

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Pengertian Hipertensi Dalam Kehamilan

Penyakit hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi yang serius trimester kedua-ketiga dengan gejala klinis seperti: odema, hipertensi, proteinuria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan di atas 20 minggu, dan dapat terjadi pada antepartum, intrapartum, pascapartus (Manuaba, 2016). Gambaran klinis dapat dijabarkan sebagai berikut; kenaikan tekanan darah sistolik dan diastolik 30 mmHg atau 15 mmHg, tekanan darah 140 /90 atau 160 /110 yang diambil selang waktu 6 jam.

Hipertensi dalam 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 normotensif, tekanan darah mencapai nilai 140/90 mmHg, atau kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg dan tekanan diastolik 15 mmHg di atas nilai normal (Junaidi, 2016). Hipertensi adalah adanya kenaikan tekanan darah melebihi batas normal yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg (Prawirohardjo, 2018).

b. Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2018), gangguan hipertensi pada kehamilan diantaranya adalah:

- 1) Hipertensi kronik adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pasca persalinan.
- 2) Preeklamsi adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria.
- 3) Eklamsi adalah preeklamsi yang disertai dengan kejang-kejang sampai dengan koma.
- 4) Hipertensi kronik dengan *super imposed* preeklamsi adalah hipertensi kronik di sertai tanda-tanda preeklamsi atau hipertensi kronik disertai proteinuria.
- 5) Hipertensi gestasional (*transient hypertension*) adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalin, kehamilan dengan preeklamsi tetapi tanpa proteinuria.

Hipertensi dalam kehamilan sebagai penyulit yang berhubungan langsung dengan kehamilan :

- 1) Preeklampsia
- 2) Eklampsia

c. Gejala dan Tanda

Hipertensi karena kehamilan dan pre eklampsia ringan sering ditemukan tanpa gejala-gejala, yang selalu ada pada hipertensi dalam kehamilan adalah tekanan diastolik 90-110 mmhg didua pengukuran berjarak 4 jam dan proteinuria negatif (Saifuddin, 2016).

d. Etiologi

Sampai sekarang belum diketahui penyebab hipertensi dalam kehamilan masih belum pasti, salah satu teori yang banyak dikemukakan dewasa ini adalah iskemia yaitu pembuluh darah terjepit sehingga terjadi gangguan aliran pembuluh darah dan kurangnya aliran darah dari plasenta namun teori ini belum dapat menerangkan berbagai pertanyaan yang bersangkutan tentangnya (Angsar MD 2016), tetapi menurut Manuaba (2016) penyebab utama hipertensi dalam kehamilan adalah hipertensi essensial dan penyakit ginjal.

e. Faktor Predisposisi terjadinya Hipertensi Dalam Kehamilan

Menurut Saifuddin (2016), terjadi hipertensi dalam kehamilan dapat dipengaruhi oleh beberapa keadaan yaitu:

1) Usia

Usia adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun (Nursalam, 2015). Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Umur ibu bersalin menurut (Manuaba,

2017) adalah waktu reproduksi yang digunakan dalam kehamilan sampai melahirkan.

Usia ibu merupakan usia hidup ibu yang dihitung dari ibu lahir sampai hamil. Saat terbaik untuk seorang wanita hamil adalah saat usia 20 – 35 tahun, karena pada usia itu seorang wanita sudah mengalami kematangan organ-organ reproduksi dan secara psikologi sudah dewasa. Pengelempokan Usia menurut Manuaba (2017) dibagi menjadi berisiko (35 tahun) dan tidak berisiko (20 – 35 tahun).

Pembagian umur berdasarkan masa kehidupan reproduksi dibedakan menjadi 3 bagian yaitu:

- a) Kurun reproduksi muda (< 20 Tahun)

Pada usia kurang dari 20 tahun organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna. Selain itu terjadi perebutan nutrisi antara ibu yang masih dalam tahap perkembangan dengan janin.

- b) Kurun reproduksi sehat (20-35 tahun)

Pada masa ini organ-organ tubuh sudah siap dan matang secara psikologis seseorang sudah dapat menyerap, menimbang, dan memutuskan karena wawasan dan intelektual sudah mencapai taraf kematangan.

- c) Kurun reproduksi tua (lebih dari 35 tahun)

Pada usia lebih dari 35 tahun fungsi organ reproduksi juga memiliki kecenderungan menderita gangguan kesehatan,

seperti jantung, ginjal, dan diabetes mellitus yang berdampak buruk pada perkembangan janin. Salah satu faktor yang penting dalam kehamilan adalah umur ibu waktu hamil untuk kepentingan ibu maupun janinnya. Faktor resiko pada ibu hamil, seperti umur terlalu muda (≤ 20 tahun) dan terlalu tua (≥ 35 tahun). Umur ibu mempengaruhi bagaimana ibu hamil mengambil keputusan dalam pemeliharaan kesehatannya. (Depkes RI, 2015).

2) Paritas

Paritas adalah banyaknya anak lahir hidup dan masih hidup. Menurut Chapman (2017) paritas adalah jumlah kelahiran yang pernah dialami ibu dengan mencapai *viabilitas*. Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan baik hidup maupun mati. Paritas oleh Manuaba (2017) dikelompokkan menjadi berisiko 1 atau ≥ 5 dan paritas tidak berisiko 2, 3 dan 4. Ditinjau dari tingkatannya paritas dikelompokkan menjadi tiga antara lain:

a) Paritas rendah atau primipara

Paritas rendah meliputi nullipara (jumlah anak 0) dan primipara (jumlah anak 2)

b) Paritas sedang atau multipara

Paritas sedang atau multipara digolongkan pada hamil dan bersalin dua sampai empat kali. Pada paritas sedang ini, sudah masuk kategori rawan terutama pada kasus-kasus obstetrik yang

jelek, serta interval kehamilan yang terlalu dekat kurang dari 2 tahun.

c) Paritas tinggi

Kehamilan dan persalinan pada paritas tinggi atau grandemulti, adalah ibu hamil dan melahirkan di atas 5 kali. Paritas tinggi merupakan paritas rawan oleh karena paritas tinggi banyak kejadian-kejadian obstetri patologi yang bersumber pada paritas tinggi, antara lain: plasenta previa, perdarahan postpartum, dan lebih memungkinkan lagi terjadinya atonia uteri. Pada paritas tinggi bisa terjadi pre eklamsi ringan oleh karena paritas tinggi banyak terjadi pada ibu usia lebih 35 tahun.

Primipara dan multigravida pada usia di atas 35 tahun merupakan kelompok risiko tinggi untuk toksemia gravidarum. Kematian maternal akan meningkat tinggi jika sudah menjadi eklamsi (Winkjosastro, 2017). Pada primigravida atau ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespons terhadap semua stressor dengan meningkatkan respons simpatis, termasuk respons yang ditujukan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah (Corwin, 2017).

Hipertensi pada kehamilan terjadi akibat kombinasi peningkatan curah jantung dan resistensi perifer total. Selama kehamilan normal, volume darah meningkat secara dratis. Pada wanita sehat, peningkatan volume darah diakomodasikan oleh penurunan responsivitas vaskular terhadap hormon-hormon vasoaktif, misalnya angiotensin II. Hal ini menyebabkan resistensi perifer total berkurang pada kehamilan normal dan tekanan darah rendah. Pada wanita dengan preeklamsia/eklamsia, tidak terjadi penurunan sensitivitas terhadap vasopeptida-vasopeptida tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah (Corwin, 2017).

Primigravida adalah salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklamsia/eklamsia. Peningkatan yang gradual dari tekanan darah, proteinuria dan edema selama kehamilan merupakan tanda-tanda preeklamsia, terutama pada primigravida. Gejala tersebut akan menjadi nyata pada kehamilan trimester III sampai saat melahirkan. Gejala tersebut timbul setelah umur kehamilan 20 minggu, jika timbulnya sebelumnya, mungkin terjadi kehamilan *Mola hydatidosa* atau hamil anggur (Sofoewan S, 2017).

3) Riwayat Hipertensi Sebelumnya

Salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia adalah riwayat hipertensi (Wiknjosastro, 2016). Ibu yang mempunyai riwayat hipertensi berisiko lebih besar mengalami preeklampsia, serta dapat

meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas maternal (Bobak et al., 2015). Bahaya yang spesifik pada kehamilan yang disertai oleh hipertensi adalah resiko timbulnya preeklampsia berat yang mungkin hampir dijumpai 25% pada wanita. Hipertensi dapat menyebabkan hipertropi ventrikel dan dekompensatio kordis, cedera serebrovaskular, dan kerusakan intrinsik ginjal. Hal tersebut dapat menyebabkan preeklampsia ringan yang dimiliki pada kehamilan sebelumnya menjadi preeklampsia berat pada saat kehamilan berikutnya sehingga dapat memicu terjadinya eklampsia (Cunningham, 2012)

f. Diagnosis Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan mencakup hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik, nyeri kepala, penglihatan kabur sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Hipertensi yang ditimbulkan atau diperberat oleh kehamilan lebih mungkin terjadi pada wanita yang :

- 1) Terpapar vili korialis untuk pertama kalinya
- 2) Terpapar vili korialis yang terdapat jumlah yang banyak seperti pada kehamilan kembar atau mola hidatidosa
- 3) Mempunyai riwayat penyakit vaskuler
- 4) Mempunyai kecenderungan genetik untuk menderita hipertensi dalam kehamilan.

Kemungkinan bahwa mekanisme imunologis di samping endokrin dan genetic turut terlibat dalam proses terjadinya pre-ekklamsia dan masih menjadi masalah yang mengundang perhatian. Resiko hipertensi karena kehamilan dipertinggi pada keadaan di mana pembentukan antibody penghambat terhadap tempat-tempat yang bersifat antigen pada plasenta terganggu. Tekanan diastolik merupakan indikator untuk prognosis dalam penanganan hipertensi dalam kehamilan karena tekanan diastolik mengukur tahanan ferifer dan tidak dipengaruhi oleh keadaan emosional. Jika tekanan diastolik > 90 mmhg pada dua pemeriksaan berjarak 4 jam diagnosisnya adalah hipertensi tetapi pada keadaan urgen tekanan diastolik 110 mmhg dapat dipakai sebagai dasar diagnosis dengan jarak waktu pengukuran < 4 jam (Saifuddin 2016).

g. Komplikasi Hipertensi dalam Kehamilan

Komplikasi hipertensi dalam kehamilan menurut Mitayani (2015) antara lain:

- 1) Pada ibu
 - a) Solusio plasenta
 - b) Perdarahan subkapsula hepar
 - c) Kelainan pembekuan darah (DIC)
 - d) Sindrom HELLP
 - e) Ablasio retina
- f) Gagal jantung hingga syok dan kematian

2) Pada janin

- a) Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus
- b) Prematur
- c) Asfiksia neonatorum
- d) Kematian dalam kandungan
- e) Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal

h. Pencegahan dan Penanganan Hipertensi Dalam Kehamilan

Menurut Murbawi (2016) tidak ada cara lain untuk mencegah hipertensi dalam kehamilan selain dengan menjaga kehamilan dengan baik. Salah satu cara yaitu dengan mengkonsumsi sayuran, buah segar yang bergizi dan menjalani pola hidup sehat. Makanan yang dikonsumsi harus mengandung sedikit garam, rendah lemak, karbohidrat, istirahat dan menjaga makanan. Pemeriksaan kehamilan secara teratur sangat berguna untuk memonitor kondisi ibu dan janin.

Penanganan hipertensi dalam kehamilan bertujuan untuk mencegah terjadinya hipertensi dalam kehamilan yang lebih parah yaitu eklampsia ibu hamil diharapkan mampu melahirkan bayi hidup dengan trauma seminimal mungkin pada bayi maupun ibu sendiri. Penanganan hipertensi dalam kehamilan yaitu dengan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, rendah lemak, karbohidrat, mengurangi garam dan memperbanyak sayuran serta buah segar. Jika hal ini kondisi ibu tidak membaik walau sudah diberi obat-obatan,

kehamilan harus segera diakhiri meskipun umur kehamilan dan berat janin masih belum mencukupi (Murbawi, 2016)

2. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Hipertensi dalam Kehamilan

Usia dan paritas ibu dapat berpengaruh pada kemungkinan terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil yang lebih tua (di atas 35 tahun) memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan hipertensi dalam kehamilan. Risiko ini diduga terkait dengan perubahan hormonal dan perubahan fisiologis yang terjadi pada tubuh wanita seiring bertambahnya usia. Selain itu, ibu hamil yang lebih tua cenderung memiliki risiko penyakit yang lebih tinggi, seperti penyakit jantung dan diabetes, yang dapat meningkatkan risiko hipertensi dalam kehamilan (Wiknjosastro, 2016).

Paritas merujuk pada jumlah kehamilan seorang wanita yang mencapai 20 minggu atau lebih. Beberapa studi menunjukkan bahwa ibu hamil dengan paritas tinggi (4 kali atau lebih) memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami hipertensi dalam kehamilan. Risiko ini diduga terkait dengan perubahan fisiologis pada tubuh ibu hamil setelah beberapa kehamilan, seperti kelelahan sistem kardiovaskular (Wiknjosastro, 2016). Penting untuk diingat bahwa setiap kehamilan unik dan risiko hipertensi dapat bervariasi tergantung pada faktor-faktor individual. Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk menjaga kesehatan yang baik dan mengikuti saran dari dokter kandungan untuk mengurangi risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil yang lebih tua atau memiliki paritas yang tinggi harus memantau tekanan darah mereka secara ketat dan mengambil

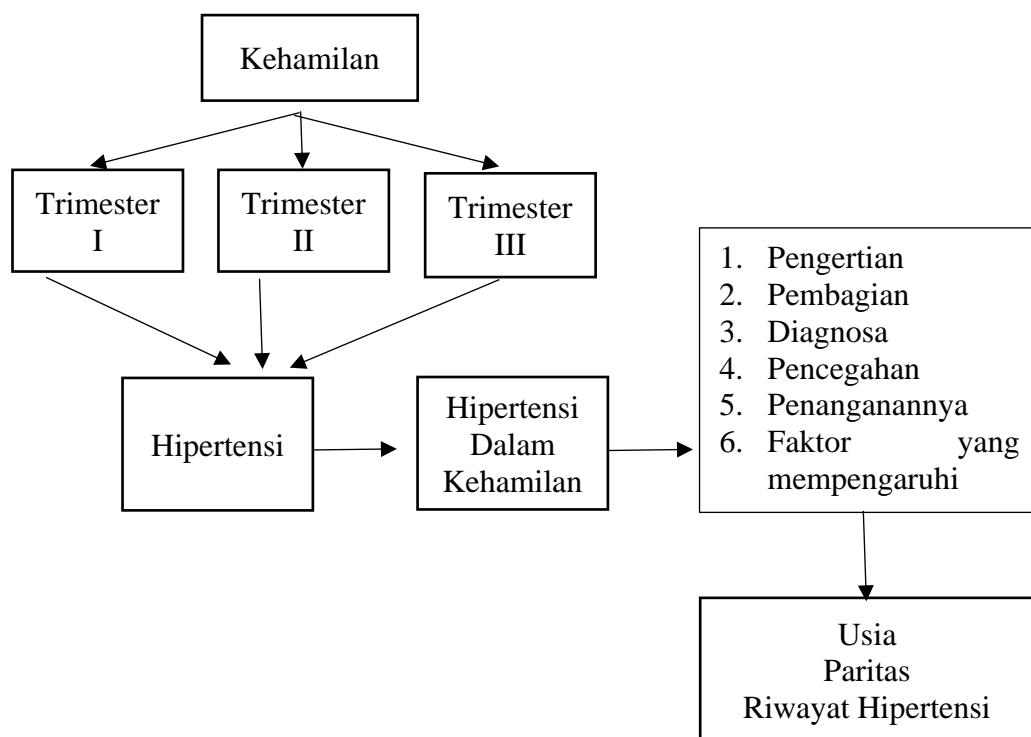
langkah-langkah pencegahan yang dianjurkan oleh dokter kandungan mereka.

Riwayat hipertensi dalam kehamilan sebelumnya memiliki hubungan dengan peningkatan risiko mengembangkan hipertensi dalam kehamilan pada kehamilan berikutnya. Ini dikenal sebagai hipertensi dalam kehamilan rekuren. Hipertensi dalam kehamilan rekuren terjadi ketika seorang wanita yang sebelumnya telah mengalami hipertensi selama kehamilan, seperti preeklampsia atau hipertensi gestasional, mengalami kondisi yang serupa pada kehamilan berikutnya. Risiko mengalami hipertensi dalam kehamilan rekuren meningkat jika riwayat hipertensi sebelumnya cukup parah atau jika terjadi komplikasi seperti preeklampsia berat. Penting bagi wanita dengan riwayat hipertensi dalam kehamilan sebelumnya untuk mendapatkan perawatan prenatal yang tepat dan teratur, serta memantau tekanan darah mereka dengan cermat selama kehamilan berikutnya. Dalam beberapa kasus, dokter mungkin juga merekomendasikan langkah-langkah pencegahan tambahan, seperti penggunaan obat hipertensi atau tindakan medis lainnya, untuk mengelola risiko hipertensi dalam kehamilan rekuren (Wiknjosastro, 2016).

B. Kerangka Teori

Kerangka teori ini didasarkan pada penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa usia dan paritas ibu merupakan faktor risiko yang berpotensi mempengaruhi perkembangan hipertensi dalam kehamilan. Usia ibu

dan paritas juga dapat mempengaruhi respons tubuh ibu terhadap kehamilan dan mengubah risiko kehamilan dengan hipertensi. Dalam kerangka teori ini, usia dan paritas, serta riwayat HDK ibu dilihat sebagai variabel independen, sedangkan hipertensi dalam kehamilan sebagai variabel dependen sebagaimana terlihat pada bagan 1 berikut ini:



**Bagan 2.1
Kerangka Teori**

Sumber: Suciati (2019), Wiknjosastro (2016), Manuaba (2016), Prawirohardjo (2018), Saifuddin (2016), Angsar MD (2016), Winkjosastro (2017), Corwin (2017), Sofoewan S (2017), Cunningham (2012)