

Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Hipertensi Gestasional, Usia *Maternal* ≥ 35 Tahun, *Grand Multiparitas*, dan Ketidakpatuhan *Antenatal Care*

Nabella Rahmadhani¹, Astuti Setiyani², Suparji³, Nana Usnawati⁴

^{1,2,3,4}Poltekkes Kemenkes Surabaya

Email: nabellarahma2004@gmail.com

Abstrak

Hipertensi gestasional perlu dipantau secara berkelanjutan karena kondisi ibu dapat berubah meskipun keluhan sempat membaik. Risiko menjadi lebih kompleks ketika hipertensi terjadi pada ibu berusia lanjut, dengan riwayat persalinan berulang, dan kunjungan *Antenatal Care* (ANC) yang tidak teratur. Laporan kasus ini menggambarkan asuhan kebidanan pada Ny. M, usia 40 tahun, *G5P4A0*, usia kehamilan 28–29 minggu, yang dipantau dalam sembilan kunjungan selama Februari 2026. Data diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan obstetri, telaah dokumentasi, serta pemantauan serial tekanan darah dan denyut jantung janin. Pada kunjungan pertama, tekanan darah ibu 160/100 mmHg, disertai pusing, edema tungkai + 1, *varises vagina*, riwayat ANC tidak lengkap, dan skor Kartu Skor Poedji Rochjati 10. Selama pemantauan, tekanan darah berada pada rentang 128–160/90–110 mmHg, sedangkan DJJ berkisar 132–161 kali/menit. Asuhan difokuskan pada pemantauan kondisi ibu dan janin, pengenalan tanda bahaya, pengurangan asupan garam, istirahat cukup, kepatuhan terhadap terapi dokter, persiapan persalinan, dan penguatan kunjungan ANC. Pada kunjungan terakhir, tekanan darah meningkat menjadi 155/100 mmHg, edema bertambah menjadi + 2, serta muncul sesak napas dan pandangan kabur. Ibu kemudian diarahkan ke fasilitas rujukan untuk pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut. Pemantauan yang dilakukan secara berkesinambungan membantu mengenali pola perubahan klinis dan mendukung keputusan rujukan pada waktu yang tepat.

Kata Kunci: *Antenatal Care*, *Grand Multiparitas*, Hipertensi Gestasional, Kehamilan Risiko Tinggi, Usia *Maternal* Lanjut

Abstract

Gestational hypertension requires ongoing monitoring because maternal conditions may change even when symptoms temporarily improve. The risk becomes more complex when hypertension occurs alongside Advanced maternal age, high parity, and irregular Antenatal Care (ANC). This case report describes midwifery care for Mrs. M, a 40-year-old G5P4A0 woman at 28–29 weeks of gestation, who was followed over nine visits in February 2026. Data were collected through history taking, physical and obstetric examinations, documentation review, and serial monitoring of blood pressure and fetal heart rate. At the first visit, her blood pressure was 160/100 mmHg, accompanied by dizziness, grade + 1 lower-limb edema, vaginal varicosities, an incomplete ANC history, and a Poedji Rochjati Score of 10. During follow-up, blood pressure ranged from 128–160/90–110 mmHg, while fetal heart rate ranged from 132 to 161 beats per minute. Care focused on maternal and fetal monitoring, recognition of warning signs, reduction of salt intake, adequate rest, adherence to physician-prescribed treatment, birth preparedness, and reinforcement of regular ANC attendance. At the final visit, blood pressure increased to 155/100 mmHg, edema progressed to grade + 2, and shortness of breath and blurred vision developed. She was therefore directed to a referral facility for further assessment and management. Continuous follow-up made the clinical pattern easier to recognise and supported a timely referral decision.

Keywords: *Advanced Maternal Age*, *Antenatal Care*, *Gestational Hypertension*, *Grand Multiparity*, *High-Risk Pregnancy*

1. PENDAHULUAN

Hipertensi dalam kehamilan masih menjadi masalah penting dalam pelayanan *maternal* karena dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian ibu, sekaligus memengaruhi kondisi janin. Di Indonesia, kondisi ini tetap termasuk penyebab utama kematian *maternal*. Karena itu, pengukuran tekanan darah yang konsisten, pengenalan tanda bahaya, dan penanganan tepat waktu perlu menjadi bagian rutin dalam asuhan kebidanan [1]. Hipertensi gestasional ditandai oleh tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang pertama kali ditemukan setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu yang sebelumnya normotensi, tanpa proteinuria atau disfungsi organ yang memenuhi kriteria preeklamsia [2], [3].

Masalahnya, hipertensi gestasional tidak selalu berhenti sebagai peningkatan tekanan darah tanpa komplikasi. Pada sebagian ibu, kondisi dapat berkembang menjadi preeklamsia atau disertai gejala yang membutuhkan evaluasi segera. Tekanan darah yang menetap tinggi, sakit kepala berat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, sesak napas, gangguan fungsi organ, atau perubahan kesejahteraan janin harus dinilai secara cepat [2], [3]. Dengan demikian, satu hasil pengukuran saja belum cukup; keputusan klinis perlu didasarkan pada tren tekanan darah, keluhan ibu, pemeriksaan penunjang sesuai indikasi, dan pemantauan janin.

ANC menjadi titik penting untuk mengenali risiko sejak awal. Melalui kunjungan yang teratur, tenaga kesehatan dapat memantau tekanan darah, menilai pertumbuhan janin, memberi edukasi, serta menyiapkan persalinan dan rujukan bila dibutuhkan. WHO merekomendasikan sedikitnya delapan kontak selama kehamilan untuk memperbaiki pengalaman dan luaran *maternal*-perinatal [4]. Pedoman pelayanan *antenatal* terpadu di Indonesia juga menempatkan skrining risiko, pemeriksaan klinis dan laboratorium, komunikasi-informasi-edukasi, tata laksana awal, dan rujukan sebagai satu rangkaian pelayanan [8]. Ketika kunjungan *ANC* tidak lengkap, perubahan tekanan darah dapat terlambat dikenali dan keputusan mencari pertolongan berisiko tertunda.

Risiko pada kasus ini semakin kompleks karena ibu berusia 40 tahun dan sedang menjalani kehamilan kelima setelah empat persalinan. Kehamilan pada usia ≥ 35 tahun berhubungan dengan meningkatnya kemungkinan komplikasi *maternal*, *fetal*, dan *neonatal* [5]. Literatur obstetri juga menjelaskan bahwa perubahan vaskular, penyakit penyerta yang lebih sering, dan cadangan fisiologis yang menurun dapat memengaruhi kemampuan tubuh beradaptasi terhadap kehamilan [6], [7]. Namun, pengaruh *Grand Multiparitas* tidak selalu sama pada setiap populasi. Usia, kondisi sosial, kualitas pelayanan, dan penyakit penyerta tetap perlu dipertimbangkan agar penilaian risiko tidak hanya bertumpu pada satu faktor.

Dalam pelayanan *maternal* di Indonesia, Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dapat membantu mengenali kehamilan berisiko dan merencanakan tempat persalinan maupun rujukan [9]. Pada ibu dengan usia ≥ 35 tahun dan riwayat persalinan berulang, hasil skrining dapat menjadi dasar untuk melibatkan keluarga, menyiapkan transportasi dan biaya, serta memilih fasilitas persalinan yang sesuai. Meskipun demikian, skor tetap harus dibaca bersama kondisi klinis ibu, hasil pemeriksaan, dan perubahan yang muncul selama pemantauan.

Laporan kasus ini berfokus pada asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil *trimester* III dengan hipertensi gestasional, usia 40 tahun, *Grand Multiparitas*, riwayat *ANC* tidak lengkap, edema tungkai, dan *varises vagina*. Beberapa faktor risiko tersebut muncul bersamaan, sementara tekanan darah ibu berubah-ubah selama sembilan kali kunjungan. Laporan ini bertujuan menggambarkan hasil pengkajian, perkembangan kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan, evaluasi respons, serta pertimbangan yang mendasari keputusan rujukan.

2. METODE PENELITIAN

Laporan ini menggunakan desain kasus tunggal dengan pendekatan deskriptif. Setiap kunjungan didokumentasikan dalam format *SOAP*, yaitu data subjektif, data objektif, analisis,

dan penatalaksanaan. Pendekatan tersebut digunakan agar perjalanan kasus, perubahan kondisi, dan alasan di balik setiap keputusan kebidanan dapat terlihat secara kronologis.

Subjek kasus adalah Ny. M, usia 40 tahun, *G5P4A0*, dengan usia kehamilan 28–29 minggu pada awal pengkajian. Tekanan darah tinggi mulai diketahui setelah pertengahan kehamilan dan disertai riwayat *ANC* tidak lengkap, edema tungkai, serta *varises vagina*. Pengambilan kasus dilakukan di rumah pasien dan dalam jejaring pelayanan Puskesmas N, Kabupaten Magetan, pada 9–27 Februari 2026. Pemantauan berlangsung sembilan kali, dengan kunjungan lebih sering pada fase awal dan tindak lanjut yang disesuaikan dengan kondisi ibu.

Data dikumpulkan melalui anamnesis mengenai keluhan, riwayat kesehatan dan obstetri, pola kebutuhan Sehari-hari, kepatuhan *ANC*, konsumsi obat dan suplemen, serta dukungan keluarga. Pemeriksaan objektif meliputi keadaan umum, kesadaran, tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi pernapasan, edema, pemeriksaan fisik dan obstetri, tinggi fundus uteri, palpasi Leopold, serta DJJ menggunakan *Doppler*. Data penunjang diambil dari dokumentasi yang tersedia, sedangkan risiko kehamilan dinilai menggunakan KSPR. Perubahan klinis pada setiap kunjungan kemudian dirangkum dalam tabel dan grafik tren.

Ajukan diberikan sesuai kebutuhan yang ditemukan pada setiap kunjungan. Kegiatannya meliputi penyampaian hasil pemeriksaan, pemantauan tekanan darah dan kondisi janin, edukasi tanda bahaya hipertensi dalam kehamilan, pengurangan makanan tinggi garam dan natrium, anjuran istirahat, pembatasan aktivitas berat, penguatan kepatuhan minum obat sesuai resep dokter, serta persiapan persalinan dan rujukan. Terapi farmakologis tetap berada dalam kewenangan dokter; pelaksana laporan kasus hanya memantau kepatuhan dan respons ibu terhadap terapi yang telah diberikan.

Sebelum pengambilan kasus, ibu mendapat penjelasan mengenai tujuan, prosedur, dan penggunaan data, kemudian memberikan persetujuan tertulis. Identitas pasien dan fasilitas pelayanan disamarkan untuk menjaga kerahasiaan. Karena hanya melibatkan satu kasus, data dianalisis secara deskriptif dengan melihat perubahan keluhan, tekanan darah, edema, DJJ, pemahaman ibu, dan kebutuhan rujukan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil Penelitian

1). Karakteristik dan Pengkajian Awal

Pada pengkajian pertama, Ny. M berusia 40 tahun, *G5P4A0*, dengan usia kehamilan 28–29 minggu. Ibu datang dengan keluhan pusing, sakit kepala sisi kiri, dan jantung berdebar yang dirasakan sekitar lima hari. Orang tua ibu memiliki riwayat hipertensi, sedangkan tekanan darah tinggi pada kehamilan ini mulai diketahui sekitar usia 22 minggu. Kunjungan *ANC* belum lengkap karena keterbatasan biaya. Ibu juga mengaku belum teratur mengonsumsi suplemen pada awal kehamilan, masih sering mengonsumsi makanan instan dan tinggi garam, serta hanya tidur sekitar lima hingga enam jam karena sering berkemih dan nyeri kepala.

Pemeriksaan pada 9 Februari 2026 menunjukkan keadaan umum cukup dan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah tercatat 160/100 mmHg, nadi 88 kali/menit, frekuensi pernapasan 20 kali/menit, suhu 36,7°C, dan *mean arterial pressure* 120 mmHg. Berat badan sebelum hamil 64 kg dan saat pengkajian 70 kg, tinggi badan 158 cm, serta lingkaran lengan atas 29 cm. Pemeriksaan obstetri menunjukkan janin tunggal hidup *intrauterin*, presentasi kepala, punggung kanan, tinggi fundus uteri 22 cm, dan DJJ 157 kali/menit. Edema tungkai derajat + 1 dan *varises vagina* sisi kiri juga ditemukan. Dua hasil albumin urine yang tersedia dalam dokumentasi tercatat negatif, sehingga diagnosis preeklamsia belum dapat dipastikan hanya dari data laboratorium tersebut.

Tabel 1. Ringkasan Karakteristik dan Temuan Awal Kasus

Komponen	Temuan
Identitas obstetri	Usia 40 tahun; <i>G5P4A0</i> ; usia kehamilan 28–29 minggu.
Riwayat <i>antenatal</i>	<i>ANC</i> tidak lengkap; tekanan darah tinggi diketahui sejak usia kehamilan $\pm$ 22 minggu.
Keluhan awal	Pusing, sakit kepala sisi kiri, jantung berdebar, kaki bengkak.
Tekanan darah awal	160/100 mmHg; MAP 120 mmHg.
Pemeriksaan obstetri	Janin tunggal hidup <i>intrauterin</i> , presentasi kepala, punggung kanan, DJJ 157 kali/menit.
Temuan penyerta	Edema ekstremitas bawah + 1 dan <i>varises vagina</i> sisi kiri.
Skrining risiko	KSPR 10: kehamilan risiko tinggi.
Faktor pendukung risiko	Usia <i>maternal</i> $\geq$ 35 tahun, multiparitas tinggi, pola makan tinggi natrium, istirahat kurang, dan ketidaklengkapan <i>ANC</i> .

Skor KSPR 10 menempatkan ibu dalam kelompok kehamilan risiko tinggi. Skor tersebut berasal dari skor awal kehamilan, jumlah anak, dan usia ibu $\geq$ 35 tahun. Temuan ini digunakan untuk membicarakan rencana persalinan di fasilitas yang memadai, kesiapan transportasi dan biaya, serta langkah rujukan bila tekanan darah atau keluhan memburuk.

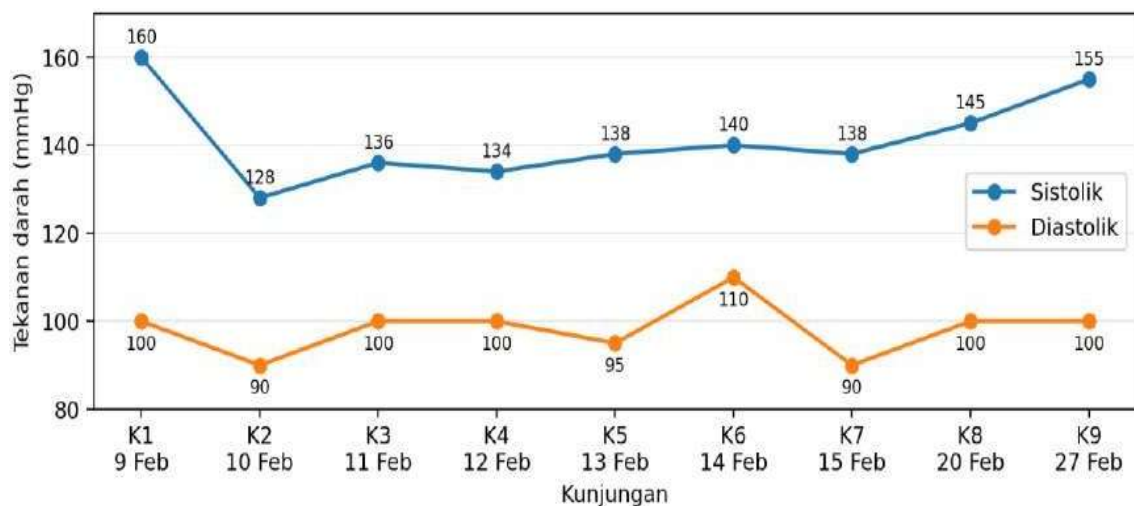
2). Perkembangan Klinis Selama Sembilan Kunjungan

Selama sembilan kunjungan, tekanan darah belum menunjukkan pola yang stabil. Setelah nilai awal 160/100 mmHg, sistolik turun menjadi 128 mmHg pada kunjungan kedua, tetapi *diastolic* tetap berada pada kisaran 90–110 mmHg. Tekanan darah kembali mencapai 140/110 mmHg pada kunjungan keenam, 145/100 mmHg pada kunjungan kedelapan, dan 155/100 mmHg pada kunjungan terakhir. DJJ berada pada rentang 132–161 kali/menit. Edema sempat berkurang, kemudian meningkat menjadi + 2 pada kunjungan kesembilan. Rincian setiap kunjungan ditampilkan pada Tabel 2, sedangkan pola perubahan tekanan darah dan DJJ diperlihatkan pada Gambar 1 dan Gambar 2.

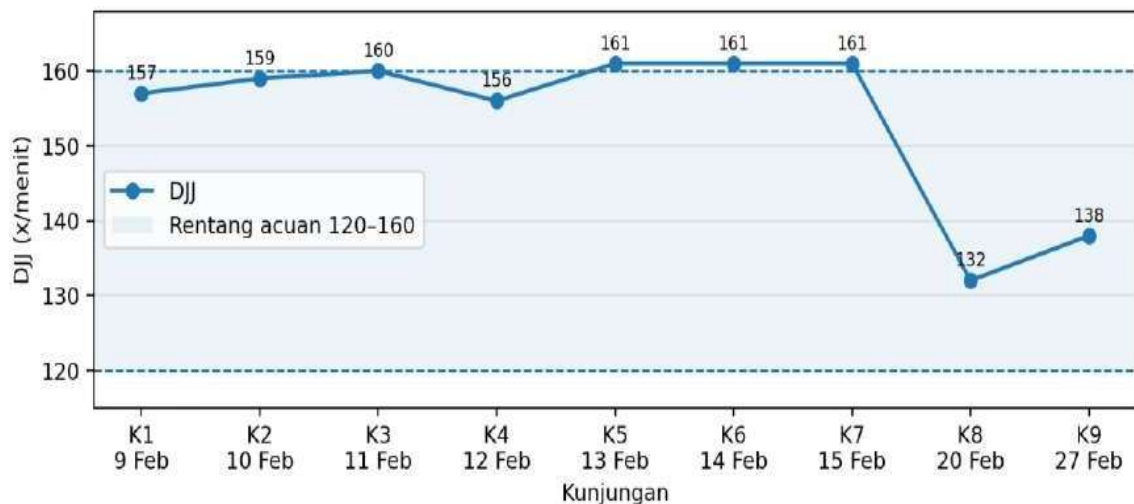
Tabel 2. Perkembangan Tekanan Darah, DJJ, dan Keluhan Selama Pemantauan

No.	Kunjungan	Tekanan Darah (mmHg)	DJJ	Edema (x/menit)	Keluhan/Temuan Utama	Fokus Asuhan
1.	9 Feb	160/100	157	+ 1	Pusing, sakit kepala, berdebar; <i>varises vagina</i> .	Edukasi kondisi, tanda bahaya, diet rendah garam, istirahat, kolaborasi terapi, P4K.
2.	10 Feb	128/90	159	+ 1	Pusing ringan, mudah lelah, nyeri vagina saat aktivitas.	Penguatan <i>ANC</i> , pemantauan gejala, kepatuhan terapi.
3.	11 Feb	136/100	160	+ 1	Pusing ringan, nyeri vagina, sering BAK.	Pemantauan <i>diastolic</i> dan DJJ, edukasi tanda bahaya.
4.	12 Feb	134/100	156	+ 1	Nyeri vagina saat aktivitas, edema menetap.	Pemantauan tekanan darah, gerak janin, istirahat, diet.

No.	Kunjungan	Tekanan Darah (mmHg)	DJJ	Edema (x/menit)	Keluhan/Temuan Utama	Fokus Asuhan
5.	13 Feb	138/95	161	Menurun	Pusing tidak dirasakan; edema berkurang.	Mempertahankan kepatuhan terapi dan ANC.
6.	14 Feb	140/110	161	Menurun	Keluhan membaik, tetapi <i>diastolic</i> meningkat.	Pemantauan ketat dan anjuran kontrol fasilitas kesehatan.
7.	15 Feb	138/90	161	Menurun	Nyeri vagina saat aktivitas berlebih.	Pemantauan ibu-janin, penguatan tanda bahaya.
8.	20 Feb	145/100	132	Menurun	Tekanan darah kembali meningkat.	Evaluasi tekanan darah, gerak janin, nutrisi, dan obat.
9.	27 Feb	155/100	138	+ 2	Sesak napas, pandangan kabur; edema meningkat.	Anjuran evaluasi segera/rujukan dan persiapan persalinan risiko tinggi.



Gambar 1. Tren Tekanan Darah Selama Sembilan Kunjungan



Gambar 2. Tren Denyut Jantung Janin Selama Sembilan Kunjungan

Grafik memperlihatkan bahwa penurunan tekanan darah setelah kunjungan pertama tidak bertahan hingga akhir pemantauan. Tekanan sistolik kembali meningkat pada dua kunjungan terakhir, sedangkan tekanan *diastolic* tetap berada pada nilai tinggi dan sempat mencapai 110 mmHg. DJJ relatif terpantau sepanjang kunjungan, tetapi terdapat tiga pencatatan 161 kali/menit dan penurunan menjadi 132 kali/menit pada kunjungan kedelapan. Pola tersebut menguatkan pentingnya menilai data secara serial dan menghubungkannya dengan keluhan ibu serta gerak janin.

Keluhan pusing berangsur berkurang, dan ibu mulai membatasi makanan tinggi garam serta berusaha lebih teratur minum obat. Namun, perbaikan keluhan tidak selalu diikuti perbaikan tekanan darah. *Diastolic* tetap tinggi pada beberapa kunjungan dan mencapai 110 mmHg pada kunjungan keenam. Pada akhir pemantauan, tekanan darah 155/100 mmHg disertai edema + 2, sesak napas, dan pandangan kabur. Kombinasi tersebut menjadi alasan untuk menganjurkan evaluasi segera di fasilitas yang memiliki pemeriksaan laboratorium, pemantauan *maternal-fetal*, dan layanan kegawatdaruratan obstetri.

3). Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan

Setiap kunjungan dimulai dengan menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga menggunakan bahasa yang sederhana. Ibu diberi pemahaman bahwa tekanan darah tinggi setelah usia kehamilan 20 minggu tetap perlu dipantau meskipun pusing atau sakit kepala berkurang. Edukasi tanda bahaya mencakup sakit kepala berat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sesak napas, bengkak yang bertambah, mual-muntah berat, kejang, perdarahan, ketuban pecah, dan gerak janin berkurang. Untuk memastikan informasi dipahami, ibu dan keluarga diminta mengulang kembali tanda bahaya yang perlu segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

Anjuran Sehari-hari disesuaikan dengan kebiasaan ibu. Ibu diminta mengurangi garam, penyedap rasa, makanan instan dan kaleng, gorengan berlebihan, serta makanan cepat saji. Sebagai gantinya, ibu dianjurkan mempertahankan pola makan bergizi seimbang, cukup minum, beristirahat dalam posisi miring kiri, membatasi aktivitas berat, dan meninggikan kaki saat berbaring. Berkaitan dengan *varises vagina*, ibu diminta menghindari berdiri atau duduk terlalu lama, memakai pakaian yang nyaman, dan segera mencari pertolongan jika muncul nyeri berat atau perdarahan.

Terapi obat diberikan melalui kolaborasi dengan dokter. Dalam asuhan ini, bidan memantau apakah obat diminum sesuai resep, menanyakan keluhan setelah minum obat, dan mengingatkan jadwal kontrol. Ibu juga diberi tahu agar tidak menghentikan, menambah, atau mengganti obat tanpa arahan tenaga medis. Kondisi janin dipantau melalui gerak janin dan pemeriksaan DJJ pada setiap kunjungan.

Persiapan persalinan dibahas bersama ibu dan keluarga melalui P4K, meliputi tempat bersalin, pendamping, transportasi, biaya, calon donor darah, perlengkapan ibu dan bayi, serta rencana kontrasepsi pascapersalinan. Karena termasuk kehamilan risiko tinggi, ibu dianjurkan bersalin di fasilitas yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan *neonatal* emergensi. Pada kunjungan terakhir, penjelasan mengenai kebutuhan pemeriksaan segera dan kemungkinan rujukan diulang agar keluarga memahami alasan dan tingkat urgensinya.

b. Pembahasan

Peningkatan tekanan darah setelah usia kehamilan 20 minggu mendukung diagnosis awal hipertensi gestasional. ACOG dan ISSHP menggunakan ambang $\geq 140/90$ mmHg untuk mengenali hipertensi dalam kehamilan, kemudian membedakannya dari preeklamsia melalui pengukuran berulang, gejala klinis, dan bukti disfungsi organ [2], [3]. Pada kasus ini, tekanan darah pertama adalah 160/100 mmHg. Nilai sistolik tersebut sudah berada pada rentang berat, sementara *diastolic* berulang kali mencapai 100–110 mmHg. Artinya, pemantauan tidak dapat hanya bergantung pada ada atau tidaknya keluhan pusing. Dua pemeriksaan albumin urine

sebelum rangkaian kunjungan tercatat negatif. Temuan tersebut belum mendukung proteinuria, tetapi juga tidak cukup untuk menyingkirkan preeklamsia bila disertai disfungsi organ atau gejala berat [2], [3]. Munculnya pandangan kabur dan sesak napas pada kunjungan terakhir perlu dinilai lebih lanjut karena dapat berkaitan dengan keterlibatan neurologis atau kardiopulmoner. Pemeriksaan trombosit, kreatinin, enzim hati, saturasi oksigen, dan evaluasi obstetri yang lebih lengkap diperlukan untuk menentukan diagnosis dan tingkat keparahan secara tepat. Gambar 1 memperlihatkan penurunan tekanan darah yang cukup tajam setelah kunjungan pertama, tetapi penurunan tersebut tidak menetap. Tekanan darah berubah dari 160/100 mmHg menjadi 128/90 mmHg, lalu kembali naik hingga 140/110 mmHg dan 155/100 mmHg. Variasi ini dapat dipengaruhi waktu pengukuran, aktivitas, kondisi emosional, kepatuhan obat, pola makan, dan perjalanan penyakit. Karena itu, arah asuhan lebih tepat ditentukan dari hasil serial dan gejala yang menyertai, bukan dari satu nilai yang tampak membaik. Hipertensi yang mulai diketahui sekitar usia kehamilan 22 minggu juga perlu diperhatikan karena *onset* lebih awal dapat berkaitan dengan risiko progresi menuju preeklamsia [10].

Usia 40 tahun menambah kompleksitas kasus. ACOG menyebut usia persalinan 35 tahun atau lebih sebagai salah satu faktor risiko luaran *maternal*, *fetal*, dan *neonatal* yang kurang menguntungkan [5]. Pada kelompok usia ini, penyakit penyerta dan perubahan vaskular lebih sering ditemukan. Dalam kasus Ny. M, usia lanjut berinteraksi dengan riwayat empat persalinan, *ANC* tidak lengkap, pola makan tinggi natrium, dan riwayat keluarga hipertensi, sehingga seluruh faktor perlu dipertimbangkan secara bersamaan.

Grand Multiparitas sering dimasukkan ke dalam penilaian kehamilan risiko tinggi, walaupun kaitannya dengan hipertensi tidak selalu konsisten pada setiap penelitian. Beberapa luaran obstetri memang lebih sering ditemukan pada *Grand Multiparitas*, tetapi pengaruhnya dapat berubah setelah faktor usia dan karakteristik ibu lainnya diperhitungkan [11]. Oleh karena itu, status *G5P4A0* pada kasus ini diposisikan sebagai bagian dari profil risiko keseluruhan dan pertimbangan kesiapan persalinan, bukan sebagai satu-satunya penyebab hipertensi.

Kunjungan *ANC* yang tidak lengkap membuat kesempatan menilai tren tekanan darah, melakukan pemeriksaan penunjang, dan memberi edukasi tepat waktu menjadi lebih sedikit. WHO merekomendasikan sedikitnya delapan kontak yang mencakup komunikasi berpusat pada perempuan, penilaian ibu dan janin, intervensi pencegahan, serta perencanaan persalinan [4]. Pedoman *antenatal* terpadu Indonesia juga menekankan deteksi risiko dan rujukan [8]. Karena keterbatasan biaya ikut memengaruhi kunjungan Ny. M, edukasi saja tidak cukup; keluarga perlu dilibatkan untuk mencari solusi akses, menyiapkan biaya, dan berkoordinasi dengan fasilitas pelayanan.

Edema tungkai pada *trimester* ketiga dapat bersifat fisiologis, tetapi maknanya berbeda ketika muncul bersama hipertensi dan keluhan lain. Pada kasus ini, edema sempat berkurang lalu meningkat menjadi + 2 pada kunjungan terakhir. Edema saja tidak menegaskan preeklamsia, tetapi perubahan tersebut perlu dibaca bersama tekanan darah, sesak napas, pandangan kabur, dan hasil laboratorium. Dengan kombinasi temuan tersebut, edema tidak tepat dianggap sebagai keluhan kehamilan biasa tanpa evaluasi lebih lanjut.

Gambar 2 menunjukkan DJJ berada pada rentang 132–161 kali/menit. Nilai pada kunjungan kelima hingga ketujuh tercatat 161 kali/menit, sedikit di atas batas acuan 160 kali/menit, kemudian turun menjadi 132 kali/menit pada kunjungan kedelapan dan 138 kali/menit pada kunjungan kesembilan. Pola ini tetap perlu dikaitkan dengan gerak janin dan kondisi ibu. Pemeriksaan *Doppler* intermiten saat kunjungan rumah tidak dapat menggantikan penilaian kesejahteraan janin yang lebih lengkap bila hipertensi ibu belum stabil. Pada hipertensi dengan derajat atau gejala berat, pemantauan *antenatal* yang lebih intensif perlu dipertimbangkan [14].

Edukasi berulang membantu ibu dan keluarga lebih peka terhadap tanda bahaya, mulai mengurangi makanan tinggi garam, memperbaiki waktu istirahat, dan berusaha mematuhi terapi. Perubahan pemahaman ini penting karena keputusan mencari pertolongan sering kali bermula dari kemampuan keluarga mengenali bahwa suatu keluhan bukan lagi keluhan biasa. Buku KIA dan pedoman *antenatal* terpadu juga menekankan tanda bahaya, persiapan persalinan, dan rujukan terencana sebagai bagian dari pemberdayaan ibu [8], [12]. Namun, pemahaman dan perawatan di rumah tetap tidak dapat menggantikan pemeriksaan medis saat tekanan darah tinggi menetap atau gejala bahaya muncul.

Anjuran rujukan pada kunjungan terakhir merupakan bagian dari upaya menjaga keselamatan ibu dan janin. Tekanan darah 155/100 mmHg yang disertai pandangan kabur, sesak napas, dan edema yang meningkat membutuhkan pemeriksaan lebih lengkap serta observasi yang tidak dapat diberikan melalui kunjungan rumah. Rujukan bukan berarti asuhan kebidanan gagal. Sebaliknya, keputusan tersebut menunjukkan bahwa perubahan kondisi dikenali, batas pelayanan dipahami, dan ibu diarahkan ke fasilitas yang memiliki kemampuan penanganan lebih sesuai.

Kasus ini menegaskan bahwa keluhan ibu dan hasil pemeriksaan tidak boleh dibaca secara terpisah. Berkurangnya pusing tidak berarti hipertensi telah terkendali, karena *diastolic* masih tinggi dan gejala baru muncul pada akhir pemantauan. Sembilan kunjungan membuat perubahan tersebut terlihat sebagai satu pola. Pemantauan serial, edukasi yang diulang, kolaborasi terapi, persiapan persalinan, dan rujukan tepat waktu menjadi rangkaian asuhan yang saling melengkapi pada ibu hamil risiko tinggi.

4. KESIMPULAN

Pemantauan terhadap Ny. M memperlihatkan bahwa hipertensi gestasional pada kehamilan dengan usia *maternal* lanjut, *Grand Multiparitas*, dan *ANC* tidak lengkap membutuhkan tindak lanjut yang konsisten. Selama sembilan kunjungan, tekanan darah berubah antara 128–160/90–110 mmHg dan DJJ berada pada rentang 132–161 kali/menit. Edukasi tanda bahaya, pengurangan konsumsi garam, istirahat, kepatuhan terhadap terapi dokter, pemantauan ibu dan janin, penguatan *ANC*, serta persiapan persalinan membantu meningkatkan pemahaman ibu dan mengurangi sebagian keluhan. Meskipun demikian, tekanan darah belum stabil. Pada kunjungan terakhir ditemukan tekanan darah 155/100 mmHg, edema + 2, sesak napas, dan pandangan kabur, sehingga ibu perlu memperoleh evaluasi dan penanganan di fasilitas rujukan. Dokumentasi *SOAP* yang dilakukan secara berurutan membantu melihat pola perubahan, menentukan prioritas asuhan, dan mendukung keputusan rujukan demi keselamatan ibu dan janin.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Profil Kesehatan Indonesia 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2025.
- [2]. American College of Obstetricians and Gynecologists, “Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222,” *Obstet. Gynecol.*, vol. 135, no. 6, pp. e237–e260, 2020, doi: 10.1097/AOG.0000000000003891.
- [3]. L. A. Magee et al., “The 2021 International Society for the Study of Hypertension in *Pregnancy* classification, diagnosis & management recommendations for international practice,” *Pregnancy Hypertens.*, vol. 27, pp. 148–169, 2022, doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008.
- [4]. World Health Organization, WHO Recommendations on *Antenatal Care* for a Positive *Pregnancy* Experience. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [5]. American College of Obstetricians and Gynecologists, “*Pregnancy* at age 35 years or older,” *Obstetric Care Consensus* No. 11, 2022.

- [6]. S. Prawirohardjo, Ilmu Kebidanan, ed. revisi. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2020.
- [7]. F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, C. Y. Spong, and B. M. Casey, Williams Obstetrics, 26th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2022.
- [8]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pedoman Pelayanan *Antenatal* Terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2020.
- [9]. P. Rochjati, Skrining *Antenatal* pada Ibu Hamil. Surabaya: Airlangga University Press, 2016.
- [10]. M. Morikawa et al., "Earlier *onset* of proteinuria or hypertension is a predictor of progression from gestational hypertension or gestational proteinuria to preeclampsia," Sci. Rep., vol. 11, art. no. 12708, 2021, doi: 10.1038/s41598-021-92189-w.
- [11]. K. E. Lee, T. Wen, A. S. Faye, Y. Huang, C. Hur, and A. M. Friedman, "Delivery risks and outcomes associated with grand multiparity," J. Matern.-Fetal Neonatal Med., vol. 35, no. 25, pp. 7708–7716, 2022, doi: 10.1080/14767058.2021.1960972.
- [12]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023.
- [13]. M. A. Brown et al., "Hypertensive disorders of *Pregnancy*: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice," Hypertension, vol. 72, no. 1, pp. 24–43, 2018, doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803.
- [14]. American College of Obstetricians and Gynecologists, "Indications for outpatient *antenatal fetal surveillANCe*," Committee Opinion No. 828, Obstet. Gynecol., vol. 137, no. 6, pp. e177–e197, 2021.