

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang bukan disebabkan oleh karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental, yang dihitung setiap 100.000 kelahiran hidup.<sup>1</sup> AKI merupakan indikator utama keberhasilan program kesehatan ibu. Selain untuk menilai kesehatan ibu, indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Menurut *World Health Organization* (WHO) sekitar 295.000 wanita meninggal selama masa kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Sebagian besar kematian ini terjadi di negara dengan sumber daya kesehatan yang rendah dan sebagian besar seharusnya dapat dicegah.<sup>2</sup>

Tingginya angka kematian ibu di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan memperjelas adanya kesenjangan antara negara kaya dan miskin. AKI di negara-negara berpenghasilan rendah pada tahun 2017 adalah 462 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKI di negara-negara berpenghasilan tinggi adalah 11 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya AKI terjadi sebagai akibat komplikasi selama masa kehamilan dan persalinan.<sup>2</sup> Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan dan sebagian besar dapat dicegah atau diobati. Komplikasi utama yang menyebabkan kematian pada ibu adalah perdarahan, preeklamsia dan eklampsia, sepsis, emboli, dan komplikasi aborsi yang tidak aman.<sup>3</sup>

Di Indonesia secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015, yaitu dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, pada tahun 2020 jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan menunjukkan 4.627 kematian. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 4.221 kematian. Sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 disebabkan oleh perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus.<sup>1</sup>

Ada beberapa jenis hipertensi dalam kehamilan, antara lain hipertensi kronik, hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklamsia, hipertensi gestasional, preeklamsia, dan eklampsia.<sup>4</sup> Preeklamsia merupakan penyakit hipertensi onset baru yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan paling sering terjadi ketika kehamilan mendekati aterm. Penderita preeklamsia memiliki tekanan darah lebih tinggi dari 140/90 mmHg, dengan atau tanpa proteinuria, diikuti oleh trombositopenia, edema paru, dan lesi organ yang mempengaruhi organ akhir seperti ginjal, otak, atau hati. Preeklamsia dapat bermanifestasi lebih parah lagi menjadi eklampsia, yang mana ditandai dengan timbulnya kejang yang tidak dapat dikaitkan dengan penyebab lain. Kejang bersifat umum dan dapat muncul sebelum, selama, atau setelah persalinan.<sup>5,6</sup>

Preeklamsia dapat diklasifikasikan berdasarkan awitannya, yaitu terdiri atas preeklamsia awitan dini dan preeklamsia awitan lambat. Preeklamsia awitan dini terjadi pada usia kehamilan <34 minggu dan awitan lambat terjadi pada usia kehamilan  $\geq 34$  minggu. Berdasarkan derajat keparahannya, preeklamsia dibagi menjadi dua kategori, yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat.<sup>7</sup>

Preeklamsia berat didefinisikan sebagai preeklamsia dengan tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg, proteinuria  $\geq 5$  gr/24 jam, oliguria <500 mL/24 jam disertai dengan adanya gangguan neurologis pada ibu seperti sakit kepala, eklampsia, edema paru akut, dan gangguan pada fetal seperti retardasi pertumbuhan intrauterin, oligohidramnion, atau kematian janin dalam kandungan.<sup>8</sup> Pada referensi lain disebutkan bahwa preeklamsia dikatakan berat bila kadar proteinuria mencapai  $\geq 2$  gr/24 jam atau *dipstick* urin sewaktu  $\geq +2$ , kreatinin serum  $>1,2$  mg/dl, jumlah trombosit  $<150.000$ /ul, terjadi hemolisis disertai peningkatan kadar *lactate dehydrogenase* (LDH), peningkatan kadar serum transaminase, gangguan serebral berupa sakit kepala yang menetap, gangguan penglihatan, dan sakit ulu hati yang menetap. Hasil laboratorium sangat menentukan diagnosis preeklamsia. Jika ditemukan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang semakin berat, maka diagnosis dan komplikasi preeklamsia semakin jelas.<sup>9</sup> Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tercatat jumlah kasus preeklamsia berat pada tahun 2016 adalah sebanyak 132 kasus dari 405 kelahiran (32,5%), meningkat pada tahun 2017 yaitu sebanyak

158 kasus dari 407 kelahiran (38,8%). Sementara pada tahun 2018 didapatkan ibu hamil dengan preeklamsia berat sebanyak 88 kasus (16,01%) dari 548 kelahiran.<sup>10</sup>

Pasien dengan preeklamsia berat dapat mengalami komplikasi maternal, salah satunya sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*). Sindrom HELLP merupakan kondisi di mana seorang ibu mengalami preeklamsia berat yang disertai dengan timbulnya hemolisis intravaskular ( $\geq 600$  U/l), peningkatan enzim dan disfungsi hepar (*aspartate transaminase/AST* dan *alanine transaminase/ALT*  $\geq 40$  U/l), dan trombositopenia (jumlah trombosit  $< 100.000$  sel/mm<sup>3</sup>).<sup>6</sup> Menurut klasifikasi Tennessee, sindrom HELLP terbagi atas sindrom HELLP parsial dan sindrom HELLP murni. Dikatakan sindrom HELLP murni apabila ditemukan seluruh parameter yaitu hemolisis, peningkatan enzim hati, dan trombositopenia. Sedangkan sindrom HELLP dikatakan parsial apabila terdapat dua dari tiga parameter sindrom HELLP. Ibu hamil dengan sindrom HELLP biasanya datang pada awal trimester ketiga dengan nyeri epigastrium atau kuadran kanan atas disertai mual dan muntah. Pada beberapa kasus juga dilaporkan adanya gangguan penglihatan dan riwayat malaise beberapa hari sebelum gejala lainnya muncul. Seringkali sindrom HELLP muncul tanpa adanya tanda-tanda klinis preeklamsia, seperti hipertensi, proteinuria, atau edema, sehingga kesalahan diagnosis awal sering terjadi.<sup>11,12</sup>

Hasil penelitian sebelumnya di Amerika menyatakan angka kejadian sindrom HELLP adalah 2%–12% dari seluruh pasien preeklamsia berat, sedangkan angka kejadian sindrom HELLP pada seluruh kehamilan berkisar antara 0,2% sampai 0,6%. Insiden sindrom HELLP di RS Dr. Pirngadi Medan tahun 1997 adalah 1,54% (1 kasus dari 65 kasus preeklamsia berat dan eklampsia). Insiden sindrom HELLP yang tercatat di RS Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2000 adalah 3 kasus (4,4%) sindrom HELLP murni dan 11 kasus (16,2%) sindrom HELLP parsial. Dari 134 orang ibu hamil dengan preeklamsia yang dirawat di instalasi rawat inap obstetri RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2017, tercatat sebanyak 17 orang diantaranya mengalami sindrom HELLP.<sup>13</sup>

Menurut penelitian yang dilakukan Gasem dkk (2005), morbiditas ibu ditemukan pada 22 kasus dari total 64 pasien dengan sindrom HELLP yang diteliti (34,4%). Solusio plasenta pada 8 (36,4%) pasien adalah komplikasi yang paling

sering, diikuti oleh *disseminated intravascular coagulation* (DIC) pada 7 (31,8%) pasien, dan perdarahan postpartum pada 4 (18,2%) pasien.<sup>6</sup> Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Çelik dkk (2001) pada 36 ibu preeklamsia berat dengan sindrom HELLP menunjukkan terdapat 13 kasus (36%) gagal ginjal akut, 6 kasus (17%) solusio plasenta, dan 2 kasus DIC.<sup>14</sup> Dari hasil literatur *review* yang dilakukan oleh Reubinoff dan Schenker ditemukan komplikasi paling umum dari sindrom HELLP adalah DIC (30,5%). Komplikasi ibu lainnya yang relatif umum adalah solusio plasenta (20%) dan gagal ginjal akut (8%).<sup>15</sup>

Dari beberapa literatur dijelaskan bahwa sindrom HELLP memiliki kedudukan yang sama dengan komplikasi lainnya, tetapi banyak juga literatur yang menjelaskan bahwa sindrom HELLP justru mencetuskan terjadinya komplikasi tersebut, seperti DIC, solusio plasenta, gagal ginjal akut, eklampsia dan lainnya. Melihat terdapat perbedaan hasil dari penelitian yang dilakukan sebelumnya mendorong peneliti untuk melakukan penelitian lebih lanjut dalam menentukan apakah sindrom HELLP meningkatkan risiko terjadinya komplikasi ataukah tanpa sindrom HELLP komplikasi-komplikasi tersebut juga dapat terjadi. Berdasarkan hasil penelusuran peneliti, belum ada penelitian serupa yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Perbedaan Luaran Maternal antara Ibu Preeklamsia Berat dengan dan Tanpa Sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perbedaan luaran maternal antara ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan luaran maternal pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang
2. Mengetahui perbedaan kejadian mortalitas maternal pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Mengetahui perbedaan kejadian solusio plasenta pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Mengetahui perbedaan kejadian gagal ginjal akut pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
5. Mengetahui perbedaan kejadian edema paru pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
6. Mengetahui perbedaan kejadian DIC pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
7. Mengetahui perbedaan kejadian eklampsia pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### 1.4.1 Bagi Peneliti

- Menambah ilmu pengetahuan penulis mengenai preeklamsia sebagai penyulit kehamilan ibu.
- Menambah ilmu pengetahuan penulis mengenai perbedaan luaran maternal pada ibu preeklamsia berat dengan dan tanpa sindrom HELLP.
- Membantu peneliti meningkatkan kemampuan dalam meneliti

#### 1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

- Penelitian ini dapat digunakan untuk mendukung teori-teori sebelumnya dan sebagai data dasar/acuan bagi peneliti lain dalam melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.3 Bagi pelayanan kesehatan

- Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam upaya menurunkan mortalitas dan morbiditas ibu akibat preeklamsia berat.

1.4.4 Bagi masyarakat

- Meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat terkait dampak yang terjadi pada ibu hamil akibat preeklamsia berat dengan maupun tanpa sindrom HELLP.

