

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Di Indonesia, angka kematian ibu masih cukup tinggi. Kematian tersebut banyak disebabkan oleh karena perdarahan, preeklampsia, eklampsia dan infeksi. (Cunningham, 2006) Pada tahun 2006, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah mencatat 31,57% kematian ibu akibat preeklampsia/eklampsia. Oleh karena itu, diagnosis dini preeklampsia, yang merupakan tingkat pendahuluan eklampsia, serta penanganannya perlu segera dilaksanakan untuk menurunkan kematian ibu dan anak. (Prawirohardjo, 2005)

Angka kejadian preeklampsia pada tiap negara berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena banyaknya faktor yang mempengaruhinya, di antaranya jumlah primigravida, keadaan sosial-ekonomi, perbedaan kriteria dalam penentuan diagnosis, dan lain-lain. Diperkirakan di seluruh dunia ada 0-13% kasus preeklampsia. Di Singapura berkisar antara 0,13–6,6%, sedangkan di Indonesia berkisar antara 3,4–8,5%. Menurut Sarwono (2002) juga menuliskan di Indonesia berkisar antara 3-10%. Di RSUD R.A Kartini Jepara sendiri pada tahun 2011 didapatkan 140 kasus preeklampsia dan 13 kasus eklampsia (insidensi 5,6%), sedangkan tahun 2012 didapatkan 179 kasus preeklampsia dan 10 kasus eklampsia.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Soejoenoes pada tahun 1983 di 12 Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia, didapatkan kejadian preeklampsia dan eklampsia sebesar 5,30% dengan kematian perinatal sebanyak 10,83 per seribu (4,9 kali lebih besar dibandingkan dengan kehamilan normal). (Sudhabrata, 2002) Sedangkan menurut Sarwono (2002) kasus preeklampsia/eklampsia di Indonesia mencapai 3-10%.

Pada preeklampsia terjadi spasmus arteriola spiralis desidua yang mengakibatkan menurunnya aliran darah ke plasenta. Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan pada plasenta. Pada hipertensi yang lama, pertumbuhan janin terganggu, sedangkan pada hipertensi yang

lebih pendek bisa terjadi gawat janin hingga kematian oleh karena kekurangan oksigen. (Wibowo, 2006)

Kegagalan aliran nutrisi sebagai akibat gangguan tumbuh kembang plasenta akan menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin dan menimbulkan hasil :

1. Persalinan prematuritas atau sama untuk masa kehamilannya (SMK)
2. Tumbuh kembang terhambat atau kecil untuk masa kehamilan (KMK).

Dimana keduanya menyebabkan bayi lahir dengan berat badan lahir rendah. (Manuaba, 2008)

Selain itu dapat pula mengakibatkan gangguan jangka panjang seperti gangguan pertumbuhan, gangguan perkembangan, retinopati, gangguan pendengaran, gangguan paru kronis dan kenaikan kelainan bawaan lainnya. (Yuwie, 2008)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi dan merupakan salah satu faktor risiko yang memiliki kontribusi terhadap kematian bayi, khususnya pada masa perinatal. Bayi dengan kondisi seperti ini biasanya memiliki berbagai risiko komplikasi kesehatan dan kemungkinan untuk bertahan hidup akan lebih kecil. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi, dan anak, serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan. (WHO, 2007)

Lebih dari 20 juta bayi di seluruh dunia (15,5%) dari seluruh kelahiran menderita BBLR, 95,6% diantaranya merupakan bayi yang dilahirkan di negara-negara sedang berkembang atau negara-negara dengan kondisi sosial-ekonomi rendah. Statistik menunjukkan bahwa angka kematian bayi dengan BBLR sekitar 35 kali lebih tinggi. Menurut Ibrahim (1997), terdapat insidensi BBLR sebanyak 22% di Asia. Angka kejadian BBLR di Indonesia sendiri sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah yang lain, yaitu berkisar antara 9%-30%. Proporsi BBLR dapat diketahui berdasarkan estimasi dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Di Jawa Tengah,

proporsi BBLR ditemukan sebanyak 18,89%. (SDKI, 2005). Di RSUD Kartini sendiri, tahun 2011 didapatkan 221 kasus BBLR dari 2700 ibu melahirkan (8,1% dari total kelahiran).

Penyebab BBLR masih terus dikaji sampai saat ini. Beberapa studi menyatakan bahwa penyebab BBLR ini adalah multifaktorial, antara lain; ibu yang hamil di usia muda, faktor demografi, biologi ibu, riwayat obstetri, morbiditas ibu selama hamil, pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*), dan paparan toksin (merokok). (Yulivia, Djauhar I, Diah R, 2009)

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Adakah hubungan preeklamps/eklamps dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui hubungan preklamps/eklamps pada ibu hamil terhadap berat badan bayi saat lahir di RSUD R.A Kartini Jepara.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktis**

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menyusun strategi penatalaksanaan khususnya pada kejadian BBLR yang berhubungan dengan preeklamps/eklamps.

### **2. Manfaat Teoritis**

- a. Memberikan informasi kepada masyarakat mengenai pengaruh preeklamps/eklamps terhadap berat badan bayi saat lahir
- b. Menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman yang berharga bagi peneliti.