

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu menurut WHO (*World Health Organization*) adalah kematian selama kehamilan atau pada 42 hari setelah berakhirnya kehamilan yang diakibatkan oleh semua sebab yang terkait atau diperberat oleh kehamilan ataupun penanganannya, dan bukan disebabkan oleh kecelakaan/cidera.¹ Menurut WHO, di seluruh dunia setiap harinya pada tahun 2015 sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Dari 830 kejadian kematian ibu perhari nya, 550 terjadi di Sub-Sahara Afrika dan 180 di Asia Selatan. Risiko wanita meninggal yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan di negara berkembang 33 kali lebih besar daripada di negara maju.²

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015, angka kematian ibu di Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Target MDGs (*Millenium Development Goals*) ke-5 adalah menurunkan angka kematian ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup.³ Kematian ibu di Indonesia ada tiga penyebab utamanya yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Preeklamsia menempati posisi kedua penyebab utama angka kematian ibu. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2015 dalam beberapa tahun ini, kejadian hipertensi dalam kehamilan mengalami kenaikan dibandingkan perdarahan dan infeksi. Hipertensi pada kehamilan kejadian terus meningkat tiap tahunnya mulai dari tahun 2010 (21,5%), 2011 (24,7%), 2012 (26,9%), 2013 (27,1%).⁴

Angka kematian ibu berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat tahun 2014 sebesar 126/100.000 kelahiran hidup.⁵ Angka tersebut masih belum mencapai target MDGs ke lima yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Kasus kematian Ibu di Padang tahun 2014 sebesar 16 orang yang terdiri dari 7 orang pada masa kehamilan, 4 orang pada periode bersalin, dan 5 orang meninggal saat periode nifas. angka ini meningkat dari tahun 2013 (15 orang).⁶

Preeklamsia merupakan suatu sindrom khusus kehamilan dimana meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang disertai proteinuria ≥ 300 mg/24

jam atau $\geq +1$ pada pemeriksaan dipstik pada usia kehamilan diatas 20 minggu.⁷ Preeklamsia yang terjadi sebelum kehamilan 34 minggu dinamakan preeklamsia awitan dini (PEAD), sedangkan preeklamsia yang terjadi setelah 34 minggu dinamakan preeklamsia awitan lambat (PEAL).^{8,9} Preeklamsia mempunyai beberapa teori salah satunya adalah teori endotel yang dapat menimbulkan kerusakan berbagai organ dan menimbulkan mortalitas dan morbiditas bagi ibu hamil dan juga janinnya.⁹ Pada preeklamsia awitan dini dikaitkan dengan adanya invasi trofoblas yang tidak adekuat dan dihubungkan dengan jalur plasental yang akan mengakibatkan prognosis preeklamsia awitan dini akan lebih buruk dari pada awitan lambat.

Perjalanan penyakit preeklamsia dapat berlanjut menjadi suatu komplikasi. Komplikasi pada ibu hamil dengan preeklamsia dapat berupa komplikasi maternal dan komplikasi fetal. Komplikasi pada fetal berupa IUGR (*Intra Uterin Groth Restriction*), solusio plasenta, prematuritas, sindroma distres napas, kematian janin intrauterine. Komplikasi pada maternal berupa sindroma HELLP (*Haemolysis, Elevated Enzym, and Low Platelet*), edem paru, DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*), gagal ginjal akut, trombositopenia.²³ Pada fetal, preeklamsia awitan lambat mempunyai prognosis yang lebih baik dari pada preeklamsia awitan dini karena retriksi pertumbuhan janin hampir tidak terjadi, sedangkan pada preeklamsia awitan dini prognosisnya lebih buruk karena adanya retriksi pada pertumbuhan janin.¹⁰

Salah satu komplikasi pada maternal yang disebut dengan DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*). DIC adalah keadaan dimana sistem koagulasi dan atau fibrinolitik yang teraktivasi secara sistematis dan kemudian mengakibatkan koagulasi intravaskular yang luas dan juga melebihi mekanisme antikoagulan yang alamiah.¹¹ Keadaan koagulasi intravaskular diseminata ini diamati berasal dari perubahan spesifik dalam faktor koagulasi/fibrinolisis pada preeklamsia seperti penurunan jumlah trombosit dalam darah, anti-trombin III, plasminogen, α_2 -anti-plasmin, dan peningkatan *fibrinogen degradation products* (FDP).¹² Pemeriksaan hemostasis rutin yang biasa dilakukan adalah jumlah trombosit, masa protrombin (*prothrombin time/PT*), masa tromblastin partial terktivasi (*activated partial thromboplastin time/APTT*), D-dimer, anti-trombin III,

dan fibrinogen.¹¹ DIC merupakan suatu penyakit yang berhubungan dengan koagulasi pada hemostasis dan juga perlu menilai perubahan faktor hemostasis yang terjadi pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat. Perubahan faktor hemostasis dapat dinilai dengan nilai trombosit dan uji hemostasis berupa PT, APTT, dan D-dimer.

Penelitian oleh Yogi Sofyan tahun 2015 yang membandingkan rerata faktor hemostasis pada PEB, eklamsia, dan kemilan normal, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan faktor hemostasis PT, APTT, D-dimer, dan trombosit pada keadaan tersebut.³² oleh karena ini, untuk menilai bagaimana uji hemostasis pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat dapat dinilai dengan melihat hasil laboratorium berupa PT, APTT, D-dimer dan jumlah trombosit.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk membandingkan PT, APTT, D-dimer, dan jumlah trombosit pada pasien preeklamsia antara awitan dini dengan awitan lambat di RSUP M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana perbandingan uji hemostasis PT pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat ?
2. Bagaimana perbandingan uji hemostasis APTT pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat ?
3. Bagaimana perbandingan uji hemostasis D-dimer pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat ?
4. Bagaimana perbandingan jumlah trombosit pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan nilai PT, APTT, D-dimer, dan jumlah trombosit pada pasien preeklamsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP DR M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui perbedaan rerata uji hemostasis PT pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Djamil Padang
2. Mengetahui perbedaan rerata uji hemostasis APTT pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Jamil Padang
3. Mengetahui perbedaan rerata uji hemostasis D-dimer pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Jamil Padang.
4. Mengetahui perbedaan rerata jumlah trombosit pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat di RSUP M. Jamil Padang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Klinisi

Menambah pengetahuan tentang perbandingan PT, APTT, D-dimer, dan jumlah trombosit pada preeklamsia awitan dini dan preeklamsia awitan lambat.

1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai perbandingan uji hemostasis pada preeklamsia awitan dini dan awitan lambat dan dapat membantu peneliti dalam meningkatkan kemampuan dalam meneliti.

1.4.3 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

1. Memberikan kontribusi bagi ilmu pengetahuan mengenai perbandingan PT, APTT, D-dimer, dan jumlah trombosit pada preeklamsia awitan dini dan preeklamsia awitan lambat.
2. Dapat menguatkan teori sebelumnya dan dapat menjadi data dasar untuk peneliti lain melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.4 Manfaat Bagi Pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam kebijakan pengelolaan pasien preeklamsia sebagai penentuan ketidakstabilan hemostasis pasien preeklamsia awitan dini dan lambat agar dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas ibu hamil.