

BAB I

PENDAHULUAN

A. PENGANTAR.

A.1. LATAR BELAKANG.

Hipertensi dalam kehamilan (HDK) masih merupakan problema^o di Indonesia karena merupakan sebab ketiga kematian maternal dan perinatal sesudah perdarahan dan infeksi (Wiknjosastro, 1997). *The American College Of Obstetricians And Gynecologist* (1972 cit. Daryono dkk, 1987) membagi HDK menjadi 4 kategori yaitu:

1. Preeklampsia & eklampsia
2. Hipertensi kronik
3. Preeklampsia-eklampsia pada hipertensi kronis (*superimposed preeclampsia-eclampsia*)
4. Hipertensi sementara (*transient, gestational/late hypertension*).

Di Amerika Serikat insidensi hipertensi dalam kehamilan cukup tinggi yaitu 5-10% setiap tahunnya, dan yang menjadi eklampsia sebanyak 0,05-0,20% (Latief, 1996), sedangkan di Indonesia insidensi HDK yaitu 6-10% (Wiknjosastro, 1997). Hipertensi ini dengan atau tanpa eklampsia merupakan penyebab utama tingginya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Latief, 1996). Di rumah sakit dr. Sutomo Surabaya, preeklampsia dan eklampsia merupakan penyebab kematian obstetrik langsung. Frekuensi preeklampsia sebagai penyakit kematian maternal di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 3-10% dan eklampsia yaitu 0,3-0,7% (Wiknjosastro, 1997).

Dalam penelitian ini penulis mengambil contoh di wilayah Purwodadi dengan pertimbangan bahwa Purwodadi adalah daerah dataran rendah yang terletak diantara pegunungan Kendeng (pegunungan kapur) yaitu Kendeng Utara dan Kendeng Selatan, dan 99,9% penduduknya bermata pencaharian sebagai petani, yang terdiri dari: buruh tani 34,9% petani penggarap 35%, dan pemilik tanah 30%. Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan pada umumnya kurang, karena tingkat pendidikan masyarakat yang rendah, rata-rata lulusan SD yaitu 51,45% (Anonim, 1997^a).

A.2. PERUMUSAN MASALAH

Dari latar belakang diajukan masalah:

- a. Berapa insidensi hipertensi dalam kehamilan di wilayah Purwodadi ?
- b. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan di wilayah Purwodadi ?

A.3. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Insidensi hipertensi dalam kehamilan di wilayah Purwodadi
- b. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan di wilayah Purwodadi.

A.4. MANFAAT PENELITIAN

- a. Dari penelitian ini, diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah bagi petugas kesehatan khususnya di wilayah Purwodadi mengenai insidensi

HDK dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga dapat menjadi salah satu sumber informasi tentang angka insidensi dan faktor-faktor resiko yang ada di wilayah Purwodadi.

- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah guna dipertimbangkan dalam usaha menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat HDK.

B. TINJAUAN PUSTAKA

B1. KEHAMILAN

Definisi

yang hamil untuk pertama kalinya, sedangkan multigravida berarti seorang wanita yang telah hamil lebih dari satu kali (Wiknjosastro, 1997). Kehamilan berasal dari kata hamil yang berarti bahwa didalam uterus telah terdapat hasil konsepsi (fertilisasi) sel telur yang telah matur dengan sel spermatozoon. Berdasarkan kekerapannya, kehamilan dapat dibedakan menjadi primigravida dan multigravida. Primigravida berarti seorang wanita). Kehamilan merupakan proses fisiologis yang terjadi pada semua wanita, dan wanita yang mampu hamil yaitu mereka yang sudah mendapatkan menstruasi. Pertama kali seorang wanita mendapatkan menstruasi yaitu antara usia 11-14 tahun (Wiknjosastro, 1997).

B2. HIPERTENSI

B2.1 Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan yang tekanan darah lebih besar dari normal. Seorang dikatakan hipertensi bila tekanan sistoliknya lebih/sama dengan 140 mmHg dan diastole lebih/sama dengan 90 mmHg (Sidabutar & Wiguno, 1997).

B2.2 Etiologi

Etiologi hipertensi dibagi menjadi dua macam yaitu (Sidabutar & Wiguno, 1997):

1. Belum diketahui penyebabnya (Hipertensi primer/hipertensi esensial).
2. Sebagai akibat kelainan organ tertentu, misalnya penyakit ginjal, penyakit jantung, ataupun karena kelainan dinding pembuluh darah arteri (disebut Hipertensi sekunder).

B3. HUBUNGAN HIPERTENSI DENGAN KEHAMILAN

Dalam masa mampu hamil ada kemungkinan bagi wanita untuk menderita hipertensi yakni dalam hubungannya dengan kehamilan. Ada tiga kemungkinan antara lain (Soeprono, 1975):

1. Hipertensi timbul sebagai *penyakit kehamilan* dalam trimester ketiga, surut kembali setelah persalinan. Bentuk hipertensi semacam ini terutama terjadi pada primigravida, dan dapat surut tanpa bekas serta tidak timbul lagi dalam kehamilan berikutnya.
2. Hipertensi yang sudah ada (primer atau sekunder) mengalami komplikasi karena kehamilan. Hipertensi ini sudah ada dalam trimester kesatu dan

kedua. Bentuk hipertensi semacam ini sering terdapat pada multigravida, terutama setelah umur 30 tahun. Biasanya kehamilan berakhir dengan abortus, kematian janin intrauterin atau kelahiran mati.

3. Hipertensi timbul kembali sebagai *recurrent hypertension* kehamilan. Lazimnya sudah ada dasar berupa kerusakan pada pembuluh darah dan ginjal yang mengakibatkan hipertensi bertambah berat. Prognosis bagi ibu tidak selalu jelek, karena setelah kematian janin yang disebabkan gangguan pertumbuhannya akibat kerusakan ginjal janin dan plasenta, terjadi perbaikan keadaan ibu. Prognosis bagi janin lazimnya jelek. Kehamilan-kehamilan berikutnya menambah buruk hipertensi (Dallocchio & Clementi, 1974 *cit.* Soeprono, 1975).

B3.1. Klasifikasi hipertensi pada kehamilan

Menurut *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (1972 *cit.* Daryono dkk, 1987) membagi HDK dibagi menjadi 4 kategori yaitu :

1. Preeklampsia & eklampsia
2. Hipertensi kronik
3. Preeklampsia-eklampsia pada hipertensi kronik (*superimposed preeclampsia-eclampsia*)
4. Hipertensi sementara (*transient, gestational/late hypertension*).

Ad.1. Preeklampsia & eklampsia

Preeklampsia ialah suatu sindrom yang terdiri dari hipertensi, proteinuria dan edema umum yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu sampai 48 jam

sesudah kelahiran bayi, sedangkan eklampsia yaitu preeklampsia yang disertai dengan kejang tonik-klonik secara mendadak sampai berat dan dapat menjurus ke koma. Beberapa kasus dari preeklampsia berat langsung ke koma tanpa melalui proses kejang lebih dulu. Kadang-kadang tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg, tanpa proteinuria.

1.1. Kriteria Diagnosis Preeklampsia

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan tanda primer yang dapat dipercaya pada preeklampsia. Dinyatakan ada hipertensi bila didapatkan kenaikan tekanan darah sistole ≥ 30 mmHg atau kenaikan tekanan darah diastole ≥ 15 mmHg (dari tekanan darah sebelum hamil), atau tekanan darah diastole ≥ 90 mmHg dan tekanan darah sistole ≥ 140 mmHg (Daryono dkk, 1987). Pengukuran tekanan darah harus dilakukan sekurang-kurangnya 2x dalam 24 jam dengan selang waktu 6 jam dan pasien dalam keadaan istirahat. Pengukuran tekanan dilakukan setelah istirahat duduk 10 menit.

2. Proteinuria

Proteinuria adalah adanya protein dalam urine, dengan kriteria (Daryono dkk, 1987):

- a. Lebih besar 0,3 gr/l/ 24 jam
- b. Lebih besar dari 1gr/l dalam 2x pengambilan dengan selang waktu 6 jam
- c. Pemeriksaan kualitatif 2+ pada urine sembarang.

3. Udema

Udema yaitu akumulasi cairan ekstraseluler secara menyeluruh dengan kriteria:

- a. mempunyai nilai 1+, udema *pitting* di daerah pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah dan tangan, setelah semalam tirah baring
- b. Kenaikan berat badan melebihi 500 g/minggu, 2000 g/bulan atau 13 kg/seluruh kehamilan (Daryono dkk, 1987).

1.2. Klasifikasi preeklampsia (Daryono dkk, 1987)

1. Preeklampsia ringan

Disebut preeklampsia ringan bila terdapat salah satu atau lebih tanda objektif dibawah ini:

- a. Tekanan darah sistole antara 110-160 mmHg dan tekanan darah diastole antara 90-110 mmHg
- b. Proteinuria lebih dari 0,3 gr/1/ 24 jam atau pemeriksaan kualitatif 2 positif
- c. Udema pada pretibia, dinding perut, lumbosakral, wajah dan tangan.

2. Preeklampsia berat

Diagnosa ditegakkan dengan kriteria:

- a. Setelah 3 minggu menjalani pengobatan rawat tidak menunjukkan adanya perbaikan
- b. timbul salah satu gejala atau lebih tanda preeklampsia yaitu:
 - Tekanan darah sistole \geq 160 mmHg dan tekanan darah diastole \geq 110 mmHg

- Proteinuria lebih dari 5 gr/l/24 jam atau pemeriksaan kualitatif lebih dari 3 atau 4 positif
- Oliguria yaitu bila urine kurang dari 500 cc/24 jam yang disertai kenaikan kadar kreatinin darah
- Gangguan visus dan serebral
- Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen,
- Udem paru, sianosis
- Pertumbuhan janin intrauteri yang terhambat
- Adanya HEELP sindrom (*H Haemolysis, EE: Elevated Liver Enzyme, LP Low Platelet*). Tanda-tanda HEELP sindrom antara lain (Saraswati & Noroyono, 1996):
 - Anemia hemolitik mikroangiopati
 - Disfungsi hati
 - Trombositopenia.

1.3. Gejala Eklampsia

Pada umumnya eklampsia didahului oleh makin memburuknya preeklampsia dan terjadi gejala-gejala subjektif antara lain (Wiknjosastro, 1997):

- a. Nyeri kepala di daerah frontal
- b. Gangguan penglihatan
- c. Mual-mual dan nyeri di epigastrium
- d. Hiperrefleksia.

Bila gejala-gejala tersebut tidak dikenal dan tidak segera diobati, maka akan timbul (Wiknjosastro, 1997):

- a. Kejang-kejang dan atau koma
- b. Kadang-kadang disertai gangguan fungsi organ (hepar, ginjal, dan jantung).

Dari ketiga tanda utama preeklampsia, yaitu hipertensi, proteinuria, dan edema telah disusun suatu indeks yang disebut indeks Gestosis (Daryono dkk, 1987). Indeks ini dapat digunakan untuk menilai derajat preeklampsia.

INDEKS GESTOSIS

| Parameter | Indeks Gestosis | | | |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tekanan sistolik (mmHg) | < 140 | 140 - 160 | 160 - 180 | > 180 |
| Tekanan diastolik (mmHg) | < 90 | 90 - 100 | 100 - 110 | > 110 |
| Proteinuria (g/l) | < 0,5 | 0,5 - 2,0 | 2 - 5 | > 5 |
| Udema (Tempat) | - | Pretibia | Anasarka | - |

1.4. Etiologi preeklampsia

Etiologi preeklampsia masih belum diketahui secara pasti tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya yaitu:

a. Spasme arteri

Menurut Guyton & Hall (1996), bahwa HDK merupakan akibat dari proses autoimun atau alergi akibat dari adanya fetus. Hal ini dapat menyebabkan spasme arteri di beberapa bagian tubuh ibu, yang lebih nyata terlihat di ginjal. Spasme pada ginjal ini, dapat menyebabkan turunya aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus, sehingga menyebabkan pelepasan renin dan pembentukan angiotensin. Angiotensin ini menyebabkan vasokonstriksi keseluruhan tubuh dan menyebabkan terjadinya hipertensi.

b. Faktor hormonal

Pada penderita preeklampsia terjadi penurunan kadar progesteron sesudah trimester ke-II. Penurunan ini diduga sebagai akibat degenerasi plasenta, sehingga terjadi substitusi oleh kortisol. Substitusi kortisol ini akan meningkatkan kadar *cortisol binding globulin* (CBG) dalam uterus, dan dapat menyebabkan edema oleh karena retensi air dan natrium serta hipertensi (Daryono dkk, 1987).

c. Faktor imunologik

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul pada kehamilan selanjutnya. Keadaan ini diterangkan secara imunologik bahwa pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibody* terhadap antigen plasenta tidak sempurna sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan terhadap histoinkompabilitas plasenta (Daryono dkk, 1987).

d. Faktor gizi

Chesley (1978 *cit.* Daryono dkk, 1987) menduga bahwa faktor nutrisi memegang peranan. Diet yang kurang mengandung asam lemak esensial terutama *arachidonic acid* (*precursor prostaglandin*) dapat menyebabkan *loss angiotensin refractoriness* yang kemudian menimbulkan preeklampsia. Walaupun demikian faktor nutrisi bukanlah faktor utama terjadinya preeklampsia.

Ad.2. Hipertensi kronis

Hipertensi kronis yaitu adanya hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang ditemukan pada kehamilan kurang dari 20 minggu dan menetap setelah 6 minggu pasca persalinan. Insidensi hipertensi kronis pada kehamilan berkisar 1-5%. Insidens lebih tinggi didapati pada wanita hamil usia lebih tua, dan gemuk. Diagnosa ditegakkan berdasarkan riwayat hipertensi sebelum hamil atau terdapat kenaikan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada usia kehamilan < 20 minggu atau tekanan darah rata-rata > 105 mmHg (Mukhtar, 1998).

Sulit menegakkan diagnosa hipertensi kronis bila pada ibu hamil tidak di ketahui tekanan darahnya sebelum hamil. Pada beberapa kasus, diagnosa ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi sebelum usia kehamilan 20 minggu. Pada hipertensi kronis, perlu dinilai juga fungsi organ, seperti jantung, ginjal, otak, dan mata.

Hipertensi kronis pada kehamilan dibagi menjadi dua, yaitu (Mukhtar, 1998):

1. Ringan, bila tekanan darah diastole < 110 mmHg atau tekanan darah sistole < 170 mmHg
2. Berat, bila tekanan darah diastole ≥ 110 mmHg atau tekanan darah sistole ≥ 170 mmHg.

Ad.3. Preeklampsia-eklampsia pada hipertensi kronik (*superimposed preeclampsia-eclampsia*)

Superimposed preeclampsia-eclampsia yaitu timbulnya preeklampsia-eklampsia pada hipertensi kronik. Kriteria yang digunakan untuk menegakkan diagnosa preeklampsia-eklampsia pada hipertensi kronik yaitu (Mukhtar, 1998):

1. Terdapat kenaikan tekanan darah yang tinggi yaitu rata-rata ≥ 20 mmHg
2. Proteinuria, dengan kadar ≥ 300 mg/24 jam (pada kondisi tidak ada kelainan ginjal)
3. Udema tungkai
4. Hiperurecemia, hemokonsentrasi, trombositopenia, dan gangguan fungsi hati.

Ad.4. Hipertensi sementara (*transient, gestational/late hypertension*)

Hipertensi gestasional adalah suatu kondisi hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) yang ditemui pada kehamilan > 20 minggu tanpa disertai tanda-tanda preeklampsia dan sebelumnya normotensi (Latief, 1996). Insidensinya 10% dari semua kehamilan (Mukhtar, 1998). Pada beberapa wanita, hipertensi

gestasional bisa jadi merupakan manifestasi dini dari preeklampsia atau hipertensi kronis yang sebelumnya tidak diketahui. Secara umum, hipertensi gestasional prognosanya baik.

B.3.2. Golongan resiko tinggi terjadinya HDK

Wanita hamil cenderung dan mudah mengalami HDK bila mempunyai faktor-faktor predisposisi sebagai berikut (Daryono dkk, 1987):

1. Primigravida
2. Riwayat keluarga dengan preeklampsia
3. Penderita diabetes Melitus
4. Mola hidatidosa (hamil anggur)
5. Kehamilan kembar (misalnya: gemelli, triplet, kuadrupelet)
6. Hidrops fetalis
7. Kekurangan nutrisi
8. Penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil.

B.4. GAMBARAN UMUM PURWODADI

Kabupaten Daerah Tingkat II Grobogan adalah daerah dataran rendah yang merupakan bagian dari Jawa Tengah dan terletak diantara Pegunungan Kendeng (pegunungan kapur) yaitu Kendeng Utara dan Kendeng Selatan. Secara administratif Kabupaten Daerah Tingkat II Grobogan terdiri dari 6 Wilayah Pembantu Bupati, 19 Kecamatan dan 280 Desa/Kelurahan dengan Ibukota Kabupaten berada di Kota Purwodadi. Kabupaten Grobogan merupakan daerah terluas nomor 2 di Jawa Tengah setelah Kabupaten Cilacap, yang memiliki luas 1.975,86 Km² dengan

jumlah penduduk 1.283.324 orang (Anonim, 1997^a). Sebagian besar penduduk, tingg penyangga perekonomiannya adalah sektor pertanian yaitu 99,9% (bermata pencaharian sebagai petani, terdiri dari buruh tani 34,9%, petani penggarap 35%, dan pemilik tanah 30%) dan sisanya 0,1% adalah pengusaha.

Dilihat dari fasilitas kesehatan, Kabupaten Daerah Tingkat II Grobogan mempunyai 3 RSUD di Kota Purwodadi, 1 rumah sakit umum pemerintah dan 2 rumah sakit umum swasta. Selain itu terdapat 30 puskesmas dan 69 puskesmas pembantu pada 19 Kecamatan di Kabupaten Daerah Tingkat II Grobogan.

Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan pada umumnya kurang sekali, karena hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan masyarakat yang rata-rata lulusan SD, yaitu sebanyak 51,45%, sedangkan lulusan SMP 8,4%, lulusan SMU 5%, dan lulusan PT 0,57% serta yang tidak tamat SD yaitu 8,76% (Anonim, 1997^a). Dilihat dari pendidikan yang rata-rata lulusan SD, maka sangat mempengaruhi tingkat sosial ekonomi masyarakat pada umumnya. Selain itu sosial ekonomi masyarakat dipengaruhi juga oleh penduduknya yang sebagian besar bermata pencaharian sebagai petani dan lahan pertanian yang sebagian besar merupakan daerah yang cenderung sulit untuk mendapatkan air (Anonim, 1997^a).

C. HIPOTESIS

Hipotesis yang dapat dibuat berdasarkan uraian diatas yaitu bahwa:

1. Insidensi hipertensi dalam kehamilan tinggi
2. Kekurangan nutrisi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan.