

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dapat menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, melahirkan dan masa nifas. Penyebab tingginya angka kematian ibu terutama disebabkan karena faktor non medis yaitu faktor ekonomi, sosial budaya, demografi serta faktor agama. Sebagai contoh, banyak kaum ibu yang menganggap kehamilan sebagai peristiwa alamiah biasa padahal kehamilan merupakan peristiwa yang luar biasa sehingga perhatian terhadap kesehatan ibu hamil harus diperhatikan. Rendahnya pengetahuan ibu terhadap kesehatan reproduksi dan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan juga menjadi penyebab tingginya kematian ibu (Sofowan, 2003). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran, dan aborsi yang tidak aman. Sekitar satu perempuan meninggal setiap menit (WHO, 2004).

Angka kematian ibu bersalin di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi di Indonesia adalah 39 per 1000 kelahiran hidup (SKRT, 2005). Di Jawa Barat tercatat angka kematian ibu bersalin pada tahun 2002 adalah 373 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi laki-laki pada tahun 2002 adalah 52 per 100.000 kelahiran hidup dan perempuan adalah 39 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).

Data menunjukkan sebagian besar kematian ibu terjadi pada masyarakat miskin dan mereka yang tinggal jauh dari rumah sakit. Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, infeksi, eklamsi, aborsi, sepsis, dan partus lama. Kontribusi dari penyebab kematian ibu tersebut masing-masing adalah perdarahan 25%, infeksi 15%, **preeklamsi-eklamsi 13%**, aborsi 13%, sepsis 10%, serta partus lama 8%. Salah satu penyebab kematian tersebut adalah preeklamsi dan eklamsi yang bersama infeksi dan pendarahan, diperkirakan mencakup 75%-80%

dari keseluruhan kematian maternal. Kejadian preeklamsi-eklamsi dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat apabila CFR (*Case Fatality Rate*) preeklamsi-eklamsi mencapai 1,4%-1,8% (Masroel,1998).

Preeklamsi merupakan sindrom pada kehamilan yang terutama ditandai dengan hipertensi, proteinuria, dan edema. Preeklamsi umumnya terjadi pada usia kehamilan di atas 20 minggu, atau segera setelah persalinan, dan dapat juga timbul lebih dini (Cunningham, 2005). Sampai saat ini, risiko tinggi untuk terjadinya preeklamsi ialah wanita yang memiliki banyak anak, ibu hamil usia remaja, dan wanita hamil diatas usia 40 tahun. Preeklamsi tanpa penanganan yang tepat dapat berkembang menjadi eklamsi yang merupakan kondisi fatal berhubungan dengan kejang dan koma. Sekitar 5% keadaan preeklamsi dapat berkembang menjadi eklamsi. Penting untuk diperhatikan bahwa menurut penelitian, wanita lebih banyak meninggal akibat preeklamsi daripada eklamsi, namun salah satu tidak lebih berbahaya daripada yang lainnya (Sudhaberata, 2003).

Penatalaksanaan dan pencegahan pada preeklamsi hingga saat ini belum mencapai tingkat yang memuaskan. Hal ini disebabkan karena penyebab pasti penyakit ini pun masih belum dapat diketahui. Selama ini penanganan hanya bersifat simptomatik (Panggayuh & Hartono, 1998). Banyak teori yang mencoba menjelaskan penyebab preeklamsi untuk mencari penanganan yang tepat secara kausatif, namun belum satupun teori yang dapat menerangkan patogenesis preeklamsi secara tuntas, sehingga preeklamsi pada akhirnya sering disebut "*disease of theories*" (Arbogast, 1996).

Preeklamsi-eklamsi yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan komplikasi terhadap janin maupun ibu. Komplikasi pada janin dapat berupa asfiksia berat, berat badan lahir rendah, maupun *preterm infant* (Sofowan, 2003). Komplikasi juga dapat terjadi pada ibu seperti *HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet) syndrome, cerebrospinal accident, Disseminata Intravascular Coagulation (DIC)*, gangguan fungsi ginjal, dan kematian (Robert, 1997).

Tingginya angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang disebabkan preeklamsi menarik perhatian peneliti untuk mengetahui insidensi dan karakteristik preeklamsi dan eklamsi.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Berapa insidensi preeklamsi dan eklamsi di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2006 - 2008.
2. Bagaimana karakteristik penderita preeklamsi dan eklamsi di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2006 - 2008.

1.3 Maksud dan Tujuan

Maksud dari penelitian ini adalah agar hasil yang diperoleh dapat dijadikan sebagai tambahan informasi mengenai kejadian dan karakteristik penderita preeklamsi-eklamsi.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui insidensi dan karakteristik preeklamsi-eklamsi yang dirawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2006 - 2008.

1.4 Kegunaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk:

1. Mengetahui faktor risiko dari karakteristik penderita preeklamsi-eklamsi sehingga dapat dilakukan pencegahan melalui deteksi dini.
2. Membantu menurunkan angka kematian dan kesakitan preeklamsi-eklamsi di Rumah Sakit Immanuel Bandung.
3. Data-data yang diperoleh dapat dipakai sebagai data dasar untuk rencana penelitian selanjutnya.

1.5 Kerangka Pemikiran

Tolak ukur pelayanan obstetri dinilai dari tinggi rendahnya angka kematian dan kesakitan ibu dan anak. Tujuan utama pelayanan obstetri adalah menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi sesuai dengan rencana pokok program pembangunan jangka panjang bidang kesehatan dan sistem kesehatan nasional untuk tahun mendatang (Departemen Kesehatan RI, 2002).

Kematian ibu akibat preeklamsi-eklamsi masih merupakan salah satu dari tiga penyebab kematian ibu terbanyak diantara penyebab kematian yang lainnya yaitu pendarahan dan infeksi. Penyebab timbulnya preeklamsi sampai saat ini belum diketahui, bermacam-macam teori diajukan mengenai kemungkinan penyebab dari preeklamsi hingga preeklamsi ini dianggap juga sebagai *the disease of theories* (Arbogast, 1996).

Sampai saat ini preeklamsi belum dapat dicegah walaupun dengan alat-alat yang modern sekalipun, hanya dengan pemeriksaan antenatal yang baik, maka perkembangan preeklamsi ringan menjadi preeklamsi berat atau eklamsi dapat dicegah atau dideteksi lebih dini, dan hal ini mempunyai arti penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu akibat preeklamsi dan eklamsi (Chesley, 1998).

Timbulnya preeklamsi sangat dipengaruhi karakteristik penderita, diantaranya umur, paritas, pendidikan, pemeriksaan antenatal, dan penyulit lain-nya yang menyertai. Kematian bayi yang disebabkan preeklamsi-eklamsi sangat tinggi, Chamberlain (1998) melaporkan bahwa kematian bayi tertinggi disebabkan preeklamsi (Dekker, 2003).

Pitchard, Chesley, dan Zuspan menyatakan preeklamsi dan eklamsi banyak terdapat pada nullipara usia muda dan yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal. Hal ini sesuai dengan yang didapatkan oleh Hartono Hardisaputro di Semarang, Mangisi Tambunan dan Marmin Amir Munyir di RSCM Jakarta, TMA Chalik di Medan, Mahyudin di RSUP Palembang, dan John Rambulangi di Ujung Pandang (Hanafiah, 1999), sedangkan Bratakoesoema di RSHS Bandung mendapatkan kematian ibu tertinggi pada multipara dengan umur di atas 35 tahun.

WHO melaporkan kematian ibu yang disebabkan preeklamsi-eklamsi tertinggi pada nullipara usia muda dan multipara berusia diatas 35 tahun (WHO, 2004).

Mengingat bahwa dengan mempelajari faktor risiko tersebut, diharapkan dapat dilakukan pencegahan yang bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi, maka dari itu penulis tertarik untuk membahas tentang karakteristik penderita preeklamsi-eklamsi yang dirawat di Rumah Sakit Immanuel periode Januari 2006 – Desember 2008.

1.6 Metode Penelitian

Metode Penelitian adalah survei secara deskriptif analitik retrospektif. Subjek penelitian diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2006 - 2008 yang dihitung dalam persentase.

1.7 Lokasi dan Waktu

Lokasi: Rumah Sakit Immanuel Bandung.

Waktu: Januari 2009 – Desember 2009.