

POLA PEMBERIAN TERAPI MUAL DAN MUNTAH PADA IBU HAMIL OLEH DOKTER SPESIALIS OBSTETRI DAN GINEKOLOGI SERTA BIDAN DI KOTA DENPASAR

Ni Putu Ayu Widiyasari¹, I Gusti Made Surya Chandra Trapika²

¹Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

²Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

ABSTRAK

Mual dan muntah pada ibu hamil atau yang disebut dengan *nausea and vomiting in pregnancy* (NVP) adalah salah satu penyebab tingginya angka morbiditas ibu hamil yang hingga saat ini belum diketahui terapi definitifnya. NVP dengan manifestasi gejala yang berat disebut dengan Hiperemesis Gravidarum (HG). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pengobatan NVP oleh praktisi kesehatan di kota Denpasar. Penelitian bertempat di praktek dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan di kota Denpasar yang dipilih secara *simple random sampling*. Populasi adalah seluruh ibu hamil dengan NVP yang berkunjung ke praktek swasta dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan di kota Denpasar dalam jangka waktu Januari-Mei 2014. Rancangan yang digunakan adalah studi *cross-sectional* dengan pemilihan sampel secara *total sampling* dan digunakan sampel sejumlah 88 ibu hamil. Data dikumpulkan dari rekam medis pasien dan dipindahkan ke formulir penelitian. Data yang didapatkan dianalisis lebih lanjut secara deskriptif. Secara umum didapatkan proporsi pemberian farmakoterapi kepada pasien NVP lebih tinggi (70,5%) dibandingkan non-farmakoterapi (29,5%) dengan seluruh pasien HG diberikan farmakoterapi. Jenis farmakoterapi yang paling dominan dipilih secara umum adalah vitamin B6 (56,5%). Dokter spesialis obstetri dan ginekologi dominan memilih inhibitor serotonin dan bidan dominan memilih vitamin B6. Dapat disimpulkan bahwa farmakoterapi merupakan pilihan dominan dalam terapi NVP dengan vitamin B6 yang mendominasi. Seluruh pasien HG mendapatkan farmakoterapi. Disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut lagi dengan jangka waktu dan tempat penelitian yang lebih banyak untuk mengetahui kondisi terapi NVP di lapangan dan pilihan farmakoterapi para praktisi kesehatan untuk menangani NVP.

Kata kunci: NVP, Farmakoterapi, Non-farmakoterapi

ABSTRACT

Nausea and vomiting in pregnancy (NVP) is one of cause of high morbidity of pregnant women that definitive therapy has not yet been known. NVP with severe symptom is called Hyperemesis Gravidarum (HG). Aim of this study was to know patterns of nausea and vomiting therapy in pregnancy by obstetrician and midwives in Denpasar. This study took place at Obstetrician and gynecologist and midwifery in Denpasar which were chosen by simple random sampling. The population was all of pregnant women with NVP who visited a private practice of Obstetrician and midwifery in Denpasar in the period of January to May 2014. The design was cross-sectional study with a sample selection used total sampling and sample number was 88 of pregnant women. Data were collected from medical records and transferred to research form and analyzed descriptively. In general, proportion of pharmacotherapy that was given by

medical practitioner to the NVP patient is higher (70.5%) than non-pharmacotherapy (29.5%) that dominated by vitamin B6. All of HG patients were given pharmacotherapy. Vitamin B6 (56.5%) was the most dominant pharmacotherapy type that was chosen. Obstetrician dominant chose serotonin inhibitor and midwives chose vitamin B6. It is concluded that pharmacotherapy was dominant choice in the NVP treatment that was dominated by vitamin B6. All of HG patients were given pharmacotherapy. It is recommended to conduct further research with a more period and sampling to know condition of NVP therapy and pharmacotherapy chosen by Obstetrician and midwifery to treat NVP.

Keywords: NVP, Pharmacotherapy, Non-pharmacotherapy

PENDAHULUAN

Kondisi hamil rentan terhadap berbagai “stres” yang mempengaruhi fisiologis dan fungsi metabolisme.¹ Berbagai keadaan patologis maupun fisiologis dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil, salah satunya adalah mual dan muntah pada kehamilan atau disebut dengan *Nausea and Vomiting in Pregnancy* (NVP).² NVP ditandai dengan gejala mual, muntah, hipersaliva, sakit kepala, perut kembung, dan rasa lemas pada tubuh.³ NVP dialami oleh sekitar 50% hingga 90% ibu hamil di dunia. Umumnya, NVP dikenal dengan istilah *morning sickness*.

Etiologi NVP yang belum diketahui secara pasti berdampak pada belum adanya pengobatan definitif dalam penatalaksanaan NVP. Hingga saat ini, terdapat berbagai panduan yang menyatakan bahwa sebagian NVP adalah *self-limiting* dan tidak memerlukan pengobatan secara farmakologis. Namun, pada beberapa kasus pengobatan farmakologis juga diperlukan dalam penanganan NVP terutama NVP yang gejalanya mengganggu aktivitas sehari-hari atau menimbulkan komplikasi.⁴ Berdasarkan

atas penelitian yang dilakukan oleh Goodwin, dkk. (2007) menunjukkan bahwa hingga kini pola pemberian terapi pada pasien NVP khususnya farmakoterapi masih beragam dan memiliki kecenderungan karakteristik yang berbeda pada beberapa periode waktu.⁵

Berdasarkan fakta-fakta tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui pola pemberian terapi pada ibu hamil dengan NVP di Bali yang dipusatkan di kota Denpasar sehingga dapat mengetahui kondisi terapi NVP di lapangan dan pilihan farmakoterapi para praktisi kesehatan khususnya dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta bidan untuk menangani NVP. Pengkajian terhadap pola pemberian terapi pada ibu hamil dengan NVP merupakan suatu urgensi yang perlu mendapatkan perhatian mengingat tingginya morbiditas NVP pada ibu hamil dan kemungkinan komplikasinya yang berdampak buruk pada kesehatan ibu dan anak.

BAHAN DAN METODE

Penelitian dilakukan di praktek swasta dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan di kota Denpasar

pada April 2014- Juni 2014. Populasi adalah seluruh ibu hamil dengan NVP yang berkunjung ke praktek swasta dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan di kota Denpasar dalam jangka waktu Januari 2014-Mei 2014 dengan data rekam medis yang lengkap berupa identitas (usia ibu hamil dan usia kehamilan), tingkat keparahan NVP, dan terapi yang diberikan. Rancangan yang digunakan adalah *cross-sectional* dengan pemilihan sampel secara dua tahap. Tahap pertama, dari daftar praktek swasta dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan yang tersebar di kota Denpasar, akan dipilih 4 praktik dokter dan 4 praktik bidan melalui *simple random sampling*. Tahap kedua, pada ke-8 praktik tersebut, akan diambil seluruh rekam medis pasien ibu hamil

Tabel 1. Karakteristik Sampel

N (Jumlah sampel)	88
Usia ibu hamil	
- < 20 tahun	4,5%
- 20-35 tahun	88,6%
- > 35 tahun	6,8%
Praktek <i>Antenatal Care</i>	
- Dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi	37,5%
- Bidan	62,5%
Trimester	
- Trimester 1 (0-12 minggu)	83%
- Trimester 2 (>12-24 minggu)	17%
Tingkat Keparahan NVP	
- NVP	97,7%
- Hiperemesis Gravidarum	2,3%

dengan NVP yang berkunjung pada bulan Januari 2014-Mei 2014 melalui teknik *total sampling*. Total sampel yang digunakan sebanyak 88.

Data dikumpulkan pada 4 praktik swasta dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan 4 bidan di kota Denpasar kemudian peneliti melihat rekam medis pasien pada masing-masing praktek dokter dan bidan tersebut untuk melihat data pasien ibu hamil dengan NVP. Data-data sampel yang diperlukan akan dilihat melalui rekam medis dan dicantumkan pada formulir penelitian. Hal tersebut terus dilakukan hingga jumlah sampel terpenuhi. Analisis data dilakukan dengan analisis deskriptif menggunakan *software* statistika sehingga akan diperoleh distribusi proporsi pemberian farmakoterapi dan jenisnya pada NVP secara umum dan berdasarkan atas tingkat keparahan NVP.

HASIL

Karakteristik umum sampel berupa usia ibu hamil, praktek *antenatal care* dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan bidan, trimester kehamilan, dan tingkat keparahan yang digunakan dalam penelitian dapat dilihat pada Tabel 1.

DISKUSI

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa persentase pemberian farmakoterapi lebih tinggi dibandingkan non-farmakoterapi pada ibu hamil dengan NVP, baik secara umum maupun berdasarkan atas praktisi kesehatan yang memberikan.

Tabel 2. Proporsi pemberian farmakoterapi pada ibu hamil dengan NVP

	Secara Umum ⁺	Praktisi Kesehatan*		Tingkat Keparahan	
		Dokter	Bidan	NVP	Hiperemesis
Non-farmakoterapi	26 (29,5%)	7 (21,2%)	19 (34,5%)	26 (30,2%)	0 (0%)
Farmakoterapi	62 (70,5%)	26 (78,8%)	36 (65,5%)	60 (69,8%)	2 (100%)
Total	88 (100%)	33 (100%)	55 (100%)	86 (100%)	2 (100%)

Catatan: ⁺Berdasarkan seluruh data (88 ibu hamil)*Chi-square test p = 0.210

Tabel 3. Proporsi pemberian farmakoterapi pada ibu hamil dengan NVP berdasarkan trimester kehamilan dan usia ibu hamil

	Trimester Kehamilan		Usia Ibu Hamil		
	Trimester 1	Trimester 2	< 20 tahun	20-35 tahun	>35 tahun
Non-farmakoterapi	19 (26%)	7 (46,7%)	3 (75%)	20 (25,6%)	3 (50%)
Farmakoterapi	54 (74%)	8 (53,3%)	1 (25%)	58 (74,4%)	3 (50%)
Total	73 (100%)	15 (100%)	4 (100%)	78 (100%)	6 (100%)

Tabel 4. Jenis farmakoterapi yang diberikan secara umum dan berdasarkan atas praktisi kesehatan yang memberikan

Farmakoterapi	Secara Umum ⁺	Praktisi Kesehatan*	
		Dokter	Bidan
Inhibitor Serotonin	10 (16,1%)	10 (38,5%)	0 (0%)
Antihistamin	1 (1,6%)	1 (3,8%)	0 (0%)
Antagonis Dopamin	7 (11,3%)	0 (0%)	7 (19,4%)
Antasida	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,8%)
Vitamin B6	35 (56,5%)	9 (34,6%)	26 (72,2%)
Kombinasi:			
- Inhibitor Serotonin dan Vitamin B6	1 (1,6%)	1 (3,8%)	0 (0%)
- Antihistamin dan Inhibitor Serotonin	1 (1,6%)	1 (3,8%)	0 (0%)
- Antihistamin dan Antasida	4 (6,5%)	4 (15,5%)	0 (0%)
- Antagonis Dopamin dan Antasida	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,8%)
- Vitamin B6 dan Antasida	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,8%)
Total	62 (100%)	26 (100%)	36 (100%)

Hal tersebut berbeda dengan yang disebutkan dalam laporan kasus oleh Niebyl (2010) mengenai NVP yang menyebutkan bahwa kasus NVP yang memerlukan penanganan dengan farmakoterapi diperkirakan hanya 10%.⁶ Berdasarkan atas algoritma penanganan NVP yang terdapat dalam artikel mengenai terapi NVP oleh Einarson, dkk. (2004) dicantumkan bahwa inisiasi penanganan NVP terutama pada NVP yang ringan adalah terapi non-farmakologis. Pada artikel tersebut, farmakoterapi akan dimulai ketika terapi non-farmakologis gagal.⁷ Algoritma terapi NVP pada artikel Gunawan, dkk. (2010) juga merekomendasikan non-farmakoterapi sebagai terapi lini pertama pada penatalaksanaan NVP.³ Terapi HG direkomendasikan menggunakan farmakoterapi golongan antagonis dopamin dan inhibitor serotonin setelah dilakukan rehidrasi.^{3,8} Pada penelitian ini juga didapatkan seluruh ibu hamil dengan HG diberikan farmakoterapi (Tabel 2).

Pada Tabel 3 terlihat bahwa pola pemberian farmakoterapi pada ibu hamil dengan umur kehamilan yang berada di trimester satu dan dua adalah sama. Berdasarkan atas *article review* oleh Wegrzyniak, dkk. (2012) mengenai terapi NVP didapatkan bahwa sebagian besar antiemesis untuk NVP tidak diperbolehkan untuk dikonsumsi sebelum umur kehamilan 12-14 minggu karena meningkatkan resiko terjadinya gangguan perkembangan dan pertumbuhan fetus.⁴

Pada *article review* oleh Smith, dkk. (2014) disebutkan bahwa salah satu obat antiemesis yaitu golongan antihistamin menunjukkan efek proteksi terhadap resiko malformasi pada paparan trimester pertama. Salah satu penelitian terbaru lainnya mengenai efikasi dan keamanan antagonis dopamin dalam penatalaksanaan NVP yang dilakukan oleh Matok, dkk. (2009) mendapatkan bahwa efek samping dari penggunaan antagonis dopamin tidak ditentukan oleh waktu inisiasi pemberian antagonis dopamin, namun lebih mengarah kepada jangka waktu penggunaan. Pada penelitian tersebut juga ditemukan bahwa penggunaan antagonis dopamin khususnya metoklopramid pada trimester pertama tidak menimbulkan peningkatan signifikan pada resiko malformasi mayor pada fetus.⁹ Pada penelitian tersebut dapat dilihat bahwa farmakoterapi dapat diberikan pada kehamilan trimester pertama dengan aman melalui pemilihan jenis, dosis, dan jangka waktu penggunaan yang tepat.

Terdapat sedikit perbedaan pola pemberian farmakoterapi pada NVP berdasarkan atas usia ibu hamil (Tabel 3). Usia ibu <20 tahun dan 20-35 tahun lebih banyak diberikan farmakoterapi. Ibu hamil yang berusia >35 tahun terdapat keseimbangan pemilihan non-farmakoterapi dan farmakoterapi. Usia ibu hamil tidak berhubungan langsung dengan pemilihan terapi pada NVP, namun usia <20 tahun merupakan usia dengan resiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan yang

memerlukan intervensi dini untuk mencegah komplikasi tersebut. Selain itu, golongan usia tersebut memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami gejala NVP yang lebih berat (HG).¹⁰ Dilihat dari kemungkinan itu, usia ibu hamil <20 tahun dengan NVP memiliki indikasi yang lebih tinggi untuk menerima farmakoterapi dibandingkan ibu hamil yang berusia 20-35 tahun dan >35 tahun.

Pemilihan jenis farmakoterapi yang diberikan pada ibu hamil dengan NVP sangat beragam.⁸ Pada Tabel 4 terlihat bahwa farmakoterapi yang terbanyak dipilih secara umum adalah vitamin B6 dan pilihan kedua adalah inhibitor serotonin. Pada tabel 4 terlihat perbedaan pola pemilihan jenis farmakoterapi yang diberikan oleh dokter dan bidan. Dokter lebih banyak memilih memberikan terapi NVP dengan inhibitor serotonin, sedangkan bidan lebih banyak memilih vitamin B6 sebagai farmakoterapi dalam penatalaksanaan NVP. Hasil uji chi-square dari pola pemilihan jenis farmakoterapi yang diberikan oleh dokter dan bidan didapatkan $P < 0,005$ yang membuktikan bahwa pemilihan jenis farmakoterapi berbeda signifikan antara dokter dan bidan.

B6 (piridoksin) digunakan sebagai terapi inisiasi pada NVP secara umum.³ Pada sebuah studi *placebo control trial* oleh Vutyavanch.dkk. (1995) yang tercantum pada Niebyl (2010), terbukti bahwa dengan pemberian tiga kali dosis (10-25 mg) vitamin B6 per hari yang dimulai dengan dosis rendah lebih efektif dibandingkan plasebo dalam menangani

NVP.⁶ Pada *systemic review* oleh Niebyl dikatakan bahwa vitamin B6 (piridoksin) dapat menangani gejala mual yang ringan hingga sedang, namun tidak signifikan untuk menurunkan gejala muntah. B6 dipilih sebagai inisiasi farmakoterapi pada NVP dan tidak direkomendasikan untuk NVP dengan gejala sedang hingga berat atau HG.⁶ Hingga kini mekanisme B6 dalam menangani NVP belum diketahui.¹¹

Pilihan farmakoterapi lainnya untuk NVP adalah inhibitor serotonin. Pada berbagai algoritma terapi NVP, inhibitor serotonin menjadi farmakoterapi pilihan terakhir yang digunakan pada NVP. Pada algoritma tersebut, inhibitor serotonin digunakan setelah terjadinya kegagalan penggunaan antihistamin untuk mengatasi gejala NVP dan tidak direkomendasikan sebagai farmakoterapi inisiasi pada NVP ringan.^{8,6} Inhibitor serotonin direkomendasikan sebagai farmakoterapi NVP dengan gejala yang parah atau komplikasi (HG).

Terdapat beberapa artikel yang mendukung penggunaan inhibitor serotonin sebagai terapi yang memiliki efikasi tinggi dengan efek samping yang rendah dalam penatalaksanaan HG. *Article review* yang ditulis oleh Jueckstock, dkk. (2010) disebutkan manfaat inhibitor serotonin yaitu, inhibitor serotonin tidak meningkatkan risiko malformasi mayor dan memiliki efek sedasi lebih rendah dibandingkan antihistamin.⁸ Pada *article review* oleh Niebyl, dkk. disebutkan bahwa inhibitor serotonin merupakan salah satu obat antiemesis yang umum digunakan dan

efektif dalam menangani HG dengan efek samping yang rendah.⁶ Inhibitor serotonin memiliki efek sedasi yang lebih kecil dibandingkan dengan prometazin dengan efektivitas yang sama dalam menangani HG.

Mekanisme aksi inhibitor serotonin dalam menangani NVP adalah dengan menghambat aksi reseptor serotonin di usus halus, saraf vagus, dan *chemoreceptor trigger zone*. Aksi tersebut akan menurunkan stimulasi aferen visceral dan *chemoreceptor trigger zone* dari pusat muntah di medula. Blokade serotonin yang menyeluruh menyebabkan agen ini menjadi farmakoterapi pilihan dalam menangani gejala mual dan muntah yang disebabkan oleh berbagai etiologi.¹²

SIMPULAN

Berdasarkan atas hasil dan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa proporsi pemberian farmakoterapi lebih tinggi dibandingkan dengan non-farmakoterapi secara umum. Pada ibu hamil dengan gejala NVP ringan, tidak seluruhnya diberikan farmakoterapi. Pada ibu hamil dengan HG, seluruhnya diberikan farmakoterapi. Secara umum, vitamin B6 menjadi pilihan terbanyak praktisi kesehatan. Berdasarkan atas praktisi kesehatan yang memberikan, dokter spesialis obstetri dan ginekologi lebih cenderung memilih inhibitor serotonin sedangkan bidan lebih cenderung memilih vitamin B6.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wagey F.W.. Pregnancy Exercise Increase Enzymatic Antioxidant in Pregnant Women. *BaliMed J*. 2012;1(1):36-9
2. UNICEF. Ringkasan Kajian: Kesehatan Ibu dan Anak. Indonesia: UNICEF 2012. [diakses 2013 November]. Diunduh dari: http://www.google.co.id/url?sa=t&rc=ct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2FIndonesia%2Fid%2FA5_B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf&ei=zNuuaUt6jH4uzrgej4CoDg&usq=AFQjCNExOxXWN650d4UCrDNGyER2ZHWLg&sig2=F73qTS4F5ta4vOBNUZ_MEA&bvm=bv.57155469.d_bmk
3. Gunawan K, Manengkei PSK, Ocviyanti D. Diagnosis dan Tatalaksana Hiperemesis Gravidarum. *J Indon Med Assoc*. 2010;61(11):458-464.
4. Wegrzyniak LJ, Repke JT, Ural SH. Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5(2):78-84.
5. Goodwin TM, Porsharif B, Korst LM, MacGibbon KW, Romero R, Fejso MS. Secular Trends in The Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4): 1195S-1956S.
6. Niebyl JR. Nausea and Vomiting in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2010;363:1544-1550.
7. Einarson A, Maltepe C, Navioz Y, Kennedy D, Tan MP, Koren G. The Safety of Ondansetron for Nausea and Vomiting of Pregnancy: A

- Prospective Comparative Study. 2004; 111:940-943.
8. Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I. Managing Hyperemesis Gravidarum: A Multimodal Challenge. *BMC Medicine*. 2010;8:46.
 9. Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Levy A. The Safety of Metoclopramide Use in First Trimester of Pregnancy. *NEngl J Med*. 2009;360:2528-2535.
 10. Rudis J. Hyperemesis Gravidarum. NYU Langone Medical Centre: 2014 [cited 2014 November]. Available from: <http://pediatrics.med.nyu.edu/conditions/hyperemesis-gravidarum>.
 11. Smith JA, Refuerzo JS, Ramin SM. Treatment and Outcome of Nausea and Vomiting of Pregnancy. Wolters Kluwer: 2014 [cited 2014 November]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy>.
 12. Flake ZA, Scalley RD, Bailey AG. Practical Selection of Antiemetics. *American Family Physician*. 2004;69(5):1169-1174.