

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Hipertensi adalah suatu penyakit kardiovaskular yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah di atas normal yaitu tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik \geq 90 mmHg (JNC VII, 2003). Hipertensi pada ibu hamil ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg dan diastolik \geq 90 mmHg dengan pengukuran berulang. Keadaan ini apabila tidak segera diobati maka dapat menyebabkan pendarahan pada janin, pendarahan otak, dan kematian ibu dan janin oleh karena itu tekanan darah harus dikontrol agar masuk dalam kisaran normal (Queensland Health, 2013).

Hipertensi sangat umum terjadi pada saat kehamilan, dan merupakan satu diantara 3 penyebab kematian pada ibu hamil, hipertensi yang diderita ibu hamil dapat menyebabkan komplikasi pada 2-3 % kehamilan. Komplikasi yang terjadi antara lain kekurangan cairan plasma, sindrom HELLP (*Haemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelet*) gangguan hematologis, gangguan ginjal, serta gangguan pada janin yaitu kelahiran prematur atau kematian dalam rahim (Sirait, 2012).

Terapi yang diberikan untuk hipertensi pada ibu hamil harus aman dan tepat, karena obat akan terdistribusi ke dalam uterus dan kemudian ke dalam janin. Lini pertama pengobatan hipertensi pada ibu hamil meliputi metildopa, beta bloker dan vasodilator. Pengobatan ini tidak akan mempengaruhi janin, pengobatan yang tidak tepat untuk ibu hamil yaitu terapi hipertensi dengan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors* dan *Angiotensin Receptor Blocker*, obat jenis ini menurut ADEC (Australian Drug Evaluation Committee) termasuk dalam golongan D, yaitu berpotensi menyebabkan kecacatan pada janin dan untuk ibu hamil pada kehamilan berikutnya (Queensland Health, 2013; JNC VII, 2003; Ayton, 1999).

Prevalensi hipertensi pada subyek ibu hamil yang berusia 15-54 tahun di Indonesia, didapatkan angka 12,7 %. Hasil ini dipengaruhi oleh umur, tingkat

pendidikan, dan status wilayah (Sirait, 2012). Berdasarkan prevalensi hipertensi pada ibu hamil di Indonesia yang cukup tinggi, maka pengobatan hipertensi perlu dipantau ketepatannya. RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro dipilih karena angka kejadian hipertensi pada ibu hamil tahun 2014 cukup tinggi yaitu 67 kasus, dengan mengevaluasi obat yang tepat sesuai dengan standar acuan *Queensland Health (Hypertensive Disorders of Pregnancy)* tahun 2013 dan SPO (standar prosedur operasional) RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan:

1. Bagaimanakah gambaran penggunaan antihipertensi pada ibu hamil di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014?
2. Apakah penggunaan antihipertensi pada ibu hamil di Instalasi rawat inap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014 sudah memenuhi kaidah tepat indikasi, pasien, obat, dan dosis dengan standar acuan *Queensland Health (Hypertensive Disorders of Pregnancy)* tahun 2013?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini:

1. Mengetahui gambaran penggunaan antihipertensi pada ibu hamil di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014.
2. Mengetahui penggunaan antihipertensi pada ibu hamil di Instalasi rawat inap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014 yang memenuhi kaidah tepat indikasi, pasien, obat, dan dosis dengan standar acuan *Queensland Health (Hypertensive Disorders of Pregnancy)* tahun 2013.

D. Tinjauan Pustaka

1. Definisi Hipertensi pada Ibu Hamil

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg dengan pengukuran berulang. Hipertensi pada ibu hamil umum terjadi dan harus diatasi karena dapat menyebabkan pendarahan pada janin, kelahiran prematur, pendarahan di otak, gagal jantung, gagal ginjal, dan kematian ibu dan janin (Queensland Health, 2013).

2. Klasifikasi hipertensi pada ibu hamil:

a. Hipertensi Kronis (Esensial)

Merupakan kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg yang biasanya sudah diderita sebelum terjadi kehamilan. Keadaan ini disebabkan karena obesitas, dan keterlambatan usia saat menjalani kehamilan. Hipertensi kronis pada ibu hamil dapat beresiko meningkat menjadi pre-eklampsia oleh karena itu dilakukan penyesuaian terapi hipertensi sebelum, selama, dan sesudah kehamilan (Seely, 2011).

b. Pre-eklampsia

Pre-eklampsia merupakan sindrom yang muncul setelah 20 minggu usia kehamilan, ditandai dengan meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dan proteinuria ≥ 30 mg/mmol, keadaan ini biasanya akan pulih di periode *post-natal*. Mekanisme pre-eklampsia terjadi dikarenakan adanya masalah pada plasenta serta endotelium ibu sebagai salah satu sel target yang memicu terjadinya pre-eklampsia (Brighting *et al*, 2011).

c. Eklampsia

Eklampsia merupakan kondisi parah yang ditandai dengan kejang satu kali atau lebih pada saat ibu hamil mengalami pre-eklampsia. Kondisi ini perlu dipantau karena dapat menyebabkan hilangnya kesadaran atau koma, dan merupakan tanda peringatan dari eklampsia, maka bayi harus segera dilahirkan sebelum keadaan semakin parah (Brighting *et al*, 2011).

d. Hipertensi Gestasional

Kondisi ini akan muncul pada pertengahan usia kehamilan, tanpa disertai dengan proteinuria. Hipertensi tipe ini bersifat sementara atau hanya pada saat

hamil, kemudian akan sembuh setelah 3 bulan pasca melahirkan (Queensland Health, 2013).

e. Pre-eklampsia pada Hipertensi Kronis

Hal ini didiagnosis ketika seorang ibu mempunyai hipertensi kronis sebelum hamil, kemudian berkembang menjadi pre-eklampsia pada saat 20 minggu usia kehamilan. Maka harus disesuaikan terapi pada saat sebelum, saat, dan setelah melahirkan. (Queensland Health, 2013).

3. Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya hipertensi pada ibu hamil yaitu adanya riwayat hipertensi yang sudah diderita sebelum hamil, preeklampsia yang terjadi pada kehamilan sebelumnya, obesitas, usia pada saat hamil, gaya hidup, dan riwayat keluarga (Queensland Health, 2013).

4. Gejala Klinik dan Diagnosis

Gejala dari hipertensi pada ibu hamil harus diwaspadai, yaitu munculnya sakit kepala hebat, muntah, gangguan penglihatan, nyeri apabila ditekan bagian hati, dan nyeri epigastrik (Elisabeth, 2011). Gejala ini tidak sama pada tiap individu, sehingga harus dilakukan penegakan diagnosis dengan cara pengukuran tekanan darah dan proteinuria. Jika, tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg dengan rata-rata pengukuran 2 kali atau lebih, pada pengukuran urin dengan metode *dipstick* didapatkan angka proteinuria sebesar $\geq 2+$, maka sudah dapat ditegakkan diagnosis hipertensi pada ibu hamil (Magee *et al*, 2014).

5. Patofisiologi Hipertensi pada Ibu Hamil

Gambar dibawah ini menjelaskan bahwa pre-eklampsia disebabkan oleh ketidaksempurnaan terbentuknya plasenta (digambarkan dalam kotak warna orange) dan masalah fisiologi terbentuknya plasenta dikarenakan menurunnya kemampuan tubuh ibu untuk mencukupi kebutuhan terbentuknya plasenta (digambarkan dalam kotak biru tua). Semua permasalahan tersebut akan menyebabkan aktivasi sel-sel endotel yang pada akhirnya akan mengakibatkan disfungsi beberapa organ dari ibu (Magee *et al*, 2014).



Gambar. 1 Patofisiologi Hipertensi pada Ibu Hamil (Magee *et al*, 2014)

6. Komplikasi Hipertensi pada Ibu Hamil

Komplikasi yang dapat muncul pada masa antepartum dan postpartum yang bersifat berat dan mendadak yaitu sindrom HELLP (*Haemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelet*). Karakteristik dari sindrom ini yaitu terjadinya *hemolysis*, jumlah trombosit $< 100.000 \times 10^9 /L$ merupakan indikator yang dapat dipantau (Brighting *et al*, 2011).

7. Penatalaksanaan Hipertensi pada Ibu Hamil

Pengobatan hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah secara bertahap sampai pada angka normal dan mencegah pendarahan pada janin. Penatalaksanaan hipertensi pada ibu hamil dibagi menjadi:

a. Ringan – Sedang

Jika tekanan darah sistolik 140-160 mmHg dan diastolik 90-100 mmHg dapat menggunakan terapi:

Tabel 1. Penatalaksanaan hipertensi pada ibu hamil (ringan-sedang) menurut Queensland Health (*Hypertensive Disorders of Pregnancy*) tahun 2013

	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute
Lini Pertama	Metildopa	250 mg	2×	po
	Labetolol	100 mg, max 2,4 g/ hari	2×	po
	Oxeprenolol	80-160 mg, max 320 mg/ hari	2×	po
Lini Kedua	Hydralazine	25 mg, max 100 mg/ hari	2×	po
	Nifedipine	5-20 mg	2-3x	po
	Prazosin	1 mg, max 20 mg/ hari	2-3×	po

b. Berat / Akut

Jika tekanan darah sistolik \geq 160 mmHg dan tekanan darah diastolik \geq 100 mmHg dapat menggunakan terapi:

Tabel 2. Penatalaksanaan hipertensi pada ibu hamil (berat/akut) menurut Queensland Health (*Hypertensive Disorders of Pregnancy*) tahun 2013

Nama Obat	Dosis	Rute
Nifedipine	5-20 mg	po
Hydralazine	5-10 mg	iv bolus
Diazoxide	15-45 mg, max 300 mg	iv rapid bolus
Labetolol	20-50 mg	iv bolus

c. Eklampsia

Jika tekanan darah sistolik \geq 160 mmHg dan diastolik \geq 100 mmHg yang disertai kejang, maka antihipertensinya adalah:

Tabel 3. Penatalaksanaan eklampsia menurut Queensland Health (*Hypertensive Disorders of Pregnancy*) tahun 2013.

Nama Obat	Dosis	Rute
Nifedipine	5-20 mg	po
Hydralazine	5 mg, max 15 mg	iv

(Queensland Health, 2013)

E. Landasan Teori

Pada penelitian dengan subyek ibu hamil yang mengalami hipertensi oleh Saputra dan Perwitasari tahun 2013 di RS JOGJA Yogyakarta dinyatakan ada 13 pasien (100%) yang mendapatkan obat dengan tepat indikasi, 8 pasien (61,54%) yang mendapatkan tepat obat, 8 pasien (61,54%) yang mendapatkan obat tanpa kontra indikasi (tepat pasien), 11 kasus (84,62%) tepat dosis, dan dari keseluruhan pengobatan hanya 8 kasus (61,54%) yang diberikan regimen tepat indikasi, obat,

pasien, dan dosis. Pada penelitian ini pasien diresepkan Nifedipin, Metildopa kombinasi Nifedipin dan Clonidin (Saputra & Perwitasari, 2013).

Penelitian ini diharapkan mendapatkan data tentang gambaran antihipertensi yang digunakan pasien hipertensi pada ibu hamil di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2014 dan ketepatan penggunaan antihipertensi yang memenuhi kaidah tepat indikasi, pasien, obat dan dosis.