

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan premature. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan premature (Khairoh, 2019).

2.1.2 Tanda-Tanda Kehamilan

- a. Tanda atau bukti objektif kehamilan
 1. Amonere: bagi wanita normal yang mengalami menstruasi secara teratur amonere adalah salah satu bukti dini kehamilan terutama bila gejala-gejala dini lainnya juga terjadi. Hal lain juga dapat menyebabkan amonere adalah anemia, abnormalitas, sistem saraf pusat, gangguan endokrin, perubahan iklim atau cuaca, penyakit infeksi obstruksi servikal, atau ketegangan emosi.
 2. Mual dan muntah: terjadi segera setelah periode menstruasi pertama tidak terjadi. Banyak wanita mengalami derajat yang bervariasi dari mual penning dan muntah. Hal ini disebut morning sickness karena gejala-gejala lebih sering terjadi setelah sarapan pagi. Diyakini

bahwa morning sickness adalah respons awal tubuh terhadap tingginya kadar progesterone, gejala ini biasanya menghilang pada 3 bulan walaupun pada kasus tertentu muntah- muntah dapat lebih lama. Keadaan tersebut kemudian disebut pernicious vomiting (muntah-muntah perniosa) dan ditangani sebagai komplikasi keabnormalan pada kehamilan.

3. Perubahan payudara: nyeri, nyeri tekan, terasa berat dan pembesaran adalah gejala awal perubahan payudara kemudian terjadi pigmentasi pembesaran puting, sekresi kolostrum dan perbesaran vena. perubahan ini sangat signifikan pada wanita yang belum pernah hamil.
4. Pica atau ngidam: gejala ini berhubungan dengan persepsi individu tentang apa yang menurutnya dapat mengurangi mual dan muntah yang ia alami. Gejala ini biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan dan akan menghilang seiring tuanya kehamilan.
5. Frekuensi berkemih: hal ini sering terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul. Infeksi saluran perkemihan, trauma dan pertumbuhan tumor dapat menunjukkan gejala serupa.
6. Leukorea atau keputihan: peningkatan sekresi vaginal disebabkan oleh efek stimulus hormon pada kelenjar dan peningkatan suplai darah ke pelvik terjadi amat dini pada kehamilan. Setiap keluaran

yang berlebihan, kuning kehijauan, pendarahan yang terjadi selama kehamilan adalah tidak normal dan harus segera diteliti.

7. Tanda Chadwick: suatu perubahan awal yang dapat terlihat pada pemeriksaan adalah warna mukosa vagina yang menjadi ungu kebiruan karena meningkatnya suplai darah bagaimanapun setiap kongesti pada pelvik dapat menyebabkan gejala-gejala ini, tidak hanya kehamilan.

b. Tanda atau bukti objektif kehamilan

1. Tanda hegar: tanda hegar adalah segmen bawah uterus. Tanda goodells adalah melunaknya serviks. Tanda-tanda ini adalah probabilitas tetapi bukan bukti kehamilan absolut.
2. Perubahan abdomen: karena uterus membesar, bersifat alamiah bahwa dinding abdomen harus terdorong keluar untuk menampung penambahan ukuran uterus. Wanita yang hamil sekitar 3 bulan sudah mulai merasakan bahwa pinggang belakang terlihat amat sempit, hal ini disebabkan oleh menonjolnya uterus kedalam rongga abdomen.
3. Striae gravidarum terjadi sebagai akibat regangan kulit mungkin terlihat garis-garis tak teratur pada kulit abdomen. Sangatlah jelas pada wanita yang berkulit kuning dan mudah mengelupas, striae yang terjadi kapan saja kulit teregang dan oleh karenanya striae yang terjadi bukan merupakan diagnosa kehamilan. Pigmentasi terjadi karena pengumpulan pigmen pada kulit payudara muka dan midline abdomen (linea nigrae) tanda ini terlihat jelas terutama

pada wanita berkulit gelap terlihat bersamaan dengan bukti kehamilan lainnya pigmentasi ini merupakan tanda signifikan kehamilan tetapi bukan bukti absolut. Pemeriksaan laboratorium semua pemeriksaan untuk kehamilan tergantung dengan terdapatnya human chorionic gonadotropin(hcg) dalam darah dan urin.

2.1.3 Perubahan Pada Kehamilan

Berikut perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi pada trimester 1, 2 dan trimester 3

a. Sistem reproduksi

a.) Uterus

Uterus mengalami pembesaran pada awal kehamilan karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone yang meningkat. Pada awal kehamilan isthmus uterus memanjang dan hipertrofi sehingga teraba lunak (hegar sign). Posisi uterus pada kehamilan muda yaitu antefleksi (menghadap kedepan), atau retrofleksi (menghadap kebelakang), sedangkan pada akhir 8 minggu uterus teraba 1-2 jari diatas simpisis.

b.) Serviks

Vaskularisasi pada serviks terjadi peningkatan selama kehamilan menyebabkan serviks teraba lunak dan terlihat warna biru. Glandula servikalis memproduksi lebih banyak mucus yang diproduksi oleh kanalis servikalis sehingga mengurangi resiko infeksi genitalia. Menjelang persalinan estrogen dan relaksin hormon akan membuat

serviks menjadi lebih lunak.

c.) Vagina dan Vulva

Akibat daro vaskularisasi pada vagina dan vulva menyebabkan keduanya tampak lebih merah dan agak kebiruan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Kadar estrogen dan glukosa yang tinggi selama kehamilan akan mendukung pertumbuhan candida dan jamur yang menyebabkan terjadinya iritasi local dan produksi secret yang berwarna kuning.

d.) Ovarium

Korpus luteum dapat dapat ditemukan pada ovarium sampai terbentuknya pada usia kehamilan enam belas minggu. Hormon relaksin merupakan imunoreaktif inhibin yang berada dalam sirkulasi darah ibu hamil. Hormon I I yang memberikan efek menenangkan sehingga dapat tumbuh dengan baik hingga akhir kehamilan.

e.) Payudara

Selama kehamilan payudara akan terlihat membesar dan tegang yang diakibatkan oleh hormon somatotropin, estrogen dan progesteron tetapi belum mampu memproduksi ASI. Hiperpigmentasi pada areola disebabkan oleh pembentukan lemak payudara menjadi lebih banyak. Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan diatas dua belas minggu. Fungsi laktasi pada payudara disebabkan oleh peningkatan estrogen, progesterone, lactogen, plasenta, dan prolaktin. Ukuran payudara dapat mencapai

500 pada akhir kehamilan.

b. Sistem Endokrin

Plasenta menghasilkan dua hormon spesifik yaitu hormon laktogenik dan hormon relaksin. Hormon relaksin berfungsi meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan payudara dan berperan dalam metabolisme lemak maternal, sedangkan hormon relaksin memberikan efek relaksan pada jaringan ikat. Hormon prolactin juga meningkat selama kehamilan namun fungsinya masih dipengaruhi oleh plasenta, sehingga hormon prolactin akan maksimal setelah plasenta dilahirkan dan kadar estrogen menurun.

c. Sistem Kekebalan

Iminisasi merupakan cara preventif untuk mencegah penyakit dengan cara meningkatkan kekebalan tubuh. Pada kehamilan, janin akan mendapatkan kekebalan pasif dengan cara transplasenta, yang berarti kekebalan yang diberikan oleh ibu kandunganya yang masuk melalui plasenta janin, sedangkan kekebalan pasif buatan ini diberikan dari luar dan dimasukkan dalam tubuh anak, pemberian kekebalan pasif buatan ini diberikan kepada anak, yang dilahirkan oleh ibu yang mempunyai riwayat penyakit tertentu yang dapat menularkan kepada janinnya seperti hepatitis.

d. Sistem Perkemihan

Penekanan intra abdomen terjadi pada kehamilan diakibatkan karena terjadi penurunan tonus otot yang berada pada otot dasar panggul karena peningkatan hormon progesterone dan juga penambahan isi uterus. Pada

awal kehamilan uterus menekan kandung kemih menyebabkan ibu merasa sering kencing. Keadaan ini akan menghilang. Ketika uterus mulai keluar dari rongga panggul pada trimester kedua. Pada akhir kehamilan, keluhan yang sama juga akan dirasakan oleh ibu hamil karena penekanan kandung kemih yang terjadi akibat mulai menurunnya kepala janin ke dasar panggul. Selain keluhan sering kencing ibu hamil, juga mengeluh poliuria. Poliuri terjadi akibat peningkatan sirkulasi darah ginjal sehingga filtrasi di glomerulus meningkat 69%.

e. Sistem Pencernaan

Keluhan nausea atau perasaan mual pada awal kehamilan disebabkan oleh peningkatan hormon estrogen dan hormon HCG didalam darah, tonus otot traktus digestivus menurun yang disebabkan oleh kadar progesteron yang tinggi dan kadar motilin yaitu peptide hormonal yang mempunyai efek merangsang otot-otot polos sehingga makanan akan lama dilambung dan menyebabkan ibu mengalami obstipasi pada akhir kehamilan.

f. Sistem Muskuloskeletal

Keadaan lordosis merupakan keadaan yang normal pada kehamilan. Hal ini untuk menyesuaikan postur badan ibu dengan posisi anterior uterus yang semakin membesar, posisi tulang punggung menjadi lordosis dapat menggeser titik berat tubuh pada tungkai bawah.

g. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi ibu selama kehamilan banyak dipengaruhi dengan adanya sirkulasi plasenta. Volume plasma pada maternal meningkat pada 10

minggu kehamilan. Pada kehamilan 16 minggu, terjadi hemodusi. Setelah 24 minggu kehamilan, tekanan darah sedikit meningkat hingga menjelang persalinan.

h. Sistem Integumen

Peningkatan hormon estrogen dan progesterone, dan kadar Melanocyte Stimulating Hormone (MSH) mengakibatkan perubahan deposit pigmen dan hyperpigmentasi. Bagian-bagian dari tubuh yang sering mengalami hyperpigmentasi antara lain; striae gravidarum, livide atau alba, linea nigra, areola, papilla, mammae, pipi dan leher. Namun semua hyperpigmentasi tersebut akan menghilang setelah persalinan.

i. Metabolisme

Basal Metabolic Rate (BMR) ibu hamil akan mengalami peningkatan mencapai 15-20%, hal ini kerap terjadi pada akhir dan akan Kembali normal setelah hari ke 5 atau 6 pasca persalinan. Peningkatan BMR disebabkan oleh kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta jantung ibu mengalami peningkatan, karena itu banyak ibu hamil yang mengeluh mengalami lemah dan letih bahkan setelah melakukan aktivitas yang ringan.

j. Sistem Pernafasan

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat karena percepatan laju metabolic dan kebutuhan oksigen pada jaringan uterus dan payudara. Ibu yang sedang hamil akan menafas lebih dalam tetapi frekuensi nafas sedikit meningkat. Kebutuhan oksigen meningkat karena terjadi tekanan pada uterus yang membesar yang menjadi kompensasi tekanan uterus.

Selain itu terjadinya penurunan tekanan karbondioksida juga menyebabkan ibu hamil sering ngeluh sesak nafas sehingga berusaha untuk meningkatkan frekuensi pernafasan.

k. Sistem Persarafan

Selain perubahan neuro hormonal hypothalamic-hypofise, terjadi pula perubahan fungsi system neurologi.

2.1.4 Standar pelayanan Antenatal Care

a. Mengukur berat bada dan tinggi badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM 1 sampai TM 11 yang berkisar antara 7-12 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai TM 11. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

b. Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.

c. Ukur tinggi fundus uteri (TFU) (T3)

Tujuan dari mengukur tinggi fundus uteri adalah untuk mengetahui bagian janin apa yang berada di fundus uteri. Berdasarkan teori Mc. Donald tujuan dari mengukur tinggi fundus uteri adalah untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya menurut hari pertama haid terakhir (HPHT).

d. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama Kehamilan (T4)

e. Pemeriksaan imunisasi TT (T5)

Imunisasi tetanus toxoid harus segera diberikan pada saat seorang Wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan Kembali pada minggu ke-4.

f. Pemeriksaan HB (T6)

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke-28. Bila kadar Hb < 11 gr% maka ibu hamil dinyatakan anemia, dan harus diberikan suplemen Fe dan asam folat hingga Hb dalam batas normal.

g. Pemeriksaan VDRL (Veneral Disiase Research Lab) (T7).

Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil pertama kali diambil darah specimen darah vena kurang lebih 2cc. Apabila hasil pemeriksaan positif, maka perlu dilakukan rujukan atau pengobatan.

h. Pemeriksaan protein urin (T8)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urin atau untuk mengetahui adanya gejala preeklampsia.

i. Pemeriksaan reduksi urin (T9)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui diabetes melitus pada ibu yang memiliki Riwayat DM. Bila hasilnya positif maka perlu dilakukan pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DM.

j. Perawatan Payudara

Perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan dua kali sehari sebelum mandi yang dimulai sejak usia kehamilan enam minggu.

2.2 Hipertensi Gestasional

2.2.1 Pengertian Hipertensi Gestasional

Hipertensi dalam kehamilan dapat didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik pada 140 mmHg dan tekanan darah diastolic pada 90 mmHg tanpa disertai adanya proteinuria yang terjadi setelah 20 minggu usia kehamilan dan selesai pada 6 minggu pascamelahirkan. WHO memperkirakan sekitar 15 % dari seluruh wanita hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya dan dapat mengancam jiwanya (Fauziah Winda Gurnita, 2020).

Hipertensi kehamilan apabila adanya peningkatan tekanan darah diatas systole 140 mmHg dan diastole 90 mmHg yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu. Hipertensi kehamilan menjadi penyakit dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas sebagai faktor penyebab kematian ibu (Kemenkes RI, 2022).

2.2.2 Faktor-faktor penyebab hipertensi Gestasional

Hingga saat ini belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hipertensi. Namun berdasarkan berbagai hasil penelitian diketahui faktor-faktor risiko penyebab hipertensi. Faktor yang tidak dapat diubah seperti karakteristik mencakup usia, jenis kelamin, dan genetika merupakan faktor risiko penyebab seseorang menderita hipertensi. Faktor risiko lain penyebab hipertensi adalah adalah faktor yang dapat dimodifikasi seperti gaya hidup, perilaku merokok, minum alkohol, pola makan yang tidak sehat, mengkonsumsi garam berlebihan, dan stress (Centis et al.,2024).

Masalah lain kejadian hipertensi dalam kehamilan sangat berhubungan dengan faktor riwayat ibu hamil yang mengalami obesitas,

kemudian ada riwayat hipertensi sebelum kehamilan. Disebutkan juga riwayat hipertensi juga beresiko terhadap proporsi prematuritas yang cukup besar (Astuti et al.,2024). Masih berhubungan dengan prevalensi HDK, menurut riwayat hipertensi pada ibu hamil akan menyebabkan HDK, dan prevalensinya semakin meningkat, dan menimbulkan dampak pada masalah kesehatan selama kehamilan. Riwayat hipertensi kronis yang dialami selama kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dimana komplikasi tersebut dapat mengakibatkan superimpose preeclampsia dan hipertensi kronis dalam kehamilan (Suparji et al.,2022).

2.2.3 Faktor Resiko Pada Hipertensi Gestasional

Risiko hipertensi pada kehamilan dapat dipengaruhi oleh usia ibu, status ekonomi rendah, paritas, kecemasan, stres dan depresi pada kehamilan, gaya hidup, serta aktivitas fisik (Carolin et al.,2024; Kshatri et al.,2022). Adapun faktor risiko terjadinya hipertensi dapat dibedakan atas faktor risiko yang tidak dapat diubah (seperti keturunan atau riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur) dan faktor risiko yang dapat diubah seperti kegemukan atau obesitas, stres dan konsumsi garam (Sarumaha, 2018).

Penyebab hipertensi pada ibu hamil belum jelas. Faktor risiko hipertensi pada ibu hamil menurut Kemenkes,(2013); Siloam hospitals (2024);

1. Kehamilan kembar.
2. Penyakit trofoblas
3. Hidramnion
4. Diabetes melitus

5. Gangguan vascular plasenta
6. Faktor herediter
7. Riwayat preeklamsia sebelumnya
8. Riwayat obesitas sebelumnya
9. Hamil usia kurang 20 tahun
10. Primipara
11. Mola hidatidosa
12. Hidrops fetalis
13. Bayi besar
14. Umur Ibu lebih dari 35 tahun
15. Riwayat keluarga preeklamsia atau eklampsia
16. Riwayat penyakit ginjal sebelumnya
17. Riwayat hipertensi sebelumnya.

Berdasarkan penelitian novelia et al (2023) terdapat hubungan yang signifikan antara usia, status pekerjaan, status gravida, jarak kehamilan, riwayat diabetes mellitus, obesitas dan riwayat, kontrasepsi hormonal dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan. Menurut penelitian delimasari dan Handayani (2021) faktor yang mempengaruhi hipertensi pada kehamilan yaitu riwayat hipertensi kronis sebelumnya beresiko 5-9 kali diabetes 3-6 kali dan riwayat keluarga hipertensi 3-6 kali.

Faktor resiko hipertensi kehamilan diantaranya.

1. Pola hidup, dan kondisi kesehatan.
2. Factor predisposisi hipetensi kehamilan dipengaruhi oleh riwayat hipertensi kronis sebelum hamil, penyakit ginjal kronis, diabetes, usia lebih kurang dari 20 tahun dan lebih dari 40 tahun, kehamilan kembar, kehamilan

pertama, riwayat preeklamsi, obesitas, riwayat kontrasepsi hormonal (Suparji, Heru Santoso Wahito Nugroho, Karwati Karwati,2022).

3. Faktor genetic, paritas dan jarak kehamilan dapat mempengaruhi hipertensi kehamilan (Susanto,2022).
4. Status gizi ibu hamil berkaitan dengan terjadinya hipertensi pada kehamilan. Status gizi dengan indek massa tubuh kategori obesitas dan gizi kurang lebih beresiko mengalami hipertensi dalam kehamilan (Ramdani, 2020).
5. Obesitas dan riwayat hipertensi sebelum hamil lebih besar resiko menderita pre-eklamsi saat hamil (Bekti et al.,2020).
6. Hipertensi pada kehamilan perlu diwaspadai dan segera ditangani dikarenakan dapat menimbulkan berbagai komplikasi, baik bagi ibu maupun janin diantaranya adalah dapat mengakibatkan preeklampsia, persalinan prematur, kecil masa kehamilan (Chulkov et al.,2023; Safitri & Djaiman,2021). Oleh karena itu, deteksi dini dengan tepat dan pemantuan berkala terhadap hipertensi dalam kehamilan merupakan hal yang sangat diperlukan (Iryaningrum et al.,2023).

2.2.4 Klasifikasi Hipertensi Gestasional

Klasifikasi hipertensi pada ibu hamil terdiri dari empat menurut Durham dan Chaoman(2014); Kemenkes (2024)); dan Lowdermik et Al.(2013),yaitu.

1. Hipertensi Gestasional

Peningkatan tekanan darah yang terjadi pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu, tanpa proteinuria atau kerusakan organ lain.

2. Pre-eklampsia

Hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai proteinuria (protein dalam urine) atau kerusakan organ lain.

3. Eklampsia

Hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai proteinuria (protein dalam urine) atau kerusakan organ lain.

4. Hipertensi kronis

Tekanan darah tinggi yang sudah ada sebelum kehamilan atau terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu, dan tidak menghilang setelah 12 minggu pasca persalinan.

5. Superimposed PE

Hipertensi kronis yang ada sebelumnya atau terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu, kemudian berkembang menjadi preeklamsia.

6. Preeklamsia dengan hipertensi kronis

Preeklamsia yang terjadi pada ibu hamil yang sudah memiliki hipertensi kronis sebelumnya. Adapun menurut (Safitri & Djaiman,2021) klasifikasi hipertensi dibedakan menjadi empat yaitu.

Hipertensi dalam kehamilan adalah keadaan tekanan darah sistolik yang meningkat lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi ini dibagi dalam empat kelompok, (1) hipertensi gestasional yaitu keadaan tekanan darah ibu 140/90 mmHg atau lebih pada kehamilan 20 minggu ke atas, (2) hipertensi kronis yaitu hipertensi yang sudah ada sebelum masa kehamilan atau terjadi sebelum kehamilan 20 minggu, (3) preeklamsia/eklampsia yaitu kondisi meningkatnya tekanan darah disertai oedem dan proteinuria, dan (4)

preeklamsia disertai hipertensi kronis. Selain membahayakan ibu, hipertensi ini juga berbahaya pada janin yang ada dalam kandungan yaitu terjadinya transfer oksigen plasenta yang tidak adekuat, intrauterine growth restriction (IUGR), kelahiran prematur, solusio plasenta, lahir mati, dan kematian neonatal (Safitri & Djaiman, 2021).

2.2.5 Tanda Gejala Hipertensi Gestasional

Tanda Gejala Hipertensi Gestasional (Tyara Ismiati, 2022).

1. Tekanan darah tinggi pada saat usia kandungan di atas 20 minggu
2. Tidak ada protein di dalam urine (proteinuria)
3. Sakit kepala
4. Pusing
5. Edema (pembengkakan)
6. Berat badan naik secara tidak wajar
7. Penglihatan kabur atau buram
8. Mual dan muntah berlebihan
9. Sakit di bagian kanan atas perut
10. Buang air kecil semakin sedikit

2.2.6 Diagnosis Hipertensi Gestasional

Menurut Maternity (2017), Diagnosa untuk mengetahui

Hipertensi Gestasional antara lain:

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
2. Tidak ada riwayat hipertensi
3. Tidak ada proteinurine.
4. Dapat disertai tanda dan gejala preeklamsia, seperti nyeri ulu hati, dan trombositopenia.

5. Diagnosis pasti ditegakkan pascapersalinan.

2.2.6 Dampak/ Komplikasi Hipertensi Gestasional

Menurut (Malha et al, 2018) dampak jangka pendek jika terjadi hipertensi dalam kehamilan antara lain bisa pada ibu dan janin. Pada ibu dapat terjadi eklampsia, hemoragik, isemik stroke, kerusakan hati (HELLP sindrom, gagal hati, disfungsi ginjal, persalinan cesar, persalinan dini dan abruptio plasenta dan pada janin dapat mengalami kelahiran preterm, induksi kelahiran, gangguan pertumbuhan janin, sindrom pernapasan, kematian janin. Sedangkan dampak yang terjadi dalam jangka panjang dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular, penyakit ginjal dan timbulnya kanker bahkan menimbulkan kematian ibu dan bayi. Adapun dampak/komplikasi dari Hipertensi dalam kehamilan menurut, (Syam et al., 2023) yang meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas, meliputi.

2.2.6.1 Dampak Pada Ibu Yaitu.

- a. Solution placenta.
- b. penyakit jantung.
- c. Strok.
- d. Kegagalan organ (ginjal dan hati).

2.2.6.2. Dampak Terhadap Janin diantaranya.

1. Gangguan pertumbuhan.
2. Berat lahir rendah.
3. Lahir premature dan resiko stunting (Syam et al., 2023).

2.2.7 Obat Anti Hipertensi

Hipertensi dapat diobati menggunakan pengobatan farmakologi dan

non farmakologi. Pengobatan farmakologi yang dipakai yaitu labetalol, methyldopa dan nifedipine. Salah satu pengobatan non-farmakologis yang bisa diberikan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan adalah pengobatan nutrisi yang dilakukan menggunakan pengelolaan diet tekanan darah tinggi. Misalnya dengan membatasi konsumsi garam, mempertahankan asupan kalium, kalsium, dan magnesium dan membatasi asupan kalori jika berat badan bertambah. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) menganjurkan bahwa pada penderita tekanan darah tinggi/hipertensi mengkonsumsi banyak buah dan sayuran, meningkatkan konsumsi serat, dan minum. Untuk pengobatan non farmakologis salah satunya dapat menggunakan wortel yang diolah menjadi jus tanpa tambahan gula atau pemanis lain yang kemudian dihaluskan dan disaring ampasnya. Pengolahan wortel menjadi jus memudahkan responden dalam mengonsumsi wortel. Selain itu wortel yang mentah, yang kemudian dikonsumsi dalam bentuk jus tanpa campuran bahan lain lebih banyak mengandung betakaroten. Betakaroten yang terkandung dalam wortel bertindak sebagai antioksidan yang melindungi sel dari proses oksidasi LDL. Antioksidan ini juga berfungsi sebagai penetralisir radikal bebas, yang mencegah penyakit kardiovaskuler dan hipertensi lainnya (Widiatrilupi & Purwanti,2018).

Terdapat juga kandungan potasium pada wortel yang memiliki sifat diuretik yang kuat, maka dari itu bisa menyetarakan tekanan darah. Kalium pun bermanfaat sebagai vasodilator pada pembuluh darah, yang bisa mengurangi tekanan perifer dan meningkatkan jumlah volume darah jantung untuk merubah kembali tekanan darah menjadi normal. Berdasarkan

penelitian Widiatrilupi dan Purwanti (2018), menunjukkan terdapat pengaruh konsumsi jus wortel akan perubahan tekanan darah pada ibu hamil dengan hipertensi (p value 0,0001).

2.2.8 Screening atau Deteksi Dini Hipertensi Gestasional

Deteksi dini hipertensi gestasional dapat dilakukan dengan skrining preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu yang terdapat di Buku KIA.

PELAYANAN DOKTER

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru	■	
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi	■	
Umur ≥ 35 tahun	■	
Nullipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun	■	
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan	■	
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)	■	
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		■
Kehamilan multipel		■
Diabetes dalam kehamilan		■
Hipertensi kronik		■
Penyakit ginjal		■
Penyakit autoimun, SLE		■
Anti phospholipid syndrome*		■
Periksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg**	■	
Protemuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)	■	

Keterangan Sistem Skoring:
 Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya
 • 2 risiko sedang ■ dan atau,
 • 1 risiko tinggi ■

* Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUIFD, kelahiran prematur.
 ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan
 Bilamana ibu berisiko preeklampsia maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.
 Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Gambar 2. 1 Faktor Risiko Preeklamsi Berdasarkan Buku KIA Tahun 2022

2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi Gestasional

Bidan berperan sesuai dengan standar kompetensi bidan yang ke-3 yaitu Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dalam hal ini bidan memberikan asuhan antenatal berupa edukasi

sebagai tindak pencegahan dan deteksi dini risiko kehamilan salah satunya yaitu hipertensi gestasional. Selain pencegahan bidan juga dapat memberikan pengobatan dan rujukan sebagai tindak lanjut dari hipertensi gestasional (Rika., 2020).

Pelaksanaan yang dilakukan untuk mengatasi hipertensi gestasional adalah sesuai dengan perencanaan seperti memberitahukan ibu penkes tentang diet hipertensi seperti diet cukup protein (seperti ikan, telur, kacang-kacangan), diet rendah karbohidrat (seperti nasi, gandum, kentang), diet rendah lemak (seperti santan, daging, minyak, susu), terapi hipertensi, istirahat yang cukup dan pantau tekanan darah sampai nantinya bersalin. Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional yakni intervensi gaya hidup seperti mengurangi mengkonsumsi makanan tinggi garam, kolesterol dan pantau tekanan darah sampai nantinya bersalin. Hal tersebut disampaikan kepada pasien agar dapat dilakukan selama kehamilannya untuk mencegah peningkatan tekanan darah sampai nantinya bersalin (Magdalena et al., 2022).

2.2.10 Pencegahan Hipertensi Gestasional

Adapun upaya pencegahan hipertensi kehamilan Menurut merokok (Heni Febriani, 2021) yaitu sebagai berikut.

- 1) Konsumsi makanan sehat gizi seimbang.

Gizi berperan terjadinya komplikasi hipertensi kehamilan, asupan nutrisi gizi tinggi garam dan lemak sebagai pemicu hipertensi kehamilan (Nisa et al., 2023).

- 2) Olahraga teratur

Status gizi dengan indeks massa tubuh kategori obesitas dan gizi kurang lebih beresiko mengalami hipertensi dalam kehamilan (Ramdani,2020). Indeks massa tubuh berlebihan membutuhkan pasokan oksigen lebih besar dan peningkatan volume darah yang meningkatkan terjadinya hipertensi kehamilan (Al Fariqi,2021). Kebiasaan pola makan konsumsi lemak, natrium dan kalium yang tidak terkontrol berpotensi hipertensi(Syaid, 2023).

3) Melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.

Anc secara rutin untuk hipertensi gestasional adalah untuk mendeteksi dan mengelola hipertensi pada ibu hamil, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu dan bayi. Pemeriksaan rutin ini memungkinkan intervensi dini, seperti konsultasi medis, pengobatan, dan pemantauan ketat, sehingga dapat mengurangi risiko dan meningkatkan hasil kehamilan

4) Tidak stres

Tidak stres untuk hipertensi gestasional, atau tekanan darah tinggi selama kehamilan, adalah penting karena stres dapat meningkatkan risiko kondisi ini. Stres dapat memicu peningkatan tekanan darah dan memengaruhi kesehatan ibu dan janin. Dengan mengelola stres, ibu hamil dapat mengurangi risiko hipertensi gestasional dan memiliki kehamilan yang lebih sehat.

5) Mengurangi konsumsi garam, hindari alkohol dan merokok.

Pengurangan garam dalam makanan, menghindari rokok dan alkohol membantu dalam pencegahan atau pengobatan hipertensi kehamilan.

2.3. Hipertensi Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Hipertensi Pada Masa Nifas

Hipertensi pada masa nifas adalah kondisi peningkatan tekanan darah yang terjadi setelah persalinan hingga 6 minggu postpartum. Kondisi ini dapat berupa kelanjutan dari hipertensi gestasional, preeklamsia, atau hipertensi kronis yang belum terdiagnosis sebelumnya. Hipertensi postpartum merupakan salah satu komplikasi serius yang dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu jika tidak ditangani dengan tepat (AAG Raka Budayasa, 2025).

Hipertensi sendiri adalah kondisi kronis di mana tekanan darah dalam arteri meningkat di atas batas normal, yaitu ≥ 140 mmHg untuk sistolik dan/atau ≥ 90 mmHg untuk diastolik, yang diukur dalam dua kali pemeriksaan dengan selang waktu minimal 4 jam (PERKENI, 2019). Hipertensi dapat bersifat primer (tanpa penyebab jelas) maupun sekunder (akibat kondisi medis lain). Menurut WHO (2021) hipertensi adalah penyebab utama kematian prematur secara global dan faktor risiko signifikan untuk penyakit kardiovaskular. Diperkirakan 1 dari 4 orang dewasa di dunia mengalami hipertensi, dan prevalensinya terus meningkat, termasuk pada kelompok wanita usia subur. Dalam konteks kebidanan, hipertensi memiliki dampak besar terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Seperti dijelaskan oleh (Conningham, 2018) dalam Williams Obstetrics, tekanan darah tinggi yang tidak dikontrol selama dan setelah kehamilan bisa memicu komplikasi serius seperti stroke, eklamsia, dan bahkan kematian maternal.

Faktor yang Mempengaruhi Hipertensi Masa Nifas.

Hipertensi pada masa nifas dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kondisi tersebut. Faktor- faktor ini meliputi aspek biologis, sosial, dan gaya hidup yang saling berinteraksi. (Hausprung, 2019)

Beberapa faktor utama yang mempengaruhi hipertensi pada masa nifas antara lain:

1. Usia Ibu

Usia ibu yang ekstrim, terutama di atas 35 tahun, berisiko lebih tinggi mengalami hipertensi postpartum karena adanya perubahan pada sistem kardiovaskular dan organ reproduksi yang menurun fungsinya seiring bertambahnya usia.

2. Riwayat Hipertensi Sebelumnya

Ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronik atau hipertensi selama kehamilan sebelumnya memiliki risiko lebih besar mengalami hipertensi pada masa nifas. Riwayat ini juga meningkatkan risiko preeklamsia berat dan komplikasi lainnya.

3. Obesitas dan Indeks Massa Tubuh Tinggi (BMI)

Obesitas dengan BMI >35 meningkatkan risiko hipertensi karena kelebihan kalori, gula, dan garam yang memengaruhi tekanan darah.

4. Riwayat Preeklamsia atau Eklampsia

Ibu dengan riwayat preeklamsia atau eklampsia pada kehamilan sebelumnya berisiko mengalami hipertensi postpartum yang lebih berat.

5. Faktor Sosial dan Ekonomi

Status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan tempat tinggal (perkotaan

vs pedesaan) juga mempengaruhi risiko hipertensi. Studi menunjukkan ibu yang tinggal di daerah pedesaan memiliki risiko hipertensi lebih tinggi dibandingkan ibu di perkotaan.

6. Pola Hidup dan Kesehatan Mental

Pola makan tinggi garam, kurang aktivitas fisik, stres, dan kondisi kesehatan mental yang buruk turut berkontribusi terhadap peningkatan risiko hipertensi pada masa nifas.

7. Faktor Kehamilan dan Persalinan

Kehamilan multipel, ganda (gemeli) komplikasi kehamilan seperti diabetes gestasional, dan persalinan dengan sectio caesarea juga dapat meningkatkan risiko hipertensi postpartum Menurut American Heart Association (2020), wanita dengan kehamilan ganda atau usia di atas 35 tahun lebih berisiko mengalami late-onset postpartum hypertension

2.3.2 Pencegahan Hipertensi Pada Masa Nifas

Pencegahan hipertensi pada masa nifas merupakan langkah penting untuk mengurangi risiko komplikasi serius bagi ibu postpartum. Upaya pencegahan dilakukan dengan pendekatan medis, edukasi, dan modifikasi gaya hidup yang terintegrasi.

1. Pemantauan Ketat Tekanan Darah

Wanita dengan riwayat hipertensi selama kehamilan harus dipantau tekanan darahnya secara ketat mulai sesaat setelah persalinan hingga minimal 6 jam setelahnya dan dilanjutkan pemantauan rutin selama masa nifas. Deteksi dini kenaikan tekanan darah memungkinkan intervensi cepat untuk mencegah komplikasi emergensi.

2. Terapi Farmakologis yang Tepat

Pemberian obat antihipertensi yang aman untuk ibu menyusui, seperti nifedipin, labetalol, dan methyldopa, dianjurkan untuk mengendalikan tekanan darah postpartum. Penggunaan magnesium sulfat juga direkomendasikan sebagai profilaksis kejang pada kasus preeklamsia berat atau eklamsia postpartum.

3. Edukasi dan Konseling

Penting memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya hipertensi (pusing hebat, nyeri kepala, gangguan penglihatan, pembengkakan ekstremitas) dan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan serta kontrol rutin ke fasilitas kesehatan. Edukasi juga mencakup pola makan rendah garam dan gaya hidup sehat.

4. Modifikasi Gaya Hidup

Diet Sehat: Mengurangi asupan garam, memperbanyak konsumsi buah dan sayur, serta menjaga asupan kalium dan kalsium sesuai pedoman diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

2.3.3 Kronologi dan Patofisiologi Hipertensi

1. Kronologi Hipertensi dan Hipertensi pada Ibu Nifas

a) Kronologi Hipertensi

Hipertensi berkembang secara bertahap dan sering kali tanpa gejala awal yang jelas. Pada hipertensi primer (esensial), tekanan darah meningkat akibat interaksi multifaktorial antara faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup. Peningkatan tekanan darah terjadi karena gangguan regulasi volume cairan dan resistensi vaskular perifer. Jika tidak terdeteksi dan tidak

diobati, hipertensi dapat menyebabkan komplikasi pada organ target seperti jantung, ginjal, dan otak. Hipertensi sekunder muncul akibat kondisi medis lain seperti penyakit ginjal atau gangguan hormonal yang menyebabkan kenaikan tekanan darah secara lebih cepat dan spesifik. (Lukitaningtyas, 2023)

b) Kronologi Hipertensi pada Ibu Nifas

Hipertensi pada masa nifas dapat muncul sebagai kelanjutan dari hipertensi kehamilan (hipertensi gestasional, preeklamsia) atau sebagai hipertensi baru (*de novo*) setelah persalinan. Setelah plasenta lahir, hormon vasodilator yang diproduksi plasenta menurun drastis, menyebabkan peningkatan resistensi vaskular dan tekanan darah. Hipertensi nifas biasanya muncul dalam 48 jam sampai 10 hari postpartum, dengan puncak tekanan darah pada hari ke-3 sampai ke-5. Kondisi ini dapat bersifat sementara atau menetap dan memerlukan pemantauan ketat untuk mencegah komplikasi serius.

2. Patofisiologi Hipertensi dan Hipertensi pada Ibu Nifas

a. Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi hipertensi melibatkan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), sistem saraf simpatik, dan gangguan fungsi endotel. Renin yang diproduksi ginjal mengubah angiotensinogen menjadi angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II oleh enzim ACE. Angiotensin II adalah vasokonstriktor kuat yang meningkatkan tahanan perifer dan merangsang sekresi aldosteron, menyebabkan retensi natrium dan air sehingga meningkatkan volume darah dan tekanan darah.

Selain itu, peningkatan aktivitas saraf simpatik memperkuat vasokonstriksi dan meningkatkan denyut jantung. Gangguan fungsi endotel mengurangi produksi vasodilator seperti nitric oxide, memperparah hipertensi. Faktor risiko seperti konsumsi garam berlebih, stres, obesitas, dan genetik turut berperan dalam patogenesis hipertensi. (Lukitaningtyas, 2023)

b. Patofisiologi Hipertensi pada Ibu Nifas

Pada ibu nifas, selain mekanisme umum hipertensi, terdapat perubahan hormonal pascapersalinan yang signifikan. Penurunan hormon vasodilator plasenta (prostasiklin, relaksin) menyebabkan peningkatan resistensi vaskular. Pergeseran cairan dari ruang interstitial ke intravaskular meningkatkan volume darah dan cardiac output, yang dapat memperburuk hipertensi postpartum. Selain itu, disfungsi endotel yang terjadi akibat gangguan perfusi plasenta selama kehamilan (seperti pada preeklamsia) dapat berlanjut dan memperparah hipertensi nifas. Pemberian cairan intravena dan obat-obatan selama persalinan juga dapat memengaruhi tekanan darah postpartum

2.3.4 Tanda dan Gejala Hipertensi Pada Masa Nifas

1. Tanda dan Gejala Hipertensi Pada Masa Nifas

Tanda-tanda hipertensi postpartum atau Hipertensi pada Masa Nifas bisa muncul secara bertahap atau mendadak. Gejala yang sering dijumpai antara lain:

- a. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dalam dua kali pengukuran
- b. Sakit kepala hebat
- c. Gangguan penglihatan (kabur atau melihat kilatan cahaya)

- d. Nyeri ulu hati atau epigastrium
- e. Edema wajah dan tangan
- f. Kecemasan, gelisah, dan insomnia
- g. Tinnitus atau telinga berdenging

Menurut (Brown, 2021), pasien seringkali datang dengan keluhan non-spesifik seperti lelah atau nyeri kepala, yang membuat diagnosis terlambat jika tidak disertai pemantauan tekanan darah secara ketat.

WHO (2022) menekankan pentingnya edukasi kepada ibu dan keluarga tentang gejala peringatan, karena deteksi dini adalah kunci mencegah komplikasi berat seperti stroke atau eklampsia.

2.3.5 Bahaya Hipertensi PostPartum

Hipertensi postpartum yang tidak ditangani secara tepat dapat menimbulkan komplikasi serius bagi ibu, bahkan hingga kematian. Menurut Sari & Fitri (2020) dalam Jurnal Kesehatan, bahaya utama dari hipertensi postpartum meliputi:

a. Stroke

Akibat tekanan darah tinggi mendadak Kejang (eklampsia postpartum) meski sebelumnya ibu tidak mengalami preeklampsia. Stroke atau serangan otak terjadi apabila terdapat bekuan darah yang menyumbat atau akibat pecahnya pembuluh darah, yang mengakibatkan gangguan aliran darah pada satu bidang tertentu di otak dan berakibat kematian sel otak.

b. Gagal jantung akut

Tekanan darah yang terus meningkat dalam jangka panjang akan

mengganggu fungsi endotel, yaitu sel-sel pelapis dinding dalam pembuluh darah. Gangguan fungsi endotel ini menyebabkan terbentuknya plak yang dapat mempersempit liang pembuluh darah koroner. Padahal pembuluh darah koroner ini merupakan jalur oksigen dan nutrisi (energi) bagi jantung. Akibatnya, pasokan zat-zat penting (esensial) bagi kehidupan sel-sel jantung jadi terganggu. Bahkan pada keadaan tertentu meningkatnya tekanan darah dapat meretakkan kerak (plak) di pembuluh darah koroner. Serpihan-serpihan yang terlepas dapat menyumbat aliran darah, sehingga terjadilah apa yang disebut “serangan jantung”. Tidak jarang serangan jantung itu berakhir dengan kematian.

c. Gangguan penglihatan

Hipertensi postpartum, terutama jika tidak dikontrol, dapat memengaruhi aliran darah ke retina dan saraf optik. Peningkatan tekanan darah secara signifikan bisa menyebabkan vasospasme pembuluh darah retina, edema papil, dan dalam kasus berat terjadi perdarahan retinal. Kondisi ini membuat ibu mengeluhkan penglihatan kabur, melihat kilatan cahaya (photopsia), atau bintik-bintik gelap (floaters). Jika tidak segera ditangani, gangguan penglihatan ini dapat meningkat menjadi kebutaan sementara atau permanen, yang tentunya akan berdampak pada fungsi ibu dalam merawat bayi. Gangguan penglihatan pada masa nifas seringkali menjadi tanda preeklampsia yang belum terselesaikan atau berkembang menjadi eklampsia postpartum, sehingga harus segera mendapat perhatian medis.

d. Kematian ibu

Hipertensi yang tidak terkontrol pada masa nifas dapat menyebabkan komplikasi serius seperti stroke, gagal jantung, eklampsia, dan sindrom HELLP, yang semuanya berpotensi mengancam nyawa. Tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah besar, menyebabkan perdarahan otak, dan gangguan fungsi organ vital secara sistemik. Menurut Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes RI, 2021), hipertensi merupakan salah satu dari tiga penyebab utama kematian maternal di Indonesia, setelah perdarahan dan infeksi. Hal ini menunjukkan pentingnya pemantauan tekanan darah secara rutin dan pemberian edukasi sejak dini selama masa nifas, terutama bagi ibu dengan riwayat preeklampsia atau SC.

Hipertensi postpartum juga meningkatkan risiko perdarahan postpartum sekunder, karena gangguan sistem vaskular. Data dari Kemenkes RI (2021) menunjukkan bahwa hipertensi termasuk dalam tiga besar penyebab kematian maternal di Indonesia, selain perdarahan dan infeksi. Safitri et al. (2022) menyebutkan bahwa kurangnya pemantauan tekanan darah setelah pulang dari RS menjadi salah satu faktor utama keterlambatan penanganan komplikasi hipertensi postpartum, terutama di fasilitas kesehatan primer.

2.3.6 Konsep Hipertensi Postpartum

Menurut Siloam Hospitals (2023), hipertensi adalah kondisi ketika tekanan darah seseorang meningkat di atas batas normal, yaitu ≥ 140 mmHg untuk sistolik dan/atau ≥ 90 mmHg untuk diastolik. Berdasarkan tingkat keparahannya, hipertensi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

A. Berdasarkan Derajat Keparahan

a. Hipertensi Derajat 1 (Ringan)

Tekanan darah sistolik 140–159 mmHg dan/atau diastolik 90–99 mmHg. Gejala umumnya belum tampak jelas, tetapi tetap perlu pemantauan dan intervensi dini untuk mencegah progresi ke tahap lebih parah.

b. Hipertensi Derajat 2 (Sedang)

Tekanan darah sistolik 160–179 mmHg dan/atau diastolik 100–109 mmHg. Pada tahap ini sering muncul keluhan seperti sakit kepala atau pusing, dan memerlukan penanganan medis untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

c. Hipertensi Derajat 3 (Berat)

Tekanan darah ≥ 180 mmHg untuk sistolik dan/atau ≥ 110 mmHg untuk diastolik. Kondisi ini berisiko tinggi menimbulkan komplikasi serius seperti serangan jantung, stroke, dan gagal ginjal.

d. Krisis Hipertensi (Hipertensi Maligna)

Merupakan kondisi kegawatdaruratan medis akibat peningkatan tekanan darah yang sangat tinggi disertai dengan kerusakan organ target seperti jantung, ginjal, otak, atau mata. Penanganan segera di rumah sakit diperlukan.

B. Berdasarkan Klasifikasi Khusus pada Kehamilan dan Masa Nifas

Menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) dan Kementerian Kesehatan (2022), hipertensi dalam kehamilan dan masa nifas dibagi menjadi beberapa jenis:

e. Hipertensi Kronik

Merupakan hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan atau terdeteksi sebelum usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini dapat berlanjut hingga masa nifas dan memiliki risiko tinggi berkembang menjadi preeklamsia superimposed.

b. Hipertensi Gestasional

Terjadi setelah kehamilan 20 minggu tanpa adanya proteinuria atau tanda-tanda preeklamsia lainnya. Hipertensi gestasional bersifat sementara dan biasanya membaik setelah persalinan, namun tetap berisiko berkembang menjadi preeklamsia.

c. Preeklamsia

Ditandai dengan peningkatan tekanan darah setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai dengan proteinuria atau tanda-tanda gangguan organ lain seperti gangguan fungsi ginjal, hati, atau sistem saraf pusat. Preeklamsia dapat menimbulkan komplikasi serius seperti eklamsia dan sindrom HELLP.

d. Eklamsia

Merupakan tahap lanjut dari preeklamsia yang disertai dengan kejang, dan menjadi kondisi kegawatdaruratan obstetri yang memerlukan penanganan segera.

e. Hipertensi Kronik dengan Superimposed Preeklamsia

Terjadi pada ibu dengan riwayat hipertensi kronik yang kemudian mengalami penambahan proteinuria atau tanda-tanda preeklamsia lain selama kehamilan atau masa nifas. Kondisi ini lebih berisiko dan

memerlukan pemantauan ketat.

2.3.7 Penatalaksanaan Hipertensi Pada Masa Nifas

Dalam penatalaksanaan hipertensi petugas kesehatan memiliki peran dalam mengubah perilaku sakit penderita dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko dari sakit yang diderita. Petugas kesehatan mempunyai peran sebagai educator tentang informasi hipertensi dalam menambah pengetahuan pasien dan dapat membentuk sikap yang positif agar dapat melakukan perawatan hipertensi secara mandiri sehingga komplikasi dapat dicegah. Penatalaksanaan pasien hipertensi dapat dilakukan dengan dua pendekatan yaitu secara non farmakologis dan farmakologis :

1. Penatalaksanaan Non-Farmakologis

Menurut Amalia & Wulandari (2021), pendekatan non-obat lebih diutamakan jika kondisi tekanan darah masih tergolong ringan, seperti: Pemantauan Tekanan Darah, Edukasi diet rendah garam Kontrol stres Istirahat cukup Pemantauan tekanan darah harian Konseling gizi & gaya hidup . KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) juga menjadi kunci keberhasilan intervensi ini karena dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan ibu dalam mengontrol tekanan darah. Penting untuk melakukan pemantauan tekanan darah dalam waktu enam jam setelah melahirkan, idealnya pemeriksaan tekanan darah pada ibu nifas dengan hipertensi dilakukan setiap 4 hingga 6 jam selama 72 jam pertama postpartum untuk mendeteksi dini terjadinya hipertensi pasca persalinan. Pemantauan tekanan darah dapat dilakukan lebih sering (15 hingga 30 menit sekali) jika tekanan darah >160/110 mmHg.

(AAG Raka Budayasa, 2025) Hipertensi postpartum sering muncul pada minggu pertama setelah persalinan dan dapat meningkatkan risiko perawatan inap yang lebih lama jika tidak segera ditangani. Oleh karena itu, setelah ibu pulang dari rumah sakit, dianjurkan untuk tetap memantau tekanan darah setiap hari, setidaknya selama tujuh hari pertama, guna memastikan kondisi ibu tetap stabil dan mencegah terjadinya komplikasi. terapi nonfarmakologis yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi adalah terapi berikut :

a. Terapi diet

Diet rendah garam Pembatasan konsumsi garam sangat dianjurkan, maksimal 2 gr garam dapur perhari dan menghindari makanan yang kandungan garamnya tinggi. Misalnya telur asin, ikan asin, terasi, minuman dan makanan yang mengandung ikatan natrium. Tujuan diet rendah garam adalah untuk membantu menghilangkan retensi (penahan) air dalam jaringan tubuh sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Walaupun rendah garam, yang penting diperhatikan dalam melakukan diet ini adalah komposisi makanan harus tetap mengandung cukup zat-zat gizi, baik kalori, protein, mineral, maupun vitamin yang seimbang.

b. Olahraga

Peningkatan aktivitas fisik dapat berupa peningkatan kegiatan fisik sehari-hari atau berolahraga secara teratur. Manfaat olahraga teratur terbukti bahwa dapat menurunkan tekanan darah, mengurangi risiko terhadap stroke, serangan jantung, gagal ginjal, gagal jantung,

dan penyakit pembuluh darah lainnya.

c. Berhenti merokok

Merokok merangsang sistem adrenergik dan meningkatkan tekanan darah. Berdasarkan penelitian bahwa ada hubungan yang linear antara jumlah alkohol yang diminum dengan laju kenaikan tekanan sistolik arteri.

2. Penatalaksanaan Farmakologis

Pemberian obat antihipertensi diperlukan bila tekanan darah $\geq 150/100$ mmHg. Menurut PERKENI (2019) dan Fitriani (2020) dalam Jurnal Kebidanan, obat yang sering digunakan antara lain: Nifedipin yang aman untuk menyusui, Labetalol, dan Metildopa.

2.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Hipertensi Gestasional

Manajemen kebidanan adalah suatu pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memecahkan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian data, interpretasi data, identifikasi diagnose masalah potensial dan kebutuhan segera, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi peran dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang memiliki kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu dan anak meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus, keluarga berencana serta kesehatan reproduksi. Kunjungan awal *antenatal care* (ANC) adalah suatu masa ketika wanita melakukan pemeriksaan pertama kali pada masa kehamilan. Rincian tahapan pada pemeriksaan secara mendasar sama, tanpa mempertimbangkan usia kehamilan berapa saat kunjungan tersebut terjadi (Yulianti, 2019).

Aplikasi manajemen asuhan kebidanan kehamilan dengan hipertensi gestasional sebagai berikut:

A. Subjektif

Pengumpulan data adalah langkah pertama dalam manajemen kebidanan. Pada langkah ini, bidan dituntut untuk mengumpulkan semua data yang dibutuhkan berbagai sumber untuk evaluasi yang kompleks kepada ibu atau bayi. Dalam pengumpulan data ini, bidan akan mendapatkan dua jenis data, yaitu data subjektif dan data objektif (Nurwiandani, 2018).

a. Data Subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allo anamnesis*).

1. Biodata

- 1) Nama pasien dan suami, untuk mempermudah bidan dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien, selain itu juga dapat mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan.
- 2) Umur, untuk mengetahui apakah pasien memiliki kehamilan yang berisiko atau tidak, sehingga jika pasien berisiko dapat diantisipasi sedini mungkin.
- 3) Suku dan bangsa, untuk mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat.

- 4) Agama, untuk memotivasi pasien dengan kata-kata yang bersifat religious, terutama pada pasien dengan gangguan psikologi.
- 5) Pendidikan, untuk mengetahui jenjang pendidikan pasien maupun suami sehingga bidan dapat menggunakan kata-kata yang sesuai dengan jenjang pendidikan pasien/suami.
- 6) Pekerjaan, untuk mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisinya.
- 7) Alamat, untuk mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menghubungi pasien dan suami (Khairoh, 2019).

2. Keluhan Utama

Pada umumnya ibu hamil dengan hipertensi gestasional sering mengalami atau mengeluh seperti pusing, sakit kepala, pandangan kabur, bengkak pada tangan dan kaki, berat badan naik drastis dll.

3. Riwayat Kesehatan Reproduksi

- 1) Haid (Menarche, Siklus haid, Lamanya, Keluhan, Volume)
- 2) Riwayat pemakaian kontrasepsi yang meliputi jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, lama pemakaian, keluhan/efek samping dari penggunaan kontrasepsi (Khairoh et al., 2019).

4. Riwayat Kehamilan sekarang

Pengkajian riwayat kehamilan sekarang meliputi Gravida, Paritas, Abortus, Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), Hari Perkiraan Lahir (HPL), menghitung usia kehamilan, riwayat ANC, gerakan janin, tanda bahaya dan penyulit yang pernah dialami selama hamil, keluhan yang pernah dirasakan selama hamil, jumlah tablet zat besi yang sudah

dikonsumsi, obat yang pernah dikonsumsi termasuk jamu, status imunisasi Tetanus Toxoid (TT) dan kekhawatiran ibu (Yuliani, 2021).

5. Riwayat Obstetrik yang lalu yang dikaji meliputi jumlah kehamilan, persalinan, persalinan cukup bulan, persalinan prematur, jumlah abortus, durasi menyusui eksklusif, termasuk komplikasi dan masalah yang dialami selama kehamilan persalinan nifas yang lalu seperti perdarahan, hipertensi, berat bayi, kehamilan sungsgang gemili, pertumbuhan janin terhambat, kematian janin atau neonatal (Rini Sih, 2017).

6. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Ibu

Untuk mengetahui karakteristik personal, riwayat penyakit menular/keturunan dan riwayat pengobatan. Untuk ibu dengan hipertensi gestasional dapat dibedakan dengan tidak adanya riwayat hipertensi sebelumnya.

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui adanya risiko penyakit menular/keturunan dan kelainan-kelainan genetik (Khairoh et al., 2019). Pada ibu dengan hipertensi gestasional memiliki faktor resiko seperti riwayat keluarga dengan hipertensi/ preeklampsia Siloam hospitals (2024).

7. Riwayat Psikososial

Pengkajian meliputi pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, jumlah keluarga di rumah yang

membantu, siapa pengambil keputusan, penghasilan, pilihan tempat bersalin (Yuliani, 2021).

8. Pola Kehidupan sehari-hari

Pengkajian meliputi pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas, istirahat, pola seksual ibu sebelum hamil dan perubahannya setelah hamil, termasuk keluhan yang dialami pada pola kebutuhan sehari-hari selama hamil. Adakah kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan terlarang, kafein dan alkohol (Yuliani, 2021).

B. Objektif

Pengkajian data objektif dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan langsung pada ibu hamil, meliputi.

1. Pemeriksaa umum

a. Keadaan umum

Menurut (Ari, 2015) kriteria keadaan umum yaitu meliputi.

Baik: jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Lemah: Jika klien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta klien tidak mampu berjalan sendiri.

b. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada tinggi badan kurang dari 145

cm (Khairoh et al., 2019).

- c. Berat badan dikaji saat sebelum hamil dan selama hamil untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama kehamilan. Secara umum penambahan berat badan <9kg selama hamil atau <1kg setiap bulan atau <1kg sejak bulan ke empat mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional biasanya akan mengalami obesitas atau kenaikan berat badan berlebih, Siloam hospitals (2024).

Tabel 2. 1 Kenaikan BB yang Dianjurkan Selama Hamil Berdasarkan IMT

IMT sebelum hamil	Kenaikan BB yang dianjurkan selama hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26-29)	7-11,5	15-25
Obesitas (IMT >29,0)	<7	<15

(Sumber Yuliani, 2021)

- d. LiLA (Lingkar Lengan Atas), pengukuran LiLA untuk mengetahui adanya risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada wanita usia subur/Ibu Hamil dan menampis ibu. LiLA normal adalah 23,5 cm. (Khairoh et al., 2019).

1) Tanda-tanda vital.

a. Tekanan darah

Pada ibu hamil dengan hipertensi gestasional ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah diatas sistole 140 mmHg dan diastole 90 mmHg yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu. Hipertensi kehamilan menjadi penyakit dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas sebagai faktor penyebab kematian ibu (Kemenkes RI, 2022).

b. Nadi

Pada masa kehamilan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia kehamilan 4 minggu sekitar 15-20 denyut permenit, kondisi ini memuncak pada usia gestasi 28 minggu karena disebabkan peningkatan curah jantung karena adanya peningkatan total volume darah. Fekuensi nadi normal antara 60-90x/menit (Khairoh et al., 2019).

c. Suhu

Suhu tubuh yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan dan disertai peningkatan frekuensi jantung. Pada ibu hamil mengalami peningkatan suhu tubuh sampai 0,5°C dikarenakan adanya

peningkatan hormone progesterone yang disertai peningkatan metabolisme tubuh ibu hamil. Nilai normal suhu tubuh berkisaran antara 36°C-37,5°C (Khairoh et al., 2019).

d. Respirasi

Frekuensi nafas dikaji untuk mendeteksi secara dini adanya penyakit yang berhubungan dengan pernafasan yang berpotensi sebagai penyulit pada saat persalinan. Umumnya frekuensi nafas yang normal yaitu 20- 24x/menit (Khairoh et al., 2019).

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dilakukan untuk mengetahui ada/tidaknya keabnormalan secara fisik/pemeriksaan fisik ini dilakukan secara sistematis dari kepala hingga ujung kaki (*head to toe*). Pemeriksaan fisik meliputi IPPA (Inpeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi) (Khairoh et al., 2019). Dalam pemeriksaan fisik klien yang umumnya mengalami hipertensi memiliki usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan tekanan darah 140/90 mmhg dengan hasil pemeriksaan lab didapatkan urine negatif.

1. Kepala

a. Wajah

Perhatikan adanya pembengkakan pada wajah, apabila terdapat pembengkakan atau edema di wajah, perhatikan juga adanya pembengkakan pada tangan dan kaki, apabila di tekan menggunakan jari akan berbekas cekungan yang

lambat kembali seperti semula. Apabila bengkak terjadi pada wajah, tangan dan kaki merupakan pertanda terjadinya pre eklampsia (Khairah et al., 2019)

b. Mata

Periksa perubahan warna konjungtiva mata. Konjungtiva yang pucat menandakan ibu menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai bahwa ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Khairah et al., 2019)

c. Mulut dan gigi

Ibu hamil mengalami perubahan hormon baik itu progesteron maupun estrogen. Dampak dari perubahan hormon kehamilan itu dapat mempengaruhi kesehatan mulut dan gigi. Peningkatan risiko terjadinya pembengkakan gusi maupun pendarahan pada gusi. Hal ini terjadi karena pelunakan dari jaringan daerah gusi akibat peningkatan hormon, kadang timbul benjolan-benjolan bengkak kemerahan pada gusi dan menyebabkan gusi mudah berdarah (Khairah et al., 2019)

d. Leher

Periksa adanya pembengkakan pada leher yang biasanya disebabkan oleh pembengkakan kelenjar thyroid dan apabila ada pembesaran pada vena jugularis curigai

bahwa ibu memiliki penyakit jantung.

2. Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi pemeriksaan tangan dan kaki untuk mengetahui adanya pembengkakan/edema sebagai indikasi dari preeklamsia. Pada kaki dilakukan pemeriksaan varices dan edema.

3. Payudara

Perhatikan kesimetrisan bentuk payudara, bentuk puting payudara menonjol atau mendatar, apabila puting payudara mendatar, berikan ibu konseling melakukan perawatan payudara agar puting payudara menonjol. Kemudian perhatikan adanya bekas operasi dan lakukan palpasi untuk mengetahui adanya benjolan yang abnormal dan nyeri tekan dimulai dari daerah axilla sampai seluruh bagian payudara. Pemeriksaan payudara ini bertujuan untuk mempersiapkan ibu dalam menyusui bayi (Khairoh et al., 2019).

4. Abdomen

Pemeriksaan abdomen meliputi apakah pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, ada tidaknya luka bekas operasi dan menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala. Pembesaran abdomen yang tidak sesuai usia kehamilan ialah faktor risiko terjadinya kehamilan dengan mola hidatidosa, kehamilan kembar, Polihidramnion.

Sedangkan mengkaji adanya luka bekas operasi untuk mengetahui adanya faktor risiko terjadinya robekan pada luka perut uterus karena bekas operasi SC. Menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala dengan melakukan pemeriksaan Leopold yang terbagi menjadi 4 tahap (Khairoh et al., 2019).

a) Leopold I

Dilakukan untuk menentukan TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian janin yang terletak di fundus uteri. Pemeriksaan ini dilakukan sejak Trimester I. Posisi bidan menghadap kearah muka ibu, uterus di kumpulkan ke tengah, menentukan TFU dengan jari-jari, menentukan bagian janin yang ada pada bagian fundus, jika teraba bulat, keras, melenting diartikan sebagai kepala, sedangkan jika teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting diartikan sebagai bokong (Yuliani, 2021).

b) Leopold II

Dilakukan untuk menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu, dilakukan mulai akhir Trimester III. Posisi bidan, kedua tangan bidan pindah ke samping kanan kiri perut ibu, tangan kiri menahan sisi uterus sebelah kanan, tangan kanan meraba sisi uterus kiri ibu dari atas ke bawah (Yuliani, 2021).

c) Leopold III

Dilakukan untuk menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (presentasi janin) dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk pintu atas panggul (PAP), dilakukan mulai akhir Trimester II. Normalnya bagian bawah janin adalah kepala (Yuliani, 2021).

d) Leopold IV

Dilakukan untuk menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP, dilakukan apabila usia kehamilan lebih dari 36 minggu. Bidan menghadap kearah kaki ibu, ibu diminta meluruskan kaki, kedua tangan dirapatkan pada permukaan presentasi janin dari atas ke bawah. Jika kedua tangan konvergen (bertemu), berarti sebagian kecil presentasi janin masuk panggul, jika kedua tangan sejajar, berarti setengah bagian presentasi janin masuk panggul. Jika kedua tangan divergen (menyebarkan), berarti sebagian besar presentasi janin sudah masuk panggul (Yuliani, 2021).

e) Mengukur Tinggi Fundus Uteri (McDonald)

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan McDonald dengan menggunakan pita meter dimulai dari tepi atas symphysis pubis sampai fundus uteri.

Tujuan pemeriksaan TFU dengan McDonald adalah.

- a. Untuk mengetahui pembesaran uterus sesuai dengan

usia kehamilan.

- b. Untuk menghitung taksiran berat janin dengan teori Johnson- Tausack, yaitu, jika bagian terbawah janin masuk PAP Taksiran Berat Janin = $(TFU-12) \times 155$, jika bagian terbawah janin masuk PAP Taksiran Berat Janin = $(TFU- 11) \times 155$ (Khairoh et al., 2019).

Tabel 2. 2 Perkiraan TFU terhadap UK

No	Perkiraan TFU dalam cm	Perkiraan UK dalam minggu
1	24-25	22-28
2	26,7	28
3	29,5-30	30
4	29,5-20	32
5	31	34
6	32	36
7	33	38
8	37,7	40

(Sumber Yuliani, 2021)

- f) Pemeriksaan Detak Jantng Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ pada ibu hamil dengan menggunakan fetoskop atau Doppler. Bunyi-bunyi yang terdengar berasal dari bayi yaitu bayi meliputi bunyi jantung, gerakan, dan bising usus dan bising aorta (Khairoh et al., 2019).

- g) Genetalia

Lakukan pemeriksaan genetalia eksterna dan anus untuk mengetahui kondisi anatomis genetalia eksternal dan mengetahui adanya tanda infeksi dan penyakit menular

seksual. Karena adanya peningkatan hormon sekresi cairan vagina semakin meningkat sehingga membuat rasa tidak nyaman pada ibu, periksa apakah cairan pervagina (secret) berwarna dan berbau. Lakukan pemeriksaan anus bersamaan pemeriksaan genetalia, lihat adakah kelainan, misalnya hemorroid (pelebaran vena) di anus dan perineum, lihat kebersihannya (Khairoh et al., 2019)

h) Refleks patella

Pemeriksaan refleks patella adalah pengetukan pada tendon patella menggunakan refleks hammer. Pada saat pemeriksaan refleks patella ibu harus dalam keadaan rileks dengan kaki yang menggantung. Pada kondisi normal apabila tendon patella ditekuk maka akan terjadi refleks pada otot paha depan di paha berkontaksi, dan menyebabkan kaki menendang keluar. Jika reaksi negatif kemungkinan ibu mengalami kekurangan vitamin B1. (Khairoh et al., 2019).

i) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar dilakukan untuk memperkirakan kemungkinan panggul sempit. Terutama dilakukan pada prosedur ANC, pengukuran panggul luar sudah tidak di gunakan lagi. Kepala yang tidak kunjung masuk PAP menjadi salah satu indikator CPD (*Cepalo Pelvic Disproportion*), dimana untuk menegakkan diagnose harus dikonsultasikan kepada SpOG (Yuliani, 2021). Adapun jenis

pemeriksaan panggul luar sebagai berikut.

- a) Distansia spinarum ($\pm 24\text{cm}-26\text{cm}$). Jarak antara spina iliaca anterior superior sinistra dan dextra.
- b) Distansia cristarum ($\pm 28\text{cm}-30\text{cm}$). Jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri.
- c.) Distansia eksterna ($\pm 18\text{cm}$). Jarak antara tepi atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbalke-V (Khairoh et al., 2019).

j) Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium rutin untuk semua ibu hamil yang dilaksanakan pada kunjungan pertama yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin, golongan darah dan rhesus, rapid test (untuk menegakkan diagnose malaria), HbsAg (untuk menegakkan diagnosis Hepatitis), tes HIV.
- b) Pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi diantaranya urinalisis, pemeriksaan kadar hemoglobin, kadar gula darah Pemeriksaan ultrasonografi (USG) (Yuliani, 2021). Menurut Maternity (2017), Diagnosa untuk mengetahui Hipertensi Gestasional pada pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan proteinurin ditegakkan dengan hasil proteinurin negatif/ tanpa danya proteinurin.

C. Assesment

Assesment(Penilaian) mencatat diagnose dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien. Pendokumentasian hasil analisis dan

interpretasi data subjektif juga data objektif dalam suatu identifikasi. Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif.

- a) Kesimpulan berdasarkan data subjektif dan objektif.
- b) Contoh:
- c) GIIP1AO hamil pada 24 minggu umur 28 tahun, janin hidup, tunggal, intra uterin, dengan hipertensi gestasional.

D. Plan

Pada bagian penatalaksanaan pada pendokumentasian SOAP, berisi perencanaan asuhan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan yang diberikan.

a) Perencanaan Asuhan

Asuhan kebidanan yang direncanakan pada pasien dengan hipertensi dilakukan dengan sebagai berikut.

1. Deteksi dini prenatal Waktu pemeriksaan prenatal dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, kemudian setiap 2 minggu hingga usia kehamilan 36 minggu, setelah itu setiap minggu (Imami N. Rachmawati, 2016).
2. Penatalaksanaan di puskesmas: pantau keadaan ibu, timbang berat badan ibu, analisis proteinuria, pengukuran tekanan darah, informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, anjurkan ibu untuk mengurangi asupan natrium, anjurkan ibu untuk tidak banyak pikiran dan beri dukungan, anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, anjurkan ibu untuk memperbanyak asupan kalium, anjurkan pasien untuk kunjungan pemeriksaan kehamilan lebih sering yaitu 1 minggu

sekali, ajarkan pada ibu menilai gerakan janin setiap 1 jam, apakah gerakan janin teratur atau berkurang, sehingga dapat digunakan untuk menilai keadaan janin, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti hipertensi. anjurkan ibu untuk mengkonsumsi obat anti hipertensi misalnya nifedifin 10 mg (2x1), (Rukiyah, 2010).

b) Implementasi/Pelaksanaan Asuhan

Rencana asuhan yang menyeluruh dilaksanakan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan tersebut dapat sepenuhnya dilakukan oleh bidan atau sebagian lagi oleh tenaga kesehatan lain atau klien dan keluarga. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap bertanggung jawab penuh untuk mengarahkan pelaksanaan dan memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Yuliani, 2021).

Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat yaitu.

- a) Memberikan asuhan antenatal berupa edukasi sesuai dengan peran dan standar kompetensi bidan.
- b) Memantau tekanan darah, proteinurine, refleks pada lutut, dan monitor DJJ
- c) Memberi informasi yang jelas tentang keadaan pasien dan keadaan kehamilannya.
- d) Menganjurkan untuk banyak istirahat yaitu dengan menghindari pekerjaan berat yang bisa dikerjakan sebelum hamil.
- e) Menganjurkan diet makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat,

cukup vitamin, rendah lemak, dan diet rendah garam.

- f) Menganjurkan pasien untuk kunjungan pemeriksaan kehamilan lebih sering yaitu 1 minggu sekali.
- g) Mengajarkan pada ibu menilai gerakan janin setiap 1 jam, apakah gerakan janin teratur atau berkurang, sehingga dapat digunakan untuk menilai keadaan janin.
- h) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi obat anti hipertensi sesuai advis dokter misalnya Nefedifin 10 mg (2x1).

c) Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan. Ada kemungkinan sebagian rencana lebih efektif, sebagian yang lain belum efektif. Manajemen asuhan kebidanan merupakan hasil pola pikir bidan yang berkesinambungan, sehingga jika ada proses manajemen yang kurang efektif/tidak efektif, proses manajemen dapat diulang lagi dari awal (Yuliani, 2021).

Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Evaluasi pada ibu hamil dengan hipertensi.

- a) Telah dilakukan pengukuran tekanan darah terjadi penurunan yaitu 130/80 mmHg, protein urine (-), refleks patella (+), dan DJJ terdapat 138x/menit dan teratur.
- b) Ibu telah mengerti tentang keadaannya dan kehamilannya.
- c) Ibu bersedia istirahat yang cukup dan menghindari pekerjaan berat yang biasa dikerjakan sebelum hamil.

- d) Ibu bersedia diet makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat. cukup vitamin, rendah lemak, dan diet rendah garam.
- e) Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang lebih sering yaitu 1 minggu sekali.
- f) Ibu bersedia memantau gerakan janinnya setiap 1 jam, apakah gerakan janin teratur atau berkurang.
- g) Ibu bersedia mengkonsumsi obat anti hipertensi misalnya. Nefedifin 10 mg (2x1)

