

---

## G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>H<sub>1</sub> (GRAVID 40-41 MINGGU), INPARTU KALA 1 FASE LATEN, HIPERTENSI GESTASIONAL + JANIN TUNGGAL HIDUP INTRAUTERINE, PRESENTASI KEPALA

<sup>1)</sup>Mofri Lindo, <sup>2)</sup>Alwin Marihot Hutabarat, <sup>3)</sup>Ervrensi Cinta Laura, <sup>4)</sup>Yuharika Pratiwi\*

<sup>1,2)</sup>Bagian Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Umum Kota Dumai, Jl. Tanjung Jati No.4 Dumai – Riau – Indonesia

<sup>3,4)</sup>Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Abdurrah

Jl. Riau Ujung No 73 Pekanbaru – Riau – Indonesia

E-mail: yuharika.pratiwi@univrab.ac.id

\*corresponding author

---

### Kata Kunci:

Hipertensi gestasional,  
inpartu.

### ABSTRAK

Gangguan hipertensi dalam kehamilan termasuk hipertensi kronis dengan atau tanpa preeklamsia/eklamsia, hipertensi gestasional, sindrom HELLP, dan preeklamsia dengan atau tanpa gejala berat atau eklamsia, merupakan risiko morbiditas yang signifikan bagi ibu dan janin. Hipertensi gestasional didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mm Hg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mm Hg. Pasien didiagnosis hipertensi gestasional karena rujukan dari Puskesmas dengan tekanan darah tinggi yaitu 142/98 mmHg. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan tekanan darah pasien yaitu 150/110 mmHg.

### Keywords:

*Gestational hypertension,  
inpartu*

### ABSTRACT

*Hypertensive disorders in pregnancy, including chronic hypertension, with or without preeclampsia/eclampsia, gestational hypertension, HELLP syndrome, preeclampsia with or without severe symptoms or eclampsia, constitute a significant risk of maternal and fetal morbidity. Gestational hypertension was defined as a systolic blood pressure  $>140$  mm Hg or a diastolic blood pressure  $>90$  mm Hg. The patient was diagnosed with gestational hypertension due to a referral from the Puskesmas with high blood pressure of 142/98 mmHg. On blood pressure examination, the patient's blood pressure was 150/110 mmHg.*

### Info Artikel

Tanggal dikirim: 15-5-2021  
Tanggal direvisi: 17-5-2021  
Tanggal diterima: 28-5-2021  
DOI Artikel:  
10.36341/cmj.v4i2.2724

---

## PENDAHULUAN

Gangguan hipertensi dalam kehamilan, termasuk hipertensi kronis dengan atau tanpa preeklamsia/eklamsia, hipertensi gestasional, sindrom HELLP, dan preeklamsia dengan atau tanpa gejala berat atau eklamsia merupakan risiko morbiditas yang signifikan bagi ibu dan janin. Meskipun perawatan prenatal yang tepat dengan pengamatan yang cermat untuk mendeteksi tanda-tanda preeklamsia dan persalinan yang cepat untuk mengurangi atau menghindari efek samping telah menghasilkan penurunan morbiditas dan mortalitas. Sementara itu hipertensi dapat menimbulkan kekhawatiran selama masa kehamilan, efek samping dari perkembangan menjadi preeklamsia/eklamsia menghadirkan perhatian utama. Penatalaksanaan pasien dengan hipertensi

gestasional dapat dilakukan dengan aman sebagai pasien rawat jalan bila tidak ada bukti hipertensi berat atau perkembangan menjadi preeklamsia yang hadir melalui pemantauan tekanan darah mingguan secara konvensional (*office blood pressure measurement*) dan ekskresi protein urin, serta pengukuran tekanan darah dua kali seminggu di rumah (*out-of-office blood pressure*) [1].

## DEFINISI

Hipertensi gestasional didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mm Hg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mm Hg, atau keduanya, pada dua kesempatan di setidaknya 4 jam terpisah setelah 20 minggu kehamilan, pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal. Hipertensi gestasional dianggap parah ketika tingkat sistolik

mencapai 160 mm Hg atau tingkat diastolik mencapai 110 mm Hg, atau keduanya [2].

## **EPIDEMIOLOGI**

Hipertensi yang diinduksi kehamilan (pregnancy-induced hipertensi/ PIH) diperkirakan mempengaruhi 7% sampai 10% dari semua kehamilan di Amerika Serikat. Meskipun menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu dan penyumbang utama morbiditas ibu dan perinatal, mekanisme yang bertanggung jawab untuk patogenesis PIH tidak jelas. Hipertensi yang terkait dengan preeklamsia berkembang selama kehamilan dan menghilang setelah melahirkan, yang berimplikasi pada plasenta sebagai penyebab utama penyakit ini<sup>5</sup>.

## **FAKTOR RISIKO**

1. Usia 20-30 tahun adalah periode paling aman untuk hamil/melahirkan. Wanita yang berada pada awal atau akhir usia reproduksi, dianggap rentan mengalami komplikasi kehamilan.
2. Hubungan peningkatan usia maternal terhadap hipertensi kehamilan adalah sama, dan meningkat lagi saat usia di atas 35 tahun. Hipertensi karena kehamilan paling sering mengenai wanita tua.
3. Graviditas merupakan jumlah dari kehamilan terlepas dari usia kehamilan. Catatan statistik menunjukkan dari seluruh insiden dunia, dalam 5%-8% hipertensi dalam kehamilan dari semua kehamilan, terdapat 12% lebih dikarenakan oleh primigravida (kehamilan pertama).
4. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu pengukuran antropometri dengan rasio berat badan dan tinggi badan untuk penilaian status gizi [6].

## **PATOGENESIS**

1. Teori iskemia plasenta, radikal bebas, dan disfungsi endotel.

Pada hipertensi dalam kehamilan terjadi kegagalan remodelling arteri spiralis sehingga mengakibatkan iskemia plasenta. Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan atau radikal bebas. Radikal bebas akan merusak membran sel

yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi proksida lemak. Peroksida lemak akan merusak membran sel, nukleus, dan protein sel endotel.

2. Toleransi imunologis yang bersifat maladaptif diantara jaringan maternal, paternal (plasental), dan fetal
3. Maladaptasi maternal terhadap perubahan kardiovaskular atau inflamatorik yang terjadi pada kehamilan normal

Pada hamil normal pembuluh darah refrakter terhadap bahan-bahan vasopresor. Pada kehamilan normal terjadinya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor adalah akibat dilindungi oleh adanya sintesis prostaglandin oleh sel endotel pembuluh darah. Hal ini dibuktikan bahwa daya refrakter terhadap bahan vasopresor akan hilang bila diberi prostaglandin sintesa inhibitor. Prostaglandin ini dikemudian hari ternyata adalah prostaskilin.

## **PENEGAKAN DIAGNOSIS**

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang- kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik.

Diagnosa hipertensi gestasional ditegakkan pada ibu hamil yang memiliki tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya pada masa kehamilan namun tidak ditemukan proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transient bila tidak berkembang menjadi preeklamsi dan tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu postpartum [2].

## **PENATALAKSANAAN**

1. Pengobatan Hipertensi Akut pada Kehamilan  
Hipertensi berat akut pada kehamilan adalah keadaan darurat medis yang butuh pengobatan untuk menurunkan tekanan darah dalam waktu 30 menit setelah

konfirmasi untuk mengurangi risiko stroke ibu. Menurut ACOG pilihan lini pertama untuk pengobatan termasuk nifedipin oral, labetalol IV, dan hidralazin IV.

2. Tirah baring dan rawat inap  
Wanita dengan hipertensi yang memburuk selama kehamilan sering ditempatkan di tempat tidur atau aktivitas terbatas, meskipun tidak ada bukti ilmiah yang menunjukkan bahwa ini bermanfaat dalam memperpanjang kehamilan atau mengurangi morbiditas/mortalitas ibu atau janin. Wanita dengan hipertensi dan dugaan preeklamsia biasanya dirawat di rumah sakit untuk observasi dan penyelidikan yang ketat.
3. Anjuran persalinan adalah sebagai berikut:
  - Usia kehamilan 38-39 minggu 6/7 untuk wanita yang tidak memerlukan pengobatan
  - Usia kehamilan 37-39 6/7 minggu untuk wanita dengan hipertensi terkontrol dengan obat-obatan
  - Usia kehamilan 36-37 6/7 minggu untuk wanita dengan hipertensi berat sulit dikendalikan [7].

## **FASE PERSALINAN**

### **1. Kala I**

Kala I disebut sebagai kala pembukaan. Kala ini dimulai dari his yang teratur sampai pembukaan lengkap. Proses membukanya serviks dibagi menjadi 2 yaitu: [8]

- Fase laten: pembukaan serviks 1 hingga 3 cm, sekitar 8 jam.
- Fase aktif: pembukaan serviks 4 cm hingga pembukaan lengkap (10 cm) sekitar 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm, fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, dan fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap 10 cm.

### **2. Kala II**

Fase ini dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan pengeluaran janin. Beberapa tanda bahwa pasien memasuki

kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vaginanya, perineum menonjol/menipis, vulva vagina dan sfingter ani terbuka. Pada kala II jika bayi belum lahir dalam 120 menit (2 jam) meneran untuk primigravida atau

60 menit (1jam) meneran untuk multigravida maka segera hubungi dokter spesialis obstetri dan ginekologi.<sup>8</sup>

### **3. Kala III**

Fase ini setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit. Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi globular dan lebih kaku, umumnya keluar sejumlah darah yang banyak dan tiba-tiba, tali pusat memanjang [9].

## **MEKANISME PERSALINAN**

1. Engagement: mekanisme ketika diameter biparietal- diameter transversal terbesar pada presentasi oksiput melewati apertura pelvis superior.
2. Desensus: merupakan penurunan kepala lebih lanjut. Desensus ditimbulkan oleh tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong saat berkontraksi, tekanan ke bawah oleh otot-otot abdomen maternal, ekstensi dan pelurusan tubuh janin.
3. Fleksi: Saat kepala sedang desensus maka akan mengalami hambatan dari serviks, dinding pelvis yang normalnya terjadi fleksi kepala. Pada gerakan ini dagu mengalami kontak lebih dekat dengan dada janin dan diameter suboksipitobregmatikum yang lebih pendek menggantikan suboksipitofrontalis yang lebih panjang.  
Rotasi internal: Gerakan ini terdiri dari perputaran kepala sedemikian rupa sehingga oksiput secara bertahap bergerak ke arah simphisis pubis dibagian anterior.
4. Ekstensi: Melalui proses distensi progresif perineum dan pembukaan vagina bagian oksiput perlahan-lahan akan semakin terlihat. Kepala lahir dengan urutan oksiput,

bregma, dahi, hidung, mulut, dan akhirnya dagu melewati tepi anterior perineum. Segera setelah lahir kepala menghadap ke bawah sehingga dagu terletak di atas anus maternal.

5. Rotasi eksternal: Putaran paksi luar merupakan gerakan untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.
6. Ekspulsi Segera setelah rotasi eksternal, bahu anterior terlihat di bawah simphisis dan perineum segera terdistensi oleh bahu posterior. Setelah kelahiran bahu bagian tubuh lainnya lahir dengan cepat.

### **LAPORAN KASUS**

Pasien Ny. K usia 23 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>H<sub>1</sub> datang ke RSUD Dumai pada tanggal 05 Juli 2022 kiriman Puskesmas Bumi Ayu dengan diagnosa G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>H<sub>1</sub> gravid 40-41 minggu, susp.PE + janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala. Pasien mengeluhkan nyeri pinggang menjalar ke ari-ari sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, nyeri dirasakan terus menerus dan semakin memberat. Pasien mengatakan tidak ada keluar darah dari jalan lahir. Tidak ada keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Tidak ada keluar air-air dari jalan lahir. Gerakan janin aktif (+). Hari Pertama Haid Terakhir pasien yaitu 16/09/2021. USG terakhir pada tanggal 02 Juli 2022 dengan hasil usia kehamilan 40-41 minggu dan TBJ: 3.100 gram.

Saat hamil muda pasien sering mual, muntah, tidak ada riwayat hipertensi dan perdarahan. Saat hamil tua pasien memiliki riwayat perdarahan saat usia kandungan >20 minggu. Pasien kontrol kehamilan rutin, dilakukan setiap bulan di bidan. Kontrol dengan Sp.OG sebanyak 2x dan USG sebanyak 6x. Tekanan darah setiap kontrol kehamilan normal berkisar 110/80 mmHg - 130/80 mmHg. Perut bertambah besar sesuai usia kehamilan. Berat badan naik sangat signifikan seiring bertambahnya usia kandungan.

Pasien mengonsumsi vitamin, obat tambah darah, dan kalsium yang diperoleh dari bidan. Pasien tidak ada mengonsumsi obat-obatan yang lain dan jamu selama

hamil. Pasien Menarche pada usia 13 tahun, siklus haid teratur tiap 28 hari, lamanya haid 7 hari, haid tidak disertai dengan dysmenorrhea, jumlah darah haid sekitar 2- 5x ganti pembalut dalam sehari. Pasien menikah pada tahun 2018 yang merupakan pernikahan pertama dan usia pasien saat menikah yaitu 19 tahun. Usia pernikahannya ini yaitu 4 tahun. Kehamilan saat ini merupakan kehamilan kedua. Kehamilan pertama tahun 2018, persalinan normal, usia kehamilan aterm dengan berat bayi lahir yaitu 3200 gram. Pasien menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan, kontrasepsi dimulai saat usia anak pertama 40 hari dan berhenti menggunakan kontrasepsi pada bulan Juni 2021.

Pasien datang dan dilakukan pemeriksaan didapatkan TD 150/110 mmHg, TFU 37 cm dengan TBJ 3875 gram, Leopold 1 teraba massa bulat, lunak, tidak melenting (kesan bokong), Leopold 2 teraba tahanan memanjang pada sisi kanan ibu dan teraba bagian-bagian kecil pada sisi kiri ibu, Leopold 3 teraba massa bulat, keras, melenting (kesan kepala), Leopold 4 konvergen 3/5. Pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 3 cm, penipisan 80%, konsistensi lunak, arah anterior, terbawah kepala, hodge I-II. Pemeriksaan laboratorium didapatkan protein urin negatif. Pasien diberikan dopamet 3x250 mg.

### **PEMBAHASAN**

Pasien didiagnosis inpartu karena pasien datang mengeluhkan nyeri dari pinggang menjalar ke ari-ari sejak 1 hari SMRS. Pada pemeriksaan dalam diperoleh serviks sudah berdilatasi 3 cm, dan effacement 80%. Kontraksi 1x /10'/20''. Hal ini sesuai dengan teori dimana partus dimulai (inpartu) bila timbul his dan sudah ada dilatasi serviks.

Pasien didiagnosis hipertensi gestasional karena rujukan dari Puskesmas dengan tekanan darah tinggi yaitu 142/98 mmHg. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan tekanan darah pasien yaitu 150/110 mmHg. Hasil pemeriksaan darah lengkap pasien dalam batas normal, begitu juga dengan hasil pemeriksaan faal hati, faal ginjal. Hasil pemeriksaan urinalisa didapatkan protein urin negatif. Hal ini sesuai dengan teori bahwa hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik. Diagnosa hipertensi

gestasional ditegakkan pada ibu hamil yang memiliki tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya pada masa kehamilan namun tidak ditemukan proteinuria.

Faktor risiko yang memungkinkan pasien menderita hipertensi gestasional adalah indeks massa tubuh (IMT) yaitu 41,01, sesuai dengan teori bahwa Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu pengukuran antropometri dengan rasio berat badan dan tinggi badan untuk penilaian status gizi. Peningkatan IMT sangat erat kaitannya dengan terjadinya hipertensi ringan dan atau preeklamsia.

Pada pemeriksaan Leopold 1, TFU: 37 cm. Setelah dilakukan perhitungan diperoleh taksiran berat 3.875 gram. Pada pemeriksaan Leopold III teraba massa bulat, keras, melenting (kesan kepala) yang sudah tidak dapat digerakkan dilanjutkan dengan pemeriksaan Leopold IV dengan hasil konvergen 3/5 yang berarti kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

#### **a. Kala I**

Pada pukul 08.15 WIB pasien mengeluhkan nyeri pinggang menjalar sampai ke ari-ari, dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil ada dilatasi serviks 4 cm, portio lunak, arah anterior, EFF 85%, presentasi kepala. Pada pukul 09.05 WIB nyeri semakin lama semakin sering dan keluar lendir bercampur darah, dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasilnya portio lunak, arah anterior, dilatasi serviks 8 cm, effacement 90%, ketubuh utuh, dan sarung tangan lendir darah positif.

#### **a. Kala II**

Pada pukul 09.50 WIB ibu mengatakan ingin meneran seperti mau BAB dan ingin mengejan, kemudian tampak tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka yang merupakan tanda Kala II. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi terdapat tanda gejala kala II yang bertujuan untuk mengetahui pembukaan serviks, didapatkan hasil pembukaan 10 cm dengan portio tidak teraba, kepala di bidang Hodge III-IV dan sarung tangan lendir darah positif. Maka pada saat itu Ny. S dalam persalinan kala II. Kemudian ibu dipimpin persalinan

pada pukul 09.50 WIB dan bayi lahir perempuan pada pukul 10.00 dengan BBL 3250 gram, PB 50 cm, apgar score 7/8.

#### **b. Kala III**

Dilakukan manajemen aktif kala III dengan pemberian oksitosin segera setelah kelahiran plasenta dan melakukan traksi tali pusat terkendali. Pada genitalia terdapat laserasi perineum grade 1 yang menyebabkan perdarahan aktif, sehingga dilakukan perineorafi.

#### **c. Kala IV**

Pasien mengatakan perutnya masih terasa mulas. Pemeriksaan dilakukan pada Ny. K yakni TFU berada 2 jari dibawah pusat kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong. Sesuai dengan teori dari Varney dkk (2007) bahwa uterus normalnya keras ketika disentuh dan fundus ditemukan di tengah abdomen  $\pm 2/3$  sampai  $3/4$  antara simfisis dan umbilikus.

#### **d. Pembahasan Tinjauan Kasus Asuhan Kebidanan Nifas**

Ibu mengeluh pada nifas hari pertama yakni masih terasa mulas, dikarenakan masih ada kontraksi dan retraksi dari uterus sesuai dengan Oxford (2012). Uterus tetap berkontraksi dan beretraksi serta berada di posisi tengah di abdomen bawah. Dilakukan pemeriksaan tanda vital, observasi abdominal, dan perdarahan. Hal ini menurut Oxford (2012) merupakan aspek fisiologis dalam asuhan pascanatal untuk memastikan kesehatan fisik dan mendeteksi adanya penyimpangan dari normal. Dalam pemeriksaan tersebut ibu dalam keadaan sehat dan normal kemudian pasien diperbolehkan pulang dengan anjuran kontrol ke poli kebidanan seminggu kemudian.

#### **KESIMPULAN**

1. Pada pasien di atas ditegakkan diagnosis G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>H<sub>1</sub> (Gravid 40-41 minggu), Inpartu Kala 1 Fase Laten, Hipertensi Gestasional+Janin Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala.
2. Pasien didiagnosis Hipertensi Gestasional sehingga diberikan obat anti hipertensi.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- [1]. Braunthal, S., Brateanu, A. 2019. *Hypertension in Pregnancy: Pathophysiology and Treatment*. StatPearls

- Publishing. Tersedia pada:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458675/> (Diakses 10 Juli 2022).
- [2]. Sari, W E. 2016. *Kehamilan dengan Hipertensi Gestasional*. J medulla Unila: 4(3); 145-148.
- [3] Lim, K-H. 2018. "Preeclampsia," *Medscape*, [Daring]. Tersedia pada: <https://emdicine.medscape.com/article/1476919-overview#a1> [Diakses 10 Juli 2022).
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. *ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy*. *Obstet Gynecol*. 2019 Jan;133(1):e26-e50. Doi:10.1097/AOG.0000000000003020. PMID: 30575676
- [6] Granger, J P., Alexander, B T., Bannet, W A., Khalil R A. 2001. *Pathophysiology of Pregnancy-Induced Hypertension*. *American Journal of Hypertension*: 14(3);178-185.
- [7] Rohmani, A., Setyabudi, M T., Puspitasari, D R. 2013. *Faktor Risiko Kejadian Hipertensi dalam Kehamilan*.
- [8] Kemenkes. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kemenkes.
- [9] F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. c Hauth, D. J. Rouse, dan C. Y. Spong. 2013. *Williams Obstetrics*, 23 ed. New York: McGraw-Hill.
- [10] Siswosudarmo et al. 2008. *Obstetri Fisiologi*. Jakarta: Pustaka Cendikia.
- [11] ACOG. 2013. *Definition of Term Pregnancy*. Number 579. Tersedia pada: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy> (Diakses 10 Juli 2022).
- [12] Saifuddin, AB., Rachimhadhi T., Wiknjosastro, GH. 2018. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*, 4 Cetakan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.