

**GAMBARAN FAKTOR MATERNAL KEJADIAN HIPERTENSI DALAM
KEHAMILAN (HDK) DI RSUD SLAMET GARUT**

TAHUN 2018

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan

Pendidikan Program DIII Kebidanan

Oleh :

Neng Sri krismayanti

NIM :CK.1.16.031



FAKULTAS ILMU KESEHATAN D III KEBIDANAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

TAHUN 2019

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : **GAMBARAN FAKTOR MATERNAL KEJADIAN
HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN (HDK) DI
RSU DR SLAMET GARUT TAHUN 2018**

NAMA MAHASISWA : **NENG SRI KRISMAYANTI**

NIM : **CK.1.16.031**

Bandung, Juli 2019

Menyetujui

Pembimbing



Yanyan Mulyani SST.,MM.,M.Keb

Mengetahui

Program Studi D III Kebidanan

Ketua



Dewi Nurlaela Sari M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN
PEMANFAATAN BUKU KESEHATAN IBU DAN
ANAK (KIA) OLEH IBU HAMIL DI BPM BIDAN
E TAHUN 2019

NAMA MAHASISWA : NENG SRI KRISMAYANTI

NIM : CK.1.16.0

Telah diujikan pada tanggal 2019

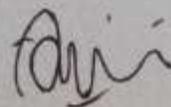
Di Universitas Bhaktikencana Bandung

Penguji I



(Ning Hayati, S.ST., M.Kes)

Penguji II



(Antri ariani, S.SST., Mkes)

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung



(Dr. Ratna Dian Kurniawati, M.Kes)

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : Neng Sri Krismayanti

NIM : CK.1.16.031

Program Studi : D III Kebidanan

Judul Laporan tugas Akhir : Gambaran Faktor Maternal Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) di RSUD Slamet Garut tahun 2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini asli dan belum pernah di ajukan untuk memperoleh gelar ahli madya kebidanan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Tugas akhir saya ini adalah laporan tugas akhir yang murni bukan hasil plagiat/ jiplak serta dari ide gagasan saya saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi

Bandung, 2 oktober 2019

Yang membuat pernyataan



Neng Sri Krismayanti

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Jumlah AKI di Indonesia pada tahun 2015 mencapai 305/100.000. Penyebab kematian ibu di Indonesia salah satunya yaitu hipertensi dalam kehamilan yaitu 27,1%. Adapun faktor resiko hipertensi dalam kehamilan yaitu faktor maternal dan faktor kehamilan.

Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran faktor maternal kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) di RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2018.

Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Populasi adalah seluruh ibu bersalin yang mempunyai penyakit hipertensi dalam kehamilan (HDK) di RSUD Dr Slamet Garut dengan sampel sebanyak 94 responden dengan Teknik *Systematic random sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar ceklis.

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar dari responden dengan kategori PEB yaitu 56.4%, sebagian dari responden yang mempunyai HDK berumur 20-35 tahun yaitu 62.8%, setengah dari responden yang mempunyai HDK dengan paritas multipara yaitu 50.0%, hampir seluruh responden yang mempunyai HDK tidak mempunyai riwayat hipertensi pada keluarganya yaitu 96.8%, sebagian besar dari responden tidak mempunyai riwayat HDK pada saat hamil sebelumnya yaitu 61.7% dan sebagian kecil dari responden dengan IMT 25-29.9 yaitu 48.9%.

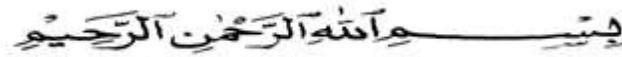
Simpulan dalam penelitian ini yaitu terdapat sebagian besar responden ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan dengan kategori PEB dan kejadian hipertensi dalam kehamilan banyak terjadi pada ibu dengan IMT 46-29,9 dan > 30, adapun strategi guna mencegah hipertensi dalam kehamilan meliputi upaya nonfarmakologi dan farmakologi. Upaya nonfarmakologi yaitu meliputi edukasi, deteksi dini prenatal, manipulasi diet. Sedangkan upaya farmakologi yaitu pemberian aspirin dosis rendah dan antioksidan.

Kata Kunci : Faktor maternal hipertensi dalam kehamilan

Kepustakaan : Buku : 8 (2008-2016)

Jurnal : 12 (2014-2018)

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan Rahmat, Taufik serta Karunia-NYA, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul **“GAMBARAN FAKTOR MATERNAL KEJADIAN HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN DI RSUD SLAMET GARUT TAHUN 2018”** tanpa ada suatu halangan apapun.

Laporan ini disusun untuk memenuhi salah satu tugas akhir Program Studi DIII Kebidanan Stikes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, saran, nasehat, dan petunjuk serta dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Mulyana, S.H.,M.Pd.,MH.Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Adhi Guna Kencana yang telah memberikan kesempatan kuliah di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. R.Siti Djuandari selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaelasari M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ibu Yanyan Mulyani S.ST.,MM.,M.Keb, selaku pembimbing laporan tugas akhir yang telah sabar dan meluangkan waktunya demi membantu,membimbing,serta memberikan arahan.
5. Dosen dan Staff pendidikan STIKes Bhakti Kencana Bandung Program Studi DIII Kebidanan.

6. Kedua Orang Tua tercinta bapak badrudin dan ibu yuyu yulianti beserta keluarga yang telah memberikan dukungan, nasehat serta do'a yang tiada henti.
7. Yang telah memberikan motivasi dan memberi semangat dalam penyusunan laporan tugas akhir ini (Siti Irmayanti dan Abdul Hikmat Salimatul Akbar)
8. Teman-teman seperjuangan (Intan Putri Hataman, Neng Eka, Eneng Nita, Putri Pina, Mita Rosita, Jihan minerpa)
9. Seluruh rekan-rekan Mahasiswi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung angkatan 2016.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan, saran, nasehat serta do'anya.

Penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya, oleh karenanya penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga studi kasus ini dapat memberikan manfaat dan syafa'at khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak yang membaca dan menggunakannya.

Bandung, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Hipertensi	8
2.2 Kehamilan	8
2.3 Hipertensi dalam kehamilan	9
2.3.1 Pengertian hipertensi Dalam Kehamilan	9
2.3.2 Jenis – jenis Hipertensi Dalam Kehamilan	10
2.3.3 Patofisiologi	12
2.3.4 Faktor Resiko Hipertensi Kehamilan	15

2.3.5 pencegahan	19
3.2.6 Penatalaksanaan	19
3.2.7 Komplikasi	23

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	26
3.2 Variabel Penelitian	26
3.3 Populasi Dan Sampel	26
3.3.1 Populasi	26
3.3.2 Sampel	27
3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel	28
3.4 Kerangka Pemikiran	28
3.5 Kerangka Konsep	32
3.6 Definisi Oprasional	33
3.7 Teknik Pengambilan Data	36
3.8 Rencana Analisis Data penelitian	37
3.8.1 Pengolahan Data	37
3.8.2 Analisis Data	38
3.9 Tempat Dan Waktu Penelitian	39

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	40
----------------------------	----

4.2 Pembahasan	46
----------------------	----

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan	56
--------------------	----

5.2 Saran	56
-----------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) adalah kelanjutan dari *Millennium Development Global Goals* (MDGs) yang berakhir tahun 2015. Menurut kemenkes RI dalam program SDGs bahwa target system kesehatan nasional yaitu pada goals ke 3 menerangkan bahwa pada 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah. Dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga per 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 24 per 1.000 kelahiran hidup, mengurangi sepertiga kematian premature akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan, serta mendorong kesehatan kesejahteraan mental, pada 2030 menjamin akses semesta kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana (KB), informasi dan edukasi, serta integrasi kesehatan reproduksi kedalam strategi dan program nasional ¹

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan yakni kematian yang di sebabkan karena kehamilannya atau penanganannya tetapi bukan karena sebab – sebab lain seperti kecelakaan dan terjatuh ¹

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Selain itu AKI merupakan salah satu target nomor 1 yang telah ditentukan oleh WHO sebagai indikator kesehatan suatu negara.² Dari hasil survey yang dilakukan, AKI di Indonesia telah menurun dari waktu ke waktu, namun demikian masih relative tinggi dibandingkan negara Asia lainnya. Jumlah angka kematian ibu di Indonesia tahun 2015 mencapai 305/100.000 jumlah kelahiran hidup.³ Penyebab kematian ibu di Indonesia didominasi oleh tiga penyebab kematian yaitu perdarahan 30,3%, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 27,1%, Infeksi 7,3%, namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan terinfeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK.¹

Angka kematian ibu berdasarkan laporan rutin Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat tahun 2016 tercatat jumlah kematian ibu yang dilaporkan sebanyak 799 orang (84,78/100.000 KH), dengan proporsi kematian pada ibu hamil 227 orang (20,09/100.000), pada ibu bersalin 202 orang (21,43/100.000 KH), dan pada ibu nifas 380 orang (40,32/100.000 KH).⁴

Penyebab terbesar kematian ibu di Jawa Barat yaitu akibat perdarahan (27,1%), hipertensi (26,3%), infeksi (4,8%), partus lama (1,3%), dan faktor lainnya (40,4%). Kematian tertinggi berada di Kabupaten Bogor sebanyak 69 kasus dan terendah di Bekasi yaitu 36 kasus. Sedangkan angka kematian ibu di kabupaten garut

mengalami peningkatan pada tahun 2016 sebanyak 74 kasus dari tahun sebelumnya yang hanya 45 kasus.⁵

Penyakit hipertensi pada kehamilan berperan besar dalam morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Hipertensi diperkirakan menjadi komplikasi sekitar 7% sampai 10% seluruh kehamilan. Seluruh ibu yang mengalami hipertensi selama masa hamil, setengah sampai dua pertiganya didiagnosa mengalami preeklampsia⁷

Faktor resiko hipertensi dalam kehamilan yaitu faktor maternal dan faktor kehamilan adapun faktor maternalnya yaitu usia, paritas, riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat hipertensi sebelumnya, obesitas, gangguan ginjal, aktifitas fisik, dan pola makan. Sedangkan faktor kehamilan seperti molahidatodosa, hydropsi fetalis, dan kehamilan ganda.¹³

Hipertensi dalam kehamilan sangat berkaitan langsung dengan faktor maternal dibandingkan faktor kehamilan kerana faktor maternal merupakan penyebab langsung dari ibu terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dibandingkan faktor kehamilan yang merupakan penyebab yang terjadi akibat kehamilan ibu

Adapun menurut penelitian saraswati (2014) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian hipertensi pada ibu <20 dan >35 tahun mempunyai resiko lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang berumur 20-35 tahun, berdasarkan penelitian fahira (2017) bahwa hipertensi merupakan faktor risiko kejadian preeklamsia dengan kata lain riwayat hipertensi pada keluarga dan ibu beresiko 1,591 kali lebih besar untuk mengalami preeklamsi

dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi, menurut penelitian sri (2016) proporsi ibu bersalin dengan hipertensi yang paling banyak adalah pada kelompok ibu yang pernah melahirkan >3 kali yaitu terdapat 75% responden, salah satu faktor lain yang dapat menyebabkan kejadian hipertensi dalam kehamilan adalah obesitas. Obesitas mempunyai hubungan yang erat dengan hipertensi dan mengakibatkan insiden hipertensi ketika berat badan bertambah.

RSUD Dr Slamet Garut merupakan rumah sakit rujukan terbesar di kabupaten garut dimana salah satu pelayanannya adalah menangani kasus maternitas. Berdasarkan data dari rekam medik dan register di RSUD dr Slamet garut menunjukkan jumlah persalinan selama 2018 adalah 6.732 ibu bersalin dengan kasus HDK sebanyak 1.517 kasus, serotinus 1.374 kasus dan KPD 1.111 kasus

Penulis tertarik untuk meneliti masalah mengenai gambaran faktor maternal kejadian hipertensi dalam kehamilan karena dilihat dari bahaya yang akan muncul pada ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan adalah kesakitan (morbiditas) dan kematian mortalitas baik pada ibu janin maupun bayinya yang akan dilahirkan. Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit dr Slamet garut karena rumah sakit ini merupakan rumah salah satu rumah sakit dengan tingginya kejadian hipertensi dalam kehamilan.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “gambaran faktor maternal kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) di Rumah Sakit dr Slamet Garut “ tahun 2019

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor maternal kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) di RSUD dr Selamat Garut tahun 2019

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi angka kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018
2. Untuk mengidentifikasi kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) berdasarkan umur ibu di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018
3. Untuk mengidentifikasi kejadian hipertensi dalam kehamilan berdasarkan paritas di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018
4. Untuk mengidentifikasi kejadian hipertensi dalam kehamilan berdasarkan riwayat hipertensi pada keluarga di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018
5. Untuk mengidentifikasi kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) berdasarkan riwayat HDK pada kehamilan sebelumnya di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018

6. Untuk mengidentifikasi kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) berdasarkan tingginya ideks masa tubuh di RSUD dr Selamat Garut Tahun 2018

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Tempat Peneliti

Peneliti ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi untuk peneliti selanjutnya dan untuk menambah wawasan peneliti sendiri

1.4.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini di harapkan menjadi salah satu sumber untuk mengetahui gambaran factor maternal kejadian hipertensi dalam kehamilan (HDK) di RSUD dr Selamat Garut

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dokumen bacaan untuk menambah wawasan STIKes Bhakti Kencana khususnya mahasiswa DIII kebidanan

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Hipertensi

Hipertensi adalah suatu kondisi medis berupa peningkatan tekanan darah melebihi batas normal. Seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika kenaikan tekanan darah terjadi secara menetap dan mengakibatkan suplai oksigen dan zat gizi terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan

Hipertensi seringkali disebut pembunuh gelap (*silent killer*) karena termasuk penyakit yang mematikan, tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga korbannya terlambat menyadari akan datangnya penyakit.

Gejala-gejala hipertensi bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernafas setelah bekerja keras dan mudah lelah.¹⁰

2.2 Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu.

Kehamilan adalah masa dimulai dari saat konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, kehamilan di bagi menjadi 3 triwulan/trimester, yaitu trimester pertama di mulai daari konsepsi sampai 3 bulan, trimester ke dua dari bulan keempat sampai 6 bulan, trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai bulan kesembilan. Istilah-istilah yang terkait dengan kehamilan yaitu primigravida adalah wanita hamil untuk pertama kalinya, multigravida adalah wanita hamil untuk kebeberapa kalinya.

Kehamilan matur (cukup bulan) berlangsung kira-kira 40 minggu dan tidak lebih dari 42 minggu. Kehamilan yang berlangsung antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan premature, sedangkan lebih dari 42 minggu disebut kehamilan postmature.¹¹

2.3 Hipertensi dalam kehamilan

2.3.1 Pengertian hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan (HDK) adalah suatu keadaan yang ditemukan sebagai komplikasi medis pada wanita hamil dan sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Secara umum HDK dapat didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik 140 mmHg keatas dan sistolik >90 mmHg yang diukur palingkurang 6 jam pada saat yang berbeda. Hingga saat ini hipertensi dalam kehamilan masih merupakan salah satu penyebab mortalitas dan morbilitas pada ibu dan janin nya. Upaya pencegahan terhadap penyakit ini dengan sendirinya akan menurunkan

angka mortalitas dan morbiditas tersebut. Untuk itu diperlukan bukan hanya pengetahuan mengenai patofisiologi tetapi juga cara-cara deteksi dini dan cara intervensi terhadap perubahan yang terjadi dalam proses penyakit tersebut

hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi yang terjadi saat kehamilan berlangsung dan biasanya pada bulan terakhir kehamilan atau lebih setelah 20 minggu usia kehamilan pada wanita yang sebelumnya normotensive, tekanan darah mencapai nilai 140/90 mmHg, atau kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg dan tekanan darah diastolic 15 mmHg diatas nilai normal hipertensi pada wanita hamil yang tidak disertai kejang disebut preeklamsi. Kalau dengan kejang eklamsi. Eklamsi dalam kehamilan dapat menimbulkan kematian bagi ibu dan janin. Penyakit ini bisa berulang pada kehamilan berikutnya sehingga harus diwaspadai

hipertensi atau tekanan darah tinggi pada ibu hamil erat kaitannya dengan preeklamsi. Preeklamsi merupakan suatu penyakit dengan gejala hipertensi, odema dan proteinuria yang muncul pada saat kehamilan biasanya pada triwulan kedua dan ketiga, sedangkan eklamsi merupakan kasus akut pada penderita preeklamsi yang disertai dengan kejangmenyeluruh dan koma.¹²

2.3.2 Jenis – jenis Hipertensi Dalam Kehamilan

Jenis -jenis hipertensi dalam kehamilan yaitu :

- a. Hipertensi kronik

Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pasca persalinan.

b. Preeklamsi

Preeklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, odema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan.

c. Eklamsia

Istilah eklamsia berasal dari Yunani dan berarti “halilintar” dipakai karena seolah-olah gejala eklamsia timbul dengan tiba-tiba tanpa didahului oleh tanda-tanda lain. Pada umumnya kejang didahului makin memburuknya preeklamsia dan terjadinya gejala-gejala nyeri kepala di daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, nyeri di epigastrium dan hiperrefleksia.

Jenis jenis eklamsia

1. Eklampsia gravidarum (eklamsia antepartum) adalah tekanan darah tinggi disertai dengan proteinuria (protein dalam air kencing) atau edema (penimbunan cairan), yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan.
2. Eklamsia parurientum (eklamsia intrapartum) adalah pengembangan kejang atau koma pada wanita hamil menderita tekanan darah tinggi. Intrapartum bahwa itu terjadi selama kelahiran bayi. Eklampsia

adalah konsis serius yang memerlukan pengobatan medis yang mendesak. Eklampsia dapat dikaitkan dengan peningkatan mederat serta signifikan pada tekanan darah. Tekanan darah dapat kembali normal setelah melahirkan atau mungkin bertahan untuk jangka waktu tertentu.

3. Eklampsia puerperale (Eklampsia post partum)

Pengembangan kejang atau koma pada wanita hamil menderita tekanan darah tinggi. Postpartum berarti bahwa segera setelah melahirkan.

d. Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pasca persalihan, kehamilan dengan preeklamsia tetapi tanpa proteinuria¹²

2.3.3 Patofisiologi

Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai substansi endogen (seperti prostaglandin, tromboxan) yang dapat menyebabkan vasospasme dan agregasi platelet. Penumpukan thrombus dan pendarahan dapat mempengaruhi system syaraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan deficit syaraf local dan kejang. Nekrosis ginjal dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria. Kerusakan hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri

pada epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap kardiovaskuler meliputi penurunan volume intravaskuler, meningkatnya kardiokoutput dan peningkatan tahanan pembuluh perifer. Peningkatan hemolysis microangiopati menyebabkan anemia dan trombositopeni. Infrak plasenta dan obstruksi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian janin dalam Rahim.⁹

Perubahan pada organ :

a. Perubahan kardiovaskuler

Gangguan fungsi kardiovaaskuler yang parah sering terjadi pada preeklamsia dan eklamsia. Berbagai gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung secara nyata dipengaruhi atau yang secara iatrogenic ditingkatkan oleh larutan onkotik/ kristaloid intravena, dan aktifitas endotel disertai eksvasasi kedalam ekstrasvaskuler terutama paru.

b. Metabolisme air dan elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyerupai preeklamsia dan eklamsia tidak diketahui penyebabnya. Jumlah air dan natrium dalam tubuh lebih banyak penderita preeklamsia dan eklamsia dari pada wanita hamil biasa atau penderita dengan hipertensi kronik. Penderita preeklami tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh filtrasi glomerulus menurun, sedangkan penyerapan kembali tubulus tidak berubah. Elektrolit, kristaloid, dan protein tidak

menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklampsia. Konsentrasi kalsium, natrium, dan klorida dalam serum biasanya dalam batas normal

c. Mata

Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi ablasi retina yang disebabkan oleh edema intraokuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala lain yang menunjukkan preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia adalah adanya skotoma, diplopia dan amblyopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau didalam retina.

d. Otak

Pada penyakit yang belum berlanjut hanya ditemukan edema pada korteks serebri, pada keadaan yang berlanjut dapat ditemukan perdarahan.

e. Uterus

Aliran darah ke plasenta menurun dan menyebabkan gangguan pada plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada preeklampsia dan eklampsia sering terjadi peningkatan tonus Rahim dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga terjadi partus prematurus

f. Paru-paru

Kematian ibu pada preeklamsia dan eklamsia biasanya disebabkan oleh edema pada paru yang menimbulkan dekompensasi kardis. Bisa juga karena aspirasi pneumonia atau abses paru.⁹

2.3.4 Faktor Resiko Hipertensi Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan merupakan gangguan multifactorial. Beberapa faktor resiko hipertensi dalam kehamilan adalah :

1. Faktor maternal

a. Usia / Umur

Usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Komplikasi maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-35 tahun. Dampak dari usia yang kurang, dapat menimbulkan komplikasi selama kehamilan. Setiap remaja primigravida mempunyai resiko yang lebih besar mengalami hipertensi dalam kehamilan dan meningkat lagi saat usia 35 tahun.¹³

b. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah di lahirkan oleh seorang ibu baik hidup maupun mati. Paritas di bagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu, primigravida wanita yang telah melahirkan seorang anak, multipara yaitu wanita yang telah melahirkan lebih dari satu orang anak sampai

3 orang anak, grandemultipara yaitu seorang wanita yang telah melahirkan 4 orang anak atau lebih.

Sekitar 85 % hipertensi dalam kehamilan terjadi pada kehamilan pertama. Jika ditinjau dari kejadian hipertensi dalam kehamilan, graviditas paling aman adalah kehamilan kehamilan kedua sampai ketiga.

Menurut penelitian, telah diketahui bahwa umur reproduksi sehat pada wanita bersekitar 20-30 tahun. Artinya melahirkan setelah umur 20 tahun, jarak persalinan sebaiknya 2-3 tahun dan berhenti melahirkan setelah umur 30 tahun. Berarti jumlah anak cukup 2-3 orang. Telah di buktikan bahwa melahirkan ke empat dan seterusnya akan meningkat kankematian ibu dan janin.¹⁴ Menurut prawirohardjo (2005), paritas 2 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari 3).¹⁵

c. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklamsia

Riwayat kesehatan keluarga yang pernah mengalami preeklamsia akan meningkatkan resiko 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklamsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklamsia pada kehamilannya yang terdahulu. .¹⁵

d. Riwayat hipertensi sebelumnya

Wanita dengan riwayat hipertensi pada kehamilan pertama memiliki resiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami hipertensi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan hipertensi pada kehamilan keduanya, maka bila ditelusuri kebelakang ia memiliki 7 kali resiko lebih besar untuk memiliki riwayat hipertensi riwayat hipertensi pada kehamilan pertamanya bila di dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami hipertensi di kehamilan yang kedua. .¹⁶

e. Tingginya indeks massa tubuh / obesitas

IMT merupakan nilai yang di ambil dari perhitungan hasil bagi antara berat badan dalam kilogram dengan kuadrat dari tinggi badan dalam meter. IMT hingga kini dipakai secara luas untuk menentukan status gizi seseorang. Hasil survei dari beberapa negara, menunjukkan bahawa IMT ternyata suatu indeks yang responsif, sensitive terhadap perubahan status gizi, ketersediaan pangan menurut musim, dan produktivitas kerja, IMT dipercaya dapat menjadi indicator atau menggambarkan kadar adipositas dalam tubuh seseorang. IMT merupakan alternatif untuk tindakan pengukuran lemak tubuh. Untuk memenuhi nilai IMT ini. Ini dapat di hitung dengan rumus

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kilogram)}}{\text{Tinggi Badan(meter)}^2}$$

Tingginya indeks masa tubuh merupakan masalah gizi karena kelebihan kalori, kelebihan gula dan garam yang bisa menjadi faktor resiko terjadinya berbagai jenis penyakit degenerative seperti diabetes militus, hipertensi dalam kehamilan, penyakit jantung coroner, rematik dan jenis keganasan (kanker) dan gangguan kesehatan lain. Hal tersebut berkaitan dengan adanya timbuan lemak berlebih dalam tubuh²⁰

Obesitas merupakan faktor resiko hipertensi dalam kehamilan dan resiko semakin besarnya IMT. Obesitas sangat berhubungan dengan resistensi insulin, yang juga merupakan faktor resiko preeklamsi sebanyak 2,47 kali lipat (95% CI, 1,66-3,67), sedang kan wanita dengan IMT sebelum hamil >35 dibandingkan dengan IMT 19-27 memiliki resiko 4 kali lipat (95% CI, 3,52-5,549).¹⁷

Pada studi kohort yang digunakan oleh Conde-Agudelo dan Belezian pada 878.680 kehamilan, di temukan fakta bahwa frekuensi preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan di populasi wanita kurus (IMT < 19,8) adalah 2,6 % di bandingkan 10,1 % pada populasi wanita gemuk (IMT > 29,0).¹⁸

f. Gangguan ginjal dan hipertensi yang sudah sebelum hamil

Gangguan ginjal seperti gagal ginjal akut yang di derita pada ibu hamil dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan. Hal tersebut

berhubungan dengan kerusakan glomerulus yang menimbulkan gangguan filtrasi dan vasokonstriksi pembuluh darah.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies Dkk dengan menggunakan desain penelitian case control study di temukan bahwa pada populasi yang diselidikinya wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah yang lebih banyak untuk mengalami preeklamsi dibandingkan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini. ¹⁹

g. Aktifitas fisik dan Pola makan

Kurangnya aktifitas fisik meningkatkan resiko menderita hipertensi karena dapat meningkatkan kelebihan berat badan. Orang yang tidak aktif juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang diberika pada arteri.

Saat sedang hamil seorang ibu perlu memperhatikan pola makan yang baik, membutuhkan asupan gizi yang seimbang dan tidak berlebih agar pada masa kehamilan kondidi ibu dan bayi yang dikandung tetap sehat dan tidak terjadi hipertensi dalam kehamilan.

Jika ibu hamil mengalami hioertensi, maka batasi Na (garam maksimal ½ sdt/hari), tidak mengkonsumsi makanan dengan Na tinggi, MSG, Kafein, dan makan awetan.

Pola makan yang baik bagi ibu hamil harus memenuhi sumber karbohidrat, protein, lemak, vitamin serta mineral. Pola makan yang salah dan tidak sehat seperti konsumsi makanan tinggi Na dan makana awetan serta berlebihan juga diketahui dapat berdampak pada tekanan darah. Makanan tinggi natrium mengandung natrium jumlah tinggi. Asupan natrium berlebih dapat membuat pembuluh darah pada ginjal menyempit dan menahan aliran darah. Hal ini dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kerusakan ginjal dan memicu terjadinya hipertensi sekunder. Asupan kalium yang cukup akan membantu menurunkan tekanan darah dengan menyeimbangkan konsentrasi natrium di ekstraseluler.¹³

2. Faktor kehamilan

Faktor kehamilan seperti mola hidatidosa, hydropsi fetalis dan kehamilan ganda berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Preeklamsi dan eklamsi mempunyai 3 resiko lebih sering terjadi pada kehamilan ganda.¹³

2.3.5 pencegahan

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menimbulkan tanda-tanda dini preeklamsia, dan dalam hal itu harus dilakukan penanganan semestinya. Kita perlu lebih waspada akan timbulnya preeklamsi dengan adanya faktor-faktor predisposisi seperti yang telah diuraikan di atas. Walaupun timbulnya preeklamsia tidak dapat dicegah dengan sepenuhnya,

namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian penerangan secukupnya dan penatalaksanaan pengawasna yang baik pada wanita hamil. Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring di tempat tidur, naamu pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi, dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi prlotein dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan. Mengenal secara dini preeklamsia dan segera merawat penderita tanpa memberikan diuretika dan obat anti hipertensi, memang merupakan kemajuan yang penting dari pemeriksaan antenatal yang baik ⁹

3.2.6 Penatalaksanaan

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala – gejala preelamsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi :

Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medisinal.

Perawatan aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assessment (NST dan USG). Indikasi

a. Ibu

Usia kehamilan 37 minggu atau lebih, Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklamsia, kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan medisinal, ada gejala-gejalastatus qou (tidak ada perbaikan)

b. Janin

Hasil fetal assessment jelek (NST dan USG), adanya tanda IUGR (janin terhambat)

c. Laboratorium

Adanya “HELLP Syndrome “ (hemolysis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia), pengobatan mediastinal,

Pengobatan mediastinal pasien preeklamsia adalah :

- 1) Segera masuk rumah sakit.
- 2) Tirah baring miring satu sisi. Tanda vital perlu diperiksa setiap 30 menit, reflex patella setiap jam.
- 3) Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi infus RL (60-125 cc/jam) 500 cc.
- 4) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 5) Pemberian obat anti kejang magnesium sulfat (MgSO₄).
 - a) Dosis awal sekitar 4 gr MgSO₄ IV (20 % dalam 20 cc) selama 1 gr/menit kemasan 20 % dalam 25 cc larutan MgSO₄ (dalam 3-5 menit). Diikuti segera 4 gram dipantat kiri dan 4 gr di pantat kanan (40 % dalam 10 cc) dengan jarum no 21 panjang 3,7 cm. Untuk mengurangi nyeri dapat diberikan xylocaine 2 % yang tidak mengandung adrenalin pada suntikan IM.
 - b) Dosis ulang : diberikan 4 gr IM 40 % setelah 6 jam dimana pemberian MgSO₄ tidak melebihi 2-3 hari.

c) Syarat-syarat pemberian MgSO₄

Tersedia antidotum MgSO₄ yaitu calcium glukosa 10 % 1 gr (10 % dalam 10 cc) di berikan IV dalam 3 menit, reflleksi patella positif kuat, frekuensi pernafasan lebih 16 x/menit, produksi urin lebih 100 cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5 cc/KgBB/jam)

d) MgSO₄ dihentikan bila :

Adanya tanda tanda keracunan yaitu kelemahan otot, refleksi fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot pernafasan karena adanya serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter. Reflex fisiologi menghilang pada kadar 8-10 mEq/liter. Kadar 12-15 mEq/liter dapat terjadi kelumpuhan otot pernafasan dan > 15 mEq/liter terjadi kematian jantung

Bila timbul tanda -tanda keracunan MgSO₄ : hentikan pemberian MgSO₄, berikan kalsium glukonase 10 % 1 gr (10 % dalam 10 cc) secara IV dalam waktu 3 menit, berikan oksigen, lakukan pernafasan buatan

MgSO₄ di hentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensi).

Deuretikum tidak diberikan kecuali bila ada tanda-tanda edema paru, payah jantung kognitif atau edema anasrka. Diberikan furosemide injeksi 40 mg IM

Anti hipertensi diberikan bila : Desekan darah sistolik > 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Sasran pengobatan adalah tekanan diastolic < 105 mmHg (bukan < 90 mmHg) karena akan menurunkan perfusi plasenta, dosis antihipertensi pada umumnya, bila diperlukan penurunan tekanan darah secepatnya dapat diberikan obat-obat antihipertensi parenteral (tetesan kontinyu), catapres injeksi. Dosis yang dapat dipakai 5 ampul dalam 500 cc cairan infus atau press disesuaikan dengan tekanan darah, bila tida tersedia antihipertensi parenteral dapat diberikan tablet antihipertensi secara sublingual diulang selang 1 jam, maksimal 4-5 kali. Bersama dengan awal pemberian sublingual maka obat yang sama mulai diberikan secara oral.⁹

3.2.8 Komplikasi

Tergantung pada derajat pre eklamsia yang dialami. Namun yang termasuk komplikasi antara lain :

- a. Stroke
- b. Eklampsia
- c. Selusio plasenta
- d. Pendarahan subcapsular hepar

- e. Ke;ainan pembekuan darah (DIC)
- f. Sindrom HELLP (Hemolisi, Elevated, Liver, Enzymes, dan Low Platelet count)
- g. Gagal jantung hingga syok dan kematian
- h. Hipoxsia janin
- i. Asfiksia neonatrorum
- j. Premature
- k. Gagal ginjal
- l. Kebutaan
- m. Kejang
- n. Hipertensi permanen
- o. Distress fetal
- p. Infrak plasenta
- q. Abruptio plasenta
- r. Kematian janin dalam uterus
- s. Peningkatan angka kematian dan kesakitan prenatal

Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

1. Pemeriksaan spesimen urine mid-stream untuk menyingkirkan kemungkinan infeksi urin.

2. Pemeriksaan darah lengkap, khususnya untuk mengetahui kadar ureum darah (untuk menilai kerusakan pada ginjal), hematokrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol %), trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³), dan kadar hemoglobin (terjadi penurunan, nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%).
3. Pemeriksaan fungsi hati: bilirubin meningkat (normal: < 1 mg/dl), LDH (laktat dehidrogenase) meningkat, aspartate aminotransferase (AST) > 60 ul, serum glutamate oxaloacetik transaminase (SGPT) meningkat (normal: 15-45 u/ml), total protein serum menurun (normal: 6,7-8,7 g/dl)
4. Tes kimia darah. Asam urin menurun (normal: 2,4-2,7 mg/dl)
5. Pemeriksaan retina, untuk mendeteksi perubahan pada pembuluh darah retina
6. Pemeriksaan kadar human lactogen plasenta (HPL) dan esteriol di dalam plasma serta urin untuk menilai faal unit fetioplasenta.⁹

Radiologi :

1. Elektrokardiogram dan foto dada menunjukkan pembesaran vertikal dan kardiomegali
2. Kardiotografi. Diketahui denyut jantung janin lemah
3. Ultrasonografi. Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.⁹