

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI), menurut WHO, adalah angka kematian wanita selama kehamilan atau selama 42 hari setelah melahirkan, yang disebabkan oleh semua hal yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera.¹

Menurut WHO, setiap harinya, diperkirakan 830 wanita hamil meninggal akibat kehamilan atau berhubungan dengan persalinan di seluruh dunia. Di tahun 2015, diperkirakan terdapat 303.000 kasus wanita meninggal saat kehamilan dan persalinan.² Di Asia Tenggara, setiap tahun, diperkirakan terdapat 36.000 kematian ibu di 12 negara di Asia Tenggara, termasuk Indonesia.³ Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia sebanyak 359 per 100.000 kelahiran hidup.⁴ Angka ini menunjukkan adanya peningkatan tajam dari tahun 2007 sebanyak 228.⁵ UNFPA mencatat bahwa angka kematian ibu di Indonesia masih lebih rendah dibanding empat negara dengan kematian ibu tertinggi di Asia Tenggara (Kamboja, Lao PDR, Myanmar, dan Timor Leste).³

Hampir semua kasus kematian ibu ini disebabkan oleh tatalaksana yang kurang baik dan dapat dicegah. Analisis sistematis yang dilakukan WHO untuk mencari penyebab kematian ibu di seluruh dunia secara global, regional, dan subregional pada tahun 2003-2009 menemukan bahwa penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (27,5%), hipertensi (14%), dan sepsis (10,7%).⁵

Preeklampsia adalah keadaan dimana meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai proteinuria ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq 1+$ pada pemeriksaan dipstik setelah kehamilan 20 minggu.⁶ Secara teoritik, gejala yang timbul pada preeklampsia diawali dengan edema, hipertensi, dan proteinuria.⁷ Preeklampsia sendiri dibagi berdasarkan awitan, yaitu

preeklampsia awitan dini (PEAD) yang terjadi sebelum 34 minggu dan preeklampsia awitan lambat (PEAL) yang terjadi setelah 34 minggu. Namun, beberapa jurnal mengatakan bahwa PEAD terjadi dibawah 32 minggu.⁸ Beberapa penelitian juga menggunakan 32 minggu sebagai batasan antara PEAD dan PEAL.^{9,10}

Preeklampsia yang disertai kejang secara menyeluruh dan koma, bersifat akut tanpa disebabkan penyebab lain disebut eklampsia. Eklampsia dapat terjadi pada ante, intra, dan post partum.^{6,7} Hal ini disebabkan karena ada kerusakan jaringan otak yang signifikan disebabkan karena mekanisme autoregulasi yang hilang ketika hipertensi akut terjadi di atas batas autoregulasi. Autoregulasi yang hilang menyebabkan resistensi serebrovaskular menurun dan menyebabkan hiperperfusion, gangguan sawar darah otak, dan pembentukan edema vasogenik, yang merupakan penyebab gejala neurologis dari ensefalopati pada hipertensi dan eklampsia.¹¹

WHO menemukan indikasi bahwa hipertensi menyebabkan kematian ibu sebanyak 16% di negara berkembang. Berdasarkan data United States National Hospital Discharge 2004, ditemukan bahwa terdapat peningkatan insiden preeklampsia selama persalinan pada tahun 1987-2004 sebanyak 25%.¹² Di Indonesia, hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklampsia merupakan salah satu penyebab terbanyak kematian ibu. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006 menyebutkan bahwa terdapat 7.848 (5,8%) kasus preeklampsia dan eklampsia, dimana diantaranya sebanyak 166 kasus meninggal. Angka tersebut menyebabkan *Case Fatality Rate (CFR)* preeklampsia tertinggi dibanding dengan kasus obstetri lain.¹³ Pada tahun 2013, kematian ibu terbanyak disebabkan oleh perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Hipertensi dalam kehamilan (HDK) termasuk preeklampsia menyebabkan kematian ibu di Indonesia lebih dari 25%.¹⁴

Pada tahun 2014, di Sumatra Barat, jumlah kematian ibu sebanyak 118 kasus dan jumlah tertinggi berada di Kota Padang yaitu sebanyak 16 kasus yang ditunjukkan pada tabel di atas.¹⁵ Angka ini

meningkat di Kota Padang pada tahun 2015 yaitu menjadi 17 orang.¹⁶ Berdasarkan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2015, dari 17 kasus kematian ibu di tahun tersebut, 23,5% disebabkan oleh preeklampsia.¹⁷ RSUP dr. M. Djamil Padang yang merupakan rumah sakit rujukan se-Sumatra Barat, mencatat bahwa kejadian Preeklampsia-Eklampsia terjadi sebanyak kurang lebih 141 kasus di rumah sakit tersebut pada tahun 2012.¹⁸

Data epidemiologi tersebut menunjukkan bahwa kejadian preeklampsia berisiko tinggi untuk menyebabkan kematian ibu sehingga perlu adanya pengendalian faktor risiko dan tatalaksana yang baik untuk menurunkan insiden preeklampsia yang dapat berdampak pada angka kematian ibu (AKI). Preeklampsia masih dikatakan sebagai *'disease of theories'*, dimana penyebab dan patofisiologinya masih belum diketahui. Penelitian belakangan ini menemukan kemungkinan penyebab atau predisposisi dari disfungsi endotel dan menyebabkan hipertensi, proteinuria, dan edema sebagai diagnosis sindrom preeklampsia. Tidak mungkin preeklampsia terjadi karena satu mekanisme, bahkan beberapa mekanisme dapat terjadi bersamaan dan melipatgandakan mekanisme lain. Penelitian lebih lanjut mengenai penyebab dan *marker* klinis masih dilanjutkan dengan tujuan mencegah preeklampsia.¹⁹

.Walaupun preeklampsia masih belum jelas diketahui penyebabnya, namun ada beberapa faktor risiko yang dianggap berkontribusi dalam kejadian preeklampsia yaitu primigravida, primiparitas, hiperplasentosis, umur yang ekstrem (>35 tahun dan <20 tahun), riwayat keluarga pernah menderita preeklampsia/ekslampsia, penyakit ginjal dan hipertensi sebelum hamil, dan obesitas. Melalui evaluasi dalam penelitian, ditemukan berbagai strategi dapat digunakan untuk mencegah preeklampsia yaitu, antioksidan, obat-obatan kardiovaskular, antioksidan, dan manipulasi diet.⁶

English dkk. (2015) menyebutkan bahwa ada beberapa kondisi yang dianggap menjadi predisposisi dari preeklampsia yang menguatkan teori-teori sebelumnya, seperti primigravida, umur di atas 40 tahun, riwayat preeklampsia sebelumnya, obesitas sebelum kehamilan, diabetes, riwayat hipertensi sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, dan wanita hamil dalam kondisi medis tertentu seperti sindrom antifosfolipid.²⁰

Penelitian lain oleh Aksornphusitaphong tahun 2005-2010 yang membandingkan faktor risiko pada PEAD dan PEAL, menunjukkan bahwa umur wanita hamil 35 tahun, IMT sebelum kehamilan 25-29,9 kg/m², penambahan berat badan 0,5 kg per minggu, janin perempuan, *intake* kalsium, riwayat keluarga diabetes mellitus, dan riwayat keluarga hipertensi secara signifikan berisiko tinggi baik pada PEAD maupun PEAL. Sedangkan, pada keadaan multiparitas, hipertensi kronis, diabetes mellitus pregestasional atau gestasional, riwayat preeklampsia di kehamilan sebelumnya, riwayat hemolisis, dan riwayat sindrom HELLP di kehamilan sebelumnya berhubungan dengan peningkatan risiko pada PEAD. Tidak ada faktor risiko yang tinggi secara signifikan pada PEAL, namun pada keadaan peningkatan berat badan ibu hamil <0,2 kg/minggu cenderung menurunkan risiko dari PEAL. Untuk karakteristik perinatal, proporsi persalinan preterm dan *sectio cesarea* cenderung tinggi baik pada PEAD dan PEAL. Selain itu, proporsi APGAR <7 pada menit pertama dan kelima lebih tinggi pada PEAD dan berat badan lahir pada neonatus juga lebih rendah pada PEAD.²¹

Raymond dkk. mengatakan bahwa PEAD dianggap sebagai gangguan yang berhubungan dengan janin, seperti disfungsi plasenta, volume plasenta yang berkurang, intrauterine growth restriction (IUGR), uterus dan pemeriksaan Doppler arteri umbilikus yang abnormal, berat badan lahir rendah (BBLR), disfungsi multiorgan, kematian perinatal, *outcome* ibu dan neonatus yang buruk. Sedangkan PEAL dianggap sebagai gangguan yang didasari oleh keadaan ibu, lebih sering dihubungkan dengan plasenta normal, volume plasenta yang lebih besar, pertumbuhan

janin yang normal, uterus dan pemeriksaan Doppler arteri umbilikus yang normal, berat lahir normal, dan *outcome* maternal dan neonatus yang lebih baik.²²

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, faktor-faktor risiko preeklampsia lebih erat hubungannya dengan PEAD dibanding PEAL dan *outcome* ibu dan bayi lebih buruk pada PEAD daripada PEAL. Pada penelitian kali ini, penulis ingin membuktikan hal tersebut dengan membandingkan antara faktor-faktor risiko dan *outcome* preeklampsia awitan dini dan awitan lambat. Diharapkan, dari penelitian ini dapat membuktikan penelitian-penelitian sebelumnya dengan melihat perbandingan faktor-faktor risiko dan *outcome* preeklampsia awitan dini dan awitan lambat.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perbandingan faktor risiko, *maternal outcome*, dan *fetal outcome* preeklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Djamil Padang pada tahun 2015-2017?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbandingan faktor-faktor risiko, *maternal outcome* dan *fetal outcome* preeklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Djamil Padang pada tahun 2015-2017

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui perbandingan faktor risiko pada preeklampsia-eklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP dr. M. Djamil Padang :usia, paritas, indeks massa tubuh, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pendidikan
2. Mengetahui perbandingan *maternal outcome* pada preeklampsia-eklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP dr. M. Djamil

Padang : tanda vital, pemeriksaan laboratorium, cara persalinan, dan komplikasi

3. Mengetahui perbandingan *fetal outcome* pada preeklampsia-eklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP dr. M. Djamil Padang : usia gestasi, berat badan lahir, panjang badan, skor APGAR, PICU & bantuan napas, IUFD, dan kematian neonatus dini.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat untuk Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perbandingan faktor-faktor risiko dan *outcome* preeklampsia-eklampsia di antara awitan dini dan awitan lambat RSUP dr. M. Djamil Padang. Diharapkan dapat membuktikan dan menguatkan teori-teori sebelumnya mengenai faktor risiko dan *outcome* preeklampsia sehingga dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat untuk Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian perbandingan faktor-faktor risiko preeklampsia-eklampsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP dr. M. Djamil Padang dapat menjadi acuan untuk melakukan pencegahan terhadap faktor risiko preeklampsia. Pelayanan kesehatan primer sebagai gerbang utama dengan pasien diharapkan dapat melakukan kegiatan promotif dan preventif terhadap preeklampsia dan peningkatan kualitas *Antenatal Care*.