

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia adalah sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel (Angsar, 2010). Sebanyak 3,9% dari semua wanita hamil di dunia mengalami preeklampsia (Cunningham, 2010). Salah satu penyulit dalam kehamilan adalah preeklampsia yang menyebabkan sakit berat, kecacatan jangka panjang, serta kematian pada ibu, janin dan neonatus (Bastani, 2008). Preeklampsia dan eklampsia adalah komplikasi pada masa kehamilan yang merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan ibu dan bayi di seluruh dunia (Luca, 2008). Kehamilan yang disertai preeklampsia merupakan kehamilan yang beresiko tinggi karena 30%-40% dapat menyebabkan kematian maternal dan 30%-50% kematian perinatal (Sofowean, 2003).

Menurut *World Health Organization* (WHO) secara global kematian ibu di dunia adalah sebesar 289.000 pada tahun 2013. Sub-Sahara Afrika menyumbang 62% (179.000) dari kematian global diikuti Asia Selatan 24% (69.000). Di tingkat negara, dua negara yang menyumbang sepertiga dari kematian ibu adalah India 17% (50.000) dan Nigeria 14% (40.000) (WHO, 2014). Menurut Dinas Kesehatan Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat juga terjadi kematian ibu. Pada tahun 2012 terjadi 15 kasus, tahun 2013 terjadi 15

kasus, tahun 2014 terjadi 16 kasus, dan tahun 2015 terjadi 17 kasus kematian ibu. Penyebab kematian ibu yaitu preeklampsia-eklampsia, perdarahan dan infeksi (Dinkes, 2014).

Data Kementerian Kesehatan dalam Metrotvnews.com oleh Indriani (2016) mengatakan pada tahun 2016 tercatat 305.000 ibu di Indonesia meninggal per 100.000 orang. Gilbert dan Harmon (2005) mengatakan preeklampsia di kawasan Asia menduduki peringkat keenam yang merupakan gangguan hipertensi dengan persentase sebesar 9,1%, dan di Indonesia merupakan penyebab kematian ibu peringkat kedua dengan persentase sebesar 24%. Pada tahun 2012, kejadian preeklampsia di Indonesia menjadi 32,4% dan 32,4%. Sedangkan persentase di Sumatera sebesar 33,3% (Depkes RI, 2007).

Preeklampsia berat adalah preeklampsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih dari 5 g/24 jam (Angsar, 2010). Hal utama yang menjadi penyebab kematian dan kesakitan ibu preeklampsia adalah abrasi plasenta, edema pulmonary, kegagalan ginjal dan hepar, miokardial infark, *disseminated intravascular coagulation* (DIC), perdarahan serebral (Gilbert & Harmon, 2005). Sedangkan efek preeklampsia pada fetal dan bayi baru lahir adalah insufisiensi plasenta, asfiksia neonatorum, *intra uterine growth retardation* (IUGR), prematur, dan abrasi plasenta (Gilbert & Harmon, 2005). Kematian pada masa perinatal yang disebabkan karena asfiksia sebesar 28% (Cunningham, 2006).

Berdasarkan penelitian Pauline (2015) menyatakan bahwa preeklampsia menyebabkan peningkatan 2 kali lipat kematian perinatal, *small for gestational age* (SGA), perawatan NICU, dan apnea, lebih dari 2,5 kali lipat kemungkinan terjadinya peningkatan sindrom gangguan pernafasan dan asfiksi, dan 3 kali lipat kemungkinan terjadinya perdarahan peri atau intraventrikuler, serta takipnea pada bayi juga meningkat sebanyak 1,6 kali lipat.

Menurut WHO, angka kematian bayi baru lahir di dunia sangat memprihatinkan yaitu 2/3 kematian bayi berumur 0-1 tahun terjadi pada bayi baru lahir. Lalu 2/3 kematian bayi baru lahir terjadi pada masa bayi baru lahir awal atau bayi berumur 1 hari sampai 1 minggu, dan 2/3 kematian pada masa bayi baru lahir terjadi pada hari pertama (Wiknjosastro, 2006). Secara global setiap tahunnya 120 juta bayi lahir, dari jumlah tersebut 4 juta (33 per 1000) lainnya meninggal dalam usia 30 hari (neonatal lanjut) (WHO, 2012).

Komplikasi akibat preeklampsia pada bayi yaitu terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, prematur, asfiksia neonatorum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal (Mitayani, 2013). Berdasarkan penelitian oleh Winarsih (2009), menyatakan bahwa kondisi bayi yang dilahirkan dari ibu preeklampsia berat yaitu asfiksia, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan tidak mengalami kelainan kongenital. Dan penelitian yang dilakukan oleh Bertin (2014) menyatakan bahwa adanya hubungan antara preeklampsia dengan kejadian berat badan bayi lahir rendah dan preeklampsia merupakan faktor resiko 2,48 kali lebih besar penyebab BBLR dibandingkan non preeklampsia.

Menurut Riskesdas (2007) masalah utama penyebab kematian pada bayi dan balita adalah pada masa neonatus yaitu sebanyak 78,5% dari kematian neonatal terjadi pada umur 0-6 hari. Keluaran persalinan yang sering ditemukan pada keluaran perinatal dari persalinan dengan preeklampsia antara lain neonatal yang lahir dengan asfiksia neonatorum (44%), BBLR (35,3%), kelahiran prematur (15–67%), pertumbuhan janin yang terhambat/IUGR (10–25%), cedera hipoksia neurologik (<1%), dan kematian perinatal (1–2%) (Sibai, 2005).

Asfiksia merupakan suatu keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur sehingga dapat menurunkan oksigen dan semakin meningkatkan karbondioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2007). Dan yang disebut dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. BBLR dapat disebabkan oleh penyakit ibu pada saat hamil misalnya preeklampsia, usia kehamilan, keadaan sosial ekonomi, Hidramion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom (IDAI, 2004). Sedangkan pertumbuhan janin terhambat/IUGR adalah gangguan pertumbuhan pada janin dan bayi baru lahir yang meliputi semua parameter (lingkar kepala, berat badan, panjang badan), yang beratnya dibawah 10 persentil untuk usia gestasinya. Janin yang mengalami pertumbuhan yang terhambat yaitu janin yang mengalami kegagalan dalam mencapai berat standard atau ukuran standars yang sesuai dengan usia kehamilannya. Bayi-bayi antara persentil 10

dan 90 diklasifikasikan sebagai kelompok dengan berat sesuai usia gestasional. (Wiknjosastro, 2005).

Penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah (BBLR) (29%), asfiksia (27%), trauma lahir, tetanus neonatorum, infeksi, dan kelainan kongenital (Katiandagho dan Kusmiyati, 2015). Berdasarkan penelitian Arinda Raras (2010) di RSUP. Dr. Kariadi Semarang, mengatakan bahwa preeklampsia berat dapat mempengaruhi kondisi bayi yaitu BBLR, skor APGAR dibawah 7, pertumbuhan janin yang terhambat (IUGR) dan kematian atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD). Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat menyatakan bahwa Kota Padang menempati urutan pertama berdasarkan angka kematian neonatus. Angka kematian Kota Padang pada tahun 2014 adalah 76 kematian. Jumlah ini naik dari tahun sebelumnya yaitu 62 kematian. Dan pada tahun 2015 terdapat 62 kasus kematian neonatal (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2014).

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan terbesar satu-satunya di Sumatera Barat yang salah satunya tempat rujukan kasus-kasus patologik seperti preeklampsia. Data penderita preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dirawat di Ruang Rawat Inap Kebidanan yaitu pada tahun 2014 terdapat 96 orang dan tahun 2015 sebanyak 112 orang. Berdasarkan studi pendahuluan di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 06 Juli 2017 dengan studi dokumentasi, didapatkan total persalinan di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016 berjumlah 306 persalinan.

Total persalinan ibu hamil dengan preeklampsia berat berjumlah 101 orang. Dan total bayi yang mengalami komplikasi berjumlah 187 bayi dari 342 yang dirawat. Saat dilakukan pengamatan langsung, dari 7 orang ibu yang mengalami preeklampsia berat didapatkan sebanyak 4 bayi dengan kondisi sehat, 2 bayi dengan kondisi berat badan lahir rendah (BBLR), dan 1 bayi dengan asfiksia.

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan di atas, peneliti tertarik untuk melihat apakah terdapat hubungan antara hubungan preeklampsia berat dengan komplikasi neonatal di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan preeklampsia berat dengan komplikasi neonatal di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui hubungan preeklampsia berat dengan komplikasi neonatal di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi karakteristik preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.
- b. Diketahui distribusi frekuensi preeklampsia berat di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.
- c. Diketahui distribusi frekuensi kondisi neonatal di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.
- d. Diketahui hubungan preeklampsia berat dengan komplikasi neonatal di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai tambahan pengetahuan untuk dunia keperawatan dalam memberikan penatalaksanaan dan pencegahan yang tepat terhadap preeklampsia berat dan atau komplikasinya pada neonatal sehingga dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan pada ibu hamil khususnya tentang preeklampsia berat dan komplikasinya pada neonatal, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya menjaga kehamilan dan melakukan pemeriksaan secara rutin.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan masukan dan pembandingan untuk peneliti selanjutnya yang ingin meneliti terkait kejadian preeklampsia berat dan komplikasinya terhadap neonatal.

