

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO, 2014).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini meningkat tajam dari tahun 2007 yang sudah mencapai 228. Angka kematian ibu di Indonesia jauh lebih tinggi dibandingkan negara lain di ASEAN seperti di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, dan Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2015). Penyebab kematian ibu sangatlah beragam, akan tetapi kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi (Depkes RI, 2015).

Preeklampsia adalah sindrom spesifik-kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang sering disertai proteinuria (+1 pada dipstick) (Cunningham, et al., 2006). Preeklampsia berat (PEB) ialah preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam (Angsar MD, 2013).

Preeklampsia dan eklampsia menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian ibu di Indonesia dengan presentasi sebesar 26,9% pada tahun 2012 dan meningkat menjadi 27,1% pada tahun 2013 (Depkes RI, 2015). Data rekam medis M.Djamil pada tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah kasus preeklampsia sebanyak 206 kasus dari 1714 persalinan. (Denantika, Serudji, dan Revilla, 2015).

Angka kematian bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 1 tahun pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan salah satu indikator derajat kesehatan suatu bangsa. Melalui Millenium development goals, Indonesia sendiri memiliki target untuk menurunkan AKB pada indikator 4.2 menjadi sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hingga saat ini AKB masih menjadi penyebab tertinggi dari keseluruhan jumlah balita yang meninggal pada periode 5 tahun pertama kehidupan dan dari laporan terakhir AKB masih berada di angka 32 kematian per 1000 kelahiran hidup (BPS, 2013). Melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, salah satu tujuan indikator kesehatan adalah menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015).

Faktor penyebab kematian bayi terutama dalam periode satu tahun pertama kehidupan beragam terutama masalah neonatal dan salah satunya adalah bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) (BPS, 2013). Berdasarkan data dari World health organization, bblr berkontribusi sebanyak 60 hingga 80% dari seluruh kematian neonatus dan memiliki risiko kematian 20 kali lebih besar dari bayi dengan berat normal sampai usia satu tahun sehingga bayi dengan berat lahir

rendah memiliki kemungkinan morbiditas dan mortalitas yang lebih besar (WHO, 2010).

Berat badan lahir rendah bisa disebabkan oleh 2 hal, yaitu prematur murni (kehamilan kurang bulan) dan SGA (*Small for Gestational Age*) / KMK (Kecil Masa Kehamilan). Prematuritas murni yaitu bayi dengan masa gestasi kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK) dan KMK yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu serta mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine (Proverawati, 2010). Kecil masa kehamilan adalah berat badan bayi dibawah persentil 10 atau ≤ 2 standar deviasi sesuai usia kehamilan. Definisi KMK dijelaskan sebagai berat badan bayi lebih rendah dari populasi normal atau lebih rendah dari berat badan yang telah ditentukan (Kiess N, et.al., 2009).

World health organization pada tahun 2013 menyatakan di Asia Tenggara, angka kejadian KMK *aterm* adalah sekitar 21% pada tahun 2013, angka KMK *preterm* sekitar 3%, dan total angka kejadian KMK di Asia Tenggara tahun 2013 adalah 24% dari jumlah keseluruhan bayi. Prevalensi bayi yang lahir dengan KMK di Indonesia adalah sekitar 30-40% (WHO, 2013).

Bayi KMK secara fisik ditandai dengan berat badan lahir yang tidak sesuai masa kehamilan, dapat dijumpai tanda prematuritas atau tidak, retardasi pertumbuhan dan tampak kurus (*wasting*). Selain itu pada bayi dengan KMK sering mengalami *fetal distress* (Abdoerrachman, dkk., 2007).

Pada ibu dengan preeklampsia terjadi perubahan fisiologi patologi yaitu tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan

matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak mengalami distensi yang berakibat pada kegagalan remodelling arteri spiralis. Remodelling arteri spiralis normalnya terjadi pada setiap kehamilan, dimana remodelling ini menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Kegagalan remodelling dapat menyebabkan aliran darah uteroplasenta menurun yang mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu (Angsar MD, 2013).

Pada bayi dengan ibu penderita preeklampsia memiliki risiko untuk mengalami berbagai komplikasi. Janin akan kekurangan gizi akibat insufisiensi vaskular utero-plasenta yang dapat mengakibatkan retardasi pertumbuhan intrauterine. Retardasi pertumbuhan mengakibatkan bayi lebih mungkin memiliki berat lahir 4,4 % lebih rendah dibandingkan bayi yang dilahirkan ibu tanpa preeklampsia (Rasmussen, et al., 2014). Bayi juga lebih mungkin untuk mengalami hipertensi, penyakit koroner, dan diabetes dalam kehidupannya di masa depan (Lapidus, 2011).

Oleh karena uraian diatas, peneliti sendiri menjadi tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan preeklampsia berat dengan kejadian bayi kecil masa kehamilan di RSUP M. Djamil Padang Tahun 2014.

1.2 Rumusan Masalah

1. Berapa frekuensi ibu hamil yang menderita preeklampsia berat yang dirawat di RSUP M Djamil ?

2. Bagaimana hubungan antara kejadian KMK dengan ibu hamil yang menderita preeklampsia berat?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mencari hubungan antara preeklampsia berat dengan kejadian bayi KMK di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2014 – Desember 2014.

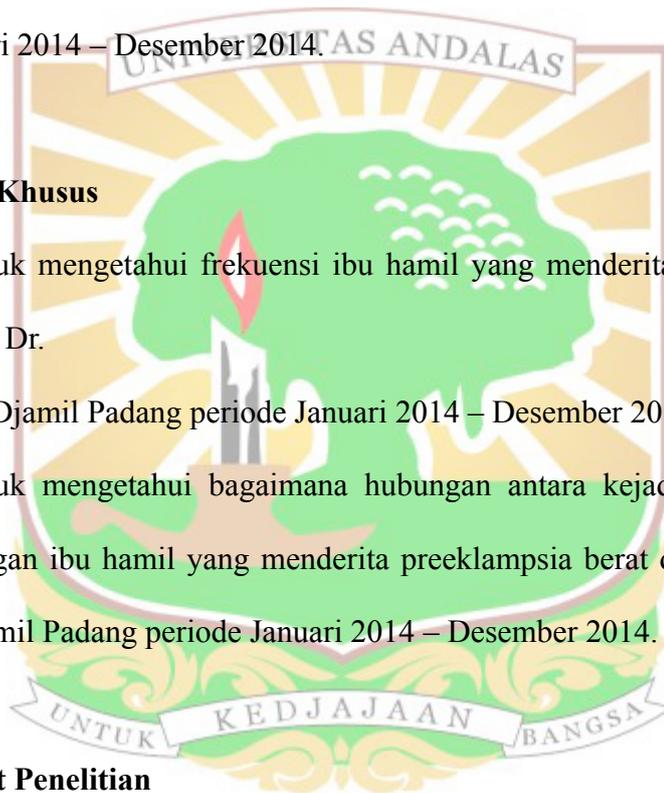
1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui frekuensi ibu hamil yang menderita PEB di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2014 – Desember 2014.
2. Untuk mengetahui bagaimana hubungan antara kejadian bayi KMK dengan ibu hamil yang menderita preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2014 – Desember 2014.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Memberikan informasi mengenai insiden preeklampsia berat pada tahun 2014.
2. Memberikan informasi mengenai hubungan Preeklampsia berat dengan kejadian bayi KMK.



3. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan untuk kegiatan penelitian selanjutnya mengenai hubungan preeklampsia berat dengan kejadian bayi KMK.

1.4.2 Manfaat Praktis

Untuk masyarakat agar bisa menerapkan metode *promotive* dan *preventif* untuk mengurangi risiko terjadinya bayi KMK dan mencegah komplikasi kehamilan lainnya karena preeklampsia berat.

