

TERAPI MUAL MUNTAH PADA KEHAMILAN DI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT KLAS D

Happy Elda Murdiana*

Akademi kebidanan Yogyakarta.

Jl. Parangtritis KM 6 Sewon, Yogyakarta. Telp/Fax. (0274)371345

Corresponding author. Email: happymurdiana@yahoo.com

Received : 3 Februari 2016 Accepted : 29 April 2016 Published : 30 Desember 2016

Abstract 90% of pregnant women experience symptoms of nausea vomiting of pregnancy (NVP) in the first trimester of pregnancy. 2% women increase to hyperemesis gravidarum (HG) is more severe NVP who started treatment at the hospital in extreme cases even cause death. More than 10% of pregnant women received pharmacotherapy for her nausea vomiting. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommends vitamin B6 as the first choice, but if the symptoms do not subside then replaced with doxylamin for selection of both. A third option promethazine or dimenhidrinat if doxylamin inadequate. Metoklorpamid or promethazin or Trimethobenzamid fourth option if the mother is not dehydrated, if the mother is dehydrated intervention Dextrosa fluid and NaCl or NaCl can be added Dimenhidritate or metokropamid or prometazine and if there is no reduction in symptoms is given Ondancetron. This study aims to determine the suitability of pharmacotherapy nausea and vomiting in pregnancy according to ACOG guidelines. This research was conducted with the kind of observational descriptive study. Data collection was performed by cross sectional form of secondary data outpatient medical records of pregnant women diagnosed with nausea and vomiting in the hospital Kahyangan. Descriptive data processing comparing antiemetic therapy with ACOG recommendations. Samples were obtained 51 patients. Pharmacotherapy nausea and vomiting that is given to the subject of this study according to ACOG ie 1.9% of vitamin B6, Domperidone, 70.5%, and 27.4% Ondancetron

Keyword : Pharmacotherapy, nausea vomiting, outpatient

Intisari Sembilan puluh persen ibu hamil mengalami gejala nausea vomiting of pregnancy (NVP) pada trimester pertama kehamilan sampai 2% meningkat menjadi hyperemesis gravidarum (HG) yaitu NVP yang lebih parah yang mengawali perawatan di rumah sakit bahkan pada kasus ekstrim menimbulkan kematian. Lebih dari 10% ibu hamil mendapat terapi untuk mual muntahnya. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan pilihan pertama adalah vitamin B6 jika gejala tidak reda maka diganti dengan doxylamin untuk pilihan keduanya. Pilihan ketiga promethazine atau dimenhidrinat jika doxylamin tidak adekuat. Metoklorpamid atau promethazin atau Trimethobenzamid merupakan pilihan ke empat jika ibu tidak mengalami dehidrasi, jika ibu mengalami dehidrasi intervensi cairan NaCL atau Dextrosa dan NaCl bisa ditambahkan Dimenhidritate atau metokropamid atau prometazine dan jika tidak ada pengurangan gejala diberikan Ondancetron. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesesuaian terapi mual muntah pada kehamilan sesuai panduan ACOG. Penelitian ini dilakukan dengan jenis penelitian deskriptif observasional. Pengambilan data dilakukan secara cross sectional berupa data sekunder rekam medis pasien rawat jalan ibu hamil yang didiagnosa mual muntah di rumah sakit Kahyangan. Pengolahan data deskriptif membandingkan terapi antiemetik dengan rekomendasi ACOG. Sampel yang didapat 51 pasien. terapi antimual pada penelitian ini sesuai dengan rekomendasi ACOG, pemberian vitamin B6 (1.9%) merupakan lini pertama, jika gejala tidak reda maka dipilih lini kedua yaitu golongan antagonis dopamine yang diberikan pada penelitian ini adalah domperidon 70.5%. Dinegara maju domperidon sudah tidak beredar, tetapi akan diusahakan ada jika untuk terapi galaktogogue.

Ondansetron diberikan pada 14 subjek penelitian (27.4%) merupakan lini terakhir atau untuk terapi HG atau jika gejala mual muntah tidak berkurang. Farnakoterapi mual muntah yang diberikan pada subjek penelitian ini sesuai dengan ACOG yaitu vitamin B6 1.9%, Domperidon 70.5%, dan Ondansetron 27,4%.

Kata kunci : terapi, mual muntah, pasien rawat jalan

1. PENDAHULUAN

Lebih dari 90% ibu hamil mengalami gejala nausea vomiting of pregnancy (NVP) pada trimester pertama kehamilan. 2% diantaranya, meningkat menjadi hyperemesis gravidarum (HG) yaitu NVP yang lebih parah yang mengawali perawatan di rumah sakit bahkan pada kasus ekstrim menimbulkan kematian (Ebrahimi dkk., 2010). Mual muntah pada kehamilan biasa terjadi pada 70-85% kehamilan (Jarvis dan Nelson-Piercy, 2011). Sekitar 35% wanita hamil mengalami gejala cukup parah sehingga mengurangi aktivitas sehari-hari dan kehilangan waktu untuk bekerja. HG adalah mual muntah pada kehamilan yang ekstrim. 0.5-2% wanita hamil mengalaminya yang gejalanya meliputi muntah yang menetap, dehidrasi, gangguan asam-basa, kehilangan berat badan setidaknya 5% dibanding sebelum kehamilan, ketonuria, dan gangguan elektrolite.

Keparahan mual muntah kehamilan dapat berkisar dari ringan sampai parah, dimulai antara 4 dan 9 minggu dan mencapai puncak keparahan antara 7 dan 12 minggu kehamilan. Gejala mual-muntah yang diawali setelah 10 minggu kehamilan harus diteliti untuk kasus tertentu. Gejala mual muntah akan menurun antara 12 sampai 16 minggu dan lebih dari 15% wanita akan mengalami gejala lebih dari 16 minggu dalam durasi kehamilannya. (Mattison, 2013; Jarvis dan Nelson-Piercy 2011; Koren dkk., 2011)

Sebagian besar kejadian emesis dan HG berlangsung sejak usia kehamilan 9-10 minggu. Kejadian ini makin berkurang dan selanjutnya diharapkan berakhir pada usia kehamilan 12-14 minggu, sebagian kecil dapat berlanjut sampai usia kehamilan 20-24 minggu. Gejala NVP baik itu ringan, sedang atau parah dapat menimbulkan dampak negatif pada keseluruhan

awal kehamilan wanita, berdampak pada keluarga, kerja, kehidupan social. Dampak kualitas hidup tidak hanya fisik tapi juga emosi. Wanita sering mengutarakan perasaan terisolasi, lemah, depresi, kegelisahan, frustrasi, sulit mengatasi, cepat marah. Lebih dari 70% temuan menyatakan kemampuan mengasuh ibu juga terpengaruh, ibu yang menghabiskan waktu dengan anaknya dan kira-kira 82% dilaporkan aktivitas yang biasa dilakukan terganggu (Mattison, 2013).

Pemberian terapi pada ibu hamil harus memperhatikan kemungkinan resiko komplikasi yang bisa terjadi pada ibu dan janin, evaluasi ketepatan aplikasi panduan evidence base sangat penting (Mattison, 2013). Penelusuran penggunaan obat antiemetik pada janin dapat memberikan gambaran mengenai ketepatan terapi yang ideal. Pada umumnya kejadian mual muntah saat kehamilan tidak diterapi dengan tepat serta tidak ada penyelidikan mengenai keamanan dan efektivitas terapi (Clark dkk., 2012). Informasi meliputi keamanan janin, dosis, efikasi dan keamanan bagi ibu perlu diperhatikan (Feghali dan Mattison 2011)

Lebih dari 10% ibu hamil mendapat terapi untuk mual muntahnya. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan kombinasi Pyridoxin hidroklorid (vitamin B6) dan Doxylamine suksinat untuk lini pertama NVP jika monoterapi vitamin B6 tidak adekuat. (Course dan Approach 2013)(Clark dkk., 2012) Panduan terapi NVP menurut APEC (Alabama Perinatal Excellence Collaborative) yang diambil dari ACOG pilihan pertama adalah vitamin B6 jika gejala tidak reda maka diganti dengan doxylamin untuk pilihan keduanya. pilihan ketiga promethazine atau dimenhidrinat jika doxylamin tidak adekuat.

Metoklorpamid atau promethazin atau Trimethobenzamid merupakan pilihan ke empat jika ibu tidak mengalami dehidrasi, jika ibu mengalami dehidrasi intervensi cairan NaCl atau Dextrosa dan NaCl bisa ditambahkan Dimenhidritate atau metokropamid atau prometazine dan jika tidak ada pengurangan gejala diberikan Ondancetron. (Einarson dkk., 2007; Quinla dan Hill, 2003). Penggunaan antiemetic yang tidak tepat dapat mengakibatkan efek samping yang tidak diinginkan. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penting dilakukan evaluasi pemilihan terapi antimual pada ibu hamil, mengetahui macam obat antimual, efek pada ibu dan janin dan kesesuaian terapi dengan panduan terapi ACOG yang dikonsumsi pasien rawat jalan di Rumah Sakit Kahyangan di Bantul, Yogyakarta.

2. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan rancangan deskriptif observasional dengan parameter pengambilan data usia pasien, usia kandungan pasien saat kedatangan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat abortus, dan jenis obat NVP yang di dapatkan dari resep dokter. Pengambilan secara data cross sectional. Data sekunder diambil dari rekam medis pasien rawat jalan di Rumah Sakit Kahyangan Bantul. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan dengan diagnosis NVP yang

mendapat obat antiemesis di Rumah Sakit Kahyangan Bantul dengan populasi terjangkaunya n adalah semua pasien rawat jalan yang didiagnosis NVP yang menerima obat antiemetik pada bulan September sampai Desember 2015 yaitu berjumlah 51 pasien.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Subjek penelitian ini adalah ibu hamil yang didiagnosa mual muntah dan diberi terapi obat antiemetik yang riwayatnya dapat dilihat pada rekam medis pasien. Karakteristik ibu hamil yang didiagnosa mual dan muntah secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 1. Karakteristik pasien pada tabel 1 tersebut, menggambarkan bahwa usia subjek penelitian yang mengalami mual muntah terbanyak adalah usia ibu hamil tidak beresiko yaitu usia 20-35 tahun, sedangkan kehamilan pertama, belum pernah melakukan partus, tidak ada riwayat abortus merupakan subjek terbanyak dalam penelitian ini. Usia kandungan mempengaruhi terjadinya mual muntah pada kehamilan. Umur kandungan subjek ditampilkan secara jelas pada tabel 2. Keparahan mual muntah mempengaruhi pemberian obat antiemetic pada subjek penelitian. Terapi farmakologi yang diberikan pada subjek penelitian yang didiagnosa mual dan muntah terlihat pada tabel 3.

Tabel 1. Karakteristik ibu hamil yang didiagnosa mual muntah

No.	Karakteristik ibu dengan mual dan muntah	N	%	
1.	Usia	<20 tahun	0	0%
		20-35 tahun	46	90.1%
		>35 tahun	5	9.8%
2.	Riwayat gestasional	Kehamilan pertama	24	47.0%
		kedua	15	23.5%
		Ketiga	8	15.6%
		Keempat	2	3.9%
		Kelima	1	1.9%
		Keenam	1	1.9%
3.	Riwayat persalinan (partus)	Partus 0 kali	29	56.8%
		Partus 1 kali	17	33.3%
		Partus 2 kali	4	7.8%
		Partus 3 kali	1	1.9%

No.	Karakteristik ibu dengan mual dan muntah	N	%
4.	Riwayat Abortus	Abortus 0 kali	37 72.5%
		1 kali	10 19.6%
		2 kali	3 5.8%
		3 kali	1 1.9%

Table 2. Usia kandungan ibu hamil saat didiagnosa mual muntah

No.	Usia kandungan ibu (minggu)	N	%
1.	<10	29	56.8%
2.	10-20	19	37.2%
3.	>20	3	5.8%

Table 3. terapi antiemetik pada ibu hamil yang didiagnosa mual muntah

No.	Terapi antiemetik	N	%
1.	Ondacetron	14	27,4
2.	Domperidon	36	70,58
3.	Anvomer B6 (Pyrathiazine chlorotheophyllinate, Pyridoxine HCl)	1	1,90

Subjek penelitian terbanyak adalah ibu hamil dengan usia kehamilan tidak beresiko, menurut riwayat rekam medis ibu tidak ada yang mengalami riwayat kehamilan patologis. Tidak ada penelitian yang menyatakan bahwa pada kehamilan pertama mual muntah lebih sering terjadi. Usia kandungan kurang dari 10 minggu merupakan subjek penelitian terbanyak yang mengalami mual muntah dalam penelitian ini. Onzet mual muntah terjadi pada usia kehamilan 4-9 minggu kehamilan dengan maksimal gejala 12-15 minggu dan berakhir sampai 20 minggu (Clark dkk., 2012). Pada penelitian ini usia kehamilan lebih dari 20 minggu ada 3 subjek yaitu pasien no 34 datang dengan keluhan mual muntah pada usia kandungan 30 minggu, pasien no 26 datang 2 kali pada usia kandungan 19 (+2) minggu dan datang lagi pada kandungan 21(+1) minggu dan pasien no 47 dengan diagnosa mual muntah pada usia kandungan 31 minggu. Berdasarkan rekam medis tidak ada riwayat penyakit

penyerta pada ketiga subjek penelitian yang mengalami mual muntah lebih dari 20 minggu.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan lini pertama mual muntah pada kehamilan adalah vitamin B6 (Jarvis dan Nelson-Piercy 2011), hanya ada 1 subjek penelitian (1.9%) yang menerima terapi kombinasi vitamin B6 dengan antihistamin (piratiazin). Penelitian lain menyatakan vitamin B6 efektif menghilangkan mual yang parah pada awal kehamilan (Vutyavanich dkk., 1995). Jika vitamin B tidak efektif maka diberikan antihistamin oral sebagai kombinasi. (Clark dkk., 2012). Vitamin B6 merupakan kategori A untuk kehamilan dan merupakan satu satunya terapi untuk mual muntah yang sesuai dengan label Food Drug Administration (FDA) (Lee dan Saha, 2011). Piratiazin tidak direkomendasikan oleh ACOG.

Domperidon merupakan antagonis dopamine yang diberikan pada 70.58% subjek penelitian ini. ACOG tidak merekomendasikan

domperidon, dan tidak ada penelitian yang menyatakan domperidon digunakan untuk mual muntah kehamilan karena domperidon tidak digunakan di Negara maju seperti USA, antagonis dopamine yang disarankan promethazine, prochlorpemazin, metoclorpamid dan droperidol (King dan Murphy, 2009). Pasien no 11 melakukan kunjungan 2 kali pada usia kandungan ke 6 (-1) minggu dan 8(+3) minggu dan selalu mendapat terapi domperidon. Domperidon lebih sering digunakan off label sebagai galactagogue pada beberapa negara. (Lawrence dan Lawrence, 2015)

Ondansetron diberikan pada 14 subjek penelitian (27.4%). Pemberian ondansetron pada terapi mual muntah kehamilan adalah off label, indikasi on labelnya adalah untuk mencegah dan mengobati mual muntah karena induksi sitotoksik, radioterapi, dan postoperatif (Colvin dkk., 2013). Banyak peresepan ondansetron untuk mual muntah pada ibu hamil meskipun keamanan pada kehamilan masih dipertanyakan. (Colvin dkk., 2013; Pasternak, dkk., 2013). Banyak efek samping yang disebabkan oleh ondansetron, tetapi ondansetron diberikan selama kehamilan tidak berhubungan signifikan dengan peningkatan resiko pada janin. (Chitty, 2009). (Lee dan Saha, 2011). Pada penelitian ini pasien no 28 mendapat ondansetron pada kehamilan ke 8 dan 10 (+2) minggu dan pasien no 18 pada kehamilan ke 10(+5) dan 14 minggu berdasarkan hasil observasi tidak terjadi kelainan pada janin.

KESIMPULAN

Terapi antimual pada penelitian ini sesuai dengan rekomendasi ACOG, pemberian vitamin B6 (1.9%) merupakan lini pertama Ondansetron diberikan pada 14 subjek penelitian (27.4%) merupakan lini ketiga atau untuk terapi HG atau jika gejala mual muntah tidak bekurang.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim (2016). APEC Guidelines Nausea and Vomiting of Pregnancy A 4-7. Available from: [apecguidelines.org/wp-](http://apecguidelines.org/wp-content/uploads/2016/07/APEC-NVP-summary-6-2016.pdf)

[content/uploads/2016/07/APEC-NVP-summary-6-2016.pdf](http://apecguidelines.org/wp-content/uploads/2016/07/APEC-NVP-summary-6-2016.pdf)

- Chitty, A. (2009). Review of evidence: complementary therapies in pregnancy. *New Digest*, 46(40), 24-29.
- Clark, S.M., Costantine, M.M. dan Hankins, G.D.V. (2012). Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstetrics and Gynecology International*. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/252676>
- Colvin, L. Gill, A.W., Slack-Smith, L., Stanley, F.J., Bower, C. (2013). Off-Label Use of Ondansetron in Pregnancy in Western Australia. *BioMed Research International*. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/909860>
- Ebrahimi, N., Maltepe, C. dan Einarson, A. (2010). Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *International Journal of Women Health*, 2, 241-248 Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990891/> [Accessed January 28, 2016].
- Einarson, A. Maltepe, C., Boskovic, R., Koren, G. (2007). Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: An updated algorithm. *Canadian Family Physician*, 53(12). 2109-2111. Available at: <http://www.cfp.ca/content/53/12/2109.short#sec-5> [Accessed January 30, 2016].
- Feghali, M.N. dan Mattison, D.R., (2011). Clinical therapeutics in pregnancy. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*. doi:10.1155/20111/783528. Available at: <http://downloads.hindawi.com/journals/biomed/2011/783528.pdf> [Accessed January 23, 2016].
- Jarvis, S. dan Nelson-Piercy, C., (2011). Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 342:d3606. Available at: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3606.abstract> [Accessed January

- 28, 2016].
- King, T. L. dan Murphy, P. A. (2009). Evidence-Based Approaches to Managing Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *Journal of Midwifery dan Women's Health*, 54(6). 430-444. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2009.08.005/full> [Accessed January 28, 2016].
- Koren, G., Maltepe, C. dan Gow, R., 2011. Therapeutic choices for nausea and vomiting of pregnancy: a critical review of a systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(7). 733-735. Available at: http://www.jogc.ca/abstracts/full/201107_Commentary_1.pdf [Accessed January 28, 2016].
- Lawrence, R.A. dan Lawrence, R.M., 2015. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, Elsevier Health Sciences. Available at: <https://books.google.com/books?id=S6y6CgAAQBA> danpgis=1 [Accessed February 3, 2016].
- Lee, N. M., & Saha, S. (2011). Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(2), 30
- Mattison, D.R. (2013). *Clinical Pharmacology During Pregnancy*, Available at: <https://books.google.com/books?hl=id danlr=danid=ZXCLSrQ2AtwCdanpgis=1> [Accessed January 29, 2016].
- Pasternak, B., Svanstrom, H., dan Hviid, A., (2013). Ondansetron in Pregnancy and Risk of Adverse Fetal Outcomes. *N Eng J Med*, 368. 814-823.
- Quinla, J.D. dan Hill, D.A. (2003). Nausea and Vomiting of Pregnancy. *American Family Physician*, 68(1). 121-128
- Vutyavanich, T., Wongtra-ngan, S. dan Ruangsri, R., (1995). Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(3). 881-884. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002937895903593> [Accessed February 2, 2016].