

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan Normal

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Saifuddin, 2009).

Pengetahuan tentang kondisi fisiologis pada awal kehamilan penting untuk memahami tanda dugaan, tanda kemungkinan, dan untuk mengetahui adanya kelainan kehamilan (Varney, dkk, 2007).

Pemeriksaan dan pengawasan terhadap kehamilan perlu dilakukan secara teratur. Hal ini bertujuan untuk menyiapkan kondisi fisik dan mental ibu selama kehamilan dengan seoptimal mungkin. Selain itu juga untuk mendeteksi dini adanya tanda bahaya maupun komplikasi yang dialami oleh ibu hamil sehingga hal tersebut dapat dicegah ataupun diobati (Marmi, 2011).

Tanda bahaya kehamilan yang sering terjadi antara lain perdarahan

pervaginam, hiperemesis gravidarum, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah dan ekstremitas, gerakan janin yang terasa, nyeri perut hebat, dan hipertensi dalam kehamilan (Sulistyawati, 2009).

2. Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 20% penyulit kehamilan dan merupakan salah satu penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Hipertensi sendiri merupakan tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan dua kali (Edwin, 2013).

Terdapat lima jenis penyakit hipertensi menurut Fadlun (2013) yang menjadi penyulit kehamilan, antara lain :

- a. Hipertensi gestasional.
- b. Preeklamsia.
- c. *Superimposed preeklamsia*.
- d. Hipertensi kronik.
- e. Eklamsia.

3. Hipertensi Kronik

a. Pengertian

Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang didapatkan sebelum kehamilan. Apabila tidak diketahui sebelum kehamilan, maka hipertensi kronik didefinisikan bila didapatkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg sebelum kehamilan 20 minggu (Saifuddin, 2009).

Signifikansi setiap pengukuran tekanan darah berhubungan dengan usia gestasi dalam kehamilan dan umumnya semakin awal hipertensi terjadi dalam kehamilan, semakin besar kemungkinan hipertensi tersebut menjadi kronik. Sebagian besar ibu dalam kelompok ini menderita hipertensi essensial meskipun banyak diantara mereka yang baru didiagnosis pertama kali saat mereka dalam keadaan hamil (Robson, 2010).

b. Etiologi

Hipertensi kronik dapat disebabkan oleh faktor primer yaitu idiopatik sebesar 90 % dan faktor sekunder 10 % berhubungan dengan penyakit ginjal, endokrin, dan pembuluh darah (Saifuddin, 2009).

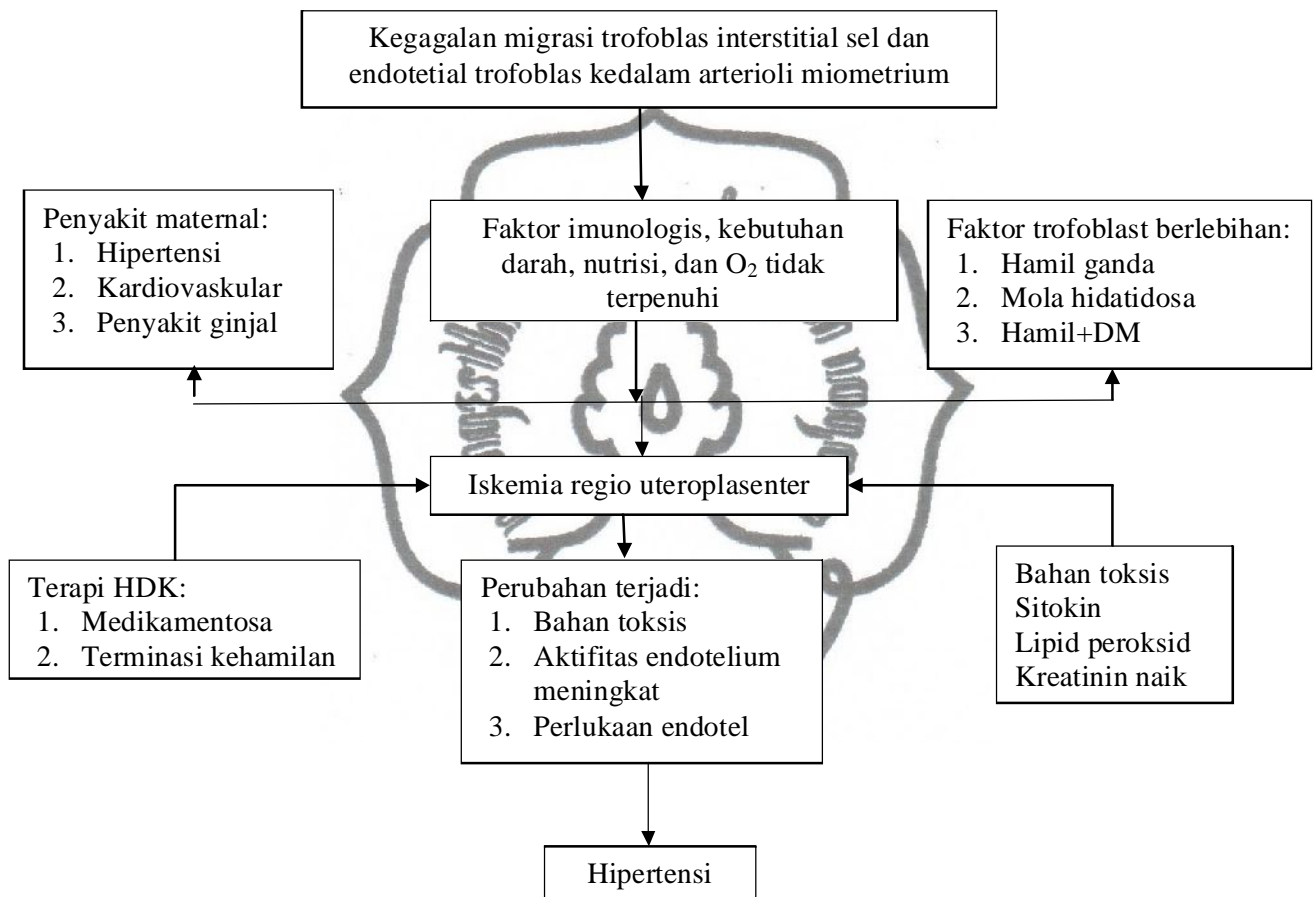
c. Patofisiologi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui jelas. Banyak teori telah dikemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satupun teori tersebut yang dianggap mutlak benar. Teori yang banyak dianut menurut Saifuddin (2009) adalah:

- 1) Teori kelainan vaskularisasi plasenta
- 2) Teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel
- 3) Teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin
- 4) Teori adaptasi kardiovaskularori genetik
- 5) Teori defisiensi gizi
- 6) Teori inflamasi

Teori-teori yang dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan tersebut dapat dijelaskan dalam bagan sebagai berikut:

Gambar 2.1 Patofisiologi Hipertensi (Manuaba, 2007).



d. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang lazim di jumpai pada hipertensi kronik menurut Edwin (2013) adalah:

- 1) Usia: primigravida dengan usia dibawah 20 tahun dan semua ibu dengan usia diatas 35 tahun dianggap lebih rentan.
- 2) Predisposisi genetik: bukti adanya pewarisan genetik disebabkan

oleh turunan resesif.

3) Komplikasi Obstetrik: kehamilan kembar, kehamilan mola atau *hydrops fetalis*

4) Kondisi medis yang sudah dialami sebelumnya: hipertensi kronik, penyakit ginjal, *diabetes mellitus*, *systemic lupus erythematosus* (SLE), *antifossolipid* antibodi.

5) Hiperplasentosis, misalnya : mola hidatidosa, kehamilan multipel, *diabetes mellitus*, *hidrops fetalis*, dan bayi besar.

6) Obesitas

7) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya.

e. Keluhan Subjektif

Keluhan yang biasanya di rasakan oleh ibu hamil yang menderita hipertensi kronik adalah pusing, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, sakit kepala, dan sulit tidur (Fraser, 2009).

f. Tanda Klinis atau Laboratorium

1) Tanda klinis

Tanda klinis pada kasus hipertensi kronik menurut Benson (2009) adalah :

a) Hipertensi yang tercatat sebelum konsepsi.

b) Hipertensi pada umur kehamilan < 20 minggu atau > 6 minggu setelah melahirkan.

2) Tanda Laboratorium

Menurut Edwin (2013) dan Saifuddin (2009) dalam pemeriksaan

commit to user

penunjang ibu hamil dengan hipertensi kronik yang perlu diperiksa antara lain:

- a) Analisis urin: proteinuria biasanya menunjukkan adanya *pre-eklamsia* yang terjadi bersamaan dengan hipertensi kronik.
- b) Darah rutin (Hb, hematokrit, trombosit)
- c) Fungsi *hepar*
- d) Elektrokardiografi
- e) Fungsi ginjal (kadar serum kreatinin, asam urat)
- f) Ultrasonografi

Tabel 2.1 Perbedaan penyakit hipertensi kronik dan preeklamsia (Benson, 2009)

Gambaran	Penyakit Hipertensi Kronik	Preeklamsi
Onset hipertensi	Sebelum kehamilan, selama 20 minggu pertama kehamilan	Setelah minggu ke-20 kehamilan
Lama hipertensi	Menetap, hipertensi menetap	Hipertensi hilang pada 6 minggu post partum
Riwayat Keluarga	Seringkali positif	Biasanya negatif, mungkin positif.
Riwayat dahulu	Toksemia berulang	Masalah psikoseksual umum terjadi.
Umur	Biasanya usia lebih tua	Umumnya usia remaja, awal 20 tahunan.
Paritas	Biasanya multigravida	Biasanya primigravida
Habitus (postur tubuh)	Mungkin kurus atau brakimorfik	Biasanya eumorfik
Gambaran retina	Biasanya terdapat takik arteriovenosa, arteriol yang berkelok-kelok, eksudat seperti kapas, perdarahan.	<i>Spasme vaskuler, edema retina</i>
Proteinuria	Seringkali tidak ada	Biasanya ada, menghilang pada 6 minggu setelah melahirkan.

g. Prognosis

- 1) Penderita hipertensi ringan atau sedang, *outcome* kehamilan baik dengan perinatal survival sekitar 95 – 97 %.
- 2) Prognosis bisa semakin memburuk apabila:
 - a) Hipertensi semakin ganas.
 - b) Komplikasi maternal dan perinatal semakin berat.
 - c) Sering terjadi pada multipara, umur diatas 30 tahun dan tekanan darah diatas 190/120 mmHg.
 - d) Menimbulkan gangguan lebih berat terhadap:
 - (a) Insufisiensi plasenta: IUGR (*Intrauterine Growth Retardation*) atau BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah), prematuritas sampai IUPD (*intrauterine fetal distress*).
 - (b) Terhadap sistem saraf pusat seperti *oedema*, perdarahan, nekrosis otak dan kegagalan kardiovaskular.

Manuaba (2007)

h. Komplikasi

Hasil perinatal pada hipertensi kronik ringan cukup baik. Namun demikian, morbiditas dan mortalitas perinatal meningkat pada mereka yang menderita hipertensi kronik berat atau yang dipersulit preeklamsia. Komplikasi lain yang tidak berkaitan dengan kehamilan dan meliputi gagal ginjal serta perdarahan serebral (Fraser, 2009).

i. Penatalaksanaan dan Pengobatan

- 1) Kehamilan sampai *viable time* dengan cara :
commit to user

a) Pengaturan pola hidup : diet rendah garam, pengaturan berat badan, berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol dan kafein yang berlebih.

b) Lebih banyak istirahat tirah baring.

c) Memberikan obat untuk mempertahankan kehamilan (*Glukokortikoid*) bila umur kehamilan *preterm*.

Manuaba (2007)

2) Memberikan obat anti hipertensi

Menurut Saifuddin (2009) terapi antihipertensi seperti:

a) Sentral α_2 - antagonis: Methyldopa dengan dosis 500 mg/3x per hari, maksimal 3 gram per hari.

b) *Calcium – channel – blockers* : Nifedipin dengan dosis bervariasi antara 30-90 mg/hari.

c) Diuretik thiazide: tidak diberikan karena akan mengganggu volume plasma sehingga mengganggu aliran darah uteroplasenta.

Pada kasus Ny. E G₂P₁A₀ hamil 22 minggu dengan hipertensi kronik di RSUD Banyudono menggunakan terapi oral antihipertensi menurut Manuaba (2007) yaitu Metyldopa dengan dosis 250 mg/3x perhari dengan dosis maksimal 4 mg/hari.

3) Terminasi kehamilan pada hipertensi kronik yaitu apabila :

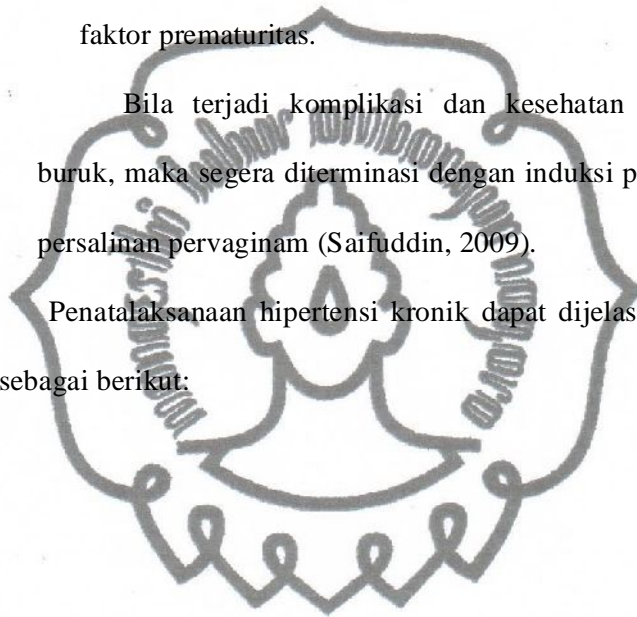
a) Maternal terjadi kegagalan fungsi organ vital seperti: sistem sistem saraf pusat, kegagalan fungsi ginjal dan kegagalan

fungsi *hepar*; pengobatan konservatif gagal dengan semakin meningkatnya tekanan darah dan terjadi perubahan yang memberatkan; dan terjadi *superimposed preeklamsia*.

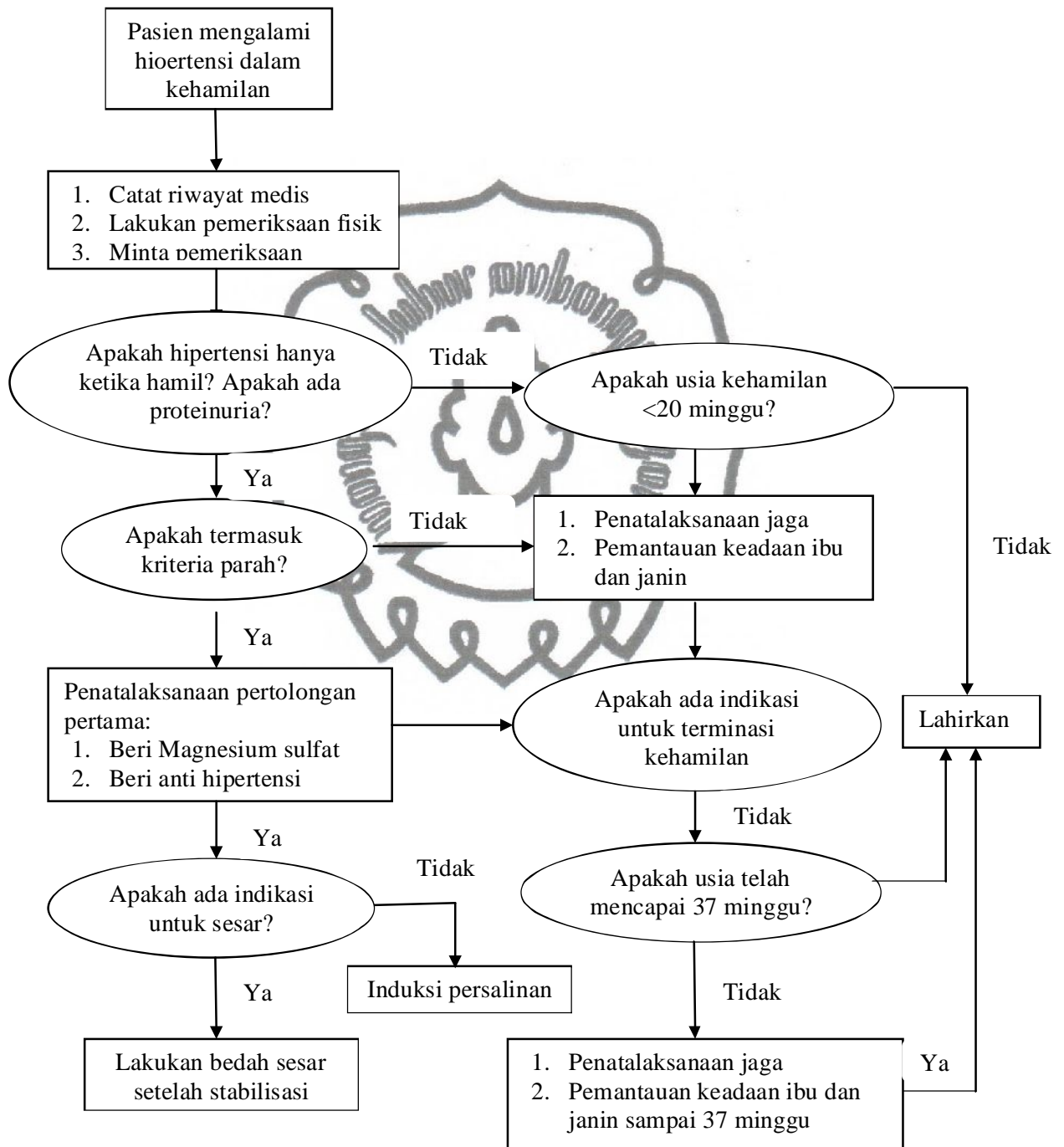
- b) Fetal terjadi pergerakan janin makin menurun, pertumbuhan janin terhambat, keberhasilan janin hidup sulit dijamin karena faktor prematuritas.

Bila terjadi komplikasi dan kesehatan janin bertambah buruk, maka segera diterminasi dengan induksi persalinan ataupun persalinan pervaginam (Saifuddin, 2009).

Penatalaksanaan hipertensi kronik dapat dijelaskan dalam bagan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Penatalaksanaan hipertensi kronik (Edwin, 2013)



B. Teori Manajemen kebidanan

1. Langkah I: Pengumpulan data dasar secara lengkap.

a. Data Subjektif

Data subjektif yang perlu dikumpulkan adalah:

1) Biodata atau identitas

Identitas yang perlu dikaji yang merupakan data fokus dari kasus hamil dengan hipertensi kronik yaitu usia ibu lebih kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun (Edwin, 2013).

2) Keluhan pasien

Keluhan utama ditujukan pada data utama yang mengarah pada gejala yang berhubungan dengan kehamilan hipertensi kronik yaitu pasien pusing, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, sakit kepala, dan sulit tidur (Saifuddin, 2009).

Data Kebidanan:

a) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi umur *menarche*, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya darah yang keluar, jenis dan warna darah menstruasi, serta keluhan sewaktu menstruasi (Varney, dkk, 2007).

b) Riwayat Perkawinan

Menanyakan berapa kali ibu kawin dan berapa usia kawin yang pertama. Ditanyakan umur ibu sewaktu kawin, berapa lama perkawinan, dan status perkawinan (Manuaba, 2007).

commit to user

c) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui ibu pernah hamil dan bersalin berapa kali, dan pernahkah ibu mengalami keguguran. Menanyakan berapa umur kehamilan pada kelahiran yang dulu, jenis, tempat persalinan, siapa penolong persalinan, ada tidaknya komplikasi, untuk mengetahui keadaan anak dan keadaan nifas. Kasus hipertensi kronik, pada kehamilan sebelumnya memiliki riwayat hipertensi, IUFD, IUGR, maupun aborsi (Edwin, 2013).

d) Riwayat Kehamilan Sekarang

Menanyakan untuk mengetahui hari pertama haid terakhir kehamilan ini (tanggal, bulan dan tahun), untuk menentukan kapan hari perkiraan lahir dan untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu. Ditanyakan juga tekanan darah saat ibu diperiksa pada kehamilan ini (Saifuddin, 2009).

e) Riwayat Keluarga Berencana

Apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, jenis kontrasepsi apa yang digunakan, apakah ibu pernah merasakan efek samping, alasan berhenti menggunakan kontrasepsi, dan lama penggunaan alat kontrasepsi. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ibu biasanya menggunakan alat kontrasepsi hormonal (Varney, dkk, 2007).

3) Riwayat kesehatan

commit to user

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menanyakan apa keluhan yang dirasakan ibu saat ini. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ini biasanya ibu mengeluh pusing, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, sakit kepala, sulit tidur, dan sesak nafas (Saifuddin, 2009).

b) Riwayat Kesehatan dahulu

Mengetahui apakah ibu pernah menderita penyakit kronik atau tidak seperti jantung, hipertensi, ginjal, hepatitis, *tuberculosis*, *diabetes melitus*, asma dan lain-lain. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ini biasanya ibu pernah menderita penyakit hipertensi sebelum kehamilan, penyakit ginjal, *diabetes mellitus*, *systemic lupus erythematosus* (SLE), dan sindrom antifosfolipid antibodi (Edwin, 2013).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan apakah dalam keluarga ibu ada yang menderita penyakit menular dan menurun atau tidak seperti jantung, hipertensi, ginjal, hepatitis, *tuberculosis*, *diabetes melitus*, asma dan lain-lain. Kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik ini biasanya keluarga ibu memiliki riwayat penyakit hipertensi (Varney, dkk, 2007).

4) Data Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Pola nutrisi untuk mengetahui perbandingan kebutuhan

commit to user

gizi ibu sebelum dan selama di hamil. Di sini juga di tanyakan jenis makanan maupun minuman serta keluhanannya. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ini biasanya ibu memiliki pola nutrisi yang berlemak dan tinggi garam (Manuaba, 2007).

b) Eliminasi

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah berapa frekuensi buang air besar dan buang air kecil, bagaimana konsistensinya, apa warnanya, apakah ada keluhan dalam hal eliminasi sebelum dan selama hamil. Penderita hipertensi kronik sangat penting untuk mengetahui *input* dan *output* cairan dalam tubuh dan mengetahui IWL (*Indeks Water Lose*) tubuh (Saifuddin, 2009).

c) Istirahat

Untuk memantau kondisi fisik ibu, perlu diketahui berapa lama ibu beristirahat, apakah ada keluhan dalam beristirahat sebelum dan selama hamil. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ini ibu biasanya mengalami keadaan sulit untuk tidur atau istirahat (Varney, dkk, 2007).

d) Kebersihan atau Personal Hygiene

Personal hygiene selama ibu hamil perlu dikaji dan hal yang perlu ditanyakan berapa kali sehari ibu mandi, gosok gigi, ganti pakaian dan berapa kali keramas (Varney, dkk, 2007).

5) Data Psikososial dan Agama

Menanyakan keadaan sosial untuk mengetahui anggota keluarga

yang tinggal satu rumah dengan ibu, siapa yang berhak mengambil keputusan bila ada suatu masalah, dan bagaimana hubungan ibu dengan anggota keluarga lain. Sedangkan keadaan psikologis ditanyakan untuk mengetahui apakah kehamilan ibu diharapkan atau tidak dan apakah keluarga mendukung kehamilan ibu saat ini atau tidak (Saifuddin, 2009).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum dapat digunakan untuk mengetahui hipertensi kronik menurut Varney, dkk (2007) adalah:

- a) Keadaan umum
- b) Kesadaran
- c) *Vital Sign* meliputi :

(1) Tekanan darah : Pada ibu yang menderita hipertensi kronik tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg sejak sebelum kehamilan atau sebelum umur kehamilan 20 minggu dan bertahan sampai 12 minggu pasca persalinan (Saifuddin, 2009).

(2) Nadi, suhu, dan pernafasan.

(3) Pengukuran tinggi badan dan berat badan.

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

Inspeksi adalah proses observasi yang dilaksanakan

commit to user

secara sistematis. Observasi dilaksanakan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada saat berinteraksi dengan klien dilanjutkan dengan pemeriksaan lebih lanjut (Varney, dkk, 2007).

Inspeksi dilakukan pada muka dan ekstremitas untuk mengetahui ada tidaknya *oedema*, dimana bisa untuk melihat berat ringannya hipertensi yang diderita (Manuaba, 2007).

b) Palpasi

Palpasi dilakukan pada muka dan ekstremitas untuk mengetahui ada tidaknya *oedema*, bisa untuk mengetahui berat ringannya hipertensi yang diderita. Selain itu juga bisa digunakan untuk memeriksa ada tidaknya pembesaran kelenjar *limfe* dan *tyroid* pada leher. Kasus hamil dengan hipertensi kronik ini, *oedema* biasanya tidak ditemukan kecuali *preeklamsia* terjadi bersamaan dengan keadaan hipertensi kronik (Manuaba, 2007).

Palpasi pada pasien hamil juga bisa dilakukan dengan melakukan Leopold I-IV untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, penggung dan bagian-bagian terkecil janin di sebelah kiri atau kanan ibu, penentuan taksiran berat janin, presentasi penurunan Fraser (2009).

c) Auskultasi

Pada ibu hamil dengan hipertensi kronik auskultasi dikaji untuk mengetahui bunyi denyut jantung janin sehingga diketahui kesejahteraan janin. Pada kasus ini bunyi denyut jantung janin bisa kurang atau lebih dari normal (Kurniawati, 2009).

d) Perkusi

Dilakukan dengan pemeriksaan reflek patella. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya reflek patella pada ibu hamil karena hasil positif dari reflek patella merupakan salah satu syarat dalam pemberian terapi antikejang (MgSO_4) apabila terjadi eklamsia, hilangnya reflek tendon merupakan salah satu tanda intoksikasi MgSO_4 (Angsar, 2009).

c. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Edwin (2013) dan Saifuddin (2009) dalam pemeriksaan penunjang ibu hamil dengan hipertensi kronik yang perlu diperiksa antara lain :

- 1) Analisis urin: *proteinuria* biasanya menunjukkan adanya *preeklamsia* yang terjadi bersamaan dengan hipertensi kronik. Pada kasus hipertensi kronik tidak terjadi *proteinuria*.
- 2) Darah rutin (Hb, hematokrit, trombosit)
- 3) Elektrokardiografi

- 4) Pemeriksaan fungsi hati
- 5) Fungsi ginjal (kadar serum kreatinin, asam urat)
- 6) Ultrasonografi

2. Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dari data-data yang telah dikumpulkan pada langkah penyajian data mengacu pada:

a. Diagnosis Kebidanan

Diagnosis kebidanan yang dapat ditegakkan pada kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik yaitu Ny. E G₂P₁A₀ umur 36 tahun hamil 22 minggu dengan hipertensi kronik.

Dasar diagnosis tersebut adalah:

Data subjektif :

- 1) Pernyataan pasien tentang jumlah kehamilan.
- 2) Pernyataan yang berhubungan dengan jumlah persalinan.
- 3) Biodata yang berhubungan dengan hari pertama haid terakhir.
- 4) Pernyataan pasien tentang keluhan yang dialami yaitu : Ibu mengatakan pusing, penglihatan kabur, nyeri epigastrium, sakit kepala, dan sulit tidur (Saifuddin, 2009)

Data objektif menurut Cunningham (2013) adalah:

- 1) Pemeriksaan umum: keadaan umum, kesadaran dan *Vital Sign*.
- 2) Pemeriksaan khusus: inspeksi dan palpasi
- 3) Data Penunjang: laboratorium dan ultrasonografi.

b. Masalah

Masalah yang muncul pada ibu hamil dengan hipertensi kronik menurut Varney, dkk (2007) yaitu berkaitan dengan:

- 1) Kecemasan pasien terhadap keadaan yang dialami.
- 2) Kecemasan tentang keadaan janin akibat penyakit yang diderita.

c. Kebutuhan

Kebutuhan ibu hamil dengan hipertensi kronik berdasarkan penjelasan Varney, dkk (2007) adalah:

- 1) Tirah baring.
- 2) Motivasi ibu untuk tetap tenang.
- 3) Memberikan informasi pada ibu tentang hipertensi kronik.

3. Langkah III. Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Antisipasi Penanganannya

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan dilakukan pencegahan (Varney, dkk, 2007).

Pada studi kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik diagnosis potensial pada ibu adalah kemungkinan terjadinya *superimposed preeklamsia*. Sedangkan pada janin berpotensi terjadinya *fetal distress* (Saifuddin, 2009).

Antisipasi bidan yang dilakukan pada ibu hamil dengan hipertensi kronik dalam pencegahan terjadinya *superimposed preeklamsia*, dan *fetal distress* adalah memperbaiki keadaan umum dengan menganjurkan ibu

untuk tirah baring, mengobservasi tekanan darah, dan mengobservasi denyut jantung janin (Edwin, 2013).

4. Langkah IV. Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Kebutuhan terhadap tindakan segera pada ibu hamil dengan hipertensi kronik adalah melaksanakan kolaborasi dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi untuk pemberian terapi oral yaitu terapi antihipertensi, elektrokardiografi, dan ultrasonografi (Saifuddin, 2009).

5. Langkah V. Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan bersama pasien. Rencana asuhan pasien hamil dengan hipertensi kronik antara lain :

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rencana asuhan beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bertujuan supaya ibu dapat mengetahui kondisi yang dialaminya (Sulistyawati, 2012).

- b. Observasi keadaan umum, *Vital Sign* dan denyut jantung janin.

Pemeriksaan keadaan umum dilakukan dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan ketika pasien datang. Rencana asuhan observasi *Vital Sign* bertujuan untuk memantau peningkatan tekanan darah karena salah satu komplikasi hipertensi kronik yaitu terjadinya ensefalopati hipertensif (peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba lebih dari 250/150 mmHg). Melakukan pengukuran tekanan darah dengan cara menggunakan ukuran manset yang tepat untuk

ukuran dewasa yaitu lebar kantong karet 11,5-13,0 cm dan panjang kantong karet 22,0-26,0 cm, posisi ibu dalam keadaan duduk atau berbaring dan lengan sejajar dengan jantung (Sulistyawati, 2012).,

Pemeriksaan suhu untuk mengetahui adanya peningkatan suhu yang merupakan gejala dari penyakit ginjal (glomerulonefritis). Pemeriksaan denyut nadi bertujuan untuk mengetahui keadaan umum pasien, mengetahui integritas system kardiovaskuler, dan mengikuti perkembangan jalannya penyakit, menghitung nadi satu menit penuh (Manuaba, 2010).

Pemeriksaan denyut jantung janin bertujuan untuk mengetahui kondisi janin, pemeriksaan ini menggunakan ultrasonografi (Saifuddin, 2009).

c. Beri dukungan mental pada ibu.

Rencana asuhan beri dukungan mental (supportif) kepada ibu bertujuan untuk mengurangi kekhawatiran ibu karena keadaan yang dialaminya. Dukungan supportif efektif dilakukan dalam keadaan tenang (Varney, dkk, 2007).

d. Anjurkan ibu ntuk diet rendah garam.

Rencana asuhan anjurkan ibu untuk diet rendah garam bertujuan untuk membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah, konsumsi rendah garam tidak lebih 2,4 gram natrium atau 6 gram natrium klorida karena dapat menurunkan tekanan darah sebesar 2-8 mmHg (Cunningham, 2013).

- e. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup.

Rencana asuhan anjurkan ibu untuk istirahat cukup bertujuan untuk mengurangi keluhan ibu. Istirahat cukup dilakukan dengan pengurangan aktifitas dan tidur dengan posisi miring kiri. Tirah baring merupakan cara sederhana untuk mencegah *superimposed preeklamsia* (Sulistyawati, 2012).

- f. Kolaborasi dengan laboratorium untuk mengetahui perkembangan penyakit (hematologi, urine, fungsi *hepar*, fungsi ginjal).

Pemeriksaan hematologi dilakukan bertujuan untuk mengetahui perubahan yang terjadi yang disebabkan oleh vasospasme akibat hipovolemia yaitu terjadi hemolisis yang dapat mengarah pada sindrom HELLP, pemeriksaan ini dilakukan dengan mengambil spesimen darah.

Pemeriksaan urine bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya *proteinurine* dengan mengambil urine tengah yang merupakan tanda terjadinya *superimposed preeklamsia*, peningkatan kreatinin dan asam urat, pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan urine 24 jam. Pemeriksaan fungsi ginjal bertujuan untuk melihat adanya kerusakan pada ginjal ditandai dengan meningkatnya kreatinin dan asam urat yang disebabkan karena hipovolemia.

Pemeriksaan *hepar* perlu dilakukan karena pada hipertensi terjadi perubahan pada *hepar* berupa vasospasme, iskemia dan perdarahan serta mengakibatkan nekrosis pada *hepar* dan akan

meningkatkan enzim *hepar* SGOT (Serum *Glutamic Oxalaocetic Transaminase*) dan SGPT (Serum *Glutamic Pyruvi Transaminase*), perdarahan akan meluas hingga dibawah kapsula *hepar* yang disebut subkapsular hemangioma. Subkapsular hemangioma menimbulkan rasa nyeri didaerah epigastrium dan dapat menimbulkan ruptur *hepar*, adanya kegagalan fungsi *hepar* dapat mengarah pada sindrom HELLP (Saifuddin, 2009)

- g. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi oral antihipertensi, antioksidan dan roboransia; elektrokardiografi; dan ultrasonografi. Pemberian terapi oral terapi antihipertensi, antioksidan dan roboransia bertujuan untuk mencegah terjadinya *superimposed preeklamsia*. Pemeriksaan ultrasonografi diperlukan untuk memantau kondisi janin (Saifuddin, 2009).

Pemeriksaan elektrokardiografi penting dilakukan karena pada 5- 10% penderita hipertensi terjadi hipertrofi ventrikel kiri (*Left Ventrikel Hipertrofi*) dan hipertensif kardiovaskular yang dapat mengakibatkan kardio megali, *oedema* paru dan aritmia jantung (Cunningham, 2013).

- h. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu kemudian atau bila ada keluhan.

Rencana asuhan kunjungan ulang 2 minggu kemudian atau bila ada keluhan bertujuan untuk memantau secara ketat kondisi ibu dan janin terkait dengan komplikasi yang mungkin timbul dari hipertensi kronik (Benson, 2009).

- i. Dokumentasikan hasil pemeriksaan.

Rencana asuhan dokumentasikan hasil pemeriksaan ini penting dilakukan menurut Varney,dkk (2007)

6. Langkah VI. Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah ini melaksanakan rencana perawatan secara efisien dan aman. Langkah ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, serta anggota tim kesehatan lainnya (Varney, dkk, 2007).

Implementasi pada kasus ini bertujuan untuk menangani masalah kebidanan dan agar tidak terjadinya diagnosis potensial. Implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan untuk mengatasi kehamilan dengan hipertensi kronik (Saifuddin, 2009).

7. Langkah VII. Evaluasi

Evaluasi dari ibu hamil dengan hipertensi kronik adalah tekanan darah menurun, hasil laboratorium menunjukkan penyakit tidak bertambah parah, dan janin dalam keadaan baik (Varney, dkk, 2007).

C. Follow Up Data Perkembangan Pasien

Menurut KepMenKes RI No : 938/Menkes/SK/VIII/2007, dalam pendokumentasian data perkembangan kondisi klien pada ibu hamil dengan hipertensi kronik penulis menggunakan metode pendokumentasian SOAP yang terdiri dari data subjektif, data objektif, analisis, dan penatalaksanaan. SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan) disarikan dari proses

pemikiran penatalaksanaan kebidanan tujuh langkah menurut Varney (2007) yang dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis pasien sebagai catatan kemajuan atau perkembangan terhadap kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik di RSUD Banyudono.

1. S : Subjektif

Merupakan dokumentasi hasil anamnesa. Data ini menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah pertama menurut Varney (2007). Kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik data subjektif didapatkan dari wawancara dan observasi langsung dengan pasien.

2. O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan tes diagnostik yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah pertama menurut Varney (2007). Kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik data objektif didapat dari hasil pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, laboratorium, elektrokardiografi, dan ultrasonografi.

3. A :Assasment

Adalah hasil analisis, mencatat diagnosis, dan masalah kebidanan, serta kebutuhan sebagai langkah kedua menurut Varney (2007). Diagnosis kebidanan pada data perkembangan yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah Ny.E dengan hipertensi kronik. Masalah yang timbul pada ibu hamil dengan hipertensi kronik dan adalah kecemasan ibu terhadap

keadaan yang dialami dan kecemasan tentang keadaan janin akibat penyakit yang diderita. Bidan bisa memberi dukungan dan pendidikan untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan pemahaman dan kerjasama dan tetap memberikan informasi tentang status janin.

4. P :Plan

Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi / *follow up* dan rujukan (KepMenkes RI. No : 938/MenKes/SK/VIII/2007) sebagai langkah ke-3, ke-4, ke-5, ke-6, dan ke-7 Varney.

Kasus ibu hamil dengan hipertensi kronik perencanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, memberi motivasi pada ibu, mengobservasi tanda-tanda vital, keadaan umum, mengobservasi denyut jantung janin, melakukan kolaborasi dengan laboratorium, dan melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kebidanan dan kandungan untuk pemberian terapi sehingga ibu dan bayi selamat tidak terjadi komplikasi.