

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Perinatal merupakan salah satu masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus di Indonesia. AKI di Indonesia masih merupakan salah satu yang tertinggi di Asia Tenggara. Tren AKI di Indonesia menurun sejak 1991 hingga 2007, yaitu 390 menjadi 288 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih tergolong cukup tinggi jika dibandingkan negara ASEAN lainnya. Meskipun, *Millenium development goal* (MDG) menargetkan penurunan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, namun pada tahun 2012 Survei Kesehatan dan Demografi Indonesia (SKDI) mencatat kenaikan AKI yang signifikan yaitu 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 hidup (KKRI, 2015; Bappenas, 2010). Peningkatan jumlah penduduk dan jumlah kehamilan berisiko turut mempengaruhi sulitnya pencapaian target tersebut. Biro Sensus Kependudukan Amerika memprediksi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2015 akan mencapai 225 juta dengan jumlah kehamilan berisiko sebesar 15-20% dari seluruh kehamilan (US Census Bureau, 2011).

Tiga penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan (30%), hipertensi dalam kehamilan (25%) dan infeksi (12%) (KKRI, 2015). WHO memperkirakan kasus preeklamsi tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dibandingkan negara maju (Osungbade, 2011). Prevalensi preeklamsi di Negara maju adalah 1,3% - 6%, sedangkan di Negara berkembang adalah 1,8% - 18% (Osungbade, 2011; Villar *et al.*, 2001). Insiden preeklamsi di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar

5,3% (US Census Bureau, 2011). Dalam dua dekade terakhir ini tidak terlihat adanya penurunan yang signifikan dari insiden preeklamsi, berbeda dengan insiden infeksi yang semakin menurun sesuai dengan perkembangan antibiotik. Menurut hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) disebutkan bahwa penyebab kematian ibu pada tahun 2013 adalah Preeklamsi Berat (PEB) sebanyak 23%, perdarahan sebanyak 46%, infeksi sebanyak 8% (Dinkes, 2012).

Preeklamsi merupakan suatu sindrom spesifik pada kehamilan dimana terjadi hipoperfusi ke organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel yang ditandai dengan hipertensi, proteinuri dan edema (Cunningham, 2006). Penyebab terjadinya preeklamsi hingga saat ini belum diketahui. Banyak teori yang disebutkan para ahli mengenai penyebab preeklamsi, tetapi tiga hipotesis yang saat ini menempati penyelidikan utama, yaitu faktor imunologi, sindroma prostaglandin dan iskemia uteroplasenta (Brinkman, 2010; Pernoll, 2009).

Preeklamsi merupakan masalah kedokteran yang serius . Besarnya masalah ini bukan hanya karena preeklamsi berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, tetapi juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di beberapa organ, sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit kardimetabolik dan komplikasi lainnya (Sibai *et al.*, 2005; Ramsay *et al.*, 2003; Wilson *et al.*, 2003). Dampak jangka panjang juga dapat terjadi pada bayi yang dilahirkan dari ibu yang mengalami preeklamsi, seperti berat badan lahir rendah akibat persalinan prematur atau mengalami pertumbuhan janin terhambat, serta turut menyumbangkan angka morbiditas dan mortalitas perinatal yang tinggi. Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan penyebab tersering kedua morbiditas dan mortalitas perinatal. Bayi dengan berat badan lahir rendah atau bayi yang mengalami pertumbuhan janin terhambat akan memiliki risiko penyakit metabolik pada saat dewasa (*preeklamsi.org*, 2011; Ngoe, 2006; Barker, 2004).

Berdasarkan hal-hal diatas peneliti berminat untuk mengetahui angka kejadian preeklamsi berat di kabupaten Cianjur dan gambaran karakteristik pasien preeklamsi berat di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur.

1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah yang hendak diuraikan di dalam karya tulis ini adalah

1. Berapakah angka kejadian kasus preeklamsi berat di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015—Desember 2015.
2. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi berat berdasarkan usia di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015—Desember 2015.
3. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi berat berdasarkan tingkat pendidikan ibu di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015-Desember 2015.
4. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi berat berdasarkan jumlah paritas di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015-Desember 2015.
5. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi berat berdasarkan cara persalinan di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015-Desember 2015.
6. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi berat berdasarkan lama kehamilan di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015-Desember 2015.
7. Bagaimana distribusi penderita preeklamsi yang disertai dengan kehamilan ganda di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015-Desember 2015.

1.3 Maksud dan Tujuan

Mengetahui angka kejadian preeklamsi berat dan karakteristik pasien yang ditinjau dari usia ibu hamil, tingkat pendidikan ibu, jumlah paritas, jumlah persalinan spontan dan buatan, lamanya kehamilan dan kelahiran kembar pada ibu yang mengalami preeklamsi berat di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur periode Januari 2015—Desember 2015.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat Akademis

Memberikan informasi mengenai angka kejadian preeklamsi berat dan karakteristiknya pada ibu hamil di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur.

1.4.2 Manfaat Praktis

Diharapkan masyarakat waspada terhadap kejadian preeklamsi berat yang tinggi pada usia tersering dan kelompok jumlah paritas tersering terutama di RSUD Sayang Kabupaten Cianjur dan wilayah sekitar kabupaten Cianjur.

1.5 Landasan Teori

Preeklamsi merupakan penyakit pada kehamilan yang ditandai oleh hipertensi dan proteinuria yang terjadi pertama kali saat usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklamsi diklasifikasikan menjadi preeklamsi ringan dan preeklamsi berat. Preeklamsi berat merupakan penyakit pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau

tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg, trombositopenia dengan jumlah platelet <100.000 /mikroliter, gangguan fungsi hepar, gangguan fungsi ginjal progresif, edema paru-paru, atau gangguan saraf atau visual yang terjadi pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu sampai dengan puerperium (Cunningham, 2015). Hipertensi pada kehamilan, termasuk preeklamsi, terjadi pada 10% kehamilan di dunia. Estimasi angka kematian terkait preeklamsi adalah 50.000- 60.000 kematian setiap tahun di dunia. Insidensi preeklamsi di dunia pada populasi nulipara 3-10%, sedangkan pada populasi multipara insidensinya bervariasi namun lebih sedikit dibandingkan dengan preeklamsi pada populasi nulipara. Di Amerika, peningkatan insidensi preeklamsi sebanyak 25% terjadi selama dua dekade terakhir (Task, 2013).

Faktor risiko preeklamsi diantaranya usia ibu saat hamil yang ekstrim (<20 tahun atau >35 tahun), nulipara, sosioekonomi, ras Afrika-Amerika, kehamilan ganda, riwayat keluarga preeklamsi, riwayat preeklamsi pada kehamilan sebelumnya, penyakit ginjal kronis, mutasi gen, penyakit kardiovaskular, obesitas, dan dan diabetes mellitus. Hal tersebut menunjukkan bahwa karakteristik pasien turut berperan serta dalam angka kejadian preeklamsi (Norwitz, 2013)

Usia adalah salah satu faktor risiko terjadinya preeklamsi. Usia yang rentan terkena preeklamsi adalah usia < 18 tahun atau > 35 tahun (Bobak, 2004). Pada usia < 18 tahun, keadaan alat reproduksi belum siap untuk menerima kehamilan (Manuaba, 1998). Hal ini akan meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk preeklamsi dan eklamsi. Sedangkan pada usia 35 tahun atau lebih, rentan terjadinya berbagai penyakit dalam bentuk hipertensi dan eklamsi. Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir yang tidak lentur lagi (Rochjati, 2003). Tekanan darah juga akan meningkat

seiring dengan penambahan usia. Sehingga pada usia 35 tahun atau lebih dapat cenderung meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia (Potter, 2005).

Paritas pada ibu merupakan salah satu faktor terjadinya preeklamsia. Paritas pertama berhubungan dengan kurangnya pengalaman dan pengetahuan ibu dalam perawatan kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) merupakan paritas beresiko terjadinya preeklamsia. Ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 4) sudah mengalami penurunan fungsi system reproduksi (Henderson, 2006).

Tingkat pendidikan ibu dapat menjadi faktor risiko terjadinya preeklamsia. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih muda dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang tidak berpendidikan (Notoatmodjo, 2010). Dari hasil penelitian Ria Maryanti (2013) menunjukkan bahwa pendidikan ibu berpengaruh terhadap Preeklamsia Berat. Pada ibu dengan pendidikan yang rendah ditemukan bahwa ibu kurang mengerti akan pentingnya memeriksakan kehamilan dan apabila ada kelainan pada kehamilan maka tidak dapat terdeteksi secara dini dan apabila ibu rajin dalam memeriksakan kehamilan maka ibu akan mengetahui apakah ibu mempunyai masalah kesehatan misalnya, tekanan darah tinggi, terkena anemia, kencing manis, dan lain sebagainya. Maka dari itulah pentingnya seorang ibu tersebut berpendidikan tinggi. (Ria Maryanti, 2013)

Pada preeklamsia berat, persalinan harus segera dilakukan. Sedapat-dapatnya dilakukan induksi persalinan sehingga bisa melahirkan melalui jalan lahir. Namun jika terjadi gawat janin atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam (pada eklamsia), maka harus dilakukan operasi *Caesar* (Alijani, 2012).

Pengobatan yang terbaik untuk preeklamsi ialah mengakhiri kehamilan karena untuk mencegah timbulnya eklamsi, keadaan ibu akan berangsur baik setelah persalinan, dan adanya kemungkinan kematian bayi di dalam rahim. Pada preeklamsi berat kemungkinan hidup bagi janin lebih baik di luar kandungan, sehingga tidak ada guna menunda persalinan. Jadi jika kondisi preeklamsi berat tidak berkurang dengan terapi di rumah sakit selama 2 hari dan usia kehamilan sudah matur maka harus dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Sedapat-dapatnya dilakukan induksi, namun kalau tidak mungkin dilakukan operasi *Caesar* (Padjadjaran, Ilmu Kesehatan Reproduksi : Obstetri Patologi, 2004).

Kehamilan ganda juga merupakan faktor risiko terjadinya preeklamsi. Suatu studi yang melibatkan 52.028 wanita hamil menunjukkan, kehamilan kembar meningkatkan risiko preeklamsi hampir 3 kali lipat. Analisa lebih lanjut menunjukkan kehamilan triplet memiliki risiko hampir 3 kali lipat dibandingkan kehamilan duplet (Duckitt, 2005). Sibai, dkk menyimpulkan bahwa kehamilan ganda memiliki factor risiko yang lebih tinggi untuk menjadi preeklamsi dibandingkan kehamilan normal (Sibai *et al*, 2000). Beberapa respon fisiologis ibu yang normal terhadap kehamilan akan diperburuk dengan adanya janin ganda (Shields, 2001).