

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY W USIA 34 TAHUN
G3P2A0 GRAVIDA 34 MINGGU DENGAN
HIPERTENSI GESTASIONAL
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**AI FITRIA
KHGB23032**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah yang saya susun merupakan hasil karya asli saya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Seluruh proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan berdasarkan hasil studi, pengkajian, dan analisis yang saya lakukan sendiri dengan bimbingan dari dosen pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya ilmiah, pendapat, maupun hasil penelitian orang lain yang saya akui sebagai karya saya sendiri. Setiap sumber yang digunakan telah dicantumkan secara jelas dalam kutipan dan daftar pustaka sesuai dengan ketentuan penulisan ilmiah.
4. Saya bertanggung jawab sepenuhnya atas isi Karya Tulis Ilmiah ini. Apabila di kemudian hari ditemukan adanya ketidaksesuaian atau pelanggaran terhadap pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2026

AI FITRIA
KHGB23032

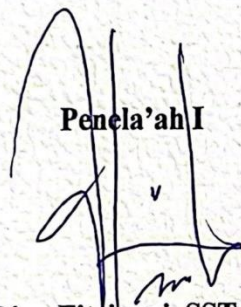
LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY W USIA 34
TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 34 MINGGU
DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**Nama Mahasiswa : AI FITRIA
NIM : KHGB23032**

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Laporan Tugas Akhir

Garut, 17 Juni 2026


Penela'ah I

Bdn. Dian Fitriyani, SST., M.Keb
NIP.042039.0823.180

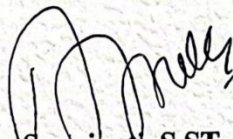
Menyetujui,

Penela'ah II



Titi Purwitasari, SST., Bdn. M.Keb
NIP.042039.0910.048

Pembimbing



Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes
NIP.04203998.1209.064

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY W USIA 34 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 34 MINGGU DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Disusun oleh

AI FITRIA
KHGB23032

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Bdn.Desy Syswianti, S.ST.,M.Kes
NIP.04203998.1209.064

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar A.Md.Keb

Mengesahkan,
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**



Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP: 043298.0810.083

Mengetahui,
**Ketua Program Studi D-III
Kebidanan**



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP: 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Ny.W Usia 34 Tahun G3P2A0 Gravida 34 Minggu Dengan Hipertensi Gestasional Di RSUD dr. Slamet Garut”**, sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D3 Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Penulis memperoleh banyak bantuan, bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, M.A., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
2. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
5. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes., selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

6. Desy Syswianti., S.ST., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan dan motivasi sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
7. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb Selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Titi Purwitasari, SST.,M.Keb Selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Kedua orang tua tercinta Bapak Ade Rahmat dan Mamah Elit, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis, dua orang yang menjadi sumber kekuatan disetiap langkah penulis, selalu mengusahakan anak perempuannya untuk bisa menempuh pendidikan setinggi-tingginya meski mereka tidak pernah merasakannya. Terima kasih yang tak terhingga kepada bapak dan mamah yang telah memberikan kasih sayang dan dukungan, memberikan banyak motivasi, nasihat, dan selalu mendoakan disetiap langkah penulis. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat mamah dan bapak bahagia. sehat selalu dan panjang umur karena mamah dan bapak harus selalu ada disetiap perjuangan dan pencapaian hidup penulis.
10. Kepada seluruh dosen terutama dosen Program Studi D3 Kebidanan yang telah memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan, arahan, motivasi, serta pengalaman berharga selama proses perkuliahan hingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga segala ilmu yang telah diberikan menjadi amal kebaikan dan bermanfaat bagi penulis dalam menjalankan profesi di masa yang akan datang.

11. Kepada seluruh bidan yang telah membimbing, mendampingi, serta memberikan dukungan, arahan dan kesempatan kepada penulis untuk belajar dan memperoleh pengalaman praktik yang berharga.
12. Kepada Ny. W dan keluarga yang telah bersedia menjadi subjek dalam studi kasus ini, memberikan informasi yang diperlukan, serta bekerja sama selama proses pemberian asuhan kebidanan dan penyusunan laporan Laporan Tugas Akhir ini.
13. RSUD dr. Slamet Garut sebagai lahan praktik pengkajian kasus laporan tugas akhir.
14. Kepada kakak laki-laki tercinta satu-satunya Yudha Cahyana yang selalu memberikan dukungan, motivasi, kasih sayang, serta doa yang diberikan sangat berarti dalam perjalanan penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Pendidikan sampai selesai.
15. Kepada keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, dan doa kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
16. Kepada teman-teman penulis (Herlina, Putri, Bunga). Terimakasih setiap detik kebersamaan berjuang bersama, bantuan, suka dan duka yang telah menjadi bagian indah dari kisah selama menempuh studi ini hingga semester akhir. Semoga kalian semua Bahagia, sukses, dan bertemu banyak hal baik di masa depan.

17. Kepada teman-teman seperjuangan program studi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Terimakasih atas dukungan, kebersamaan, dan semangat yang diberikan selama proses perkuliahan.
18. Terakhir, kepada diri saya sendiri , Terima kasih telah bertahan sejauh ini dan terus berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan. Apresiasi yang sebesar-besarnya telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Setiap air mata, doa, dan usaha telah menjadi saksi betapa berharganya proses ini. Mari bekerja sama untuk lebih berkembang lagi menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari. *God thank you for being me independent woman, I know there are more great ones but I'm proud of this achievement.*

DAFTAR ISTILAH

Angiogenesis	: Proses pembentukan pembuluh darah baru dari pembuluh darah yang sudah ada.
Antiangiogenik	: Zat yang menghambat pembentukan dan pertumbuhan pembuluh darah baru.
Antidotum	: Zat yang digunakan untuk menangkal atau menetralkan efek racun/overdosis suatu obat.
Antihipertensi	: Obat atau tindakan yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah.
Arteri Spiralis	: Pembuluh darah kecil di dalam rahim yang berperan dalam aliran darah ke plasenta.
Disfungsi Endotel	: Gangguan fungsi lapisan sel endotel pada pembuluh darah yang memengaruhi keseimbangan vasodilatasi dan vasokonstriksi.
Edema Paru	: Penumpukan cairan di paru-paru yang menyebabkan sesak napas berat.
Eklampsia	: Kejang yang terjadi pada ibu hamil dengan preeklampsia tanpa penyebab lain yang dapat menjelaskannya; merupakan kegawatdaruratan obstetri.
Endotelin	: Peptida vasoaktif yang diproduksi oleh sel endotel dan bersifat vasokonstriksi.
Gawat Janin	: Kondisi kekurangan oksigen pada janin yang ditandai dengan perubahan denyut jantung janin yang abnormal.
Gestasional	: Berkaitan dengan masa kehamilan.
Gravida	: Jumlah total kehamilan yang pernah dialami seorang wanita, termasuk kehamilan saat ini.
Hiperplasentosis	: Kondisi pembesaran atau pertumbuhan berlebih dari jaringan plasenta.
Hipertensi Gestasional	: Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai proteinuria atau tanda kerusakan organ.
Hipertensi Kronis	: Tekanan darah tinggi yang sudah ada sebelum kehamilan atau didiagnosis sebelum usia kehamilan 20 minggu.

Hipoksia	: Kondisi kekurangan oksigen dalam jaringan tubuh.
Hipoperfusi	: Penurunan aliran darah ke suatu organ atau jaringan.
Imunologis	: Berkaitan dengan sistem kekebalan tubuh.
Induksi Persalinan	: Tindakan medis untuk merangsang dimulainya proses persalinan secara buatan sebelum proses persalinan terjadi secara spontan.
Interleukin	: Sekelompok sitokin (protein sinyal) yang diproduksi oleh sel-sel sistem imun untuk mengatur respons imun dan inflamasi.
Kalsium Glukonas	: Obat yang mengandung kalsium, digunakan sebagai antidotum magnesium sulfat (MgSO ₄).
Kortikosteroid	: Golongan hormon steroid yang digunakan untuk mematangkan paru-paru janin pada kehamilan preterm.
Mediator Inflamasi	: Zat kimia yang dilepaskan selama proses inflamasi (peradangan) untuk mengatur respons imun.
Methyldopa (Dopamet)	: Obat antihipertensi yang aman digunakan selama kehamilan, bekerja sentral untuk menurunkan tekanan darah.
Morbiditas	: Keadaan sakit; tingkat kejadian penyakit dalam suatu populasi.
Mortalitas	: Tingkat kematian dalam suatu populasi pada periode waktu tertentu.
Nifedipine	: Obat antihipertensi golongan calcium channel blocker yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada ibu hamil.
Nitric Oxide (NO)	: Senyawa kimia yang diproduksi oleh sel endotel, berfungsi sebagai vasodilator (melebarkan pembuluh darah).
Nuliparitas	: Kondisi seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang viable (dapat hidup di luar kandungan).
Overweight	: Kondisi kelebihan berat badan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) antara 25–29,9 kg/m ² .

Paritas	: Jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang wanita di atas usia kehamilan 20 minggu (baik hidup maupun mati).
Patofisiologi	: Ilmu yang mempelajari perubahan fungsi organ akibat suatu penyakit.
Perfusi Uteroplasenta	: Aliran darah dari rahim ibu ke plasenta yang membawa nutrisi dan oksigen kepada janin.
Perinatal	: Periode waktu di sekitar kelahiran, umumnya dari usia kehamilan 28 minggu hingga 7 hari setelah lahir.
Preeklampsia	: Kondisi hipertensi pada kehamilan disertai proteinuria atau tanda kerusakan organ setelah usia kehamilan 20 minggu.
Primigravida	: Wanita yang sedang hamil untuk pertama kalinya.
Primipaternitas	: Kondisi kehamilan dengan pasangan (ayah janin) baru yang pertama kali.
Prostasiklin	: Senyawa prostaglandin yang diproduksi oleh endotel pembuluh darah, berfungsi sebagai vasodilator dan penghambat agregasi trombosit.
Proteinuria	: Adanya protein dalam urine melebihi batas normal (>300 mg/24 jam), merupakan tanda preeklampsia.
Rawat Konservatif	: Penatalaksanaan secara non-bedah dengan tujuan mempertahankan kehamilan dan memantau kondisi ibu serta janin.
Remodeling Arteri Spiralis	: Proses pengubahan struktur arteri spiralis rahim agar mampu mengalirkan darah lebih banyak ke plasenta selama kehamilan normal.
Resistensi Vaskular	: Hambatan terhadap aliran darah dalam pembuluh darah, yang memengaruhi tekanan darah.
Sitokin Proinflamasi	: Protein yang mendorong terjadinya peradangan, seperti $\text{TNF-}\alpha$ dan IL-6.
Superimposed Preeclampsia	: Preeklampsia yang terjadi pada ibu yang sudah memiliki hipertensi kronis sebelum kehamilan.
Terminasi Kehamilan	: Pengakhiran kehamilan baik melalui persalinan pervaginam maupun operasi sesar atas indikasi medis.

Tromboksen	: Senyawa yang diproduksi oleh trombosit, bersifat vasokonstriksi dan merangsang pembekuan darah.
Trombositopenia	: Kondisi penurunan jumlah trombosit dalam darah di bawah nilai normal.
Vasodilatasi	: Pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah meningkat dan tekanan darah menurun.
Vasokonstriksi	: Penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care (Pelayanan Antenatal)
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
DC	: Dower Catheter (Kateter Urine Menetap)
DJJ	: Denyut Jantung Janin
G3P2A0	: Gravida 3 Para 2 Abortus 0
Hb	: Hemoglobin
HELLP	: Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count
ICU	: Intensive Care Unit (Unit Perawatan Intensif)
IL-17	: Interleukin-17
IL-6	: Interleukin-6
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUGR	: Intrauterine Growth Restriction
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MgSO₄	: Magnesium Sulfat
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
NO	: Nitric Oxide
NST	: Non-Stress Test
PEB	: Pre-Eklampsia Berat
PJT	: Pertumbuhan Janin Terhambat
POGI	: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDGs	: Sustainable Development Goals

sEng	: Soluble Endoglin
sFlt-1	: Soluble fms-like tyrosine kinase-1
SGOT	: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SGPT	: Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
SOAP	: Subjective, Objective, Assessment, Planning
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPO2	: Saturasi Oksigen Perifer
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TNF-α	: Tumor Necrosis Factor-alpha
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization (Organisasi Kesehatan Dunia)
WIB	: Waktu Indonesia Barat

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat	5
1.3.1 Bagi penulis	5
1.3.2 Bagi mahasiswa IKKHG	5
1.3.3 Bagi Tenaga Kesehatan.....	5
1.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	5
1.5 Metodologi	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Hipertensi Gestasional	7
2.1.1 Pengertian	7

2.1.2 Tanda dan Gejala Hipertensi Gestasional	8
2.1.3 Etiologi Hipertensi Gestasional	9
2.1.4 Patofisiologi Hipertensi Gestasional	11
2.1.5 Komplikasi Hipertensi Gestasional	12
2.1.6 Faktor Risiko Hipertensi Gestasional	15
2.1.7 Penanganan	17
2.1.8 Standar 7 Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan	19
2.1.9 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dalam Bentuk SOAP	20
BAB III TINJAUAN KASUS	33
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil NY W Usia 34 tahun G3P2A0 Gravida	33
34 Minggu Dengan Hipertensi Gestasional Di RSUD.dr Slamet Garut	33
BAB IV PEMBAHASAN	47
4.1 Data Subjektif.....	47
4.2 Data Objektif.....	48
4.3 Analisa.....	49
4.4 Penatalaksanaan	50
4.5 Pendokumentasian.....	51
BAB V PENUTUP	53
5.1 Kesimpulan	53
5.2 Saran.....	54
5.2.1 Bagi penulis	54
5.2.2 Bagi mahasiswa IKKHG	54

5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Hipertensi dalam Kehamilan di RSUD dr. Slamet Garut.....	29
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) gangguan hipertensi selama kehamilan menyebabkan sekitar 14% kematian ibu secara global. Di wilayah Amerika Latin dan Karibia, gangguan ini menyumbang 25,7% dari kematian ibu, sementara di Asia dan Afrika kontribusinya sebesar 9,1%, dan mencapai sekitar 16% di Afrika sub-Sahara. Prevalensi hipertensi pada wanita usia reproduksi diperkirakan mencapai 7,7%. Gangguan hipertensi kehamilan yang mencakup hipertensi kehamilan, preeklampsia, dan eklampsia, mempengaruhi hingga 10% kehamilan dan menjadi penyebab utama morbiditas serta mortalitas ibu dan perinatal (*Nurfatimah et al., 2020*).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menjadi tolak ukur keberhasilan program kesehatan ibu. Menurut target *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (*Dinas Kesehatan Kota Depok, 2022*). Angka kematian ibu dari tahun 2021- 2023 jumlahnya berfluktuasi. Kategori penyebab tertinggi kematian ibu adalah akibat dari perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Penyebab AKI paling banyak pada tahun 2023 adalah hipertensi dalam kehamilan sebanyak 412 kasus, perdarahan obstetrik sebanyak 360 kasus dan komplikasi obstetrik lain sebanyak 204 kasus. (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024*).

Jumlah AKI di Jawa Barat tahun 2023 berdasarkan laporan dari kabupaten/kota sebanyak 792 kasus atau 96,89 per 100.000 KH, angka ini naik 114 kasus dibandingkan tahun 2022, yakni 678 kasus (*Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2024*).

Berdasarkan data Kematian Ibu Kabupaten Garut Tahun 2025, terdapat 68 kasus kematian ibu. Penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan obstetrik sebanyak 22 kasus (32,35%), diikuti hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 15 kasus (22,06%), serta komplikasi non obstetrik sebanyak 15 kasus (22,06%). Komplikasi obstetrik lain menyumbang 11 kasus (16,18%), infeksi terkait kehamilan 4 kasus (5,88%), dan komplikasi abortus 1 kasus (1,47%). (*Dinas Kesehatan kabupaten Garut 2025*).

Hipertensi pada masa kehamilan ditandai dengan kondisi tekanan darah yang mencapai angka $\geq 140/90$ mmHg. Kondisi ini menjadi faktor risiko yang signifikan terhadap kenaikan angka kesakitan serta kematian pada ibu hamil. Sejalan dengan definisi WHO, hipertensi kehamilan terjadi apabila tekanan sistolik melampaui angka 140 mmHg dan tekanan diastolik berada di angka 90 mmHg. Berdasarkan klasifikasinya, dalam kehamilan hipertensi mencakup beberapa kategori, yaitu hipertensi preeklampsia, eklampsia, kronis, hipertensi gestasional, serta *superimposed preeclampsia* pada kasus hipertensi kronis (*Rizki et al. 2024*).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi pada kehamilan meliputi, kondisi primigravida, primipaternitas, hiperplasentosis, serta riwayat keluarga dengan eklampsia atau preeklampsia. Selain itu, penyakit

ginjal, hipertensi kronis yang diderita sebelum hamil, status gizi, obesitas, dan faktor psikologis seperti kecemasan juga turut berpengaruh. Secara global, faktor predisposisi lainnya mencakup unsur genetik, kehamilan multifetal, nuliparitas, diabetes, usia ibu, hingga pola konsumsi makanan. Ibu hamil yang pernah mengalami hipertensi (preeklamsia-eklamsia) pada kehamilan pertamanya memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kondisi serupa di kehamilan selanjutnya. Risiko hipertensi juga lebih tinggi bagi perempuan yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi pada kehamilan sebelumnya atau bagi mereka yang telah mengidap hipertensi selama kurang lebih empat tahun. (*Rizki et al. 2024*)

Bidan berperan memberikan support dan dukungan moral bagi klien dalam menghadapi perubahan fisik dan adaptasi fisiologis, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakan adalah suatu yang normal. Bidan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara bidan dan klien. Keterbukaan ini akan mempermudah bidan memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi klien. Peran bidan dalam persiapan psikologis ibu hamil. Ibu hamil yang selalu memikirkan mengenai keluarga, keuangan dan pekerjaan rumah dapat juga menimbulkan depresi dan perlu penanganan. Untuk itu bidan harus melakukan pengkajian termasuk keadaan lingkungan sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan kebidanan. Untuk itu peran kita sebagai tenaga Kesehatan khususnya bidan harus bisa melakukan skrining hipertensi secara dini dan melakukan evaluasi

skrining aktif. Serta meningkatkan kualitas pelayanan *antenatal care (ANC)* untuk mencegah terjadinya hipertensi. Salah satu yang berperan penting dalam pencegahan hipertensi dalam kehamilan ini lanjut sesuai dengan ketentuan. Berdasarkan latar belakang penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.W USIA 34 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 34 MINGGU DENGAN HIPERTENSI GESTASIONAL DI RSUD dr.SLAMET GARUT ”.**

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi gestasional di RSUD dr. Slamet Garut, dengan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny.W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi Gestasional di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny.W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi Gestasional di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Melakukan Analisa pada Ny.W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi Gestasional di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan pada Ny.W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi Gestasional di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.

- 5) Melakukan pendokumentasian hasil asuhan pada Ny.W usia 34 tahun G3P2A0 dengan hipertensi Gestasional di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi penulis

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, khususnya dalam pemantauan tekanan darah untuk deteksi dini hipertensi gestasional.

1.3.2 Bagi mahasiswa IKKHG

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi sumber pelajaran bagi dalam memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada pemeriksaan dan pemantauan tekanan darah secara sistematis untuk mencegah dan mendeteksi dini hipertensi gestasional, untuk meningkatkan keselamatan ibu dan janin.

1.3.3 Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan selalu melakukan pemeriksaan secara teliti, sistematis, dan tetap meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pemantauan dan deteksi dini hipertensi.

1.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu asuhan pada tanggal 11 April 2026 sampai 13 april 2026 dimana tempat dilakukannya pengkajian Laporan Tugas Akhir adalah Di RSUD dr. Slamet Garut.

1.5 Metodologi

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien.

Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara:

a) Observasi

Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan fisiologis dan keadaan umumnya untuk mendapatkan data objektif.

b) Wawancara

Wawancara dilakukan pada Ny.W untuk mendapatkan data subjektif.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny.W untuk mendapatkan data objektif.

d) Studi Keputusan

Studi Keputusan dilakukan untuk mendapatkan materi-materi secara teoritis mengenal Hipertensi.

e) Studi Dokumentasi.

Data sekunder yang didapatkan oleh penulis dari rekam medis atau status pasien

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Hipertensi Gestasional

2.1.1 Pengertian

Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vascular yang dapat terjadi baik sebelum hamil, selama proses kehamilan ataupun setelah proses kehamilan, kondisi ini terjadi sekitar 29% wanita hamil dari total penduduk dunia, kategori tekanan darah tinggi selama kehamilan salah satunya hipertensi gestasional. Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi dalam kandungan, kematian janin dalam kandungan dan kelahiran prematur, antara lain kejang eklampsia, pendarahan otak, edema paru, gagal ginjal, dan pembekuan darah pada pembuluh darah, sehingga ibu meninggal (*Aminuddin et al. 2020*).

Hipertensi pada masa kehamilan ditandai dengan kondisi tekanan darah yang mencapai angka $\geq 140/90$ mmHg. Kondisi ini menjadi faktor risiko yang signifikan terhadap kenaikan angka kesakitan serta kematian pada ibu hamil. Sejalan dengan definisi WHO, hipertensi kehamilan terjadi apabila tekanan sistolik melampaui angka 140 mmHg dan tekanan diastolik berada di angka 90 mmHg (*Rizky et. al 2024*). Tekanan darah ibu sebesar 150/90 mmHg memenuhi kriteria hipertensi gestasional. Selain itu, hasil protein urine negatif menunjukkan bahwa ibu belum mengalami preeklamsia. Menurut *Prawirohardjo (2020)*,

Faktor faktor yang berhubungan dengan peningkatan tekanan darah pada ibu hamil antara lain: usia ibu, masa melahirkan, riwayat darah tinggi, stres, berat badan terlalu besar, kurang olahraga, kebiasaan buruk seperti merokok, konsumsi alkohol, asupan garam yang tinggi, tingkat pendidikan dan frekuensi kehamilan (*Sulistyowati et al. 2023*).

Secara teori, hipertensi gestasional ditegakkan apabila tekanan darah mulai meningkat mencapai $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu, yaitu pada rentang trimester II hingga trimester III, tanpa disertai proteinuria atau tanda kerusakan organ (Prawirohardjo, 2020). Peningkatan tekanan darah pada periode ini terjadi karena proses remodeling arteri spiralis yang tidak optimal serta adaptasi kardiovaskular kehamilan yang mulai membebani sistem vaskular ibu seiring bertambahnya usia kehamilan.

2.1.2 Tanda dan Gejala Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional pada sebagian kasus bersifat asimtomatik dan baru terdeteksi melalui pemeriksaan tekanan darah rutin saat kunjungan antenatal. Meskipun demikian, terdapat beberapa tanda dan gejala yang dapat menyertai peningkatan tekanan darah pada ibu hamil, di antaranya pusing dan sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, bengkak pada wajah dan tangan (edema), serta kenaikan berat badan yang cepat dan tidak wajar. (ACOG, 2020).

Keluhan pusing dan sakit kepala merupakan salah satu tanda gejala yang perlu diwaspadai pada ibu hamil, karena dapat menjadi indikasi adanya peningkatan tekanan darah yang belum terkontrol akibat hipertensi

gestasional. Sakit kepala pada kondisi ini umumnya bersifat menetap dan tidak membaik dengan istirahat biasa. Apabila keluhan pusing dan sakit kepala disertai dengan gejala lain seperti penglihatan kabur, nyeri ulu hati, atau ditemukannya proteinuria, maka kondisi tersebut dapat menjadi tanda peringatan (*warning sign*) adanya perkembangan menuju preeklampsia sehingga memerlukan penanganan segera. (Cunningham et al. 2022).

2.1.3 Etiologi Hipertensi Gestasional

1) Gangguan Perfusi Uteroplasenta

Disfungsi endotel merupakan kondisi terganggunya fungsi lapisan endotel pembuluh darah yang berperan dalam menjaga keseimbangan vasodilatasi dan vasokonstriksi. Pada hipertensi gestasional, faktor-faktor yang dilepaskan oleh plasenta yang mengalami hipoksia menyebabkan kerusakan sel endotel maternal. Kerusakan ini mengakibatkan penurunan produksi *nitric oxide* (NO) dan prostasiklin serta peningkatan produksi endotelin dan tromboksan yang bersifat vasokonstriktor. Akibatnya terjadi peningkatan resistensi vaskular sistemik yang menyebabkan tekanan darah meningkat. Disfungsi endotel juga menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler dan aktivasi sistem koagulasi yang berkontribusi terhadap perkembangan komplikasi hipertensi dalam kehamilan (Phipps et al. 2023).

2) Disfungsi Endotel

Disfungsi endotel merupakan kondisi terganggunya fungsi lapisan endotel pembuluh darah yang berperan dalam menjaga

keseimbangan vasodilatasi dan vasokonstriksi. Pada hipertensi gestasional, faktor-faktor yang dilepaskan oleh plasenta yang mengalami hipoksia menyebabkan kerusakan sel endotel maternal. Kerusakan ini mengakibatkan penurunan produksi *nitric oxide* (NO) dan prostasiklin serta peningkatan produksi endotelin dan tromboksan yang bersifat vasokonstriktor. Akibatnya terjadi peningkatan resistensi vaskular sistemik yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

Disfungsi endotel juga menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler dan aktivasi sistem koagulasi yang berkontribusi terhadap perkembangan komplikasi hipertensi dalam kehamilan (ACOG, 2020).

3) Faktor Genetik

Faktor genetik diketahui berperan dalam meningkatkan kerentanan seseorang terhadap hipertensi gestasional. Risiko hipertensi gestasional meningkat pada wanita yang memiliki riwayat keluarga hipertensi dalam kehamilan, terutama pada ibu atau saudara perempuan kandung. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa variasi gen yang mengatur angiogenesis, fungsi vaskular, respons inflamasi, dan regulasi tekanan darah dapat memengaruhi perkembangan hipertensi gestasional. Selain faktor maternal, gen yang berasal dari ayah dan janin juga diduga turut berperan dalam proses implantasi plasenta dan adaptasi vaskular selama kehamilan. (Steegers *et al.* 2021)

4) Gangguan Imunologis

Pada kehamilan normal terjadi toleransi imun antara ibu dan janin. Janin membawa antigen paternal yang seharusnya dikenali sebagai benda asing oleh sistem imun ibu, tetapi berbagai mekanisme imunologis memungkinkan kehamilan tetap berlangsung normal. Pada hipertensi gestasional diduga terjadi gangguan toleransi imun tersebut sehingga menyebabkan aktivasi berlebihan sel imun maternal.

Aktivasi sistem imun menyebabkan peningkatan produksi sitokin proinflamasi seperti *Tumor Necrosis Factor- α* (TNF- α), Interleukin-6 (IL-6), dan Interleukin-17 (IL-17). Mediator inflamasi tersebut dapat menyebabkan kerusakan endotel, gangguan perfusi plasenta, dan peningkatan tekanan darah. Teori imunologis ini juga menjelaskan tingginya kejadian hipertensi pada primigravida dan kehamilan dengan donor ovum. (Rolnik et al. 2022)

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi Gestasional

Pada kehamilan normal, arteri spiralis mengalami remodeling sehingga mampu meningkatkan aliran darah ke plasenta. Pada hipertensi gestasional, proses remodeling tersebut tidak berlangsung secara optimal sehingga menyebabkan gangguan perfusi uteroplacenta. Hipoperfusi plasenta mengakibatkan hipoksia dan stres oksidatif yang memicu pelepasan faktor antiangiogenik seperti *soluble fms-like tyrosine kinase-1* (sFlt-1) dan soluble endoglin (sEng) ke dalam sirkulasi maternal.

Peningkatan faktor antiangiogenik tersebut menyebabkan ketidakseimbangan antara faktor proangiogenik dan antiangiogenik yang berujung pada disfungsi endotel. Disfungsi endotel menyebabkan penurunan produksi vasodilator seperti *nitric oxide* (NO) dan prostasiklin serta peningkatan produksi vasokonstriktor seperti endotelin-1 dan tromboksan. Akibatnya terjadi vasokonstriksi sistemik, peningkatan resistensi vaskular perifer, dan peningkatan tekanan darah.

Selain itu, aktivasi sistem imun maternal dan peningkatan mediator inflamasi seperti *Tumor Necrosis Factor- α* (TNF- α) dan Interleukin-6 (IL-6) turut memperberat kerusakan endotel dan gangguan fungsi vaskular. Kondisi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan darah yang menjadi karakteristik utama hipertensi gestasional. Apabila gangguan vaskular semakin berat, hipertensi gestasional dapat berkembang menjadi preeklampsia. (*Williams et al. 2022*).

2.1.5 Komplikasi Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada ibu maupun janin apabila tidak ditangani secara tepat. Komplikasi tersebut dapat terjadi akibat peningkatan tekanan darah yang mengganggu fungsi organ tubuh dan aliran darah ke plasenta.

1. Komplikasi pada Ibu

a. Preeklampsia

Hipertensi gestasional dapat berkembang menjadi preeklampsia yang ditandai dengan hipertensi disertai proteinuria atau tanda

kerusakan organ setelah usia kehamilan 20 minggu. Preeklampsia merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pada hipertensi gestasional. (ACOG, 2020).

b. Eklampsia

Eklampsia adalah kondisi terjadinya kejang pada ibu hamil dengan preeklampsia yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab lain. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan obstetri yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin. (Cunningham et al. 2022).

c. Sindrom HELLP

Sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count*) merupakan komplikasi berat yang ditandai oleh hemolisis, peningkatan enzim hati, dan trombositopenia. Kondisi ini dapat menyebabkan kegagalan organ dan perdarahan. (ACOG, 2020).

d. Stroke

Tekanan darah yang sangat tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak atau gangguan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan risiko stroke. (WHO, 2023)

e. Gagal Ginjal Akut

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan penurunan perfusi ginjal dan kerusakan fungsi ginjal hingga gagal ginjal akut. (Phipps et al. 2023).

f. Edema Paru

Peningkatan tekanan darah dan gangguan permeabilitas kapiler dapat menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru yang mengakibatkan sesak napas berat (*Cunningham et al. 2022*).

2. Komplikasi pada Janin

a. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT/IUGR)

Gangguan perfusi uteroplasenta menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke janin sehingga pertumbuhan janin menjadi terhambat. (*ACOG, 2020*).

b. Prematuritas

Hipertensi gestasional sering mengharuskan persalinan dilakukan lebih awal untuk menyelamatkan ibu dan janin sehingga meningkatkan kejadian kelahiran premature (*Cunningham et al. 2022*).

c. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Gangguan aliran darah ke plasenta dapat menyebabkan janin lahir dengan berat badan rendah. (*WHO, 2023*).

d. Gawat Janin

Penurunan aliran darah uteroplasenta dapat menyebabkan kekurangan oksigen pada janin sehingga terjadi gawat janin. (*ACOG, 2020*).

e. Kematian Perinatal

Pada kasus hipertensi gestasional berat yang tidak tertangani, risiko kematian janin dalam kandungan maupun kematian neonatal meningkat. (*Phipps et al. 2023*).

2.1.6 Faktor Risiko Hipertensi Gestasional

Faktor risiko merupakan keadaan atau karakteristik yang dapat meningkatkan kemungkinan seorang wanita mengalami hipertensi gestasional selama kehamilan. Beberapa faktor risiko hipertensi gestasional antara lain:

a. Primigravida

Primigravida atau kehamilan pertama merupakan salah satu faktor risiko utama hipertensi gestasional. Ibu yang baru pertama kali hamil memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan hipertensi dibandingkan ibu yang pernah hamil sebelumnya. Hal ini diduga berkaitan dengan proses adaptasi imunologis ibu terhadap antigen plasenta yang belum pernah terjadi sebelumnya. (*Cunningham et al. 2022*).

b. Usia Ibu <20 Tahun atau >35 Tahun

Kehamilan pada usia terlalu muda (<20 tahun) maupun usia lanjut (>35 tahun) meningkatkan risiko hipertensi gestasional. Pada usia muda, organ reproduksi belum berkembang secara optimal, sedangkan pada usia lebih tua terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah dan peningkatan risiko penyakit penyerta (*ACOG 2020*).

c. Kelebihan Berat Badan (*Overweight*)

Kenaikan berat badan yang berlebih merupakan salah satu faktor risiko Hipertensi Dalam Kehamilan. Berat badan yang merupakan penentu status gizi diukur dengan menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT) dijadikan sebagai acuan dalam menilai status gizi dan risiko masalah kesehatan khususnya pada ibu hamil (Nadiro et al., 2024).

d. Kehamilan Ganda (Gemeli)

Kehamilan kembar meningkatkan kebutuhan perfusi plasenta dan beban kerja sistem kardiovaskular ibu. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya hipertensi gestasional dibandingkan kehamilan tunggal (*ACOG 2020*).

e. Riwayat Hipertensi Sebelumnya

Ibu yang pernah mengalami hipertensi gestasional atau preeklampsia pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi mengalami kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya (*ACOG 2020*).

f. Riwayat Keluarga Hipertensi

Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan dengan riwayat hipertensi gestasional atau preeklampsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi gestasional. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh faktor genetik dan hereditas. (*Steegeers et al. 2021*).

g. Diabetes Melitus

Diabetes melitus dapat menyebabkan gangguan fungsi pembuluh darah dan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi selama kehamilan.

Risiko semakin tinggi apabila diabetes telah ada sebelum kehamilan (*Cunningham et al 2022*).

h. Penyakit Ginjal

Penyakit ginjal kronis dapat mengganggu regulasi tekanan darah dan keseimbangan cairan tubuh sehingga meningkatkan risiko hipertensi gestasional. (*Phipps et al. 2023*).

i. Hipertensi Kronis

Wanita yang telah memiliki hipertensi sebelum kehamilan lebih berisiko mengalami peningkatan tekanan darah yang semakin berat selama kehamilan dan dapat berkembang menjadi hipertensi gestasional atau preeklampsia. (*ACOG 2020*).

2.1.7 Penanganan

Penanganan hipertensi gestasional bertujuan untuk mencegah perkembangan penyakit menjadi preeklampsia atau eklampsia, menjaga kesehatan ibu, serta menjamin kesejahteraan janin. Penatalaksanaan dilakukan berdasarkan tingkat keparahan hipertensi, usia kehamilan, kondisi ibu, dan kondisi janin.

1. Pemantauan Maternal

Ibu dengan hipertensi gestasional memerlukan pemantauan tekanan darah secara teratur untuk mendeteksi peningkatan tekanan darah dan tanda-tanda perburukan kondisi. Selain itu dilakukan pemantauan terhadap gejala preeklampsia seperti nyeri kepala hebat,

gangguan penglihatan, nyeri ulu hati, dan edema yang berlebihan. Pemeriksaan laboratorium seperti protein urin, fungsi ginjal, fungsi hati, dan jumlah trombosit juga perlu dilakukan secara berkala (*ACOG 2020*).

2. Pemantauan Janin

Pemantauan janin dilakukan untuk menilai pertumbuhan dan kesejahteraan janin. Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi penghitungan gerakan janin, pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), ultrasonografi (USG), serta pemeriksaan profil biofisik bila diperlukan (*Cunningham et al. 2022*).

3. Modifikasi Gaya Hidup

Ibu dianjurkan untuk mendapatkan istirahat yang cukup, mengurangi aktivitas berat, mengonsumsi makanan bergizi seimbang, serta membatasi makanan tinggi garam sesuai anjuran tenaga kesehatan. Ibu juga dianjurkan untuk melakukan kunjungan antenatal secara teratur agar kondisi ibu dan janin dapat dipantau (*WHO 2023*).

4. Pemberian Terapi Antihipertensi

Pada hipertensi gestasional dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang menetap atau hipertensi berat ($\geq 160/110$ mmHg), dapat diberikan terapi antihipertensi sesuai indikasi. Obat yang umum digunakan selama kehamilan antara lain:

- a. Dexamethason
- b. Nifedipine
- c. Methyldopa

Pemilihan obat disesuaikan dengan kondisi klinis ibu dan rekomendasi dokter (*ACOG 2020; NICE Guideline 2023*).

5. Pencegahan Kejang

Apabila hipertensi gestasional berkembang menjadi preeklampsia berat atau terdapat risiko tinggi terjadinya eklampsia, dapat diberikan magnesium sulfat (MgSO_4) sebagai profilaksis kejang sesuai protokol yang berlaku (*WHO 2023*).

6. Terminasi Kehamilan

Persalinan merupakan terapi definitif pada hipertensi dalam kehamilan. Pada hipertensi gestasional tanpa komplikasi, persalinan umumnya dianjurkan pada usia kehamilan ≥ 37 minggu. Namun, apabila terjadi perburukan kondisi ibu atau janin, persalinan dapat dipertimbangkan lebih awal sesuai indikasi medis (*ACOG 2020*).

2.1.8 Standar 7 Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

1. Tujuan

Mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan.

2. Pernyataan

Bidan menemukan cara secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan tanda serta gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

3. Hasil

Ibu dengan tanda preeklamsi mendapatkan perawatan yang menandai dan tepat waktu, penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsi.

4. Persyaratan

Bidan melakukan pemeriksaan, kehamilan secara teratur, pengukuran tekanan darah dimana bidan mampu mengukur tekanan darah dengan benar, mengenali tanda-tanda preeklamsi mendeteksi hipertensi pada kehamilan, dan melakukan tindak lanjut dan sesuai ketentuan.

2.1.9 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dalam Bentuk SOAP

1. Subjektif

Data subjektif merupakan data yang diperoleh dari hasil anamnesis atau wawancara dengan pasien maupun keluarga pasien. Data ini meliputi keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, nifas, riwayat penyakit dahulu, pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas, serta kondisi psikologis pasien. Data subjektif digunakan untuk mengetahui masalah yang dirasakan pasien (*Winarni et al. 2024*).

2. Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, observasi, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Data objektif meliputi keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, pemeriksaan obstetri, hasil laboratorium,

pemeriksaan USG, dan data lain yang mendukung diagnosis kebidanan (*Romlah et al. 2024*).

3. Analisis

Analisis adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif yang digunakan untuk menegakkan diagnosis kebidanan, menentukan masalah, kebutuhan pasien, serta mengidentifikasi kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi. Tahap ini menjadi dasar dalam penyusunan rencana tindakan kebidanan (*Akmida et al. 2024*).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan rencana tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan diagnosis dan masalah yang ditemukan. Penatalaksanaan meliputi tindakan mandiri bidan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, pemberian terapi, konseling, edukasi kesehatan, observasi lanjutan, dan evaluasi perkembangan pasien. (*NEM 2023*)

2.2 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah yang dimulai sejak terjadinya pembuahan (konsepsi) antara sel telur dan sel sperma hingga lahirnya janin, dengan lama kehamilan normal berkisar antara 37 hingga 42 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Secara garis besar, masa kehamilan dibagi menjadi tiga periode yaitu trimester I (0–12 minggu), trimester II (13–27 minggu), dan trimester III (28–40 minggu), yang

masing-masing memiliki karakteristik perkembangan janin dan perubahan fisiologis ibu yang berbeda. (*Prawirohardjo, 2020*)

Selama masa kehamilan, tubuh ibu mengalami berbagai adaptasi fisiologis pada sistem kardiovaskular, ginjal, dan hormonal untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Salah satu adaptasi kardiovaskular yang penting adalah penurunan resistensi vaskular perifer pada trimester awal yang kemudian meningkat kembali mendekati usia kehamilan aterm. Apabila peningkatan tekanan darah tersebut melampaui batas normal, kondisi ini dapat mengarah pada gangguan hipertensi dalam kehamilan sebagaimana telah dibahas pada subbab 2.1. (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020*)

2.3 Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa aspek. Berdasarkan usia kehamilan, kehamilan dibagi menjadi kehamilan preterm (kurang dari 37 minggu), aterm (37–42 minggu), dan postterm (lebih dari 42 minggu). Berdasarkan jumlah janin yang dikandung, kehamilan dibedakan menjadi kehamilan tunggal dan kehamilan ganda (*gemelli*). (*Prawirohardjo, 2020*)

Berdasarkan tingkat risikonya, kehamilan diklasifikasikan menjadi kehamilan risiko rendah dan kehamilan risiko tinggi. Kehamilan risiko tinggi ditandai dengan adanya satu atau lebih faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin, seperti usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, paritas tinggi, jarak

kehamilan yang terlalu dekat, riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya, serta penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes, dan anemia. Ny. W dengan usia 34 tahun G3P2A0 dan hipertensi gestasional termasuk dalam kategori kehamilan yang memerlukan pemantauan lebih ketat mengingat adanya faktor risiko tersebut. (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020*)

2.4 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan merupakan gejala atau kondisi yang mengindikasikan adanya komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu maupun janin sehingga memerlukan penanganan segera oleh tenaga kesehatan. Tanda bahaya tersebut meliputi perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat yang menetap disertai pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, nyeri ulu hati, demam tinggi, ketuban pecah dini, gerakan janin yang berkurang atau tidak dirasakan, serta mual muntah berlebihan yang tidak membaik (*hiperemesis gravidarum*). (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020*)

Sakit kepala hebat yang disertai pandangan kabur dan bengkak pada wajah maupun tangan merupakan tanda bahaya yang perlu diwaspadai secara khusus karena dapat menjadi indikasi awal terjadinya gangguan hipertensi dalam kehamilan, termasuk preeklampsia. Oleh karena itu, deteksi dini tanda bahaya kehamilan melalui pemeriksaan antenatal care (ANC) yang rutin dan berkualitas menjadi salah satu upaya penting bidan

dalam mencegah keterlambatan penanganan komplikasi kehamilan. (*World Health Organization, 2023*)

2.1 Tabel Standar Prosedur Operasional

Standar operasional di bawah ini adalah SOP yang di miliki oleh RSUD dr. Slamet Garut.

PENGERTIAN	Preeklamsi adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuri akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Dibedakan : 1. Hipertensi kronik adalah hipertensi Pada ibu hamil yang sudah ditemukan sebelum kehamilan atau yang ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan. 2. Preeklamsi/eklamsi atas dasar hipertensi kronis adalah timbulnya preeklamsi atau eklamsi pada pasien hipertensi kronik. Hipertensi gestasional adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau preeklamsi/eklamsi (tidak disertai proteinuri). Gejala ini akan hilang dalam waktu
-------------------	--

	<12 minggu pascasalin
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam perdiapan pelaksanaan pada pasien dengan preeklamsi diruinan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.
PERSIAPAN ALAT	Preeklamsi Ringan
PROSEDUR	Rawat jalan, pasien dianjurkan cukup istirahat, memantau Tekanan darah dan proteinuria setiap hari. Dapat di pertimbangkan pemberian antioksidan dan kalsium. Kontrol setiap minngu. Bila tekanan darah terkontrol pada umur kehamilan 37 minggu dilakukan terminasi kehamilan. Preeklamsi Berat Rawat bersama dengan Departemen yang Terkait (Penyakit Dalam, Penyakit Saraf, Mata, Anastesi, dll). A. Medikamentosa - Infus larutan ringer laktat - Pemberian obat :

	1. MgSO₄ Cara pemberian MgSO₄ : 1. Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infus dengan infusion pump) : a. Dosis awal, 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄, 40%) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. b. Dosis pemeliharaan : 10 gram dalam 500 cc cairan RL diberikan dengan kecepatan 1-2 gram/jam (20-30 tetes permenit) * Syarat-syarat pemberian MgSO₄ - Harus tersedia antidotum MgSO₄, yaitu kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan i.v dalam waktu 3-5 menit. - Refleks patella (+) kuat - Frekuensi pernafasan >16 kali per mneit - Produksi urine > 30 cc dalam 1 jam sebelumnya(0,5 cc/kg bb/jam) * Sulfas magnesium dihentikan bila : - Ada tanda-tanda intoksikasi - Setelah 24 jam pascasalin - Dalam 6 jam pascasalin sudah terjadi
--	---

	perbaiki tekanan darah (normotensif) 2. Antihipertensi Tekanan darah, * Sistolik >160 mmHg * Diastolik > 110 mmHg Dapat diberikan, * Nifedipin : 10 mg per oral dan dapat diulangi setiap 30 menit (maksimal 120 mg/24 jam) sampai terjadi penurunan MABP 20%. Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10mg (pemberian nifedipine tidak boleh diberikan sub ilngual) * Nikardifin diberikan bila tekanan darah >180/110 mmHg/hipertensi emergensidengan dosis 1 ampul 10 mg dalam larutan 50cc tetes per jam atau 2 ampul 10mg dalam larutan 100cc tetes per menit mikro drip. Pelarut yang tidak dapat digunakan adalah ringer laktat dan bikarbonat natrikus. B. Pengelolaan konservatif a. Indikasi : kehamilan preterem (> 34 minggu) tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsi dengan keadaan janin baik b. Pengobatan medisinal :
--	---

	Selama dengan perawatan medisinal pengelolaan secara aktif. Hanya dosis awal MgSO₄ tidak diberikan i.v cukup i.m saja.(MgSO₄ 40%, 8 gram i.m). Atau bila menggunakan cara intervena secara kontinyu diberikan langsung dosis pemeliharaan. Pemberian MgSO₄ dihentikan bila sudah mencapai tanda-tanda preeklamsi ringan, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam. c. Pengelolaan obsetrik : 1. Selama perawatan konservatif, tindakan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, termasuk pemberian NST dan USG untuk memantau kesejahteraan janin. 2. Bila setelah kali 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medisinal dan harus diterminasi. Cara terminasi sesuai dengan pengelolaan aktif. 3. Penyulit : Sindroma HELLP, gagal ginjal, gagal jnatung, edema paru, kelainan pembekuan darah. 4. Konsultasi :
--	---

	Disiplin ilmu terkait (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ICU, Departemen Syaraf, Departemen Mata) 5. Perawatan Rumah sakit Lampiran protokol 6. Terapi Lampiran protokol 7. Izin tindakan Saksio sesarea, ekstraksi forseps, embriotomi 8. Lama Perawatan Lampiran protokol C. Pengelolaan Aktif Indikasi Bila didapatkan satu/lebih keadaan dibawah ini, Ibu : * Kehamilan >34 minggu (dengan kortikosteroid selama 2 hari telah diberikan, dan memberi tahu bagian perinatologi sebelum pengakhiran kehamilan) * Adanya gejala impending eklamsi * Gagal perawatan konservatif Janin * Adanya tanda-tanda gawat janin * Adanya tanda-tanda IUGR Laboratorik : Adanya HELLP, syndrome D. Pengelolaan Obsetri Cara terminasi kehamilan Belum infartu 1. Dilakukan indikasi persalinan bila skor
--	--

	bishop ≥ 6. bila perlu dilakukan pematngan serviks dengan misoprosol. Induksi persalinan harus sudah mencapai kala II dalam waktu 24 jam. Bila tidak, induksi persalinan dianggap gagal, dan harus disusul dengan seksio sesarea. 2. Indikasi seksio sesarea : - Syarat persalian pervaginam tidak terpenuhi - Terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam - Induksi persalinan gagal - Terjadi gawat janin - Kelainan letak - Bila umur kehamilan < 34 minggu Sudah Inpartu: - Perjalanan persalinan normal diikuti dengan partograf WHO - Memperpendek kala II - Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin. - Bila skor bishop < 6 direkomendasikan tindakan seksio sesarea 5. Anastesi : regional anesthesia,
--	---

	epidural anesthesia. Tidak dilanjutkan anesthesia umum. Catatan, Pemeriksaan dalam, amniotomi dan tetes oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 15 menit setelah pemberian pengobatan medisinal. Kala II : Kala II diselesaikan dengan partus buatan kecuali ada kontraindikasi. Unit terkait : 1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam 2. ICU 3. Departemen Mata Departemen Syarat
--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil NY W Usia 34 tahun G3P2A0 Gravida

34 Minggu Dengan Hipertensi Gestasional Di RSUD.dr Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 11 April 2026

Tempat Pengkajian : Ruang Ponek

Waktu Pengkajian : 14:00 WIB

Pengkaji : Ai Fitria

A. Data Subjektif

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny W	Nama suami	: Tn.E
Usia	: 34 Tahun	Usia	: 36 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Smp	Pendidikan	: Sd
Pekerjaan	: Irt	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Ciharus		

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan hamil 34 minggu mengeluh pusing dan sakit kepala sejak kemarin pukul 19:00 WIB. Gerakan janin masih dirasakan. Ibu merupakan rujukan dari puskesmas cikajang dengan indikasi PreEklamsi Berat (PEB). Pada pukul 08:20 WIB diberikan terapi MgSO₄ 6 gram, dan pada pukul 08:25 terpasang DC.

3. Keluhan utama

Ibu mengatakan hamil 34 minggu mengeluh pusing dan sakit kepala sejak kemarin pukul 19:00 WIB. Gerakan janin masih dirasakan. Ibu merupakan rujukan dari puskesmas cikajang dengan indikasi PreEklamsi Berat (PEB). Pada pukul 08:20 WIB diberikan terapi MgSO₄ 6 gram, dan pada pukul 08:25 terpasang DC.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Banyak : 2-3x ganti

Keluhan : Tidak ada

Usia Kehamilan : 34 minggu

Imunisasi TT : TT2

TT1 : Pada usia kehamilan 7 minggu

TT2 : Pada usia kehamilan 11 minggu

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan		Persalinan			Nifas		Bayi		
Tahun	Usia kehamilan	Penyulit	Penolong	Tempat	Penyulit	Penyulit	BB (Kg)	JK	Ket
2011	9 bulan	Tidak ada	Paraji	Rumah	Tidak ada	Tidak ada	3.050	L	Hidup
2015	9 bulan	Tidak ada	Paraji	Rumah	Tidak ada	Tidak ada	3.500	P	Hidup

c. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini kehamilan anak ketiganya, sebelumnya tidak pernah keguguran. Selama kehamilan ibu melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin di puskesmas. Pada trimester 1 ibu mengalami keluhan mual muntah. Pada trimester 2 usia kehamilan 24 minggu HPHT: 15-08-2025, TP: 23-05-2026. Ibu mulai mengetahui tekanan darahnya meningkat dari 120/80 mmHg menjadi 130/90 mmHg saat pemeriksaan kehamilan rutin. Ibu tidak mengeluhkan nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, maupun kejang. Gerakan janin masih dirasakan.

d. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak pernah menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tubercolusis, ginjal, diabetes melitus, malaria, hipertensi, dan HIV/AIDS.

e. Riwayat Kesehatan keluarga

Ibu mengatakan ibu kandungnya memiliki Riwayat penyakit hipertensi

f. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi, kehamilan dan kandungan begitu juga suami dan keluarganya

g. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama bagi ibu begitupun suaminya, saat menikah usia ibu 18 tahun, dan suami 20 tahun, lama pernikahan 15 tahun.

h. Riwayat Kontrasepsi

Setelah menikah ibu menggunakan kb suntik 1 bulan selama 7 bulan, setelah lahir anak pertama menggunakan kb iud selama 4 tahun, setelah lahir anak ke 2 menggunakan kb iud selama 5 tahun, kb suntik 3 bulan selama 3 tahun.

i. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3 kali sehari, menu bervariasi terdiri dari nasi, lauk pauk, sayuran, sesekali ibu suka makan mie tidak ada pantangan makanan, nafsu makan baik, dan minum sehari-hari air putih lebih dari 8 gelas / sehari.

b. Eliminasi

Ibu mengatakan buang air besar (BAB) sebanyak 1–2 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan. Buang air kecil (BAK) sekitar 5–6 kali sehari dengan warna kuning jernih, tidak ada rasa nyeri saat berkemih, dan tidak terdapat keluhan lainnya.

c. Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam sekitar 7–8 jam setiap hari dan terkadang tidur siang selama 1–2 jam. Ibu merasa kebutuhan istirahatnya cukup dan tidak mengalami gangguan tidur.

d. aktifitas sehari-hari

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan rumah dibantu suami

e. Personal hygiene

Ibu mengatakan mandi 1-2 kali sehari, keramas 2–3 kali dalam seminggu, menggosok gigi 2 kali sehari, serta rutin mengganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

keadaan : Baik

kesadaran : Compos mentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 150/90 mmHg

Nadi : 87 x/m

Respirasi : 21 x/m

Suhu : 36,6°C

3. Antropometri

Berat badan sebelum hamil : 70 kg

Berat badan saat hamil : 81 kg

Tinggi badan : 153 cm

Lingkar perut sebelum hamil : 92 cm

Lingkar perut saat hamil : 113 cm

LILA sebelum hamil : 28 cm

LILA saat hamil : 32 cm

IMT sebelum hamil : 29,9

IMT saat hamil : 34,6

4. Pemeriksaan fisik

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan

Muka : Simetris tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda sklera putih

Mulut : Bibir tidak pucat,

Telinga : Seajar dengan mata, tidak ada pengeluaran cairan

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe

Payudara : Simetris, puting menonjol tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : 1) Inspeksi : Tidak terdapat bekas operasi

2) Palpasi : TFU : 29 cm

TBBJ : 2.480 gram (29-13) x 155

$$16 \times 155 = 2.480 \text{ gram}$$

3) Leopold I : Teraba bagian bulat, tidak melenting
(bokong)

4). Leopold II : Bagian kanan teraba besar keras
datar memanjang (punggung)
Bagian kiri teraba bagian-bagian
kecil kosong (ekstremitas)

5). LeopoldIII: Teraba bagian bulat,keras,melenting
(kepala)

6). HIS : Tidak ada

7). Auskultasi Djj : 140x/m Regguler

Eksremitas : 1) Atas : Kuku tidak pucat,tidak oedema
terpasang infus terapi MGSO4 6
gram dalam larutan RL 500 cc

2) Bawah : Kuku tidak pucat,tidak oedema,tidak
ada varises,refleks patela (+)/(+)

Pemeriksaan genetalia : Inspeksi : terpasang dc dengan jumlah urine
250 warna kuning jernih.

5. Pemeriksaan penunjang

Hb : 11,6 gr/dl

Protein urine : Negatif

Glukosa urine : Negatif

Triple eliminasi : NR (Non Reaktif)

Golongan darah	: AB
Ureum	: 22 mg/dL
Kreatinin	: 0,6 mg/dL
SGOT	: 24 U/L
SGPT	: 20 U/L

C. ANALISA

G3P2A0 gravida 34 minggu dengan hipertensi gestasional

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui
2. Melakukan *infomed concent* bahwa ibu akan dipindahkan ke ruang rawat inap dan akan dirawat konservatif untuk memantau tekanan darah dan kondisi janin.
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia
3. Berkolaborasi dengan dokter
Evaluasi : Saran dokter :
 - a. Melakukan perawatan konservatif
 - b. Pemberian therapy obat
 - Dopamet 3x500 mg
 - Nifedipine 1x10 mg
 - c. Terapi MGSO4 lanjut 6 gr RL 500 cc
 - d. Dexamethasone 6 gr setiap 12 jam
4. Menganjurkan ibu untuk istirahat tirah baring
Evaluasi: Ibu melakukannya

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi

Evaluasi: Ibu mengonsumsi

6. Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan, menjaga pola makanan yang memicu terjadinya hipertensi (makanan instan, ikan asin, telur asin, dll).

Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan.

7. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: Sudah dilakukan

3.2 CATATAN PERKEMBANGAN I

Tanggal Pengkajian : 11 April 2026

Tempat Pengkajian : Ruang jade

Waktu Pengkajian : 22:00 WIB

Pengkaji : Ai fitria

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih sedikit pusing, tidak ada nyeri kepala berat, gerakan janin masih dirasakan

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital

TD : 140/90 MmHg

N : 89x/m

R : 22x/m

S : 36,4°C
 SPO : 98%
 DJJ : 152x/m reguler

C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 34 minggu dengan hipertensi gestasional

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi KU,TTV,DJJ

Evaluasi: Observasi dilakukan, KU: baik, Td: 140/90, N: 89x/m, R: 22x/m,

S: 36,4°C, Spo: 98x/m, 152x/m reguler

5. Memberikan terapi sesuai dengan saran dokter

Evaluasi : terapi diberikan

- Dopamet 3x500
- Nifedipine 1x10 mg
- MGSO4 lanjut 6 gram dalam RL 500 cc

6. Menganjurkan ibu untuk tetap Tirah baring

Evaluasi : Ibu bersedia mengikuti anjuran

7. Memberikan dukungan psikologis agar ibu tetap tenang selama perawatan

Evaluasi : Ibu tampak lebih tenang

8. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian

3.3 CATATAN PERKEMBANGAN II

Tanggal Pengkajian : 12 April 2026

Tempat Pengkajian : Ruang jade

Waktu Pengkajian : 06:00 WIB

Pengkaji : Ai fitria

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan pusing berkurang

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital

TD : 130/90 MmHg

N : 85x/m

R : 22x/m

S : 36,5°C

SPO : 98%

DJJ : 148x/m reguler

C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 34 minggu dengan hipertensi gestasional

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi keadaan Ibu, keluhan ibu sudah mulai berkurang

Evaluasi: Tidak ada tanda tanda hipertensi

3. Memantau kesejahteraan janin melalui pemeriksaan DJJ dan Gerakan janin

Evaluasi: DJJ dalam batas normal 149 x/m reguler dan Gerakan janin aktif

4. Berkolaborasi dengan dokter terkait penghentian terapi $MgSO_4$ dan terapi lanjutan.

Evaluasi: Instruksi dokter telah dilaksanakan.

5. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan pola makan bergizi seimbang dan cukup cairan.

Evaluasi: Ibu memahami dan bersedia melaksanakan

6. Melakukan pendokumentasian

3.4 CATATAN PERKEMBANGAN III

Tanggal Pengkajian : 13 April 2026

Tempat Pengkajian : Ruang jade

Waktu Pengkajian : 07:00 WIB

Pengkaji : Ai fitria

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan sudah tidak ada pusing dan merasa lebih nyaman

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital

TD : 120/80 MmHg

N : 88x/m
 R : 21x/m
 S : 36,5 °C
 SPO : 99%
 DJJ : 151x/m

C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 34 minggu dengan hipertensi gestasional

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui

2. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa berdasarkan advice dokter ibu sudah diperbolehkan untuk pulang karena kondisi ibu membaik.

Evaluasi: Ibu dan keluarga memahami penjelasan.

3. Memberikan terapi oral sesuai saran dokter untuk dirumah

Evaluasi: Terapi obat-obatan dilanjutkan

Dopamet 3 x 500 mg

Nifedipine 1x10 mg

4. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai tanda bahaya

Kehamilan dengan hipertensi

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

5. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai pola hidup sehat dan nutrisi seimbang.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

6. Menjadwalkan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan terdekat.

Evaluasi : ibu bersedia untuk kontrol ke puskesmas pada tanggal 16 April 2026.

7. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Data Subjektif

Keluhan pusing dan sakit kepala yang dirasakan Ny. W sejak sebelum masuk rumah sakit merupakan salah satu tanda dan gejala yang dapat menyertai hipertensi gestasional menurut teori (ACOG, 2020) telah diuraikan pada BAB II. Keluhan ini sejalan dengan tekanan darah ibu yang meningkat, sehingga pusing dan sakit kepala pada kasus ini dapat dijadikan sebagai salah satu indikator klinis adanya peningkatan tekanan darah yang belum terkontrol. Oleh karena itu, keluhan tersebut perlu terus dipantau bersamaan dengan tanda-tanda lain seperti penglihatan kabur dan nyeri ulu hati, agar perkembangan menuju preeklampsia dapat dideteksi sedini mungkin.

penelitian Steegers et al.(2021). Wanita yang memiliki ibu atau saudara perempuan dengan riwayat hipertensi gestasional atau preeklampsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi gestasional. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh faktor genetik dan hereditas.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data subjektif bahwa Ny. W berusia 34 tahun, G3P2A0, usia kehamilan 34 minggu, mengeluh pusing dan sakit kepala sejak tanggal 10 April 2026 pukul 19.00 WIB. Gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu memiliki riwayat keluarga hipertensi yaitu ibu kandungnya menderita hipertensi.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 87 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, suhu 36,6°C. Berat badan ibu 70 kg, tinggi badan 153 cm, LILA 32 cm dan IMT 29,9 kg/m². Pemeriksaan obstetri menunjukkan TFU 29 cm, DJJ 140 kali/menit reguler, protein urine negatif, Glukosa urin negatif, Hb 11,6 gr/dl, Triple eliminasi Non reaktif, Golongan darah AB, Ureum 22 mg/dl, Kreatinin 0,6 mg/dl, SGOT 24 U/L, SGPT 20 U/L.

Menurut penelitian *Rizki et al. (2024)*, IMT 29,9 merupakan kategori overweight. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki kategori overweight memiliki faktor risiko Hipertensi Gestasional. Hal ini dapat dijelaskan secara fisiologis, pada ibu dengan kategori overweight terjadi peningkatan volume plasma dan curah jantung akibat resistensi insulin serta perubahan hormonal yang menyertai kelebihan berat badan, sehingga tekanan pada dinding pembuluh darah arteri meningkat. Selain itu, semakin besar massa tubuh maka semakin besar pula kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang harus disuplai, sehingga volume darah yang beredar di dalam pembuluh darah turut meningkat dan berkontribusi terhadap kenaikan tekanan darah pada ibu hamil.

Tekanan darah ibu sebesar 150/90 mmHg memenuhi kriteria hipertensi gestasional. Selain itu, hasil protein urine negatif menunjukkan bahwa ibu belum mengalami preeklamsia. Menurut *Prawirohardjo (2020)*, diagnosis hipertensi gestasional ditegakkan apabila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa proteinuria.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif dapat ditegakkan diagnosa kebidanan yaitu Ny. W usia 34 tahun G3P2A0 usia kehamilan 34 minggu dengan hipertensi gestasional. Diagnosa tersebut ditegakkan karena ditemukan tekanan darah 150/90 mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu dan protein urine negatif sehingga adanya perubahan diagnosa.

Berdasarkan hasil pengkajian, ibu didiagnosis mengalami hipertensi gestasional. Kondisi ini memiliki diagnosis potensial berupa berkembangnya hipertensi gestasional menjadi preeklampsia apabila tekanan darah semakin meningkat dan disertai proteinuria atau tanda-tanda disfungsi organ. Pada ibu, kondisi tersebut berpotensi menimbulkan komplikasi seperti eklampsia, *sindrom HELLP*, maupun solusio plasenta apabila tidak terdeteksi dan ditangani secara tepat. Pada janin, hipertensi gestasional dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan pertumbuhan janin (PJT/IUGR), gawat janin, kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan tekanan darah, pemeriksaan protein urin, evaluasi tanda-tanda perburukan pada ibu, serta pemantauan kesejahteraan janin secara berkala agar komplikasi dapat dicegah atau dideteksi sedini mungkin.

Berdasarkan hasil pengkajian, terdapat kesenjangan pada penegakan diagnosis antara pemeriksaan di puskesmas dan di rumah sakit. Di puskesmas, hasil pemeriksaan protein urin menggunakan metode dipstick (stik urin) menunjukkan protein urin positif (+1) sehingga pasien didiagnosis PEB. Namun, setelah dirujuk ke rumah sakit dan dilakukan pemeriksaan ulang, hasil protein

urin menunjukkan negatif, sehingga diagnosis ditegakkan sebagai hipertensi gestasional karena pasien mengalami hipertensi setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai proteinuria maupun tanda kerusakan organ.

Dengan demikian analisa yang ditegakkan telah sesuai dengan teori sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. W meliputi pemberitahuan hasil pemeriksaan kepada ibu, kolaborasi dengan dokter, rawat konservatif, pemberian Dopamet 3 x 500 mg, Nifedipine 1 x 10 mg, terapi MgSO₄ lanjutan dengan dosis rumatan 6 gram dalam 500 cc larutan Ringer Laktat, diberikan secara intravena dengan kecepatan 28 tetes/menit (setara 1 gram/jam) hingga 24 jam pasca perbaikan klinis, Dexamethasone 6 mg setiap 12 jam sebanyak 4 kali pemberian (total dosis 24 mg) untuk pematangan paru janin, anjuran istirahat miring kiri, pemenuhan nutrisi dan observasi tekanan darah serta kondisi janin secara berkala.

Menurut POGI (2023), penatalaksanaan hipertensi gestasional bertujuan mencegah perkembangan menjadi preeklamsia, mengontrol tekanan darah, dan mempertahankan kesejahteraan janin. Pemberian Methyldopa (Dopamet) dan Nifedipine merupakan terapi antihipertensi yang direkomendasikan selama kehamilan.

Selain mengacu pada POGI (2023), penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. W juga sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengelolaan Hipertensi dalam Kehamilan RSUD dr. Slamet Garut sebagaimana diuraikan pada BAB II (Tabel 2.1), Pedoman Kementerian Kesehatan RI (2023) mengenai

dokumentasi pelayanan kebidanan, serta rekomendasi *WHO (2023)* dan *NICE (2023)* yang menekankan kolaborasi tim medis, pemberian antihipertensi dini pertama, pemantauan tekanan darah berkala, serta pemberian kortikosteroid antenatal pada kehamilan preterm berisiko. Pemberian Dopamet, Nifedipine, MgSO₄ lanjutan, dan Dexamethasone yang dilakukan secara kolaboratif dengan dokter, disertai rawat konservatif dan pemantauan tekanan darah serta kesejahteraan janin secara berkala, telah sesuai dengan seluruh SOP dan pedoman tersebut sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik dalam penatalaksanaan kasus ini.

Pada perkembangan pertama tekanan darah menurun menjadi 140/90 mmHg dan keluhan pusing mulai berkurang. Pada perkembangan kedua tekanan darah menjadi 130/90 mmHg dan kondisi ibu semakin membaik. Pada perkembangan ketiga tekanan darah mencapai 120/80 mmHg dan ibu sudah tidak mengeluhkan pusing sehingga diperbolehkan pulang oleh dokter.

Hal ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan yang diberikan telah sesuai dengan teori (ACOG 2020) pada BAB II mengenai penanganan hipertensi gestasional dan pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan (Standar 7).

4.5 Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. W dilakukan menggunakan metode SOAP yang terdiri dari Subjektif (S), Objektif (O), Analisa (A), dan Penatalaksanaan (P). Seluruh tindakan, observasi dan evaluasi perkembangan pasien telah didokumentasikan secara sistematis.

Menurut teori kemenkes RI, (2023)yang telah dijelaskan pada BAB II, pendokumentasian SOAP digunakan sebagai metode pencatatan yang

sistematis untuk memudahkan evaluasi dan kesinambungan asuhan kebidanan. Pendokumentasian yang lengkap dapat meningkatkan mutu pelayanan dan mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan.

Dengan demikian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik pendokumentasian pada kasus Ny. W.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. W usia 34 tahun G3P2A0 usia kehamilan 34 minggu dengan hipertensi gestasional di RSUD dr. Slamet Garut tanggal 11–13 April 2026, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian data subjektif diperoleh Ny. W usia 34 tahun G3P2A0 usia kehamilan 34 minggu mengeluh pusing dan sakit kepala sejak tanggal 10 April 2026 pukul 19.00 WIB. Gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu memiliki riwayat keluarga hipertensi yaitu ibu kandung menderita hipertensi. Riwayat pemeriksaan antenatal menunjukkan tekanan darah mulai meningkat sejak trimester II.
2. Pada pengkajian data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah saat masuk rumah sakit adalah 150/90 mmHg. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan protein urine negatif sehingga diagnosis mengarah pada hipertensi gestasional.
3. Pada analisa, berdasarkan data subjektif dan objektif ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. W usia 34 tahun G3P2A0 usia kehamilan 34 minggu dengan hipertensi gestasional. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai proteinuria.

4. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi observasi kondisi ibu dan janin, kolaborasi dengan dokter, pemberian terapi $MgSO_4$, Dopamet, Nifedipine, Dexamethasone, anjuran istirahat miring kiri, pemenuhan nutrisi yang adekuat, edukasi tanda bahaya kehamilan, serta pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan metode SOAP.

5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan telah dilakukan menggunakan metode SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning). Pendokumentasian dilakukan secara sistematis pada setiap perkembangan kondisi pasien sehingga memudahkan evaluasi dan pemantauan keberhasilan asuhan yang diberikan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi penulis

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, khususnya dalam pemantauan tekanan darah untuk deteksi dini hipertensi gestasional.

5.2.2 Bagi mahasiswa IKKHG

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi sumber pelajaran bagi dalam memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada pemeriksaan dan pemantauan tekanan darah secara sistematis untuk mencegah dan mendeteksi dini hipertensi gestasional, untuk meningkatkan keselamatan ibu dan janin.

5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan selalu melakukan pemeriksaan secara teliti, sistematis, dan tetap meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pemantauan dan deteksi dini hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmida, S., Aprianti, E., Lestari, W., & Wildayani, D. (2024). Manajemen asuhan kebidanan pada Ny. N umur 29 tahun di TPMB Netti Sumarni Kota Padang tahun 2024. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260.
- Aminuddin, A., dkk. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada ibu hamil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2025). Profil kesehatan Kabupaten Garut tahun 2025. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Dinas Kesehatan Kota Depok. (2022). Profil kesehatan Kota Depok tahun 2022. Dinas Kesehatan Kota Depok.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2024). Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2024. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Buku kesehatan ibu dan anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman dokumentasi pelayanan kebidanan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Profil kesehatan Indonesia tahun 2024. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nadiro, dkk. (2024). Faktor risiko hipertensi gestasional pada ibu hamil: Indeks massa tubuh, usia maternal, riwayat hipertensi keluarga, dan penyakit metabolik. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*. *
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management (NICE Guideline NG133). NICE.
- Nurfatimah, N., dkk. (2020). Gangguan hipertensi dalam kehamilan sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal. *Jurnal Kesehatan*.

- Penerbit NEM. (2023). Dokumentasi kebidanan oleh bidan. Penerbit NEM.
- Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. (2023). Pedoman nasional pelayanan kedokteran: Hipertensi dalam kehamilan. POGI.
- Phipps, E., Prasanna, D., Brima, W., & Jim, B. (2023). Preeclampsia: Updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*.
- Prawirohardjo, S. (2020). Ilmu kebidanan (Edisi ke-4). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rizki, A., dkk. (2024). Faktor risiko dan klasifikasi hipertensi gestasional pada ibu hamil. *Jurnal Kebidanan Indonesia*.
- Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O'Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., & Nicolaides, K. H. (2022). Prevention and pathophysiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Romlah, R., Sari, A. P., & Anita, T. (2024). Simplifications documentation format of the midwifery care SOAP. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*, 6(3), 407–415.
- Steegers, E. A. P., von Dadelszen, P., Duvekot, J. J., & Pijnenborg, R. (2021). Preeclampsia. *The Lancet*, 376(9741), 631–644.
- Sulistyowati, S., dkk. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan peningkatan tekanan darah pada ibu hamil. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*.
- Williams, D. (2022). Pathophysiology of hypertensive disorders of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*.
- Winarni, dkk. (2024). Panduan praktis dokumentasi kebidanan: Langkah demi langkah untuk rekam medis yang akurat. CV Getpress Indonesia.
- World Health Organization. (2023). Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). Body mass index classification. World Health Organization.

LAMPIRAN

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY W USIA 34 TAHUN G3P2A0
GRAVIDA 34 MINGGU DENGAN HIPERTENSI
GESTASIONAL DI RSUD dr. SLAMET

Nama Mahasiswa : AI FITRIA

NIM : KHGB23032

Penela'ah I : Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb

NIDN : NIP. 042039.0823.180

Penela'ah II : Titi Purwitasari, SST.,M.Keb

NIDN : NIP. 042039.0910.048

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	Rabu 29/2026 01	BAB II, IV, V	Bab II tambahkan materi bab IV, V diperbaiki		
2	Rabu 01/2026 01	BAB III	perbaiki penulisan ACC		
3	Senin 06/2026 01	BAB II	Tambahkan materi		
4	Rabu 15/2026 01	BAB IV, V	Bab IV perbaiki Bab V ganti saran		

7	Kamis 16/2026 07		Acc	AA	Alham
8					
9					
10					
11					
12					

LEMBAR BIMBINGAN KTI

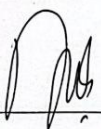
Nama Mahasiswa : Ai fitria

Nama Pembimbing : Bdn. Desy syawanti

NIM : KHGB 23032

NIDN : 092039.1209.067

Judul KTI : Hipertensi gestasional

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 30/2026 04	Mengajukan Judul	Acc Judul		
2.	Senin 11/2026 05	Konsul Bab 1.2.3	perbaiki		
3.	Rabu 20/2026 05	Konsul Bab 1.2.3	perbaiki		
4.	Selasa 26/2026 05	Konsul Bab 1.2.3	lanjut bab 4-5		
5.	Selasa 02/2026 06	Konsul Bab 4.5	perbaiki		
6.	Selasa 06/2026 06	Konsul Bab 1.2.3.4.5	perbaiki		
7.	Rabu 07/2026 06	Konsul Bab 1.2.3.4.5	Acc sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Ai Fitria

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 28 Maret 2005

Agama : Islam

No. Hp : 0838-1835-9295

Email : fifitrya285@gmail.com

Instagram : fifitryaaa_

Alamat : Kp. Sokol 003/010, Ds. Sukahurip, Kec
Pangatikan, Kab. Garut

Moto : Selesaikan apa yang sudah kamu mulai,
lewati saja badainya jangan ubah tujuannya.

Riwayat Pendidikan

TK Tanbihul ghafilin Tahun Ajaran 2010-2011

SDN Pasanggrahan 7 Tahun Ajaran 2011-2017

SMPN 2 Pangatikan Tahun Ajaran 2017-2020

SMK Bidara Mukti Garut Tahun Ajaran 2020-2023

Terdaftar sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Program Studi Diploma III Kebidanan Tahun Ajaran 2023-2026