

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPERTENSI
GESTASIONAL DI BPM MONA DURRYAH SIREGAR
KAYUOMBUN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2025**

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 Padangsidimpuan



Disusun Oleh :

CERAH DARMAYANTI ZENDATO
22020004

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM DIFLOMA TIGA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFAROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2025**

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DEGNAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI BPM MONA DURRYAH SIREGAR KAYUOMBUN DI KOTA PADANGDIDIMPUAN

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Memenuhi Persyaratan Dan Disetujui
Untuk Mengikuti Sidang LTA Program Studi Kebidanan Program
Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan
Di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Mei 2025



(Bd. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.K.M)
NUPTK. 6159766667237103

HALAMAN PENGESAHAN

Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan di kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Mei 2025

Pembimbing



(Bd. Nur Alivah Rangkuti, S.Keb, M.K.M)
NUPTK. 6159766667237103

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kebidanan
Program Sarjana Diploma Tiga

Dekan Fakultas Kesehatan



(Bd. Nur Alivah Rangkuti, S.Keb, M.K.M)
NUPTK. 6159766667237103



(Arini Ihdayah, SKM.M.Kes)
NIDN. 0118108703

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini peneliti mengatakan dalam laporan peneliti ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atas untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada perguruan tinggi lain. dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain. kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Padangsidempuan, Mei 2025

Tanda tangan



Cerah Darmayanti Zendato

NIM: 22020004

RIWAYAT PENULIS

1. Data Pribadi

Nama : Cerah Darmayanti Zendato
Nim : 22020004
Tempat/Tanggal Lahir : Tapan Nauli, 04-06-2004
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Keluarga : Anak Kandung
Alamat : Lingkungan II Siopat-opat, Kec. Angkola Selatan

2. Data Orangtua

Nama Ayah : Soarota Zendato
Nama Ibu : Melina Mendofa
Pekerjaan Ayah : Petani
Pekerjaan Ibu : IRT
Alamat : Lingkungan II Siopat-opat, Kec Angkola Selatan

3. Riwayat Pendidikan

Tahun 2010-2016 : SD Negeri 100380 Siopat-opat
Tahun 2016-2019 : SMP Negeri 2 Angkola Selatan
Tahun 2019-2022 : SMA Negeri 1 Angkola Selatan
Tahun 2019-2025 : Universitas Aupa Royhan Kota Padangsidempuan

INTISARI

¹Cerah Darmaynti Zendato, ²Nur Aliyah Rangkuti

¹ Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga

² Dosen Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI BPM MONA DURRYAH DI KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2025

Latar Belakang : Menurut *World Health Organization* (WHO) 2024, angka kejadian hipertensi dalam kehamilan diseluruh dunia berkisar antara 1,8%-4,4%. Hipertensi gestasional merupakan tekanan darah ibu mencapai $\geq 140/90$ mmHg , hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa riwayat hipertensi sebelum nya Pemeriksaan dilakukan 2 kali setelah 4-6 jam periode minimal 1 minggu. Faktor resiko terjadinya hipertensi gestasional, antara lain: primigravida, umur yg ekstrim, Riwayat keluarga yg pernah mengalami preeklamsia/eklamsia, hiperplasentosis dan obesitas. **Tujuan :** Melakukann asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional dengan menggunakan 7 langkah varney dan SOAP pada data perkembangan. **Metodologi :** Metode penelitian menggunakan metode deskriptif. Subyek penelitian adalah Ny. S G2 P1 A0 hamil 36 minggu dengan Hipertensi gestasional. **Hasil :** : Keadaan umum ibu baik, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Nadi: 80 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, pelaksanaan, evaluasi.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Kehamilan dengan Hipertensi Gestasional,
Kepustakaan : 10 Buku (Tahun 2013-2025)

ABSTRACT

¹ Cerah Darmayanti Zendato, ² Nur Aliyah Rangkuti

**¹ Student Program Midwifery Studies Program Diploma Three ² Program
Lecturer Midwifery Studies Program Diploma Three**

***The care of MIDWIFERY FOR PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL
HYPERTENSION AT BPM MONA DURRYAH IN PADANGSIDIMPUAN 2025***

Background: According to the World Health Organization (WHO) 2024, the incidence of hypertension in pregnancy globally ranges from 1.8% to 4.4%. Gestational hypertension is defined as blood pressure $\geq 140/90$ mmHg after 20 weeks of gestation without prior history of hypertension. Risk factors include primigravida, extreme age, family history of preeclampsia/eclampsia, hyperplacentalosis, and obesity. This study aims to provide midwifery care to pregnant women with gestational hypertension using the 7-step Varney method and SOAP progress notes. This case study employed a descriptive method, with Ny. S, a 36-week pregnant woman with gestational hypertension, as the subject. The patient's general condition was good, with blood pressure 140/90 mmHg, pulse 80 x/min, respiratory rate 24 x/min, and temperature 36.5°C. The study was conducted smoothly without any gaps. This final report is expected to provide valuable insights for pregnant women and healthcare professionals, particularly in managing gestational hypertension. The researcher has provided care according to the 7-step Varney method, including assessment, data interpretation, potential diagnosis, planning, implementation, and evaluation.

Keywords : Midwifery Care, Pregnancy with Gestational Hypertension

References : 10 books (2013-2025)



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan kebidanan pada Ibu Hamil Dengan Hipertensi Gestasional di BPM Mona Kota Padangsidempuan Tahun 2025".

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 J Hadi, SKM, M.Kes, MM Selaku Rektor Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, M.Kes selaku Dekan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
3. Bd. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.KM selaku ketua Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan, Sekaligus selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan arahan dan dukungan dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir (LTA).
4. Dr. Novita Sari Batubara, S.Keb., Bd., M.Kes selaku penguji Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan.
5. Terima kasih kepada Ibu Mona yang memberikan saya izin praktek dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.
6. Terima kasih kepada NY. S yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir.
7. Seluruh staff dosen Universitas Aufa Royhan yang telah mendidik dan memberikan ilmu yang bermanfaat dari awal perkuliahan hingga selesai.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta Ayahanda Soarota Zendato dan ibunda Melina mendofa yang telah mendidikan memberikan kasih sayang dan mendoakan setiap langkahku dalam penyelesaian perkuliahan

selama 3 tahun dan memberikan semangat pada saat menyelesaikan perkuliahan dan Laporan Tugas Akhir. Terima kasih kepada cinta kasih saudara kandung saya, Julianus Zendato yang selalu mendukung saya dalam setiap hal dan orang-orang yang menyayangi saya dan mendukung saya dan semua keluarga yang selalu mendoakan saya dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir.

- 9 Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan D3 Kebidanan Universitas Aifa Royhan di Kota Padangsidempuan Angkatan XI yang selalu membuat hari-hari tertawa, memberikan keceriaan di setiap pertemuan dan selalu sedia membantu. Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini bisa bermanfaat bagi penulis khususnya bagi pihak yang membacanya.

Padangsidempuan, Mei 2025

Cerah Darmayanti Zendato
NIM. 22020004

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
RIWAYAT PENULIS.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	Error! Bookmark not defined.
INTISARI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Ruang Lingkup.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Kehamilan.....	6
2.1.1 Pengertian Kehamilan.....	6
2.1.2 Tanda-tanda kehamilan.....	7
2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan.....	12
2.2 Hipertensi.....	16
2.2.1 Pengertian.....	16
2.2.2 Klasifikasi.....	17
2.3 Hipertensi Gestasional.....	20
2.3.1 Pengertian.....	20
2.3.2 Faktor Penyebab Hipertensi Gestasional.....	21
2.3.3 Tanda Dan Gejala Hipertensi Gestasional.....	23
2.3.4 Pencegahan Hipertensi Gestasional.....	23
2.3.5 Patofisiologi hipertensi gestasional.....	23
2.3.6 Dampak Hipertensi Gestasional.....	26
2.3.7 Penatalaksanaan Hipertensi Gestasional.....	26
2.3.8 Pengobatan.....	27
2.4 Kewenangan Bidan.....	28
2.5 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi SOAP.....	29
2.5.1 Manajemen Kebidanan Varney.....	29
BAB III TINJAUAN KASUS.....	33
3.1 Asuhan Kebidanan.....	33
BAB IV PEMBAHASAN.....	44
4.1 Langkah I :Pengumpulan Data Dasar.....	44

4.2 Langkah II: Interpretasi Data	45
4.3 Langkah III : Diagnosa dan masalah potensial.....	45
4.4 Langkah IV: Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.....	46
4.5 Langkah V: Perencanaan.....	46
4.6 Langkah VI : Pelaksanaan	47
4.7 Langkah VII: Evaluasi.....	47
BAB V PENUTUP	49
5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Data Perkembangan.....	41
----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan
AKB	: Angka kematian bayi
AKI	: Angka kematian ibu
AKN	: Angka kematian neonatus
DJJ	: Detak Jantung Janin
KPSP	: Kuesioner Pra Skrining Perkembangan
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
SOAP	: Subjektif, Objektif, Assessment, Planning
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
IUFD	: Intrauterine Fetal Death

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan hipertensi gestasioanal termasuk kehamilan hipertensi dan pre eklamsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janinnya (1) merika *College of Cardiology* (ACC) dan *American Heart Association* (AHA) membagi 2 klasifikasi hipertensi gestasional yakni hipertensi stadium 1 130-139/ 80 –89 mmHg dan stadium 2 140/90 mmHg .

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari permulaan hingga masuknya embrio. Lamanya kehamilan pada umumnya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini di bagi menjadi 3 semester yaitu; Trimester utama kehamilan dimulai pada minggu 0- 14, kehamilan trimester kedua dimulai pada minggu ke-14-28, dan kehamilan trimester ketiga dimulai pada. minggu ke-28-42. Para ahli merangkum kedua definisi tersebut bahwa kehamilan merupakan suatu siklus alami bagi seorang wanita, mulai dari kelahiran hingga pengenalan bayi (Irnawati & Rosdiana, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2024, Jumlah kematian ibu masih sangat tinggi mencapai 287.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2020. Tingginya jumlah kematian ibu di berbagai wilayah di dunia mencerminkan kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dan kesenjangan pendapatan. Penyebab kematian tertinggi pada ibu hamil dan persalinan yaitu pendarahan hebat, infeksi setelah melahirkan, tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), komplikasi persalinan dan aborsi yang tidak aman (Rezky Sri Tanjung,et all, 2024).

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia 2021 didapatkan Angka kematian ibu (AKI) sebagian besar penyebab kematian ibu pada tahun 2021 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus, infeksi 207 kasus menurut data profil kesehatan Indonesia 2021 didapatkan bahwa kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (hipertensi gestasional), dan infeksi. Di Indonesia, hipertensi dalam kehamilan

menduduki peringkat ketiga menduduki penyebab kematian ibu setelah perdarahan. Proporsi hipertensi dalam kehamilan di Indonesia semakin meningkat, hampir 30% kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu penyebab kematian ibu terbanyak di Indonesia setelah perdarahan (Kemenkes RI, 2022).

Angka kematian ibu di Provinsi Sumatra Utara Hipertensi Gestasional di perkirakan mempengaruhi 1,8%-4,4% dan 0,2% kematian pada ibu terutama di negara berkembang seperti di Indonesia, kejadian Hipertensi di Indonesia seperti di Desa Aek Haruaya, Kabupaten Padang Lawas Utara, Provinsi Sumatra Selatan Utara tercatat dari 10 ibu hamil di ruang obsterik terdapat dua yang mengalami Hipertensi Gestasional. Berdasarkan temuan ini Tim pengabdian melaksanakan kegiatan pengabdian kepada kelompok sasaran 20 orang ibu hamil di Desa Aek Haruaya. Metode yang digunakan adalah penyuluhan Kesehatan dan skrining hipertensi. Hasil yang didapatkan 75% tingkat pengetahuan ibu hamil pada kategori kurang dan setelah diberikan penyuluhan kesehatan 85% ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik. Hasil pemeriksaan tekanan darah seluruh ibu hamil (100%) memiliki tekanan darah yang normal. Hasil ini menunjukkan bahwa penyuluhan Kesehatan merupakan tahapan awal dalam upaya pencegahan hipertensi selama 12 minggu setelah kehamilan. Selain itu, skrining hipertensi sangat diperlukan ibu hamil selama kehamilan nya sebagai upaya pengontrolan tekanan darah (Taren 2024).

Berdasarkan hasil laporan profil Kesehatan kota Padang Sidempuan menurut Tahun 2023 kematian ibu yang terjadi di kota Padang Sidempuan sebanyak 24 orang akibat hipertensi, kematian ibu terbanyak diketahui disebabkan oleh perdarahan, hipertensi, infeksi, gangguan sistem perdarahan darah serta akibat gangguan metabolik.

Hipertensi dalam kehamilan (HDK) adalah komplikasi lain yang dapat terjadi selama kehamilan memiliki resiko untuk menjadi penyebab utama kematian ibu dan bayi. Hipertensi dalam kehamilan merupakan kondisi tekanan darah ibu mencapai 140/90 mmHg atau lebih. Sementara tekanan darah normal berkisar 120/80 mmHg. Tekanan darah tinggi pada ibu hamil yang tidak segera di

tangani ,bisa berkembang sampai ibu menjadi kejang dan berakibat fatal pada ibu dan janin yang dikandung nya (Maralina ,Suharto,and Ngestiningrum 2021).

Penyebab tekanan darah tinggi selama kehamilan dipengaruhi oleh riwayat genetik, usia ibu, riwayat hipertensi, paritas dan jarak kehamilan. Hipertensi pada kehamilan memiliki angka kematian tertinggi sebagai penyakit utama pada kehamilan pertama dan pada kehamilan >4 kali. Ibu yang baru pertama kali hamil dan pernah hamil >4 kali sering mengalami stres saat melahirkan sehingga dapat mengalami tekanan darah tinggi selama kehamilan (Rambe, 2020).

Komplikasi selama kehamilan dan persalinan dapat meningkatkan resiko kematian bagi perempuan, dengan angka kematian mencapai 800 jiwa per hari di seluruh dunia . dari 2019 hingga 2020 Angka kematian Ibu (AKI) meningkat dari 4197 jiwa menjadi 4627 jiwa atau sebesar 8,92%(Rohati and siregar 2023).

Berdasarkan Survey di awal yang dilakukan di PMB Mona di kota Padangsidempuan pada bulan maret – mei 2025 terdapat 2 ibu yang mengalami hipertensi gestasional dengan kunjungan ibu hamil sebanyak 25 orang. Kedua ibu hamil tersebut mengalami tekanan darah yang tinggi dan mengalami sakit kepala di anjurkan minum jus timun.

Berdasarkan latar belakang tersebut untuk melakukan penelitian tertarik untuk mengambil laporan tugas akhir dengan judul”Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Hipertensi Gestasional di PMB Mona di Kota Padangsidempuan 2025.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah data penelitian ini adalah ‘Bagaimana Pemberian Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Di PMB Bidan Mona Durryah Srg Kecamatan Padang Sidempuan Tahun 2025”.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan kebidanan ibu hamil dengan Hipertensi Gestasional secara komprehensif Menggunakan Manajemen 7 Langkah Varney di PMB Mona Durryah Kecamatan Padang Sidempuan Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan dibuat asuhan kebidanan ibu hamil dengan Hipertensi Gestasional mahasiswa dapat :

- a. Mengumpulkan data dasar pengkajian pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di BMP Mona Durryah
- b. Melakukan interpretasi data pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Mona Durryah
- c. Menetapkan diagnosa potensial pada ibu hamil pada dengan hipertensi gestasional di BPM Mona Durryah
- d. Menetapkan antisipasi pada ibu hamil pada dengan hipertensi gestasional di BPM Mona Durryah
- e. Menentukan perencanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Mona Durryah
- f. Menentukan pelaksanaan asuhan ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Mona Durryah
- g. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan dengan asuhan ibu hamil dengan hipertensi gestasional di PMB Mona Durryah

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai bahan referensi bagi penelitian lain dengan materi sejenis, serta memberikan sumbangan bagi pembendaharaan Laporan Tugas Akhir di perpustakaan

2. Bagi Lahan Praktek

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan agar lahnr praktek dapat menjadi lebih baik dalam menghadapi masalah hipertensi gestasional.

3. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menangani hipertensi gestasional pada hamil.

4. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah pengetahuan pengalaman dalam mengkaji permasalahan hipertensi gestasional.

1.5 Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup materi yang diberikan adalah asuhan kebidanan ibu hamil dengan hipertensi gestasional
2. Ruang lingkup responden
Responden penelitian adalah asuhan kebidanan ibu hamil dengan hipertensi gestasional
3. Ruang lingkup waktu
Waktu penelitian di mulai sejak pelaksanaan studi pendahuluan sampai studi kasus yaitu pada bulan maret sampai mei 2025.
4. Tempat penelitian ini dilakukan di PMB Mona Durryah Kecamatan Padangsidempuan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

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 bulan trimester I berlangsung 12 minggu (minggu 1-12), trimester II berlangsung 15 minggu (minggu 13-27), trimester III berlangsung 13 minggu (minggu 28-40). Menurut kalender internasional bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan (Saifuddin 2009).

Kehamilan adalah hasil dari "kencan" sperma dan sel telur. Dalam prosesnya perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul betul penuh penuh perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sudah sedikit itu. Cuma 1 sperma saja yang bisa membuahi sel telur (Mirza 2009)

Proses kehamilan yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widatiningih & Dewi, 2017).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo 2022).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester. Trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan

berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40 (saifuddin,2009)

2.1.2 Tanda-tanda kehamilan

Untuk dapat mendapatkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjati, 2021).

1. Tanda Dugaan Hamil

a. *Amenarea bechentinys menstruas*

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembastukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorrea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b. Mual (*nausea*) dan muntah(*emesis*)

Pengaruh ekstrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c. Mastodonia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Faskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh estrogen dan progesterone.

d. Quickening

Quickening adalah persepsi gerakan janin pertama biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.

e. Gangguan kencing Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh

uterus ke cranial. Hal ini terjadi pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan III, gejala biasa timbul karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kencing.

f. Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

g. Perubahan berat badan Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah. Pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm.

h. *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala(sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

i. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akan aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

j. Mengidam (ingin makanan khusus)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama. Akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

k. Pingsan Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama. Akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

l. Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar

payudara. Bersama somatomamotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan. pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

m. Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepas terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertamakali akibat desakan uterus kekandung kemih.

n. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

o. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini

- a) Sekitar pipi: clolasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- b) Sekitar leher tampak lebih hitam
- c) Dinding perut: striae lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), striae nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra).
- d) Sekitar payudara: hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kaulis putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu kelenar homotien menonjol dan pembuluh darah menifas sekitar payudara.
- e) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

p. Epulis

Hipertropi papila gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

q. Varises

pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

2. Tanda kemungkinan (*probability sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

Pembesaran perut. Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda *hegar*

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

b) Tanda *goodell*

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

c) Tanda *chadwick*

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda *piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya aktivitas dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

f) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

g) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionic gonadotropin (hCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini beredar dalam darah ibu (pada plasma darah), dan diekresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100- 130.

3. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini.

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin (DJJ)

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat feral electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin kepala dan bokong) serta bagian kecil janin dengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

a. Faktor Fisik

1. Status kesehatan

Faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan antara lain status kesehatan, status gizi dan gaya hidup (Andrianto).

a) Status kesehatan merupakan salah satu faktor yang termasuk faktor fisik yang berhubungan dengan kondisi kesehatan ibu hamil.

b) Pengaruh status kesehatan terhadap kehamilan terdiri dari:

- 1) Penyakit atau komplikasi akibat langsung kehamilan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah Hyperemesis gravidarum, preeklamsia/eklamsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta, atau selaput janin, perdarahan antepartum, gemelli.
- 2) Penyakit atau kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan. Terdapat hubungan timbal balik dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan atau penyakit ini dapat diperberat oleh karena kehamilan

2. Status gizi

Status gizi merupakan ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk ibu hamil. Masalah gizi berhubungan erat dengan proses pertumbuhan janin dan pertumbuhan berbagai organ tubuhnya sebagai pendukung proses kehamilan.

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan antar gizi ibu hamil dan kesejahteraan janin merupakan hal yang penting untuk diperhatikan.

Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil secara garis besar adalah sebagai berikut.

a. Asam folat

Menurut Crukelly, pertumbuhan otak dalam kehamilan dipengaruhi oleh empat zat gizi yaitu: asam folat dengan besar kebutuhan 600µg per hari dan ini akan mempengaruhi pertumbuhan otak sebesar 70 persen dibandingkan zat gizi yang lainnya. Pada kekurangan asupan mineral seng (zinc) dalam kehamilan

misalnya, dapat berakibat gangguan signifikan pertumbuhan tulang. Pemberian asam folat tidak saja berguna untuk perkembangan otak sejak janin berwujud embrio, tetapi menjadi kunci penting pertumbuhan fungsi otak yang sehat selama kehamilan.⁵ Pada kasus-kasus dimana janin mengalami defisiensi asam folat, sel-sel jaringan utama (stem cells) akan cenderung membelah lebih lambat daripada pada janin yang dikandung ibu hamil dengan asupan asam folat yang cukup. Selain itu pertumbuhan otak juga dipengaruhi oleh Kolindengan besar kebutuhan 400 µg/ hari, AA dan DHA setara Omega 6 (1%) Omega 3 (2,3%).

Menurut konsep evidence bahwa pemakaian asam folat pada masa pre dan perikonsepsi menurunkan resiko kerusakan otak, kelainan neural, spina bifida dan anensepalus, baik pada ibu hamil yang normal maupun beresiko. Asam folat juga berperan untuk membantu memproduksi sel darah merah, sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan plasenta. Pemberian multivitamin saja tidak terbukti efektif untuk mencegah kelainan neural. Minimal pemberian suplemen asam folat dimulai dari 2 bulan sebelum konsepsi dan berlanjut hingga 3 bulan pertama kehamilan. Dosis pemberian asam folat untuk preventif adalah 500 kilogram atau 0,5-0,8 mg,

b. Energi.

Diet pada ibu hamil tidak hanya difokuskan pada ting protein saja tetapi pada susunan gizi seimbang energi dan juga protein. Hal ini juga efektif untuk menurunkan kelahiran BBLR kematian perinatal. Kebutuhan energi tou hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang Janin dan perubahan pada tubuh ibu.

c. Protein

Bagi ibu hamil protein berguna untuk menambah jaringan tubuh ibu. Seperti jaringan dalam payudara dan rahim. Protein digunakan juga untuk pembuatan cairan ketuban. Protein pada ibu hamil diperoleh antara lain dari susu, telur, dan keju sebagai sumber protein terlengkap.

d. Zat besi (Fe)

Setiap hari ibu hamil membutuhkan tambahan 700-800 mg zat besi. Jika kekurangan, bisa terjadi perdarahan sehabis melahirkan. Kebutuhan berzat tinggi ibu hamil lebih meningkat pada kehamilan trisemester II dan III, Zatbesi bukan

saja penting untuk memelihara kehamilan. Ibu hamil yang kekurangan zat besi dapat terganggu proses persalinannya. Mungkin terjadi perdarahan sehabis persalinan.

e. Kalsium

Janin yang tumbuh memerlukan banyak kalsium untuk pembentukan tulang dan gigi bayi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.

f. Vitamin D

Vitamin D berkaitan dengan zat kapur. Vitamin ini dapat memasuki tubuh bayi. Jika ibu hamil kekurangan vitamin D, anak akan kekurangan zat kapur. Pembentukan gigi-geliginya tidak normal. Lapisan luar gigi anak tampak buruk.

g. Yodium

Yodium mencegah gondongan dan masalah lain pada orang dewasa. Kurangnya yodium pada wanita hamil dapat menyebabkan janin menderita kretenisme, sebuah ketidakmampuan yang mempengaruhi pemikiran. Tidak ada rekomendasi rutin untuk pemberian Zinc, Magnesium, dan minyak ikan selama hamil.

h. Vitamin A

Vitamin A mencegah rabun ayam, kebutaan dan membantu tubuh melawan infeksi. Seorang wanita memerlukan banyak vitamin A selama kehamilan dan menyusui.

3. Gaya hidup

Selain pola makan yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan ibu hamil misalnya kebiasaan begadang, berpergian jauh dengan berkendara motor, dan lain-lain.

b. Faktor psikologis

Faktor-faktor psikologis yang mempengaruhi kehamilan yaitu.

1. Stressor

a) Stressor internal

Stressor internal pada kehamilan adalah faktor pemicu stres yang berasal dari ibu hamil sendiri. Beberapa faktor yang stres internal pada kehamilan, antara

lain:perubahan hormon, Beban psikologis,Masalah rumah tangga,Ketegangan dalam hubungan pernikahan.Perubahan hormon,seperti estrogen dan progesteron,dapat membuat ibu hamil lebih sensitif,mudah marah,atau mudah marah.stres pada ibu hamil dapat membahayakan janin dan kondisi ibu,sres dapat mengakibatkan peningkatan kortisol,norepinefrin,dan peradangan yang akan berakibat pada kesehatan ibu dan janin. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh menjadi seseorang dengan kepribadian yang tidak baik, bergantung pada kondisi stress yang dialami.oleh ibunya seperamenta, yang menjadi seorang dengan Kepribadian temperamental, autis atau orang yang terlalu rendah diri (minder). Ini tentu saja tidak kita harapkan. datu karena itu, pemantauan kesehatan psikologis pasien sangat perlu dilakukan.

b) Stressor eksternal

Stessor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar diri ibu hamil yang dapat menyebabkan sres.Beberapa faktor sresor eksternal pada kehamilan adalah: Masalah ekonomi,masalah rumah tangga,kekerasan fisik masalah medis,aktivitas yang padat pekerjaan,riwayat kehamilan dengan komplikasi,pengalam traumatis. Stress eksternal yang timbul dari luar yang memberikan pengaruh baik ataupun pengaruh buruk terhadap psikologis ibu hamil. Pemicu stres yang berasal dari luar, bentuknya bervariasi. Misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, petengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan (respon negatif dari Lingkungan pada kehamilan lebih dari 5 kali) dan masih banyak kasus yang lain.

2.Dukungan keluarga

Dukungan keluarga selama kehamilan dapat berupa dukungan emosional,bantuan fisik,dan bantuan administratif.Dukungsn ini dapat membantu ibu hamil merasa nyaman dan percaya diri,sehingga dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan ketaatan kunjungan antenatal. Setiap tahap usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi, di mana sumber stress terbesar terjadi Karena dalam rangka melakukan adaptasi terhadap kondisi tersebut. Dalam menjalani proses itu, ibu hamil sangat

membutuhkan dukungan yang intensif dari keluarga dengan cara menunjukkan perhatian dan kasih sayang.

c) Substance abuse

Substance abuse adalah perilaku yang merugikan atau membahayakan bagi ibu hamil termasuk penyalahgunaan atau penggunaan obat atau zat-zat tertentu yang membahayakan ibu hamil.

d) Partner abuse Partner abuse adalah

Kekerasan yang dilakukan oleh pasangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap perempuan adalah wanita yang telah bersuami. Setiap bentuk kekerasan yang dilakukan oleh pasangan harus selalu diwaspadai oleh tenaga kesehatan jangan sampai kekerasan yang terjadi akan membahayakan ibu dan bayinya. Efek psikologis yang muncul adalah gangguan rasa aman dan nyaman pada pasien. Sewaktu-waktu pasien akan mengalami perasaan terancam yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janinnya. Lingkup, Faktor sosial, Budaya

c. Faktor Lingkungan.

Faktor ini mempengaruhi kehamilan dari segi gaya hidup adat Istiadat, fasilitas kesehatan, dan tentu saja ekonomi. Gaya hidup sehat adalah gaya yang digunakan ibu hamil. Ekonomi juga selalu menjadi faktor penentu dalam proses kehamilan yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin. Dengan adanya perencanaan yang baik sejak awal, membuat tabungan bersalin, maka kehamilan, dan proses persalinan dapat berjalan baik.

2.2 Hipertensi

2.2.1 Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah pada kehamilan adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih, tekanan darah sistolik 30 mmHg atau lebih, atau tekanan darah diastolik meningkat 15 mmHg atau lebih. Nilai di atas garis dasar diukur dalam dua kondisi dengan rentang 6 jam. Kebaruan dari penelitian ini adalah menyelidiki tinjauan literatur Pengobatan Hipertensi pada Wanita Hamil. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengobatan hipertensi pada ibu hamil (Williams, 2022).

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) (wati, 2013).

Hipertensi dalam kehamilan adalah suatu penyakit yang sering dijumpai pada wanita hamil, disitu di temukan adanya kalainan berupa peningkatan tekanan darah pada pemeriksaan ibu hamil Pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik berada diatas 140/90 mmHg. Penukuran sekurang kurang dilakukan 2 kali dengan selang waktu pengukuran 4 jam (Antoni, 2012).

Hipertensi dalam kehamilan dapat menjadi tanda awal preeklamsia (PE), kondisi yang cukup serius dalam kehamilan dan masa nifas. Hipertensi merupakan penyebab kedua terbesar kematian. Angkkematian ibu dan bayi dapat diturunkan jika hipertensi dalamkehamilan dapat dikendalikan dan ditangani lebih awal (Bawzier'2012).

2.2.2 Klasifikasi

a. Hipertensi kronik

Hipertensi kronik adalah hipertensi yang sudah ada pada ibu sebelum hamil. Pada hipertensi jenis ini terjadi peningkatan tekanan darah >140/90 mmHg sebelum usia kandungan 20 minggu. Hipertensi jenis ini biasanya menetap >12 minggu setelah persalinan (Yanita, 2017).

Penatalaksanaan hipertensi kronik dapat dibedakan berdasarkan tingkatan hipertensi. Hipertensi kronik ringan, keadaan ini di definisikan 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. Idelanya, ibu harus dirawat oleh tim obstetri dan dokter. Ibu dianjurkan melakukan pemeriksaan antenatal dengan sering untuk memantau kondisinya.

Hipertensi kronik dapat terjadi pada ibu hamil relatif tua diatas 30 tahun, multipara, gangguan obat hipertensi sebelum kehamilan dan tekanan darah tinggi. (Manuaba, 2012).

b. Hipertensi gestasional

Hipertensi akibat kehamilan atau hipertensi gestasional di definisikan sebagai peningkatan tekanan darah pada trimester kedua atau trimester ketiga kehamilan tanpa gambaran lain preeklamsia Hipertensi gestasional yaitu hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 dan menghilang setelah persalinan, (Parity, 2016).

c. Preeklamsia

Preeklamsia merupakan penyulit kehamilan, dengan tanda-tanda tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, berat badan naik, sesak nafas, nyeri epigastrium, protein urin (+) dan edema. Protein dalam urin normalnya tidak lebih dari 0,3 gram dalam 24 jam. Edema merupakan penumpukan cairan tubuh yang tampak atau pun tidak tampak Kenaikan berat badan - 1 kg/minggu. Edema dijumpai pada tibia, wajah, tangan bahkan seluruh tubuh (anasarka). Akibatnya dapat menyebabkan kematian janin dalam kandungan (Yeych, 2012).

Ada beberapa faktor resiko terjadinya preeklamsia, yaitu primigravida atau lebih besar 10 tahun sejak kelahiran terakhir. kehamilan pertama dengan pasangan baru riwayat keluarga dengan riwayat preeklamsia, khususnya pada ibu atau saudara perempuan (baik wanita hamil atau pasangannya), kehamilan kembar, kondisi medis tertentu seperti hipertensi esensial, penyakit ginjal, diabetes, adanya proteinuria saat mendaftar untuk pemeriksaan ($> 1+$ pada lebih dari satu pemeriksaan atau 0,3 g/24 jam), umur 40 tahun serta obesitas (Maureen, 2012).

1. Pencegahan non medial

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 sebagainya.

2. Pencegahan dengan medical

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 <100mg/hari atau dipyridamole dan dapat juga diberikan obat anti oksida misal vitamin C dan vitamin E.

Pencegahan preeklamsia ini dapat dilakukan dengan upaya untuk mencegah preeklamsia pada perempuan hamil yang memiliki resiko preeklamsia.

d. Eklamsia

Eklamsia merupakan kasus akut pada penderita preeklampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma. Sama halnya dengan preeklampsia, eklamsia dapat timbul pada ante, intra, dan postpartum.

e. Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia

Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklampsia adalah hipertensi kronik disertai dengan tanda-tanda preeklampsia atau hipertensi kronik disertai dengan proteinuria.

Tanda-tanda *superimposed* preeklampsia pada hipertensi kronik adalah adanya proteinuria, gejala-gejala neorologik, nyeri kepala hebat, edema patologik yang menyeluruh, oliguria, dan edema paru. Kelainan laboratorium berupa kenaikan serum kreatinin, trombositopenia, kenaikan transaminase serum hepar.

2.3 Hipertensi Gestasional

2.3.1 Pengertian

Hipertensi gestasional, yaitu hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa riwayat hipertensi sebelumnya. Hasil pemeriksaan protein urine negatif. Pemeriksaan dilakukan 2 kali setelah 4-6 jam periode minimal 1 minggu. Tekanan darah akan berangsur-angsur turun setelah persalinan dan tekanan darah kembali normal setelah 6 minggu. Angka kejadian hipertensi gestasional pada primipara sebesar 6%-17% dan multipara 2%-4%. Sekitar 50% ibu dengan hipertensi gestasional mengalami sindrom preeklamsia (Kemenkes, 2013).

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa proteinuria. Angka kejadiannya sebesar 6%. Sebagian wanita (>25%) berkembang menjadi pre-eklamsia diagnosis hipertensi gestasional biasanya diketahui setelah melahirkan (leslie 2013).

Hipertensi gestasional berat adalah kondisi peningkatan tekanan darah >160/110 mmHg. Tekanan darah baru menjadi normal pada post partum, biasanya dalam sepuluh hari. Pasien mungkin mengalami sakit kepala, penglihatan kabur, dan sakit perut dan tes laboratorium abnormal, termasuk jumlah trombosit rendah dan tes fungsi hati abnormal (Karthikeyan 2010).

Mipertensi gestasional terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa adanya proteinuria. Kelahiran dapat berjalan normal walaupun tekanan darahnya tinggi. Penyebabnya belum jelas, tetapi merupakan indikasi terbentuknya hipertensi kronis di masa depan sehingga perlu diawasi dan dilakukan tindakan pencegahan (Roberts 2013).

Diagnosa hipertensi gestasional ditegakkan pada perempuan yang memilikitekanan darah $\leq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya setelah pertengahan kehamilan, tetapi tidak mengalami proteinuria. Hampir separuh perempuan tersebut selanjutnya mengalami sindrom pre-eklamsia, yang meliputi tanda-tanda, seperti nyeri kepala atau nyeri epigastri. Hipertensi gestasional diklasifikasikan ulang eklamsia, dan tekanan darah kembali ke normal pada 12 minggu pascapartum (Alexander 2019).

Hipertensi gestasional (disebut juga dengan transient hypertension) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsia tetapi tanpa proteinuria (Prawirahardjo 2020).

Hipertensi gestasional ditegakkan pada perempuan yang memiliki tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya setelah pertengahan kehamilan, tetapi tidak mengalami proteinuria (Cunningham, 2017).

Waktu persalinan untuk hipertensi gestasional tekanan darah $<160/110$ mmHg dengan atau tanpa obat anti hipertensi tidak diperbolehkan melakukan persalinan sebelum 37 minggu kehamilan. Tekanan darah $<160/110$ mmHg dengan atau tanpa obat antihipertensi setelah minggu ke-37 melakukan konsultasi mengenai hari persalinan. Persalinan dapat dilakukan setelah kortikosteroids selesai (Nice 2011)

2.3.2 Faktor Penyebab Hipertensi Gestasional

Penyebab hipertensi gestasional tidak diketahui. Ada berbagai faktor risiko hipertensi gestasional, yaitu kehamilan lanjut (di atas 35 tahun), obesitas (kelebihan berat badan), penebalan darah selama kehamilan, asupan kafein berlebihan, kurang olahraga, garam berlebihan, merokok, kebiasaan minum, stres, asupan berlebihan, asupan nutrisi yang tidak mencukupi, riwayat hipertensi kronis, penyakit ginjal, dan faktor genetik (Rubdi 2022).

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadi hipertensi gestasional yang dapat dikelompokkan dalam faktor resiko (Tyara Ismiati, 2022).

1. Primigravida

Primigravida gestasional kehamilan pertama yang dialami oleh wanita, istilah yang digunakan untuk menyambut wanita yang sedang hamil untuk pertama kalinya. Sekitar 85% hipertensi gestasional terjadi pada kehamilan pertama. Dilihat dari kejadian hipertensi gestasional, kehamilan yang paling aman adalah kehamilan kedua sampai ketiga

2. Hiperplasentosis

Faktor kehamilan seperti mola, hidrops fetalis dan kehamilan ganda berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Preeklampsia dan eklampsia mempunyai risiko 3 kali lebih sering terjadi pada kehamilan ganda. Dari 105 kasus bayi kembar dua, didapatkan 28,6% kejadian preeklampsia dan satu kasus kematian ibu karena eklampsia..

3. Umur

Umur ibu pada saat hamil merupakan salah satu faktor internal yang berperang penting dalam kehamilan. Umur yang aman untuk kehamilan dalam reproduksi sehat adalah 28-36 Tahun. Umur ibu yang beresiko tinggi untuk hamil adalah pada umur 35 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil pada usia dibawah 20 tahun sedangkan pada usia 35 tahun fungsi alat reproduksi telah mengalami kemunduran.

4. Riwayat keluarga pernah menderita preeklampsia/eklampsia Terdapat peranan genetik pada hipertensi dalam kehamilan. Hal tersebut dapat terjadi karena terdapat riwayat keluarga dengan hipertensi dalam kehamilan. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil. Riwayat hipertensi kronis yang dialami selama kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dimana komplikasi tersebut dapat mengakibatkan superimpose preeklampsia dan hipertensi kronis dalam kehamilan.

5. Obesitas

Merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, kelebihan gula dan garam yang bisa menjadi faktor risiko terjadinya berbagai jenis penyakit degeneratif,

seperti diabetes melitus, hipertensi dalam kehamilan, penyakit jantung koroner, reumatik dan berbagai jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain. Hal tersebut berkaitan dengan adanya timbunan lemak berlebih dalam tubuh.

2.3.3 Tanda Dan Gejala Hipertensi Gestasional

Tanda dan gejala hipertensi gestasional menurut Kemenkes (2013), yaitu:

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
2. Tidak ada riwayat hipertensi sebelumnya, tekanan darah normal pada usia kehamilan <12 minggu.
3. Tidak ada proteinuria.
4. Dapat disertai tanda dan gejala preeklampsia, seperti nyeri ulu hati dan trombositopenia.

2.3.4 Pencegahan Hipertensi Gestasional

Sebenarnya, tidak ada cara spesifik yang bisa mencegah kondisi ini terjadi pada ibu hamil. Ada beberapa hal yang bisa dilakukan untuk mengontrol tekanan darah tinggi, tetapi ada juga yang tidak. Namun, dokter biasanya akan minta mengubah pola makan dan lebih banyak olahraga untuk mencegah hipertensi gestasional (Tyara Ismiati, 2022).

1. Banyak istirahat.
2. Gunakan garam sedikit hanya untuk penambah rasa.
3. Tingkatkan jumlah protein dan kurangi makanan goreng-gorengan.
4. Tidak minum minuman mengandung kafein (kopi dan teh).
5. Dokter akan memberi resep sebagai suplemen tambahan.

2.3.5 Patofisiologi hipertensi gestasional

Vasospasme adalah dasar patofisiologi hipertensi yang didasarkan pada pengamatan langsung pembuluh-pembuluh darah halus di bawah kuku, fundus okuli, dan konjungtiva bulbar, serta dapat diperkirakan dari perubahan-perubahan histologis yang tampak di berbagai organ yang terkena. Konstriksi vaskular menyebabkan resistensi terhadap aliran darah dan menjadi penyebab hipertensi arterial. Besar kemungkinan bahwa vasopasme itu sendiri menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah (Rubdi, 2022).

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. 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). Oksitosin atau radikal bebas adalah senyawa penerima elektron atau atom/molekul yang mempunyai elektron yang tidak berpasangan. Salah satunya oksidan penting yang dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksi yang sangat toksis, khususnya terhadap membran sel endotel pembuluh darah.

Radikal hidroksil akan merusak membran sel, yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak selain akan merusak membran sel, juga akan merusak nukleus, 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, misal vitamin E pada hipertensi dalam kehamilan menurun, sehingga terjadi dominasi kadar oksidan peroksida lemak yang relative tinggi.

Peroksidan lemak sebagai oksidan/radikal bebas yang sangat toksis ini akan beredar diseluruh tubuh dalam 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.

c. Disfungsi sel endotel

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

3. Teori intoleransi imunologi antara ibu dan janin

Dugaan bahwa faktor imunologik berperan terhadap terjadinya hipertensi dalam kehamilan terbukti dengan fakta sebagai berikut:

- a. Primigravida mempunyai risiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan multigravida.
- b. Ibu multipara yang kemudian menikah lagi mempunyai risiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.
- c. Seks oral mempunyai risiko lebih rendah terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Lamanya periode hubungan seks sampai saat kehamilan ialah makin lama periode ini, makin kecil terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

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 sehingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan-bahan vasopresor pada hipertensi dalam kehamilan sudah terjadi pada trimester 1 (pertama). Artinya daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan-bahan vasopresor hilang sehingga pembuluh 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.

6. Teori Inflamasi

Teori ini berdasar fakta bahwa lepasnya debris trofoblas didalam sirkulasi darah merupakan rangsangan pertama terjadinya proses inflamasi. Pada kehamilan normal, jumlah debris inflamasi masih dalam batas wajar, sehingga reaksi inflamasi juga dalam batas normal, berbeda dengan proses apoptosis pada preeklampsia terjadi peningkatan stres oksidatif, sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat.

7. Makin banyak sel trofobla plasenta, misalnya pada plasenta besar, pada hamil ganda, maka reaksi stres oksidatifkan sangat meningkat, sehingga jumlah sisa debris trofobis juga makin meningkat.

2.3.6 Dampak Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin. Dampak hipertensi gestasional pada ibu, yaitu mengakibatkan risiko solusio plasenta, gagal ginjal, hematoma hati dan kemungkinan pecahnya hati, dan menyebabkan kematian. Sedangkan, dampak pada janin dan bayi baru lahir, yaitu dapat mengakibatkan risiko kelahiran premature dan kematian (Durham & Chapman, 2014).

2.3.7 Penatalaksanaan Hipertensi Gestasional

Penatalaksanaan hipertensi gestasional menurut Kemenkes (2013), yaitu:

1. Pantau tekanan darah, urine (proteinuria), dan kondisi janin setiap minggu.
2. Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklampsia ringan.
3. Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin.
4. Beri tahu pasien dan keluarga tanda bahaya dan gejala preeklampsia dan eklampsia.
5. Jika tekanan darah stabil, janin dapat dilahirkan secara normal.

Kehamilan yang disertai komplikasi hipertensi gestasional diterapi berdasarkan keparahan, usia gestasi, dan adanya preeklamsia. Prinsip penatalaksanaan seperti yang ditekankan sebelumnya, juga mempertimbangkan cedera sel endotel dan disfungsi multi organ yang disebabkan oleh sindrom preeklampsia (Cunningham, 2017).

Kelompok kerja *National High Blood Pressure Education Program* (NHBPEP) menganjurkan kunjungan antenatal yang lebih sering, bahkan jika preeklampsia hanya "dicurigai". Pemantauan yang lebih ketat memungkinkan lebih cepatnya diidentifikasi perubahan tekanan darah yang berbahaya (Cunningham, 2017). Adapun penatalaksanaanya antara lain:

1. Penatalaksanaan di Rumah Sakit

Evaluasi sistematis yang dilakukan mencakup:

- a. Pemeriksaan rinci dilanjutkan dengan pencarian harian untuk menemukan gejala klinis, seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, dan penambahan berat badan yang cepat.
- b. Berat badan ditimbang setiap hari.
- c. Analisis untuk proteinuria saat pasien masuk dan setidaknya tiap 2 hari setelahnya.

2.3.8 Pengobatan

Pengobatannya yaitu: Memberikan terapi rebusan temulawak, jahe dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hipertensi, obat Methyldopa, obat Nifedipine, dan obat labetalol. Pengobatan hipertensi pada kehamilan yang terpenting adalah menghindari hipotensi karena penurunan tekanan darah yang terlalu agresif dapat menurunkan aliran darah plasenta dan dapat menyebabkan gawat janin. Oleh karena itu diperlukan pengawasan terhadap peningkatan tekanan darah maupun perburukan, kondisi preeklamsia serta kerusakan target organ yang seharusnya membaik dalam beberapa hari atau minggu setelah melahirkan.

2.4 Kewenangan Bidan

Bidan Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan.

1. Tugas dan Wewenang

Pasal 46

(1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; 34
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

(2) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat

(1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.

(2) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat

(1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

(1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. pemberi Pelayanan Kebidanan;
- b. pengelola Pelayanan Kebidanan;
- c. penyuluh dan konselor,
- d. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
- e. penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau f. Peneliti. (2) Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

- a. Pelayanan Kesehatan Ibu Pasal 49 Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1)

- huruf a, Bidan berwenang: 35 a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
 - c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
 - d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
 - e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
 - f. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

2.5 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi SOAP

2.5.1 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 perbandingan 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, didapat dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain.

b. Interpretasi Data

Untuk melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah serta kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang telah dikumpulkan pada langkah pertama. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga kemudian ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

c. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Identifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah juga diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, apabila kondisinya memungkinkan, maka sebaiknya dilakukan pencegahan.

d. Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Yang harus dilakukan seorang bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter. Tindakan tersebut untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi pasien. Langkah ini mencerminkan adanya kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

e. Perencanaan

Melakukan perencanaan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh

langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, reformasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

f. Pelaksanaan

Seluruh rencana asuhan dilaksanakan secara efisien serta aman bagi pasien. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau dapat juga sebagian dilakukan oleh pasien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

g. Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian lain belum efektif. Rencana asuhan tersebut dianggap efektif apabila benar dalam pelaksanaannya.

1. Dokumentasi SOAP

Asuhan yang diberikan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, serta logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian yang dapat mengomunikasikan dengan baik kepada orang lain mengenai asuhan apa yang telah diberikan pada seorang pasien. Di dalam pendokumentasian tersebut harus tersirat proses berpikir yang sistematis juga kritis dari seorang bidan dalam menghadapi pasien sesuai langkah- langkah dalam proses manajemen kebidanan (Amellia, 2019).

Telah dibahas sebelumnya bahwa alur berpikir saat menghadapi pasien meliputi 7 langkah. Agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seseorang bidan melalui proses berpikir sistematis dan kritis, maka hasil asuhan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu:

1) Subjektif

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

2) Objektif

Pendokumentasian yang termasuk objektif yaitu menggambarkan

pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien, hasil laboratorium, juga hasil tes diagnostik lain yang di rumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 varney.

3) Assessment

Pendokumentasian yang termasuk assesmen 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 2, 3, 4 menurut varney.

4) Planning

Pendokumentasian termasuk planning menggambarkan pendokumentasian dari Tindakan 1 dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment 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. Metode ini juga merupakan inti sari dari proses pelaksanaan kebidanan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan

MANAJEMEN KEBIDANAN

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN DENGAN

HIPERTENSI GESTASIONAL DI BPM MONA DURRYAH

DI KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2025

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS / BIODATA

Nama	: Ny. S	Nama	: Tn.F
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 32 Tahun
Suku / bangsa	: Batak	Suku / bangsa	: Batak
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Sma	Pendidikan	: Sma
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sitataring	Alamat	: Sitataring
No. Telp	:-	No. Telp	: -

B. ANAMNESE (Data Subjektif)

Pada tanggal : 20 Januari 2025 Pukul : 19.00 WIB Oleh :Bidan

1. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksa kehamilan
2. Keluhan : Sakit kepala, sakit dibagian kanan atas perut, penglihatan kabur.
3. Riwayat menstruasi :
 - Menarche : 14 Tahun
 - Siklus : 28 Hari
 - Banyaknya : 3 x ganti duk/hari
 - Dismenorrhea : Tidak ada
 - Teratur / tidak : Teratur
 - Lamanya : 7 Hari
 - Sifat darah : Encer
4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas : G2 P1 A0

NO	Tgl Lhr/ Usia	Usia K-H	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Peno long	BBL		Nifas	
					Ibu	Bayi		BB	K/U	LaCtasi	K/U
1.	20-05- 2023	2	Normal	Klinik Bidan			Bidan	2,6			
2.	H	A	M	I	L	I	N	I			
3.											
4.	Dst.										

5. Riwayat kehamilan ini :

- HPHT : 20 -07 -2024
- TTP : 27 -04 -2025
- Keluhan-keluhan pada :
 - Trimester I : Mual muntah
 - Trimester II : Sakit pada bagian kanan atas perut, penglihatan kabur, sakit kepala
 - Trimester III : Nyeri punggung, kesulitan tidur, Sakit kepala
- Pergerakan anak pertama kali : Usia Kehamilan 14 Minggu
- Pergerakan anak pada 24 jam terakhir: 2 kali dalam 5 menit selama 20 detik
- Keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan) :
 - Rasa lelah : Tidak ada
 - Mual dan muntah : Ada
 - Nyeri perut : Ada
 - Panas, menggigil : Tidak ada
 - Sakit kepala berat / terus-menerus : Ada
 - Penglihatan kabur : Ada
 - Rasanyeri / panas waktu BAK : Tidak ada
 - Rasa gatal pada vagina, vulva dan sekitarnya : Tidak ada
 - Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
 - Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada

- Oedema : Ada
 - Lain-lain : Tidak ada
 - Obat-obat yang digunakan : Tidak ada
 - Kekhawatiran khusus : Tidak ada
 - Pola eliminasi : Tidak ada
 - BAK : Frekuensi: 10 x/hari Warna : kuning Keruh
 - BAB : Frekuensi: 2 x/hari Warna : Kuning Kecoklatan
 - Pola aktifitas sehari-hari :
 - Istirahat dan tidur : Siang : 2 jam, Malam : 8 jam
 - Seksualitas : 2 x/ Minggu
 - Immunisasi : TT I : Belum di lakukan TT II: Belum di lakukan
 - Kontrasepsi yang pernah digunakan : Tidak ada
6. Riwayat penyakit sistematik yang pernah diderita :
- Penyakit jantung : Tidak ada
 - Penyakit ginjal : Tidak ada
 - Penyakit asma / TBC : Tidak ada
 - Penyakit hepatitis : Tidak ada
 - Penyakit DM : Tidak ada
 - Penyakit hipertensi : Tidak ada
 - Penyakit epilepsi : Tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada
7. Riwayat penyakit keluarga :
- Penyakit jantung : Tidak ada
 - Penyakit hipertensi : Tidak ada
 - Penyakit DM : Tidak ada
 - Gemelli : Tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada
 - Status perkawinan : Sah
 - Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Baik
 - Dukungan suami / keluarga terhadap kehamilan : Ada

- Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
- Pola makan / minum
 - Makanan sehari-hari, frekuensi : 3 kali/hari, 1 Porsi
 - Jenis makanan yang dimakan : Nasi, sayur, lauk pauk
 - Perubahan makan yang dialami : Nafsu makan berkurang
- Kebiasaan merokok : Tidak ada
- Minuman keras : Tidak ada
- Mengonsumsi obat terlarang : Tidak ada
- Kegiatan sehari-hari (beban kerja) : Tidak ada
- Tempat dan petugas kesehatan : BPM
yang diinginkan untuk menolong persalinan ini

C. PEMERIKSAAN FISIK (Data Objektif)

1. Status emosional : Baik
2. Pemeriksaan fisik umum
 - BB : 64 kg
 - BB sebelum hamil : 58 kg
 - Kenaikan BB selama hamil : 7 kg
 - TB : 158 cm
 - LILA : 26 cm
 - Tanda vital
 - Tekanan Darah (TD) : 140/90 mmHg
 - Pernafasan(P) : 24 x/menit
 - Nadi (N) : 80x/menit
 - Suhu (S) : 36,5 °C
3. Kepala
 - Kulit kepala : (☒) Bersih () Tidak Bersih
 - Distribusi rambut : (☒) Merata () Tidak Merata
4. Wajah
 - w Oedema : () Ada () Tidak Ada
 - Cloasma gravidarum : () Ada (☒) Tidak Ada
 - Pucat : (☒) Ada () Tidak Ada

5. Mata

- Conjunctiva : () Anemis (√) Tidak Anemis
- Sklera mata : () Ikterik (√) Tidak Ikterik
- Oedema palpebra : () Ada (√) Tidak Ada

6. Hidung

- Polip : () Membengkak (√) Tidak Membengkak
- Pengeluaran : () Ada (√) Tidak Ada

7. Mulut

- Lidah : Bersih (√) () Tidak Bersih
- Stomatitis : () Ada (√) Tidak Ada
- Gigi : () Berlobang (√) Tidak Berlobang
- Epulsi pada gusi : () Ada (√) Tidak Ada
- Tonsil : () Meradang (√) Tidak Meradang
- Pharynx : () Meradang (√) Tidak Meradang

8. Telinga

- Serumen : () Ada (√) Tidak Ada
- Pengeluaran : () Ada (√) Tidak Ada

9. Leher

- Luka bekas operasi : () Ada (√) Tidak Ada
- Kelenjar thyroid : () Membengkak (√) Tidak Membengkak
- Pembuluh limfe : () Membengkak (√) Tidak Membengkak

10. Dada

- - Mammae : (√) Simetris () Asimetris
- Areola mammae : Kecoklatan
- Putting susu : (√) Menonjol () Tidak Menonjol, jelaskan.....
- Benjolan : (√) Tidak Ada () Ada , jelaskan.....
- Pengeluaran : (√) Tidak Ada () Ada , jelaskan.....

11. Aksila

- Pembesaran kelenjar getah bening : () Membengkak (√) Tidak Membengkak

12. Abdomen :

- Pembesaran : () Simetris (√) Asimetris
- Linea : () Alba (√) Nigra

Striae : (☒) Lividae () Albicans
 Bekas luka operasi : (☒) Tidak Ada () Ada, jelaskan...
 Pergerakan : (☒) Teraba () Tidak Teraba

D. PEMERIKSAAN KEBIDANAN

- Leopold I : teraba lunak dan bulat yaitu bokong di daerah bawah px TFU :
30 cm, 3 jari di bawah pusat
- Leopold II : teraba keras dan memapan yaitu punggung disebelah kanan ibu (PUKA) Teraba bagian-bagian kecil dan tajam di sebelah kiri ibu (PUKI)
- Leopold III : teraba bagian terbawah bulat keras melenting (Kepala)
- Leopold IV : belum masuk PAP tangan masih menyatu
(konvergen)
- Auskultasi : Terdengar (120X/ menit)
- TBBJ : 2,945 gr

E. PEMERIKSAAN PANGGUL LUAR :

- Distansia spinarum : 26 cm
 - Distansia kristarum : 29 cm
 - Cojungata eksterna : 19 cm
 - Lingkaran panggul luar : 90 cm
1. Genitalia :
 - Vulva :
 - o Pengeluaran : (☒) Tidak Ada () Ada, jelaskan.....
 - o Varices : (☒) Tidak Ada () Ada
 - o Perineum : Tidak ada pembengkakan
 - o Bekas luka parut : (☒) Tidak Ada () Ada, jelaskan.....
 - o Lain-lain, jelaskan : Tidak ada
 2. Pinggang (periksa ketuk :Costa – Vertebra – Angel – Tendernes :
CVAT)Nyeri : Tidak ada
 3. Ekstremitas :
 - o Oedema pada tangan / jari : (☒) Tidak Ada () Ada
 - o Oedema akstremitas bawah : (☒) Tidak Ada () Ada
 - o Varices : () Tidak Ada () Ada

- Refleksi patella : + kanan dan kiri

F. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hb : Tidak dilakukan
2. Protein : -
3. Glukosa urine : Tidak dilakukan
4. Lain-lain : Tidak dilakukan

II. INTEPRETASI DATA

Diagnosa : Ny.S G2 P1 A0 dengan hipertensi gestasional

Dasar : Ny. S G2 P1 A0 umur 28 tahun, usia kehamilan 36 minggu 3 hari
dengan Hipertensi gestasional

Masalah : Ibu mengatakan merasa cemas karena measakan sakit kepala,
pandangan kabur, dan sakit pada bagian atas perut.

Kebutuhan : Memberikan dukungan emosional pada ibu dan penjelasan
tentang Hipertensi gestasional

III.IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Preeklamsia

IV.IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN SEGERA ATAU KOLABORASI

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

V. PERENCANAAN

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaannya.
2. Anjurkan ibu istirahat yang cukup, minum air putih yang banyak, dan mengonsumsi makan-makanan yang mengandung gizi.
3. Anjurkan ibu untuk diet garam
4. Berikan terapi pengobatan pada ibu
5. Beritahu ibu untuk datang kembali ke BPM

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan ibu hasil pemeriksaan

- Keadaan ibu kurang baik

TD : 140/90

N : 80 x/menit

P : 24 x/menit S: 36,5° C

Djj : 130 x/menit

Usia Kehamilan : 36 minggu

- Leopoid I : teraba lunak dan bulat di daerah bawah px atau pundus TFU: setinggi pusat/24 cm (36 minggu)
 - Leopoid II : teraba bulat, panjang dan memapan yaitu PUKI, teraba bagian kosong yaitu ekstremitas. DJJ(+), frekuensi 130 x/menit punctumMax
 - Leopoid III : teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala
 - Leopoid IV : bagian terbawah Konvergen yaitu belum masuk PAPPemeriksaan penunjang (-)
 - Masalah : Ibu mengalami hipertensi gestasional
 - Keadaan janin baik
2. Menganjurkan ibu istirahat dan tidur yang cukup, siang: 2 jam malam: 8 jam, minum air putih yang banyak 2-3 liter/hari, dan mengkonsumsi makanmakanan yang mengandung gizi seperti daging, ikan, sayur dan buah, susu, kacang-kacangan.
 3. Menganjurkan ibu untuk diet rendah garam pada ibu hamil berguna untuk menurunkan dan menstabilkan tekanan darah
Cara melakukan diet rendah garam:
 - a. Batasi konsumsi garam: kurangi konsumsi garam dalam makanan sehari- hari.
 - b. Pilih makanan rendah garam: pilih makanan yang rendah garam, seperti buah-buahan, sayuran, dan protein tanpa lemak.
 - c. Baca label makanan: periksa label makanan untuk mengetahui kandungan garam dalam makanan olahan.
 - d. Masak sendiri: masak makanan sendiri untuk mengontrol jumlah garam yang digunakan.
 4. Memberikan terapi rebusan temulawak dan jahe dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hipertensi, dengan cara:
 - a. Siapkan temulawak dan jahe: kupas dan iris tipis.
 - b. Rebus air: didihkan air dalam panci.

- c. Tambahkan temulawak dan jahe: masukkan irisan temulawak dan jahe ke dalam air mendidih.
 - d. Rebus: biarkan mendidih selama 5-10 menit.
 - e. Saring dan minum: saring rebusan ke dalam gelas dan minum hangat atau dingin.
5. Menganjurkan ibu untuk datang kembali kunjungan apabila ada keluhan lain.

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 hipertensi gestasional.

3.2.Data Perkembangan

Tabel Data Perkembangan

NO	Tanggal	S	O	A	P
1	22 Januari 2025	- Ibu mengatakan HPHT Tanggal 20 Juli 2024 - ibu mengatakan merasa,sakit dibagian kanan atas perut,penglihatan kabur	- HPHT tanggal 20 Juli 2024,TTP tanggal 27mei 2025 - BB Sebelum hamil 58 kg, sesudah hamil 64 kg . TD: 140/90 mmHg Pernafasan :24x/ menit Nadi: 80 x/menit Suhu : 36 °5C	- Diagnosa kebidanan Ny.S usia 28 tahun G2 P1 A0 dengan usia kehamilan 36 minggu dengan Hipertensi Gestasional - Masalah potensial : ibu merasa cemas karena sering mersakan sakit pada bagian kanan atas perut,penglihatan kabur dan khawatir terhadap kehamilan nya	- Beritahu ibu hasil pemeriksaan - Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup - Anjurkan ibu untuk diet garam - Beritahu terapi rebusan temulawak dan jahe - Beritahu ibu untuk datang kembali
2	21 Maret 2024	- ibu mengatakan mual dan muntah sudah berkurang. - Ibu mengatakan sakit kepala,sakit di bagian kanan atas perut,penglihatan kabur sudah mulai berkurang dan ibu merasa lega	- BB Sebelum hamil : 58 kg, BB setelah hamil 64 kg, - Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg Pernafasan:24x/menit Nadi : 80x/ menit Suhu : 36°5C	- Diagnosa kebidanan Ny. S usia kehamilan 36 minggu dengan denganihipertensi gestasional - Diagnosa masalah : Tidak ada,ibu mengatakan sudah paham dan mengerti tentang hipertensi gestasional.	- Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya - Menganjurkan kepada ibu untuk memakan makanan bergizi dan istirahat yang cukup - Menganjurkan kepada ibu melakukan diet garam akan membatumenuerunkan tekanan darah ibu - Memberikan terapi rebusan

					temulawak dan jahe ,obat Methyldopa,obat Nifedipine,dan obat labetalol. 5. Menganjurkan kepda ibu untuk datang kembali kunjungan ulang
3	23 Januari 2024	1. Ibu mengatakan sakit kepala,sakit dibagian kanan atas perut,penglihat kabur sudah membaik 2. Ibu mengatakan keadaan sudah mebaik.	1. Keadaan umum:Baik 2. Kesadaran : Compos mentis 3. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg Pernafasan :24x/ menit Nadi:86 x/ menit Suhu: 36°5C Berat badan ibu 64 kg	1. Ny. U G2 P1 A0 umur 28 tahun. 2. Masalah potensial tidak ada 3. Kebutuhan: tidak ada	1. Observasi keadaan umum ibu baik. 2. Beritahun ibu dan keluarga bahw a keadaan ibu sudah baik. 3. Beritahu ibu jangan mengkonsumsi obat lagi karna ibu sudah sehat. 4. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang jika ada komplikasi. 5. Ibu merasakan keadaannya sudah membaik.

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan Hipertensi gestasional terhadap Ny. S G2 P1 A0 di PMB Mona durryah di kota padangsidempuan pada bulan Januari 2025, maka penulis akan membahas permasalahan yang akan timbul pada kasus Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Hipertensi gestasional dengan membandingkan antara teori dan kasus yang ada di lapangan. Adapun pembahasan dalam bentuk narasinya adalah sebagai berikut:

4.1 Langkah I :Pengumpulan Data Dasar

Pada pengkajian data yang diperoleh dengan melakukan pengkajian melalui wawancara pada pasien seperti keluhan pasien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan membandingkan dengan hasil studi. Semua data yang dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

a. Menurut Teori

Hipertensi gestasional merupakan timbulnya hipertensi tidak disertai proteinuria setelah umur kehamilan 20 minggu dan baru muncul pada saat hamil. Gejala ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Prawihardjo, 2020).

b. Menurut kasus

Pada Ny. S usia 28 tahun mengatakan merasakan nyeri kepala dan pandangan kabur, sakit pada bagian kanan atas perut.

c. Pembahasan

Ny. S dengan Hipertensi gestasional, penulis memperoleh hasil pengkajian dimana semua keluhan yang dirasakan klien di temukan pula pada teori Hipertensi gestasional mengenai nyeri kepala, pandangan kabur, sakit pada bagian kanan atas perut. Berdasarkan data yang diatas diperoleh dalam kasus Ny. S dengan Hipertensi gestasional menunjukkan adanya kesamaan dengan penjelasan tanda dan gejala Hipertensi Gestasional. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2 Langkah II: Interpretasi Data

a. Menurut Teori

Interpretasi data dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dilakukan dalam menerapkan manajemen kebidanan, pada langkah ini terbagi menjadi beberapa bagian: diagnosa, masalah, dan kebutuhan (Amelia,2019)

Hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang diperoleh menunjukkan diagnosis hipertensi gestasional, Pasien datang dengan keluhan sakit kepala, tengku terasa pegal, dan susah tidur pada malam hari dan di dapatkan tekanan darah 140/90 mmHg tidak dapat proteinuria (Kemenkes,2013).

b. Menurut Kasus

Berdasarkan uraian di atas maka diagnosis pada kasus tersebut adalah G2 P1 A0, usia kehamilan 36 minggu, dengan hipertensi gestasional.

c. Pembahasan

Secara garis besar tampak adanya persamaan antara teori dengan diagnosis yang ditegakkan sehingga memudahkan memberikan tindakan segera.

4.3 Langkah III : Diagnosa dan masalah potensial

a. Berdasarkan teori

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 sakit pada bagian kanan atas perut, Pemeriksaan objektif yaitu tekanan darah 140/90 mmHg Pasien berpotensi terjadi preeklamsia jika tidak segera ditangani (Amellia, 2019).

b. Menurut kasus

Sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa pada kasus Ny.S dengan diagnosa hipertensi genasional ynasalah potensial yang dapat terjadi adalah preeklamsia Data yang mendukung yaitu tekanan darah 140/90 mmHg dan tidak terdapat proteinuria.

c. Pembahasan

Dari kasus ini terlihat ada persamaan dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

4.4 Langkah IV: Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

a. Berdasarkan Teori

Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegaskan 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 (Amellia, 2019).

b. Menurut Kasus

Adanya sakit kepala, pusing dan sakit pada bagian kanan atas perut dapat menyebabkan hipertensi gestasional superimposed apabila tidak ditangani segera, Untuk tindakan selanjutnya yaitu penatalaksanaan pemberian obat.

c. Pembahasan

Pada kasus hipertensi gestasional memerlukan tindakan segera, yaitu berkonsultasi dengan bidan, dengan demikian ada

kesamaan antara tinjauan pustaka dan manajemen asuhan kebidanan pada kasus ini di tempat praktek dan ini berarti tidak ada kesenjangan.

4.5 Langkah V: Perencanaan

a. Berdasarkan Teori

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 (Amellia, 2019).

b. Berdasarkan Kasus

Dalam membuat perencanaan ini ditemukan tujuan dan kriteria yang akan dicapai dalam caerapkan asuhan kebidanan kehamilan berdasarkan pada intervensi sesuai dengan masalah dan potensial pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional.

c. Pembahasan

Pada kasus Ny. S penulis merencanakan asuhan memberikan obat oral pada. ibu yaitu Amlodipin. Kaptopril dan HCT untuk menurunkan tekanan darah.

4.6 Langkah VI : Pelaksanaan

a. Berdasarkan Teori

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 studi kasus Ny. S dengan hipertensi gestasional, semua tindakan yang telah direncanakan seperti penanganan rasa nyeri dan pencegahan pengeluaran darah dan jalan lahir yaitu tindakan pertama memberikan obat oral pada ibu yaitu Amlodipin, Kaptopril dan HCT untuk menurunkan tekanan darah (Amellia, 2019).

Menurut Kasus Pada kasus Ny. S usia 28 tahun dengan diagnosis hipertensi gestasional, pada kasus ini diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pelaksanaan asuhan untuk mengatasi masalah yang dialami klien.

b. Pembahasan

Dalam pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, karena seluruh tindakan yang dilakukan sudah berorientasi pada kebutuhan klien.

4.7 Langkah VII: Evaluasi

a. Pembahasan Teori

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam manajemen kehidanan, 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).

b. Menurut Masalah

Hasil evaluasi setelah asuhan kebidanan dilaksanakan yaitu pasien sudah konsultasi pada bidan dan pasien sudah mendapatkan pengobatan masalah yang dialami oleh klien sudah diatasi dengan memberikan obat Amlodipin.

Pembahasan

Berdasarkan studi manajemen asuhan kebidanan ibu hamil dengan hipertensi gestasional ditemukan hal-hal yang tidak menyimpang dari evaluasi tinjauan pustaka.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan Asuhan Kebidanan yang dilakukan pada pembahasan "Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Hipertensi Gestasional di BPM Mona duryyah Kota Padangsidempuan pada tahun 2025" dengan menggunakan 7 langkah varney yang dimana dimulai dari pengumpulan data sampai evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan. yang telah dilakukan pembahasan "Asuhan kebidanan kesehatan ibu pada Ny. S dengan gangguan Hipertensi gestasional di BPM Mona duryyah kota Padangsidimpuan Tahun 2024"

Yang menggunakan tujuh langkah Varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

1. Penelitian melakukan Pengkajian dilaksanakan dengan mengumpulkan data dasar data lembar format yang tersedia melalui teknik wawancara dan observasi sistemik. Data subjektif khususnya pada keluhan utama yaitu Ny.S mengatakan sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri pada bagian kanan atas perut merasa khawatir dengan keadaannya. Data obyektif yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 80 x /menit, suhu 36,5 °C, pernafasan 24 x/menit.
2. Penelitian melakukan Interpretasi data dari hasil pengkajian diperoleh diagnosa Ny. S umur 28 tahun dengan kasus Hipertensi gestasional masalah yang diperoleh ibu adalah sakit kepala, pandangan kabur, sakit pada bagian kanan atas perut merasa khawatir dengan keadaannya, kebutuhan yang diberikan Ny. S adalah dukungan pendamping pada saat konsul untuk memberikan motivasi, komunikasi, informasi dan edukasi tentang gizi ibu dan pola istirahat yang cukup, serta memberitahukan pada ibu untuk datang Kunjungan Ulang agar tekanan darah ibu dapat terkontrol.
3. Penelitian melakukan Diagnosa potensial pada kasus ini adalah ibu hamil dengan preeklamsia
4. Penelitian melakukan Antisipasi yang dilakukan pada kasus Ny. S adalah pemberian terapi, pemeriksaan rutin dan pola istirahat yang cukup

5. Penelitian melakukan Perencanaan yang diberikan pada Ny. S umur 28 tahun dengan kasus hipertensi gestasional, beri support dukungan psikologis kepada Ny. S, anjurkan Ny. S untuk istirahat yang cukup, anjurkan Ny. S makan-makanan yang bergizi, diet garam, berikan therapy pada Ny. S dan Anjurkan Ny. S kunjungan ulang jika ada keluhan.
6. Penelitian melakukan Pelaksanaan yang diberikan pada Ny. S dengan kasus hipertensi gestasional adalah: memberitahu tentang hasil pemeriksaan, memberikan KIE tentang hipertensi geestasional.
7. Penelitian melakukan Evaluasi adalah tahapan penilaian terhadap kebersihan asuhan yang diberikan dalam mengatasi masalah pasien selama 4 kali pemeriksaan yaitu tanggal 20 Januari 2025 pada Ny. S yang telah dilakukan untuk menangani hiperensi gestasional diperoleh hasil yang menunjukkan adanya perubahan dari kasus hipertensi gestasional menjadi teratasi.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis dapat mengemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi institusi

Diharapkan agar LTA dapat digunakan sebagai salah satu acuan pembelajaran dengan kasus yang sama dan dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bahan yang bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan lainnya.

2. Bagi lahan praktek

Diharapkan LTA ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam mengenai masalah hipertensi gestasional yang terjadi pada masyarakat baik itu di lingkungan sekitar, khususnya responden. Serta dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi pasien yang mengalami hipertensi gestasional.

3. Bagi penulis

Penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman dalam mengkaji permasalahan hipertensi gestasional pada Ny. S..

4. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menangani hipertensi gestasional pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Elisabet Siwi Walyani (2023), *Asuhan kebidanan pada kehamilan*, Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS
- Ai Yeyeh, Rukiyah. (2012). *Asuhan Kebidanan 1 (Kehamilan Cetakan Pertama)*. Jakarta: Trans Info Media
- Arikah, T., Rahardjo, T.B.W., & Widodo, S, (2020). Faktor Resiko Kejadian *Hipertensi Pada Ibu Hamil di Puskesmas Kramat Jati Jakarta Timur Tahun 2019*. Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia
- Ugi sugiarsih, Eneng Solihah (2021), *Mengendalikan tekanan darah dengan konsumsi pisang*, Penerbit NEM
- Pipij Napisah, dkk (2025), *Kenali, Cegah, dan Atasi Hipertensi pada Ibu Hamil*, Penerbit NEM
- Rupdi Lumban Siantar, Dewi Rostianingsih, Tyara Ismiati, Ratu Bunga (2022), *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Marternal Dan Neonatal*, Rena Cipta Mandiri
- Prawirahardjo. (2022). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Praworohardjo
- Kemenkes Ri. (2022). profil kesehatan indonesia 2021, in pusdatin. Kemenkes. Go.id.
- Dinas Kesehatan Kota Padangsidempuan, (2019). Profil Dinas Kesehatan Kota Padangsidempuan.
- F.Gary Cunningham, dkk (2021) *Obstertri Williams*, Jakarta : Buku kedokteran EGC
- Ratna Dewi. (2019). *Asuhan kebidanan pada hamil normal dan patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Putri, L., & Mudlikah, S. (2019). *Obstetri dan Ginekologi*.
- Andini, Ayu (2021). *Angka kematian ibu di indonesia masih jauh dari target SDGs*. Lokadata
- Saifuddin, (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Penerbit Pustaka Baru Press
- Maureen, B. (2012). *Faktor-faktor resiko Terjadinya Preeklamsia*. Jakarta: EGC
- Manuaba IBG, dkk. (2012). *Gawat Darurat Obstetri dan Ginekologi untuk profesi bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Riska (2022). Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
Penerbit Rena Cipta Mandiri

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama : Cerah Darmayanti Zendato

NIM : 22020004

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Hipertensi Gestasional Di Bpm Mona Durryah Siregar Kayuombun Di Kota Padangsidimpun tahun 2025

Program Studi : Kebidanan Program Diploma Tiga

Laporan Tugas Akhir (LTA) ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan pembimbing, komisi penguji dan Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aafa Royhan di Kota Padangsidimpun dan dinyatakan LULUS pada tanggal 20 Mei 2025.

Menyetujui Pembimbing



.....(Bd. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.K.M)

Komisi Penguji



.....(Dr. Novita Sari Batubara, S.Keb., Bd., M.Kes)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Aafa Royhan di Kota Padangsidimpun



Bd. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.KM
NUPSTK 6189766667237103

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama mahasiswa : Cerah Darmayanti Zendato
 NIM : 22020004
 Nama pembimbing : Bd, Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb,.M.KM
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Dengan Hipotermi
 Sedang Di PMB Dora Meliana Nasution Kampung
 Tobat Kecamatan Padangsidempuan Utara Kota
 Padangsidempuan Tahun 2025

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Sabtu, 15-03- 2025		Perbaikan Latar Belakang	
2.	Senin, 17-03-2025		Acc Bab I Lanjut Bab II	
3.	Selasa, 06-05-2025	Acc Bab II	Acc Bab II Lanjut Bab III	
4.	Rabu, 07-05-2025	Acc Bab III	Perbaiki Bab III	
5.	Kamis, 08-05-2025	Acc Bab III	Lanjut Bab IV Dan V	
6.	Sabtu, 10-05-2025		Perbaiki Bab IV Dan V Daftar Pustaka	
7.	Kamis, 22-05-2025		Acc Bab IV Daftar Pustaka	
8	Jum'at, 23-05-2025		Responsi	