

MULTIGRAVIDA HAMIL 28 MINGGU DENGAN HIPERTENSI KRONIS

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Gusti Ayu Ema Widya Astuti^{2*}

Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin¹, Program Studi Profesi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati²

*Corresponding Author : gustiayuemawidyaastuti@gmail.com

ABSTRAK

Pasien datang ke Poliklinik Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin G6P3A2 hamil 28 minggu dengan keluhan pusing hilang-timbul. Pandangan kabur, mual, nyeri perut, dan perut terasa kencang disangkal. Pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi sejak 7 tahun yang lalu pada kehamilan ke-3. Kemudian pasien berobat jika ada keluhan saja. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital diantaranya tekanan darah 195/120 mmHg, denyut nadi 98 x/menit, laju pernapasan 20 x/menit, suhu 36,5°C, saturasi oksigen 98%. Pada pemeriksaan penunjang hematologi, urinalisa, dan serologi dalam batas normal. Pada pemeriksaan penunjang USG didapatkan kesan tampak janin tunggal dengan usia kehamilan 28 minggu, plasenta letak posterior, perkiraan berat janin 1.109 gram, dan perkiraan persalinan pada tanggal 26 Oktober 2024. Diagnosis pada kasus ini yaitu G6P3A2 hamil 28 minggu dengan Hipertensi Kronis. Penatalaksanaan pada pasien ini adalah Nifedipin 10mg 3x1 tab dan Miniaspi 80mg 1x1 tab.

Kata kunci : hipertensi kronis, multiparitas, pusing

ABSTRACT

The patient came to Pertamina Bintang Amin Hospital Polyclinic G6P3A2 28 weeks pregnant with complaints of dizziness. Blurred vision, nausea, abdominal pain, and abdominal tightness are denied. The patient has a history of high blood pressure since 7 years ago in the 3rd pregnancy. Patient only seeked treatment when complaints experienced. On physical examination, vital signs were obtained including blood pressure 195/120 mmHg, pulse 98 x/min, respiratory frequency 20 x/min, temperature 36.5°C, oxygen saturation 98%. Hematology, urinalysis, and serology were within normal limits. Ultrasound supporting examination showed a single fetus with a gestational age of 28 weeks, posterior placenta, estimated fetal weight of 1,109 grams, and estimated delivery on October 26, 2024. The diagnosis in this case is G6P3A2 28 weeks pregnant with Chronic Hypertension. The management in this patient was Nifedipine 10mg 3x1 tab and Miniaspi 80mg 1x1 tab.

Keywords : chronic hypertension, multiparity, dizziness

PENDAHULUAN

Hipertensi selama kehamilan merupakan masalah kesehatan yang serius bagi ibu hamil dan bayinya di banyak belahan dunia. Hipertensi pada kehamilan adalah kelainan pada pembuluh darah yang terjadi sebelum kehamilan atau saat kehamilan atau masa nifas yang di tandai dengan proteinuria, edema kejang, koma, atau gejala laninnya. Hipertensi pada kehamilan dapat dilihat melalui tes tekanan darah yang menunjukkan hasil $\geq 140/90$ mmHg (Alatas, 2019). Hipertensi kronis dalam kehamilan adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan kondisi hipertensi tersebut menetap 12 minggu pasca persalinan (Akbar *et al*, 2023).

Insiden hipertensi dalam kehamilan mengalami peningkatan di seluruh dunia dari 16,30

juta pada tahun 1990 menjadi 18,08 juta pada tahun 2019, dengan total peningkatan 10,92 % pada rentang waktu tersebut (Wang W et al, 2021). World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa hipertensi yang terjadi pada masa kehamilan merupakan salah satu dari banyak komplikasi yang dapat terjadi pada masa kehamilan. Di tahun 2017, hipertensi yang terjadi pada ibu hamil menjadi penyebab kematian 810 ibu hamil setiap hari (Pratiwi, 2020). Berdasarkan data yang tercatat di Kementerian kesehatan (2020), angka kematian ibu (AKI) di Indonesia mencapai 4.627 jiwa. Terdapat beberapa komplikasi dalam kehamilan yang menjadi faktor terbesar dari naiknya angka kematian ibu, salah satunya yaitu gangguan hipertensi pada kehamilan yang berada diposisi kedua sebagai penyebab kematian ibu dengan kasus sebanyak 1.110 ibu yang meninggal akibat masalah hipertensi pada kehamilan. Sedangkan berdasarkan data yang ada pada Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019 bahwa hipertensi dalam kehamilan terjadi 1066 kasus dan menjadi penyebab kematian nomor dua setelah pendarahan, kemudian di susul oleh infeksi pada penyebab kematian ibu nomor tiga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Kasus kematian ibu hamil di Provinsi Lampung tahun 2015 akibat hipertensi sebesar 35 kasus (Dinkes pemerintah Lampung, 2015).

Penyebab hipertensi dalam kehamilan sampai saat ini belum jelas sehingga disebut sebagai *disease of theories* (penyakit teori). Oleh karena itu mengidentifikasi faktor risiko menjadi amat penting yaitu primigravida/ primiparitas, hiperplasentosis, usia, riwayat keluarga dengan hipertensi gestasional, penyakit ginjal, hipertensi kronik dan obesitas (Akbar *et al*, 2023).

Diagnosis dini, intervensi medis yang tepat waktu, pengawasan ibu dan janin yang tepat secara signifikan meningkatkan hasil akhir ibu dan janin (Karrar SA *et al*, 2024). Penatalaksanaan tersebut memerlukan observasi ketat terkait tanda-tanda dan temuan klinis, pemberian obat antihipertensi yang tepat dan persalinan pada waktu yang optimal untuk kesejahteraan ibu dan janin (Rana S *et al*, 2019). Upaya pemeriksaan yang dilakukan ibu hamil dengan hipertensi yaitu dengan rutin melakukan pemeriksaan di puskesmas dan posyandu, untuk penatalaksanaan yaitu dengan melakukan diet hipertensi, olahraga, mengurangi konsumsi garam berlebih, berhenti merokok dan istirahat yang cukup (Alatas, 2019). Dalam kasus ini penulis bertujuan untuk menggali informasi mengenai hipertensi dalam kehamilan.

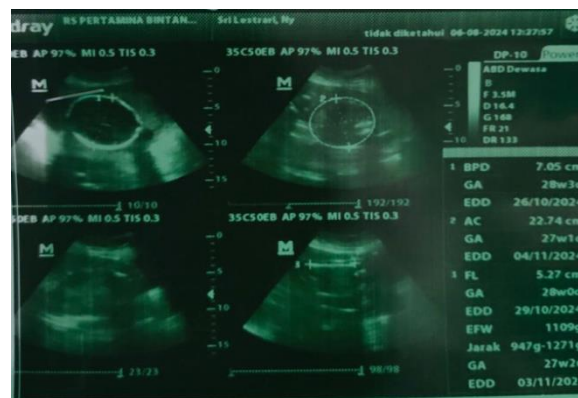
LAPORAN KASUS

Pasien usia 43 tahun G6P3A2 hamil 28 minggu dengan keluhan pusing hilang-timbul. Pandangan kabur, mual, nyeri perut, dan perut terasa kencang disangkal. Pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi sejak 7 tahun yang lalu pada kehamilan ke-3. Kemudian pasien berobat jika ada keluhan saja. Pada keluarga pasien tidak terdapat riwayat penyakit. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan dan minuman, alergi obat (-). Haid pertama pada umur 15 tahun, haid selama 4-5 hari dengan siklus 28 hari, pasien ganti pembalut sebanyak 4x sehari. Pasien mempunyai riwayat pemakaian KB.

Pemeriksaan tanda vital pasien, keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; GCS: E₄ V₅ M₆ = 15; tanda vital: tekanan darah 195/120 mmHg; denyut nadi: 98 x/menit; laju pernapasan: 20 x/menit; suhu: 36,5°C; saturasi oksigen: 98%. berat badan 66 kg

dan tinggi badan 148 cm. Pemeriksaan status generalisata pada pemeriksaan kepala tidak ditemukan anemis pada konjungtiva, tidak ada sklera ikterik. Pupil isokor dengan diameter 3mm/3mm, refleks cahaya +/+, gerakan pupil baik. Pemeriksaan thoraks, abdomen dan ekstremitas tidak didapatkan kelainan khusus. Kekuatan motorik ekstremitas atas dan bawah 5/5, sensorik +/+, refleks fisiologis normal dan tidak ada refleks patologis. Pemeriksaan Penunjang:

Pada pemeriksaan penunjang hematologi, urinalisa, dan serologi dalam batas normal. Pada pemeriksaan penunjang ultrasonografi (USG) didapatkan kesan tampak janin tunggal dengan usia kehamilan 28 minggu, plasenta letak posterior, perkiraan berat janin 1.109 gram, pada Abdominal Circumferential (AC)/ perkiraan ukuran lingkaran perut pada janin 22,74 cm, pada Femur Length (FL)/ perkiraan Panjang tulang paha janin 5,27 cm, perkiraan persalinan pada tanggal 26 Oktober 2024. Pada Pemeriksaan Ginekologi luar tidak didapatkan kelainan ataupun nyeri tekan.



Gambar 1. Hasil Pemeriksaan USG

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis banding yaitu hipertensi kronis, hipertensi kronis superimposed preeklamsia, preeklamsia, dan hipertensi gestasional. Diagnosis kerja pada kasus ini adalah G6P3A2 hamil 28 minggu dengan hipertensi kronis Tatalaksana pada pasien ini adalah Nifedipin 10mg 3x1 tab dan Miniaspi 80mg 1x1 tab.

PEMBAHASAN

Pasien pada kasus ini seorang perempuan berusia 43 tahun G6P3A2 hamil 28 minggu dengan riwayat hipertensi. Hal ini sejalan dengan pernyataan oleh Akbar *et al*, (2023) Hipertensi kronis adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan kondisi hipertensi tersebut menetap 12 minggu pasca persalinan. Gangguan hipertensi menjadi komplikasi antara 5% dan 10% dari seluruh kehamilan. Pre-eklamsia mempersulit 2-8% dari seluruh kehamilan di seluruh dunia. Insiden hipertensi meningkat karena perubahan demografi ibu (misalnya bertambahnya usia ibu, peningkatan berat badan sebelum hamil (Luger RK et al, 2022). Salah satu faktor risiko penyebab hipertensi pada kasus ini sejalan dengan pernyataan Akbar *et al*, (2023) yaitu usia. Imaroh *et al*, (2018) menyatakan bahwa ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian hipertensi, bahkan umur ibu merupakan salah

satu faktor resiko terjadinya hipertensi. Penyebab hipertensi pada kehamilan yaitu ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun atau ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun lebih berisiko tinggi mengalami hipertensi pada kehamilan dibandingkan ibu hamil yang berusia normal sekitar 20-30 tahun (Susi Sriwahyuni, *et al.* 2020). Terdapat faktor risiko hipertensi lainnya, seperti; riwayat preeklampsia keluarga, preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, kehamilan multifetal, obesitas, nuliparitas, diabetes, hipertensi kronis, dan ekstrem usia ibu (Makmur & Fitriahadi, 2020).

Pasien ini mengalami keluhan pusing yang hilang timbul. Hipertensi tidak memiliki gejala spesifik. Secara fisik, penderita hipertensi juga tidak menunjukkan kelainan apa pun. Gejala hipertensi cenderung menyerupai gejala atau keluhan kesehatan pada umumnya sehingga sebagian orang tidak menyadari bahwa dirinya terkena hipertensi (Nur, 2017). Menurut Noerhadi (2008), Gejala umum hipertensi adalah pusing, sakit kepala ringan hingga berat, kadang diikuti mual bahkan muntah, nyeri punggung dan leher, nyeri otot dan persendian, susah tidur, badan lemas. Biasanya gejala ini dapat muncul secara tiba-tiba lalu datang dan pergi, sehingga penderitanya tidak terlalu mengkhawatirkannya bahkan menganggapnya hanya sebagai tanda-tanda masuk angin saja. Namun bila nyeri terasa makin parah dan menetap, tidak dapat diabaikan lagi dan harus segera diperiksa penyebabnya.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan tanda-tanda vital diantaranya tekanan darah 195/120 mmHg. Hal ini sejalan dengan Lugar RK (2022) temuan pemeriksaan fisik yang umumnya ditemukan pada hipertensi kronis terbatas pada tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Tekanan darah kisaran parah adalah sistolik di atas 160 mmHg dan/atau diastolik 110 mmHg. Peningkatan edema sering terjadi pada wanita dengan preeklampsia. Mereka yang menunjukkan gejala berat mungkin menunjukkan gejala serebral (sakit kepala yang tak henti-hentinya/parah, perubahan status mental), gejala penglihatan (skotomata, fotofobia, penglihatan kabur, atau kebutaan sementara/cacat lapang pandang), edema paru (dispnea atau rales pada pemeriksaan), gangguan ginjal (retensi air menyebabkan edema perifer) atau gangguan hati (nyeri kuadran kanan atas). Pada sindrom HELLP, malaise dan nyeri kuadran kanan atas terjadi pada 90% kasus. Muntah juga sering terjadi.

Pada pemeriksaan penunjang pasien ini hematologi, urinalisa (protein negatif), dan serologi dalam batas normal. Menurut Akbar *et al* (2023) Hipertensi kronis superimposed preeklampsia adalah hipertensi kronik disertai tanda-tanda preeklampsia atau hipertensi kronik disertai proteinuria.

Komplikasi yang dapat terjadi yaitu pada maternal: HELP syndrome, solusio plasenta, gagal ginjal akut, perdarahan otak, gagal liver, edema paru, preeklampsia, progresifitas menjadi eklampsia; dan janin: pertunbuhan janin terhambat, kematian janin, dan persalinan preterm (Akbar *et al*, 2023). Saat anak sudah lebih besar, dapat terjadi gangguan perkembangan fisik dan pematangan refleks sensorimotorik, peningkatan indeks massa tubuh (IMT), perubahan neuroanatomi dan penurunan fungsi kognitif, perubahan hormon (seperti peningkatan testosteron pada kedua jenis kelamin serta penurunan dehydro- epiandrosterone (DHEA) sulfate pada laki-laki, disertai penurunan volume testis dan kadar aldosteron (Turbeville HR *et al*, 2020).

Diagnosis dini, intervensi medis yang tepat waktu, dan pengawasan ibu dan janin yang tepat secara signifikan meningkatkan hasil akhir ibu dan janin. Karena Hipertensi terus

bertanggung jawab atas seperempat kematian ibu di latar belakang etnis tertentu (populasi Karibia dan Amerika Latin, diikuti oleh populasi Asia dan kulit hitam), perawatan yang cepat dan pemantauan rutin menurunkan morbiditas dan mortalitas (Akbar *et al*, 2023).

Tata laksana medikamentosa pada kasus ini yaitu Nifedipin 10mg 3x1 tab dan Miniaspi 80mg 1x1 tab. Hal ini sejalan dengan Akbar *et al* (2023) pada pasien dengan klinis berat, pasien dilakukan rawat inap, pemberian antihipertensi bila tekanan >160/110 mmHg, dilakukan pencegahan kejang dengan pemberian MgSO₄. Terminasi kehamilan tergantung dari usia kehamilan. Antihipertensi dapat diberikan bila tekanan darah > 160/110 mmHg. Obat yang umumnya diberikan adalah Nifedipin dan atau Metil Dopa. Target penurunan tekanan darah adalah < 160/110 mmHg. Bila tekanan darah > 180/120 mmHg, diberikan penurun tekanan darah par enteral. Diberikan preparat Nicardipin dan bila sudah mencapai tekanan di bawah 180/120 mmHg dilanjutkan dengan pemberian per oral. Tekanan darah di targetkan turun bertahap berkisar 25% untuk tetap menjaga aliran darah ke janin. Obat lain yang terbukti keamanan dan kemanjurannya terutama adalah metildopa dan labetalol, diikuti oleh hidralazin, nifedipin, dan prazosin (Sekarini *et al*, 2023).

KESIMPULAN

Hipertensi kronis adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan kondisi hipertensi tersebut menetap 12 minggu pasca persalinan. Diagnosis kerja pada kasus ini yaitu G6P3A2 hamil 28 minggu dengan Hipertensi Kronis berdasarkan pertimbangan klinis, temuan-temuan pemeriksaan fisik, sampai pemeriksaan penunjang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Proses penulisan *case report* ini dapat terselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami menyampaikan rasa terima kasih kepada pembimbing yang telah memberikan ilmu, petunjuk, nasehat dan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan *case report* ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. I. A., Tjokropawiro, B. A., & Hendarto, Hendy.(2023). Obstetri Praktis Komprehensif. Obstetri Praktis Komprehensif. Airlangga University Press. Available at: Airlangga University (Accessed: 20 August 2024).
- Alatas, H. (2019). Hipertensi pada Kehamilan. *Herb-Medicine Journal*, 2(2), 27-51.
- Imaroh, I. I., Nugraheni, S. A., & Dharminto. (2018). Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kejadian Hiperensi Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu, Kota Semarang Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 570–580.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Lampung. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2015. 2016. 1–252 p.
- Karrar SA, Martingano DJ, & Hong PL. Preeklampsia. [Diperbarui 25 Februari 2024]. Di: StatPearls [Internet]. Pulau Harta Karun (FL): Penerbitan StatPearls; 2024 Januari-.

- Tersedia dari: Tersedia dari: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK570611/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=t
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019. In Pusdatin Kemkes. Health Information Systems.
- Luger RK, Raja BP. Hipertensi Pada Kehamilan. [Diperbarui 2022 Oktober 3]. Di: StatPearls [Internet]. Pulau Harta Karun (FL): Penerbitan StatPearls; 2024 Januari-. Tersedia dari: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK430839/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Makmur, N. S., & Fitriahadi, E. (2020). Faktor-faktor terjadinya hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas X. JHeS (Journal of Health Studies), 4(1), 66–72. <https://doi.org/10.31101/jhes.561>
- Noerhadi, M. (2008). Hipertensi dan pengaruhnya terhadap organ-organ tubuh. Medikora, (2). 3-9
- Nur indah sari Y. BERDAMAI DENGAN HIPERTENSI [Internet]. Nur indah sari Y, editor. jakarta: Tim Bumi Medika; 2017. Available from: https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=yAVjEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=hipertensi&ots=NNwvpG3jBw&sig=qhYMhKKX9jTbukk62mm0PeBCy2s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true
- Pratiwi, D. (2020). Faktor Maternal Yang Mempengaruhi Kejadian Preeklampsia Pada Acces Kehamilan. Jurnal Medika Utama, 02(01), 402–406. <http://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH>
- Rambe, M. L. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi Pada Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdangmtahun 2017. Jurnal Ilmiah Maksitek,4(2),5. <https://makarioz.sciencemakarioz.org/index.php/JIM/article/view/83/80>
- Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives. Circ Res. 2019;124(7):1094-112.
- Sekarini NNAD, Putu Irma Pratiwi, Anjar Triastuti. Pelatihan dan Pendampingan Kader Posyandu Dalam Upaya Pencegahan Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada. J WIDYA LAKSANA [Internet]. 2023 Jan 31;12(1):159–66. Available from: <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JPKM/article/view/52252>
- Susi Sriwahyuni, Darmawan, Lili Eky Nursia N, Arif Iskandar, Khairunnas. (2020). *The Relationship among Age and Parity with the Incidence of Hypertension in Pregnant Women in Grinting Village*, Bulakamba Sub-District, Brebes Regency. Volume 1 No 1 June 2020. <http://jurnal.iakmi.id/index.php/IPHJI>
- Turbeville HR, Sasser JM. *Preeclampsia beyond pregnancy: long-term consequences for mother and child*. Am J Physiol Physiol. 2020;318(6): F1315-F1326.
- Wang W, Xie X, Yuan T, et al. *Epidemiological trends of maternal hypertensive disorders of pregnancy at the global, regional, and national levels: a population-based study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):1-10.