

b. Eklamsia

Eklamsia merupakan kelainan akut pada wanita hamil, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma. Sama halnya dengan preeklamsia, eklamsia dapat timbul pada ante, intra, dan postpartum. Eklamsia postpartum umumnya hanya terjadi pada waktu 24 jam pertama setelah persalinan.

Eklamsia didefinisikan sebagai kejang yang disertai tanda gejala preeklamsia. Peningkatan tekanan darah yang drastis, berkurangnya saluran urin akibat *vassospasme* akut, peningkatan proteinuria, sakit kepala, persisten dan biasanya terletak dibagian frontal, mengantuk atau konfusi akibat edema serebral, gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur atau *flashig light* akibat edema retina, nyeri epigastrik yang menunjukkan edema hati atau kerusakan fungsi hati, serta mual dan muntah. Komplikasi yang terjadi pada eklamsia meliputi : solusio plasenta (abrupsi), trombosis atau perdarahan otak, kematian perinatal (10-30%), koagulasi intravascular diseminata, anemia hemolitik

mikroangiopatik, nekrosis korteks ginjal, nekrosis tubular ginjal, gagal hepar dengan nekrosis periportal, ruptur hepatic, gagal jantung, edema paru dan kematian ibu (Prawirohardjo, 2010).

4. Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia

Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia adalah hipertensi kronik disertai dengan preeklamsia atau hipertensi kronik dengan proteinuria. Hipertensi yang didapatkan sebelum kehamilan ≤ 20 minggu dan berkeanjutan sampai 6 minggu pasca partus dengan tanda preeklamsia dengan tanda-tanda tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, berat badan naik, sesak nafas, nyeri epigastrium, protein urin (+) dan edema (Prawirohardjo, 2010).

c. **Penyebab hipertensi dalam kehamilan**

Menurut Priyono (2017), ada beberapa penyebab hipertensi yang sering terjadi pada ibu hamil, diantaranya adalah :

1) Hamil di usia tua (diatas 35 tahun)

Seorang wanita yang hamil diusia 35 tahun rentan mengalami gangguan kesehatan, seperti mengalami keguguran, resiko mayi lahir cacat dan prematur selain itu, ibu hamil di usia tua juga meningkatkan resiko hipertensi. Hal ini dikarenakan berkurangnya kadar kalsium dalam tubuh.

2) Obesitas

Ibu hamil dengan kondisi obesitas juga berbahaya. Ketika seseorang mengalami kegemukan terdapat timbunan lemak dalam pembuluh darahnya. Apabila lemak ini menumpuk secara terus menerus, maka dinding pembuluh pembuluharteri akan menyempit sehingga aliran darah ke jantung menjadi terganggu dan berkurang. Hal ini menyebabkan jantung memompa darah

lebih keras. Sirkulasi darah menjadi cepat hingga meningkatkan resiko tekanan darah tinggi.

3) Mengonsumsi garam berlebih

Salah satu kunci agar kehamilan bisa sehat adalah mengurangi konsumsi garam. Bumbu dapur berwarna putih ini bila dikonsumsi berlebihan bisa meningkatkan volume darah dan membuat alirannya menjadi lebih cepat. Hal ini tentunya akan memperbesar resiko tekanan darah di pembuluh arteri atau yang biasa disebut hipertensi.

4) Memiliki riwayat hipertensi kronik

Umumnya seorang yang mengalami peningkatan tekanan darah cenderung mengidap hipertensi ketika hamil. Kondisi ini bisa dihindari dengan menerapkan gaya hidup yang sehat.

5) Kurangnya asupan gizi/nutrisi

Sangat penting bagi ibu hamil untuk meningkatkan asupan nutrisi makanan. Sebab kekurangan nutrisi bisa membuat kesehatan ibu terganggu dan janin menjadi lemah. Salah satu akibat yang bisa terjadi adalah hipertensi. Ibu disarankan untuk memperbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan, guna mencegah hipertensi.

6) Mengonsumsi alkohol dan merokok

Mengonsumsi alkohol membuat darah menjadi kental dan asam sehingga darah sulit dialihkan ke jantung apabila jantung kekurangan suplai darah, dapat membuat tekanan darah semakin meningkat. Begitu juga dengan merokok, salah satu racun yang dapat membunuh tubuh secara perlahan-lahan. Di dalam rokok terdapat banyak sekali zat yang berbahaya, apabila

sudah masuk kedalam tubuh bisa menyebabkan pengentalan darah serta meningkatkan denyut jantung dalam memompa darah. Kondisi ini akan berimbas pada terjadinya hipertensi pada ibu hamil.

3. Hipertensi gestasional

a. Pengertian

Hipertensi gestasional atau hipertensi transien adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklampsia tetapi tanpa proteinuria. Wanita dengan peningkatan tekanan darah yang dideteksi pertama kali setelah pertengahan kehamilan, tanpa proteinuria, diklasifikasikan menjadi hipertensi gestasional. Jika preeklampsia tidak terjadi selama kehamilan dan tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu postpartum, diagnosis *transient hypertension* dalam kehamilan dapat ditegakkan. Namun, jika tekanan darah menetap setelah postpartum, wanita tersebut didiagnosis menjadi hipertensi kronik (NHBPEP, 2000). Hipertensi gestasional dan preeklampsia meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan seperti berat lahir bayi yang rendah dan kelahiran premature.

b. Epidemiologi

Insiden : hipertensi gestasional adalah penyebab utama hipertensi dalam kehamilan yang menyerang 6-7% ibu primigravida dan 2-4% ibu multigravida. Insiden ini meningkat pada kehamilan ganda dan riwayat preeklampsia.

c. Klasifikasi

1. Hipertensi Gestasional Ringan: jika usia kehamilan setelah 37 minggu, hasil kehamilan sama atau lebih baik dari pasien normotensif, namun peningkatan kejadian induksi persalinan dan operasi caesar terjadi.
2. Hipertensi Gestasional Berat: pasien ini memiliki tingkat yang lebih tinggi morbiditas ibu atau janin, lebih tinggi bahkan dibandingkan pasien preeklampsia ringan, kasus ini termasuk plasenta dan kelahiran prematur dengan kecil untuk usia gestasional normal.

d. Patofisiologi Hipertensi Gestasional

Penyebab hipertensi gestasional meskipun sebab utama dari hipertensi dalam kehamilan belum jelas, tampaknya terjadi reaksi penolakan imunologik ibu terhadap kehamilan di mana janin dianggap sebagai hostile tissue graft reaction dimana “Reaksi penolakan imunologik dapat menimbulkan gangguan yang lebih banyak pada tubuh wanita hamil dibanding akibat tingginya tekanan darah, yaitu perubahan kimia total pada reaksi yang tidak dapat diadaptasi yang dapat menyebabkan kejang dan kematian pada wanita hamil”.

Banyak teori telah mengemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satupun teori tersebut yang dianggap mutlak benar. Teori-teori yang sekarang banyak dianut adalah :

1) Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relative mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta.

2) Teori iskemia plasenta, radikal bebas, dan disfungsi endotel

a) Iskemia plasenta dan pembentukan oksidan/radikal bebas

Sebagaimana dijelaskan pada teori invasi trofoblas, pada hipertensi dalam kehamilan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, dengan akibat plasenta mengalami iskemia. Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan (disebut juga radikal bebas). Oksidan atau radikal bebas adalah senyawa penerima electron atau atom/molekul yang mempunyai electron yang tidak berpasangan. Salah satu oksidan penting yang dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksil yang sangat toksis, khususnya terhadap membran sel endotel pembuluh darah. Sebenarnya produksi oksidan pada manusia adalah suatu proses normal, karena oksidan memang dibutuhkan untuk perlindungan tubuh. Adanya radikal hidroksil dalam darah, maka dulu hipertensi dalam kehamilan disebut “toxaemia”. Radikal hidroksil akan merusak membrane sel, yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak selain akan merusak membrane sel, juga akan merusak nucleus, dan protein sel endotel. Produksi

oksidan (radikal bebas) dalam tubuh yang bersifat toksis, selalu diimbangi dengan produksi anti oksidan.

b) Peroksida lemak sebagai oksidan pada hipertensi dalam kehamilan

Pada hipertensi dalam kehamilan telah terbukti bahwa kadar oksidan, khususnya peroksida lemak meningkat, sedangkan antioksidan, missal vitamin E pada hipertensi dalam kehamilan menurun, sehingga terjadi dominasi kadar oksidan peroksida lemak yang relative tinggi. Perksidan lemak sebagai oksidan/radikal bebas yang sangat toksis ini akan beredar disuruh tubuh daam aliran darah dan akan merusak membran sel endotel. Membran sel endotel lebih mudah mengalami kerusakan oleh peroksida lemak, karena letaknya langsung berhubungan dengan aliran darah dan mengandung banyak asam lemak tidak jenuh. Asam lemak tidak jenuh sangat rentan terhadap oksidan radikal hidroksil, yang akan berubah menjadi peroksida lemak.

c) Disfungsi sel endotel

Akibat sel endotel terpapar terhadap peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membran sel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut disfungsi endotel.

3) Teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin

Pada plasenta hipertensi dalam kehamilan, terjadi penurunan ekspresi HLA-G. Berkurangnya HLA-G di desidua daerah plasenta, menghambat invasi

trofoblas ke dalam desidua. Invasi trofoblas sangat penting agar jaringan desidua menjadi lunak, dan gembur sehingga memudahkan terjadinya reaksi inflamasi.

4) Teori adaptasi kardiovaskular

Pada hipertensi dalam kehamilan kehilangan daya refrakter terhadap bahan vasokonstriktor, dan ternyata terjadi peningkatan kepekaan terhadap bahan-bahan vasopresor. Artinya daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang sehinggapembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan-bahan vasopresor pada hipertensi dalam kehamilan sudah terjadi pada trimester I (pertama). Peningkatan kepekaan pada kehamilan yang akan menjadi hipertensi dalam kehamilan, sudah dapat ditemukan pada kehamilan dua puluh minggu. Fakta ini dapat dipakai sebagai prediksi akan terjadinya hipertensi dalam kehamilan

5) Teori defisiensi gizi

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penelitian yang penting yang pernah dilakukan di Inggris ialah penelitian tentang pengaruh diet pada preeklampsia beberapa waktu sebelum pecahnya Perang Dunia ke II. Suasana serba sulit mendapat gizi yang cukup dalam persiapan perang menimbulkan kenaikan insiden hipertensi dalam kehamilan. Penelitian terakhir membuktikan bahwa konsumsi minyak ikan, termaksud minyak hati halibut dapat mengurangi risiko preeklampsia.

6) Teori inflamasi

Teori ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Pada kehamilan

normal, jumlah debris trofoblas masih dalam batas wajar, sehingga reaksi inflamasi juga masih dalam batas normal. Berbeda dengan proses apoptosis pada preeklampsia, dimana ada preeklampsia terjadi peningkatan stres oksidatif, sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat. Makin banyak sel trofoblas plasenta, misalnya pada plasenta besar, pada hamil ganda, maka reaksi stress oksidatif kan sangat meningkat, sehingga jumlah sisa debris trofobls juga makin meningkat. Keadaan ini menimbulkan beban reaksi inflamasi dalam darah ibu menjadi jauh lebih besar, dibanding reaksi inflamsi pada kehamilan normal. Respons inflamasi ini akan mengaktifasi sel endotel, dan sel-sel makrofag/granulosit, yang lebih besar pula, sehingga terjadi reaksi sistemik inflamasi yang menimbulkan gejala-gejala pada preeklampsia pada ibu

e. Diagnosis

Diagnosa HG ditegakkan apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg pada usia kehamilan >20 minggu, dimana sebelum kehamilan tekanan darah subyek tersebut normal dan tekanan darah kembali normal pada 12 minggu setelah melahirkan.

Alogaritma dalam membedakan penyakit hipertensi dalam kehamilan (Wagner, 2004).

Diagnosis Hipertensi Gestasional:

- 1) Didapatkan tekanan darah sistolik 140 atau diastolik 90 mm Hg untuk
- 2) pertama kalinya pada kehamilan di atas 20 minggu
- 3) Tidak ada proteinuria
- 4) Tekanan darah kembali normal sebelum 12 minggu postpartum
- 5) Diagnosis hanya dibuat pada postpartum

- 6) Mungkin memiliki tanda-tanda atau gejala preeklampsia, misalnya, tidak
- 7) nyaman atau trombositopenia epigastrika.

Pada waktu pertama kali diagnosis:

- 1) Pemeriksaan perkiraan pertumbuhan janin dan volume air ketubannya. Bila hasil normal dilakukan pemeriksaan ulang, bila terjadi perubahan pada ibu.
- 2) NST harus dilakukan pada waktu diagnosis awal. Bila NST non reaktif dan desakan darah tidak meningkat, maka NST ulang hanya dilakukan bila ada perubahan pada ibu.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi gestasional perlu dilakukan dengan tujuan untuk mencegah jangan sampai berlanjut menjadi eklamsia yang akan menimbulkan kelainan serius pada ibu dan mengganggu kehidupan serta kesehatan janin dalam rahim. Bila didapatkan hipertensi dalam kehamilan sebaiknya segera dipondokkan saja dirumah sakit dan diberikan istirahat total. Istirahat total akan menyebabkan peningkatan aliran darah renal dan utero placental. Peningkatan aliran darah renal akan meningkatkan diuresis (keluarnya air seni), menurunkan berat badan dan mengurangnya oedema. Pada prinsipnya penatalaksanaan hipertensi ditujukan untuk mencegah terjadinya eklamsia, monitoring unit feto-placental, mengobati hipertensi dan melahirkan janin dengan baik.

Adapun penatalaksanaannya antara lain :

1) Deteksi Prenatal Dini

Waktu pemeriksaan pranatal dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, kemudian setiap 2 minggu hingga usia kehamilan 36 minggu, setelah itu setiap minggu.

2) Penatalaksanaan Di Rumah Sakit

Evaluasi sistematis yang dilakukan mencakup :

- a) Pemeriksaan terinci diikuti oleh pemantauan setiap hari untuk mencari temuan-temuan klinis seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, dan penambahan berat yang pesat.
- b) Berat badan saat masuk
- c) Analisis untuk proteinuria saat masuk dan kemudian paling tidak setiap 2 hari
- d) Pengukuran tekanan darah dalam posisi duduk setiap 4 jam kecuali antara tengah malam dan pagi hari
- e) Pengukuran kreatinin plasma atau serum, hematokrit, trombosit, dan enzim hati dalam serum, dan frekuensi yang ditentukan oleh keparahan hipertensi
- f) Evaluasi terhadap ukuran janin dan volume cairan amnion baik secara klinis maupun USG
- g) Terminasi kehamilan

Pada hipertensi sedang atau berat yang tidak membaik setelah rawat inap biasanya dianjurkan kelahiran janin demi kesejahteraan ibu dan janin. Persalinan sebaiknya diinduksi dengan oksitosin intravena. Apabila

tampaknya induksi persalinan hampir pasti gagal atau upaya induksi gagal, diindikasikan seksio sesaria untuk kasus-kasus yang lebih parah.

3) Terapi Obat Antihipertens

Pemakaian obat antihipertensi sebagai upaya memperlama kehamilan atau memodifikasi prognosis perinatal pada kehamilan dengan penyulit hipertensi dalam berbagai tipe dan keparahan telah lama menjadi perhatian.

4) Penundaan Pelahiran Pada Hipertensi Berat

Wanita dengan hiperetensi berat biasanya harus segera menjalani pelahiran. Pada tahun-tahun terakhir, berbagai penelitian diseluruh dunia menganjurkan pendekatan yang berbeda dalam penatalaksanaan wanita dengan hiperetensi berat yang jauh dari aterm. Pendekatan ini menganjurkan penatalaksanaan konservatif atau “menunggu” terhadap kelompok tertentu wanita dengan tujuan memperbaiki prognosis janin tanpa mengurangi keselamatan ibu.

g. Kiat menurunkan tekanan darah pada hipertensi gestasional

1) Turunkan Kelebihan Berat Badan.

Diantara semua faktor resiko yang dapat dikendalikan, berat badan adalah salah satu yang paling erat kaitannya dengan hipertensi. Dibandingkan dengan orang yang kurus, orang yang gemuk (kelebihan berat badan) lebih besar peluangnya terkena hipertensi (Kuspuji, 2001).

2) Olahraga

Olahraga sangat bermanfaat bagi kesehatan kardiovaskuler. Gerak fisik hingga taraf tertentu dibutuhkan tubuh untuk menjaga mekanisme pengatur tekanan darah agar tetap bekerja sebagaimana mestinya. Olahraga yang

disarankan untuk ibu hamil seperti senam hamil, renang, atau gerakan statis (seperti berjalan kaki).

3) Diet

a) Mengurangi asupan garam Seperti kasus hipertensi pada umumnya, pada penderita hipertensi gestasional pengurangan asupan garam dapat menurunkan tekanan darah secara nyata. Umumnya kita mengkonsumsi garam lebih banyak garam daripada yang dibutuhkan oleh tubuh. Idealnya, kita cukup menggunakan sekitar satu sendok teh saja atau sekitar 5 gram garam per hari.

b) Memperbanyak serat Mengkonsumsi lebih banyak serat atau makanan rumahan yang mengandung banyak serat akan memperlancar buang air besar dan menahan sebagian natrium. Sebaiknya ibu hamil yang mengalami hipertensi menghindari makanan kalengan dan makanan siap saji dari restoran, yang dikuatirkan mengandung banyak pengawet dan kurang serat. Dari penelitian ditemukan bahwa dengan mengkonsumsi 7 gram serat per hari dapat membantu menurunkan tekanan darah sistolik sebanyak 5 poin. Serat pun mudah didapat dalam makanan, misalnya semangkuk sereal mengandung sekitar 7 gram serat.

c) Memperbanyak asupan kalium

Penelitian menunjukkan bahwa dengan mengkonsumsi 3500 miligram kalium dapat membantu mengatasi kelebihan natrium, sehingga dengan volume darah yang ideal dapat dicapai kembali tekanan yang normal. Kalium bekerja mengusir natrium dan senyawanya. Sehingga lebih mudah dikeluarkan. Sumber kalium mudah didapatkan dari asupan makanan

sehari-hari. Misalnya, sebutir kentang rebus mengandung 838 miligram sehingga 4 butir kentang (3352 miligram) akan mendekati kebutuhan tersebut. Atau dengan semangkuk bayam yang mengandung 800 miligram kalium cukup ditambahkan tiga butir kentang. Banyak jenis buah yang juga dapat menurunkan tekanan darah salah satunya pisang merupakan sumber zat potasium yang dapat membantu menurunkan tekanan darah dan mengurangi pembekuan cairan dalam tubuh. Selain pada buah pisang potasium juga bisa ditemui pada kismis, yogurt, bit, Brussels sprout (sejenis kubis), alpukat, dan jeruk.

d) Penuhi kebutuhan magnesium

Ditemukan antara rendahnya asupan magnesium dengan hipertensi. Tetapi belum dapat dipastikan berapa banyak magnesium yang dibutuhkan untuk mengatasi hipertensi. Kebutuhan magnesium menurut kecukupan gizi yang dianjurkan atau RDA (Recommended Dietary Allowance) adalah sekitar 350 miligram. Kekurangan asupan magnesium terjadi dengan semakin banyaknya makanan olahan yang dikonsumsi. Sumber makanan yang kaya magnesium antara lain kacang tanah, kacang polong, dan makanan laut. Kandungan asam lemak omega 3 dalam ikan dapat membantu melancarkan aliran darah dan melindungi dari efek tekanan darah tinggi serta mengurangi peradangan. Saat mengkonsumsi ikan hindari jenis ikan yang mengandung kadar merkuri tinggi seperti tuna, swordfish (ikan cucut), makarel, ikan halibut, serta kakap putih. Sebaliknya pilihlah ikan yang mengandung kadar merkuri rendah seperti ikan anchovies, ikan char, ikan flounder, ikan herring, ikan gindara, ikan salmon, dan ikan sturgeon.

e) Lengkapi kebutuhan kalsium 800 miligram kalsium per hari (setara dengan tiga gelas susu) sudah lebih dari cukup untuk memberikan pengaruh terhadap penurunan tekanan darah.

4) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan, kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat rileks otot-otot di dalam tubuh. Teknik relaksasi dapat dilakukan dalam hipnobirthing, dimana dalam relaksasi ibu hamil duduk dengan tenang, pikiran fokus, tidak menatap cahaya langsung kemudian ibu hamil dibimbing untuk melakukan relaksasi pada kelompok otot-otot secara bertahap sampai ke seluruh bagian tubuh (Mansjoer, 2001).

B. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi :

1. Kewenangan Normal

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

2. Kewenangan dalam menjalankan program pemerintah.
3. Kewenangan bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter.

Kewenangan normal adalah kewenangan yang dimiliki oleh seluruh bidan.

Kewenangan ini meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Ibu

Ruang Lingkup :

- 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil
- 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
- 3) Pelayanan persalinan normal
- 4) Pelayanan ibu nifas normal
- 5) Pelayanan ibu menyusui
- 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

Kewenangan :

- 1) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- 2) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan.
- 3) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
- 4) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas fasilitas/ bimbingan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan promosi Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif.
- 5) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan post partum.
- 6) Penyuluhan dan konseling
- 7) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- 8) Pemberian surat keterangan kematian

- 9) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

b. Pelayanan Kesehatan Anak

Ruang Lingkup :

- 1) Pelayanan bayi baru lahir
- 2) Pelayanan bayi
- 3) Pelayanan anak balita
- 4) Pelayanan anak pra sekolah

Kewenangan :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), injeksi vitamin K1.
- 2) Perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat.
- 3) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan pemberian imunisasi rutin sesuai dengan program pemerintah pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah.
- 5) Pemberian konseling dan penyuluhan.
- 6) Pemberian surat keterangan kelahiran.
- 7) Pemberian surat keterangan kematian.

c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan

Kewenangan :

- 1) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- 2) Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

Selain kewenangan normal sebagaimana di atas khusus yang menjalankan Program Pemerintah mendapat kewenangan tambahan untuk melakukan pelayanan kesehatan yang meliputi :

- 1) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.
- 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu (dilakukan di bawah supervisi Dokter).
- 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan.
- 4) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak, usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan.
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan pra sekolah dan anak sekolah.
- 6) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
- 8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi.
- 9) Pelayanan Kesehatan Lain yang Merupakan Program Pemerintah

Khusus untuk pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) dan penyakit lainnya, serta pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), hanya dapat dilakukan oleh bidan yang telah mendapat pelatihan untuk pelayanan tersebut selain itu, khusus di daerah (Kecamatan atau Kelurahan/Desa) yang belum ada dokter, bidan juga diberikan kewenangan sementara untuk diberikan kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan di luar kewenangan normal, dengan syarat telah ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Kewenangan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan di luar kewenangan normal tersebut dan berakhir dan tidak berlaku lagi jika di daerah tersebut sudah terdapat tenaga dokter (Depkes, 2013).

C. Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi

1. Manajemen Kebidanan Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Amellia, 2019).

Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama, dilakukan pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau cacatan sebelumnya dan data laboratorium, serta perbandingannya dengan hasil studi. Semua informasi yang akurat dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Jika klien memiliki komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, dapat terjadi langkah pertama tumpang tindih dengan langkah V dan VI (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena yang diperlukan didapat dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang bidan perlu manajemen dari langkah IV untuk mendapat data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

b. Interpretasi Data

Interpretasi data dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terfikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah.

c. Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Identifikasi diagnosis atau masalah potensial dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis yang sudah didefinisikan. Langkah

ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu membutuhkan tindakan segera.

d. Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.

e. Perencanaan

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

f. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

g. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komperhensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisis atau kebutuhan klien.

2. Dokumentasi SOAP

SOAP merupakan urutan yang dapat membantu mengorganisasi fikiran dan memberi asuhan yang menyeluruh. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Seorang bidan hendak menggunakan SOAP setiap kali mengkaji pasien. Selama masa antefartum bidan dapat menulis satu catatan SOAP untuk setiap kali kunjungan, sementara dalama masa itrapartum bidan boleh menulis lebih dari satu catatan untuk satu pasien dalam satu hari. Bidan juga harus memiliki catatan SOAP terdahulu bila merawat seseorang klien untuk mengevaluasi kondisinya yang sekarang. Sebagai peserta didik, bidan akan mendapat lebih banyak pengalaman dan urutan SOAP akan terjadi secara alamiah (Amellia, 2019).

Telah dibahas sebelumnya bahwa alur berfikir saat menghadapi pasien meliputi 7 langkah. Agar orang lain dapat mengetahui apa yang dilakukan oleh orang seorang bidan melalui proses berfikir sistematis dan kritis, maka hasil asuhan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu :

a. Subjektif

Subjek adalah pendokumentasian yang termasuk subjektif yaitu menggambarkan hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah satu menurut Varney.

b. Objektif

Pendokumentasian yang termasuk objektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien, hasil laboratorium, juga hasil tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah satu Varney.

c. Asesmen

Pendokumentasian yang termasuk asesmen yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi, baik itu diagnosis atau masalah, antisipasi diagnosis atau masalah konvensional. Selain itu, juga memuat identifikasi mengenai perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi, atau rujukan sebagai langkah II, III, IV menurut Varney.

d. Pleaning

Pendokumentasian termasuk pleaning menggambarkan pendokumentasian dari tindakan 1 dan evaluasi perencanaan berdasarkan asesmen sebagai langkah 5, 6, 7 menurut Varney. Beberapa alasan penggunaan metode SOAP dalam pendokumentasian adalah karena pembuatan grafik metode SOAP merupakan perkembangan sistematis yang mengorganisasi penemuan serta pendapat seorang bidan menjadi suatu

rencana. Selain itu, metode ini juga merupakan intisari dari proses pelaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan.



BAB III
TINJAUAN PUSTAKA

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL (Ny. D G1 P0
A0 UMUR 24 TAHUN HAMIL 21 MINGGU DENGAN HIPERTENSI
GESTASIONAL DI PMB SAHARA SIREGAR**

I. PENGUMPULAN DATA

A. Identitas/Biodata

Nama	: Ny.D	Nama suami	: Tn.T
Umur	: 24 Tahun	Umur	: 26 Tahun
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sitamiang	Alamat	: Sitamiang
No.Hp	: -	No.Hp	: -

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

Pada Tanggal : 18 desember 2019 Pukul : 10.00 WIB

1. Alasan kunjungan saat ini : Konsultasi kehamilannya
2. Keluhan-keluhan : pusing, tengkuk terasa pegal dan susah tidur pada malam hari
3. Riwayat menstruasi
 - a. Haid pertama : 11 Tahun
 - b. Siklus : 28 hari

- c. Banyaknya : 2x ganti duk
- d. Dismenorea : Ada
- e. Teratur / tidak : Teratur
- f. Lamanya : 7 hari
- g. Sifat darah : Encer

4. Riwayat Kehamilan Persalinan, dan Nifas yang lalu

No	Tanggal lahir	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi		Peningkatan	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		B	P	Keadaan	Laktasi	Kelainan
	H	A	M	I	L		I	N	I			

5. Riwayat kehamilan ini

- a. HPHT : 07-07-2019
- b. Taksiran persalinan : 14-04-2020
- c. Keluhan-keluhan pada : Trimester I : Mual dan muntah
- Trimester II : Mudah lelah, kepala sering pusing
- Trimester III : Tidak ada
- d. Pergerakan anak pertama kali : Usia kehamilan 20 minggu
- e. Pergerakan anak 24 jam terakhir :
- < 10 kali 10-20 kali > 20 kali

Keluhan-keluhan yang dirasakan (Bila ada jelaskan) :

- 1) Rasa lelah : Ada
- 2) Mual dan muntah : Ada
- 3) Nyeri perut : Tidak ada

- 4) Panas ,menggigil : Tidak ada
- 5) Sakit kepala berat / terus menerus : Tidak ada
- 6) Penglihatan kabur : Tidak ada
- 7) Rasa nyeri / panas waktu BAK : Tidak ada
- 8) Rasa gatal pada vulva : Tidak ada
- 9) Pengeluaran cairan pervagina : Tidak ada
- 10) Nyeri kemerahan,tegang pada tungkai : Tidak ada
- 11) Odema : Tidak ada
- f. Obat yang dikonsumsi : Tidak ada
- g. Kekhawatiran yang khusus : Ada
- h. Pola eliminasi
 - 1) BAK : Frekuensi : 4-5x/hari Warna : Kuning
 - 2) BAB : Frekuensi : 2x/ hari Warna : kuning
- i. Pola aktivitas sehari-hari
 - 1) Pola istirahat dan tidur : siang 2 jam, malam 8 jam
 - 2) Seksualitas : 2 kali seminggu
 - 3) Imunisasi TT 1 Tanggal : Belum dilakukan
TT 2 Tanggal : Belum dilakukan
 - 4) Kontrasepsi yang digunakan :Tidak menggunakan alat
kontrasepsi

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita
- a. Penyakit Jantung : Tidak ada
 - b. Penyakit Ginjal : Tidak ada
 - c. Penyakit Asma / TBC paru : Tidak ada
 - d. Penyakit Hepatitis : Tidak ada
 - e. Penyakit DM : Tidak ada
 - f. Penyakit Hypertensi : Tidak ada
 - g. Penyakit Epilepsi : Tidak ada
 - h. Lain-lain : Tidak ada
7. Riwayat penyakit keluarga
- a. Jantung : Tidak ada
 - b. Hipertensi : Tidak ada
 - c. DM : Tidak ada
 - d. Gameli : Tidak ada
 - e. Lain-lain : Tidak ada
8. Riwayat sosial dan ekonomi
- a. Status perkawinan : Sah
 - b. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Baik
 - c. Dukungan suami / keluarga terhadap kehamilan : Ada
 - d. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
 - e. Pola makan dan minum
 - 1) Makanan sehari hari ,frekuensi: 3 kali sehari banyaknya 1 porsi
 - 2) Jenis makanan : Nasi dan lauk ikan asin
 - 3) Perubahan makan yang dialami : Nafsu makan berkurang

- 4) Minum air putih : 8 gelas sehari
- f. Kebiasaan merokok : Tidak ada
- g. Minuman keras : Tidak ada
- h. Kegiatan sehari hari : Pekerjaan IRT
- i. Mengonsumsi obat terlarang : Tidak ada
- j. Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk menolong persalinan : Klinik bidan

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)

- 1. Status emosional : Stabil
- 2. Kesadaran : Composmentis
- 3. Pemeriksaan fisik :
 - a. BB : 50 kg
 - b. BB : sebelum hamil 48 kg
 - c. TB : 158 cm
 - d. LILA : 26 cm
- 4. Tanda vital :
 - a. Tekanan Darah : 140/90mmHg
 - b. Pernapasan : 24x/menit
 - c. Nadi : 79x/menit
 - d. Suhu : 36,5⁰c
- 5. Kepala
 - a. Kulit kepala : Bersih, tidak ada ketombe
 - b. Distribusi rambut : Merata, tidak rontok
- 6. Wajah

- a. Odema : Tidak ada
 - b. Closma gravidarum : Tidak ada
 - c. Pucat : Iya
7. Mata
- a. Conjunctiva : Tidak anemis (Merah muda)
 - b. Skelera : Tidak ikterik (putih)
 - c. Odem palpebra : Tidak ada
8. Hidung
- a. Polip : Tidak ada
 - b. Pengeluaran : Tidak ada
9. Mulut
- a. Lidah : Bersih
 - b. Stomatitis : Tidak ada
 - c. Gigi : Bersih tidak ada caries
 - d. Epulis pada gusi : Tidak ada
 - e. Tonsil : Tidak meradang
 - f. Pharynk : Tidak meradang
10. Telinga
- a. Serumen : Tidak ada
 - b. Pengeluaran : Tidak ada
11. Leher
- a. Luka bekas operasi : Tidak ada
 - b. Kelenjar tiroid : Tidak ada
 - c. Pembuluh limfe : Tidak ada

12. Dada

- a. Mammae : Simetris
- b. Areola mammae : Kecoklatan
- c. Putting susu : Menonjol
- d. Benjolan : Tidak ada
- e. Pengeluaran : Tidak ada

13. Aksila

- a. Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada

14. Abdomen

- a. Pembesaran : Simetris
- b. Linea : Alba
- c. Striae : Lividae
- d. Bekas luka operasi : Tidak ada
- e. Pergerakan : Ada

Pemeriksaan khusus kebidanan

- a. Leopold I : TFU 19 cm atau tiga jari diatas pusat, terasa lunak dan bulat (bokong)
- b. Leopold II: Bagian kiri terasa keras dan memapan (punggung) dan bagian kanan terasa ada tonjolan dan bagian kecil (ekstremitas)
- c. Leopold III: Bagian terbawah terdapat bulat keras melenting (kepala)
- d. Leopold IV : Belum masuk PAP (konvergen)

15. Genitalia

a. Vulva

1) Pengeluaran : Tidak ada

2) Varices : Tidak ada

b. Perineum

1) Bekas luka parut : Tidak ada

2) Lain-lain, jelaskan : Tidak ada

16. Pinggang (periksa ketuk : costa –vertebra –angel –tendernes : CVAT)

a. Nyeri : Negatif (-)

17. Ekstremitas

a. Odem pada tangan /jari : Tidak ada

b. Odem ekstremitas bawah : Tidak ada

c. Varises : Tidak ada

d. Refleks vatella : Kanan (+) kiri (+)

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Hb : Tidak dilakukan

2. Protein : Dilakukan

Hasilnya : Protein urine (-)

3. Glukosa urine : Tidak dilakukan

4. Dan lain- lain : Tidak dilakukan

II. Interpretasi Data

Diagnosa kebidanan :

Ny. D G1 P0 A0 umur 24 tahun, usia kehamilan 21 minggu dengan Hipertensi gestasional.

Data dasar :

a. Data subjektif

1. Ibu mengatakan ini kehamilan pertama.
2. Ibu mengatakan umurnya 24 tahun.
3. Ibu mengatakan HPHT nya 07-07-2019
4. Ibu mengatakan mudah lelah, kepala sering pusing, dan sulit tidur di malam hari.

b. Data objektif

1. Keadaan umum ibu baik.
2. Kesadaran compas mentis.
3. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5 °c.
4. Pemeriksaan urine telah dilakukan dan hasilnya negatif (-)

c. Masalah :

Ibu mengatakan merasa cemas karena sering merasa pusing dan khawatir terhadap kehamilannya.

d. Kebutuhan :

Memberikan dukungan emosional pada ibu dan penjelasan tentang Hipertensi Gestasional.

III. Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Masalah potensial yang dapat diidentifikasi dari kasus Ny. D adalah terjadinya Preeklamsia.

IV. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi

Kebutuhan potensial akan tindakan segera atau kolaborasi yang dapat diidentifikasi dari kasus Ny.D adalah memberikan obat antihipertensi.

V. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaannya.
2. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi gestasional.
3. Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan
4. Anjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
5. Jelaskan kepada ibu kiat menurunkan tekanan darah pada hipertensi gestasional.
6. Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine.
7. Anjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.

VI. Pelaksanaan dan Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaannya.
Tekanan Darah : 140/90, Nadi : 79 x/menit, Pernapasan : 24 x/menit, Suhu :36,5⁰ C. Hasil Leopold usia kehamilan 21 minggu, janin hidup terdengar DJJ 120 x/i, tunggal intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, konvergen, keadaan ibu dan janin baik.
2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi gestasional.

3. Menganjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan.
4. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengkonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
5. Menjelaskan kepada ibu kiat menurunkan tekanan darah pada hipertensi gestasional.
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine.
7. Menganjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.

VII. Evaluasi

1. Ibu sudah mengerti dan paham tentang hasil pemeriksaannya.
2. Pasien dan keluarga sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang tanda bahaya hipertensi gestasional.
3. Ibu bersedia untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan.
4. Ibu mengerti dan akan istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan akan mengkonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
5. Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan tentang kiat menurunkan tekanan darah pada ipertensi gestasional.
6. Ibu bersedia untuk melakukan pemeriksaan protein urine
7. Ibu bersedia untuk memeriksakan kehamilannya.

**PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL
DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI PMB SAHARA SIREGAR**

Tanggal masuk : 18-12-2019

Tanggal pengkajian : 21-12-2019

Identitas / Biodata

Nama	: Ny.D	Nama suami	: Tn.T
Umur	: 24 Tahun	Umur	: 26 Tahun
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sitamiang	Alamat	: Sitamiang
No.Hp	: -	No.Hp	: -

A. Data Subjektif

1. Ibu mengatakan ini kehamilan pertama dan umurnya 24 tahun.
2. Ibu mengatakan HPHT nya 07-07-2019
3. Ibu mengatakan mudah lelah, kepala sering pusing, dan sulit tidur di malam hari.

B. Data Objektif

1. Keadaan umum ibu baik.
2. Kesadaran compas mentis.
3. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5⁰c.
4. TTP tanggal 14-04-2020

C. Assesment

Ibu G₁P₀A₀, umur 24 tahun, hamil 21 minggu, dengan hipertensi gestasional, masalah mengatakan mudah lelah, kepala sering pusing, dan sulit tidur di malam hari.

D. Pleaning

1. Memberitahu pasien dan keluarga tentang hasil pemeriksaannya yaitu

Tekanan Darah : 140/90, Nadi : 79 x/menit, Pernapasan : 24 x/menit,
Suhu :36,5⁰C.

2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi gestasional.
3. Menganjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan.
4. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengkonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine.
6. Menganjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.

E. Matriks Data Perkembangan

TABEL 3.1 DATA PERKEMBANGAN

Tanggal	S	O	A	P
Data perkembangan I Tanggal 18 Desember 2019	<ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan pusing, tengkuk terasa pegal dan susah tidur pada malam hari Ibu mengatakan mengalami peningkatan tekanan darah pada usia kehamilan 21 minggu, TD sebelum hamil 120/80 mmHg Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, diabetes, asma. 	<ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos mentis TTV : TD:140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5 °c. Hasil Leopold usia kehamilan 21 minggu Terdengar DJJ 120 x/menit, tunggal intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, konvergen, keadaan ibu dan janin baik. 	<p>Ny. DG1P0A0 umur 24 tahun hamil dengan hipertensi gestasional</p> <p>Masalah : Ibu mengatakan merasa cemas karena sering merasa pusing dan khawatir terhadap kehamilannya.</p> <p>Kebutuhan : Memberikan dukungan emosional pada ibu dan penjelasan tentang Hipertensi Gestasional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasikan keadaan umum ibu dan vital sign ibu Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi gestasional. Menganjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih, dan mengonsumsi makanan yang mengandung gizi. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine. Menganjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.
Data Perkembangan	<ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan pusing, tengkuk terasa pegal sudah 	<ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum ibu : Baik Kesadaran : Compos 	<p>Ny. D G1P0A0 umur 24 tahun hamil dengan hipertensi gestasional</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasikan keadaan umum dan vital sign ibu Menganjurkan ibu untuk

II tanggal 19 desemb er 2019	<p>mulai berkurang</p> <p>2. Ibu mengatakan sudah istirahat dengan waktu yang mencukupi</p> <p>3. Ibu mengatakan minum air putih 7 gelas/hari dan makan 3 kali/hari</p>	<p>mentis</p> <p>3. TTV :TD :140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5⁰c.</p> <p>4. Pemeriksaan laboratorium: Protein urine : (-)</p>	<p>Masalah :</p> <p>Ibu mengatakan merasa cemas karena sering merasa pusing dan khawatir terhadap kehamilannya.</p> <p>Kebutuhan :</p> <p>1. Memberikan dukungan emosional pada ibu dan penjelasan tentang Hipertensi Gestasional.</p>	<p>menghindari makanan yang asin secara berlebihan. Mengajukan ibu istirahat yang cukup, minum air putih, dan mengonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.</p> <p>3. Mengajukan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.</p>
Data perkembangan III Tanggal 20 desemb er 2019	<p>1. Ibu mengatakan kepala pusing dan tengkuk terasa pegal sudah mulai berkurang.</p> <p>2. Ibu mengatakan sudah bisa tidur nyenyak pada malam hari.</p>	<p>1. Keadaan umum ibu : Baik</p> <p>2. Kesadaran : compos mentis</p> <p>3. TTV : TD :140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5⁰c.</p>	<p>Ny.D G1P0A0 umur 24 tahun hamil dengan hipertensi gestasional</p> <p>Masalah : Tidak ada</p> <p>Kebutuhan : Tidak ada</p>	<p>1. Mengobservasikan keadaan umum dan vital sign</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Hipertensi Gestasional di PMB Sahara Siregar pada bulan Desember 2019, maka penulis akan membahas permasalahan yang akan timbul pada kasus Hipertensi Gestasional dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilapangan. Pembahasan ini penulis akan membahas berdasarkan pendekatan manajemen asuhan kebidanan dengan tujuh langkah varney, yaitu pengumpulan data dasar, merumuskan diagnosis atau masalah aktual, merumuskan diagnosis atau masalah potensial, melaksanakan tindakan segera atau kolaborasi, merencanakan tindakan asuhan kebidanan, melakukan tindakan asuhan kebidanan, dan mengevaluasi asuhan kebidanan. Adapun pembahasan dalam bentuk narasinya adalah sebagai berikut :

A. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan pengkajian data dasar yaitu proses manajemen asuhan kebidanan yang ditujukan untuk mengumpulkan informasi baik fisik, psikososial dan spritual. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis yang meliputi biodata bertujuan untuk memperjelas identitas pasien, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan sekarang dan riwayat psikososial untuk mendapatkan informasi tentang keluhan-keluhan yang bisa dialami ibu dan kekhawatiran khusus yang muncul akibat adanya perubahan psikologis.

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital juga pemeriksaan khusus yang meliputi pemeriksaan inspeksi untuk mengamati

penampilan ibu, palpasi yaitu pemeriksaan dengan meraba. Auskultasi bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan, keadaan janin dalam kandungan.

Ny. D, usia 24 tahun, G₁P₀A₀, datang ke PMB Sahara Siregar dengan keluhan sakit kepala, tekuk terasa pegal, dan susah tidur pada malam hari. Dalam tinjauan pustaka dikemukakan hipertensi gestasional atau hipertensi transien adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklampsia tetapi tanpa proteinuria (Prawiroharjo, 1976).

Berdasarkan studi kasus pada Ny. D maka data yang diperoleh dari hasil pengkajian anamnesa pemeriksaan fisik di dapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, Tekanan darah 140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5 °c. Ekspresi wajah tampak cemas serta tidak ada odem, kedua mata tidak anemis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. HPHT tanggal 07-07-2019 dengan usia kehamilan 21 minggu, sering mengalami sakit kepala dan tengkuk terasa pegal. Berdasarkan uraian di atas terdapat persamaan antara teori dengan gejala yang timbul pada kasus hipertensi gestasional . Hal ini membuktikan bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus

B. Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah kedua dilakukan Interpretasi data dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah (Amellia, 2019).

Hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang diperoleh menunjukkan diagnosis hipertensi gestasional. Pasien datang dengan keluhan sakit kepala, tengkuk terasa pegal, dan susah tidur pada malam hari dan pemeriksaan fisik di dapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, Tekanan darah 140/90 mmHg, Pernapasan: 24x/menit, Nadi: 79x/menit, Suhu: 36,5 °c.

Hal tersebut sesuai dengan teori kasus hipertensi gestasional merupakan peningkatan tekanan darah setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu tanpa adanya proteinuria atau kelainan sistemik lainnya. Ny.D dengan diagnosis hipertensi gestasional, kehamilan 21 minggu dengan masalah sakit kepala, tengkuk terasa pegal, dan susah tidur pada malam hari.

Berdasarkan uraian di atas maka diagnosis pada kasus tersebut adalah G1P0A0, usia kehamilan 21minggu, dengan hipertensi gestasional. Secara garis besar tampak adanya persamaan antara teori dengan diagnosis yang ditegakkan sehingga memudahkan memberikan tindakan segera.

C. Langkah III : Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Identifikasi dianosis atau masalah potensial dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis yang sudah didefenisikan. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu membutuhkan tindakan segera (Amellia, 2019).

Kondisi pasien saat ini dengan sakit pada bagian kepala dan tengkuk terasa pegal. Pemeriksaan objektif yaitu tekanan darah 140/90 mmHg. Pasien berpotensi terjadi preeklamsia jika tidak segera ditangani.

Berdasarkan tinjauan pustaka manajemen kebidanan adalah mengidentifikasi adanya masalah potensial yaitu mengantisipasi segala sesuatu yang mungkin terjadi. Sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa pada kasus Ny.D dengan diagnosa hipertensi gestasional masalah potensial yang dapat terjadi adalah preeklamsia. Data yang mendukung yaitu peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg dan tanpa adanya proteinuria. Dari kasus ini terlihat ada persamaan dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

D. Langkah IV : Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan (Amellia, 2019).

Tindakan segera dan kolaborasi dilakukan berdasarkan indikasi yang memerlukan penanganan cepat dan tepat sehingga memerlukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang ahli dibidangnya, dalam kasus ini indikasi untuk dilakukannya tindakan segera yaitu memberikan obat antihipertensi yang bertujuan mengurangi sakit kepala pada ibu.

Pada kasus hipertensi gestasional memerlukan tindakan segera, dengan demikian ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan manajemen asuhan kebidanan pada kasus di tempat praktek dan ini berarti tidak ada kesenjangan.

E. Langkah V : Perencanaan

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil (Amellia, 2019).

Perencanaan penanganan pada sakit kepala dan tengkuk pegal pada ibu adalah dengan cara ibu istirahat yang cukup dan tidak mengonsumsi garam berlebihan.

Pada langkah ini penulis telah merencanakan asuhan yang menyeluruh. Rencana tindakan sudah disesuaikan dengan masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi dan antisipasi dengan adanya persetujuan dari pasien dan keluarga, rencana asuhan yang ditetapkan adalah:

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaannya.
- 2) Jelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi getasional.
- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan
- 4) Anjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
- 5) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine.
- 6) Anjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.

Perencanaan asuhan yang diberikan pada kasus ini, tidak ada terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus

F. Langkah VI :Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Amellia, 2019).

Pada asuhan pelaksanaan implementasi adalah perencanaan yang sudah dilakukan pada langkah ini maka penulis melakukan penanganan dengan:

- 1) Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaannya.

Tekanan Darah : 140/90, Nadi : 79 x/menit, Pernapasan : 24 x/menit, Suhu :36,5 ° C. Hasil Leopold usia kehamilan 21 minggu, janin hidup terdengar DJJ 120 x/i, tunggal intra uteri, punggung kiri, presentasi kepala, konvergen, keadaan ibu dan janin baik.

- 2) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tanda bahaya hipertensi gestasional.
- 3) Menganjurkan ibu untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan.
- 4) Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
- 5) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan protein urine.
- 6) Menganjurkan ibu untuk datang kembali memeriksakan kehamilannya.

G. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara

terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komperhensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisis atau kebutuhan klien (Amellia, 2019).

Asuhan kebidanan pada kasus Ny.D G1P0A0, umur 24 tahun, dengan hipertensi gestasional yang dimulLai dari pengkajian hingga pelaksanaan, keadaan yang di alami pasien semakin membaik dari hasil tindakan yang didapat bahwa masalah kebutuhan dapat diatasi dengan baik. Dapat dilihat pada pasien Ny. D yang semula mengalami sakit pada bagian kepala dan tengkuk terasa pegal, setelah diberikan asuhan kebidanan tentang cara mengatasi hal tersebut kepala ibu maka sakit kepala dan tengkuk terasa pegal yang dirasakan ibu sudah berkurang karena mendapat tindakan sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang ada.

Evaluasi sebagai berikut:

- 1) Ibu sudah mengerti dan paham tentang hasil pemeriksaannya.
- 2) Pasien dan keluarga sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang tanda bahaya hipertensi gestasional.
- 3) Ibu bersedia untuk menghindari makanan yang asin secara berlebihan.
- 4) Ibu mengerti dan akan istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan akan mengkonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
- 5) Ibu bersedia untuk melakukan pemeriksaan protein urine
- 6) Ibu bersedia untuk memeriksakan kehamilannya.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis mempelajari teori dan pengamatan langsung dari tempat praktek melalui studi kasus tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Hipertensi Gestasional di PMB Sahara Siregar, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Telah dilaksanakan pengkajian data dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar.
2. Telah dilaksanakan interpretasi data dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar.
3. Telah dilaksanakan diagnosa potensial dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar.
4. Telah dilaksanakan perlunya tindakan segera dan kolaborasi dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar.
5. Telah dilaksanakan perencanaan dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar.
6. Telah dilaksanakan rencana tindakan dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar dengan hasil yaitu semua tindakan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan seluruhnya dengan baik tanpa adanya hambatan.
7. Telah dilaksanakan evaluasi dengan tepat pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Sahara Siregar dengan hasil yaitu tidak ditemukan hal-hal yang menyimpang dari evaluasi tinjauan pustaka.

B. Saran

1. Bagi Institusi

Demi mendapatkan hasil yang baik dan memuaskan perlu penyediaan fasilitas atau alat-alat yang memadai untuk menunjang pelaksanaan tugas-tugas kebidanan dan untuk meningkatkan keterampilan bidan. Untuk pelayanan yang lebih berkualitas sesuai dengan kemajuan teknologi, sebaiknya bidan yang sudah bertugas diberi kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan.

2. Bagi Tempat Pengkajian

Bidan sebagai tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang profesional sehingga dapat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI). Oleh karena itu bidan harus meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan, melalui program pendidikan, pelatihan-pelatihan, seminar agar menjadi bidan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Penulis

Untuk mendapatkan hasil yang baik penulis harus lebih giat dalam mempelajari masalah-masalah dalam kebidanan agar dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam melaksanakan tugas sebagai bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bawazeir, A.2008.*Penyakit-penyakit pada Kehamilan*.Jakarta: IPD FKUI
- Depkes.2013. *Izin dan penyelenggaraan Praktek Bidan*. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010.
- Dinkes sumut, 2011.Profil Kesehatan Sumatera Utara
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Standar Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI)* : Kemenkes RI.
- Mansjoer, Kuspuji. dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi Ketiga: Jilid I Jakarta: Media Aesculapius.
- Manuaba IBG, dkk. 2008. *Gawat Darurat Obstetri dan Ginekologi untuk profesi bidan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba.2008.*Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*.Jakarta: ECG
- Mardina.2016. *Hipertensi Dalam Kehamilan*.Jakarta
- Nugroho, T.2012.*Patologi Kebidanan*.Yogyakarta : Nuha Medika.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prayogawati,P.2013.*Hipertensi pada kehamilan*. Diperoleh tanggal 12 Maret 2020, dikutipdari <https://putrikayogawati.wordpress.com/2013/10/10/hipertensi-pada-kehamilan-2/>
- Varney, H.2013.*Asuhan Kebidanan*. Volume 1.Edisi 4. Jakarta:ECG
- Wiknjosastro, Hanifa. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ketiga : Cetakan Ketujuh. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Jannah, N.2012.*Asuhan Kebidanan Kehamilan*.Yogyakarta: Andi Publisher
- Rukiyah, A.2010.*Asuhan Kebidanan 4 Patologi*. Jakarta: Trans Info Medika
- Sulityawati, A.2009.*Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*.Jakarta: Salemba Mendika
- Yulaikhah.2010.*Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: ECG
- Manuaba.2010.*Ilmu Kebidanan, Penyakit Kadungan & Keluarga Berencana: Jakarta: ECG*