BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi adalah indikator keberhasilan pembangunan dalam bidang kesehatan. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa ada 500.000 kematian ibu melahirkan di seluruh dunia setiap tahunnya, 99 % diantaranya terjadi di negara berkembang, dari angka tersebut diperkirakan bahwa hampir satu orang ibu setiap menit meninggal akibat kehamilan dan persalinan. Angka kematian maternal di negara berkembang diperkirakan mencapai 100 sampai 1000 lebih per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara maju berkisar antara 7 - 15 per 100.000 kelahiran hidup (Hasnah, 2003).

Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 34 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2009), sedangkan berdasarkan hasil survey kesehatan daerah, Angka Kematian Ibu (AKI) Propinsi Jawa Tengah tahun 2007 sebesar 116 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 26 per 1000 kelahiran hidup. Angka kejadian kematian ibu saat bersalin (50,09%), nifas (30,58%) dan saat hamil (19,33%). Penyebab kematian ibu antara lain perdarahan (60-70%), preeklampsia/eklampsia (25%) dan infeksi (20%) (Dinkes-Jateng, 2008).

Angka kejadian preeklampsia sebesar 5-15% dari seluruh kehamilan di dunia. Angka kejadian ini lebih banyak terjadi di negara berkembang dibanding pada negara maju, hal ini disebabkan oleh karena di negara maju perawatan prenatalnya lebih baik. Berdasarkan SDKI 2003, insiden pre-eklampsia di Indonesia 3,4-8,5%. Dinas kesehatan Propinsi Jawa Tengah pada tahun 2006 mencatat angka kematian ibu akibat eklampsia sebesar 31,57%. Menurut Dinas Kesehatan Kota (DKK) Surakarta, berdasarkan

persalinan dengan komplikasi tahun 2006, insiden eklampsia sebesar 0,48%, sedangkan preeklampsia sebesar 13,42% (Ryadi, 2008).

Preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias: hipertensi, proteinuria, dan edema; yang kadang-kadang disertai kejang sampai koma (Mochtar, 1998). Frekuensi terjadinya preeklampsia dan eklampsia bertambah seiring dengan umur kehamilan, umumnya pada primigravida Triwulan III, umur > 35 tahun (Mochtar, 2002, p. 201).

Preeklampsia berakibat buruk pada ibu maupun janin yang di kandungnya. Komplikasi pada janin berupa prematuritas, gawat janin, berat badan lahir rendah atau *intra uterine fetal death (IUFD)* (Wijayarini, 2002, p.11-12).

Berat bayi lahir rendah (kurang dari 2500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap kematian perinatal dan neonatal. Berat bayi lahir rendah (BBLR) dibedakan dalam dua kategori yaitu BBLR karena prematur (usia kandungan < 37 minggu) atau BBLR karena intra uterina growth retardation (IUGR) yaitu bayi cukup bulan tetapi berat kurang untuk usianya (Djaja, Sumantri, 2003).

Dalam laporan WHO dikemukakan bahwa di Asia Tenggara, 20 – 35 % bayi yang dilahirkan terdiri dari BBLR dan 70 – 80% dari kematian neonatus terjadi pada bayi kurang bulan dan BBLR (WHO, 2002).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, angka kematian neonatal sebesar 20 per 1000 kelahiran hidup. Dalam 1 tahun, sekitar 89.000 bayi usia 1 bulan meninggal, artinya setiap 6 menit ada 1 (satu) neonatus meninggal. Penyebab utama kematian neonatal adalah Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 29%. Insidensi BBLR di Rumah Sakit di Indonesia berkisar 20%. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain antara 9 – 30%, hasil studi 7 daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2,1% - 17,2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut Survey Dinas Kesehatan Indonesia (SDKI), angka BBLR sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR

yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7% (SDKI, 2007).

Pada preeklampsia/eklampsia didapatkan resiko persalinan prematur 2,67 kali lebih besar, persalinan buatan 4,39 kali lebih banyak; dan mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk mendapatkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Sudhaberata, 2001).

Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik mengambil judul hubungan preeklampsia/eklampsia dengan berat bayi lahir rendah (BBLR).

B. Perumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara preeklampsia/eklampsia dengan Berat Bayi Lahir Rendah di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui hubungan antara preeklampsia/ eklampsia dengan Berat Bayi Lahir Rendah di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
2. Untuk mengetahui jumlah kasus BBLR pada ibu dengan preeklampsia/ eklampsia maupun bukan preeklampsia/ eklampsia.
3. Menganalisis hubungan antara preeklampsia/ eklampsia dengan BBLR.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

   Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan mengenai hubungan preeklampsia/eklampsia dengan berat bayi lahir rendah (BBLR).
2. Manfaat Aplikatif
   a. Sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan usaha korektif untuk mencegah dan mengatasi preeklampsia agar tidak menjadi lebih berat.
   b. Sebagai bahan pertimbangan untuk mempersiapkan penanganan bayi yang lahir dengan BBLR dari ibu penderita preeklampsia/ eklampsia

secara efektif agar angka kesakitan dan kematian perintal yang di-akibatkannya dapat menurun.

c. Sebagai informasi data bagi peneliti lain yang berminat meneliti masalah serupa.