

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan tolak ukur dalam menilai kesehatan suatu bangsa, oleh sebab itu pemerintah berupaya keras menurunkan AKI dan AKB melalui program Gerakan Sayang Ibu (GSI), *safe motherhood*, program Jaminan Persalinan (Jampersal) hingga program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bidan berperan sangat penting dalam menurunkan AKI dan AKB, karena berhubungan langsung dengan masyarakat, dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan serta melakukan deteksi dini pada kasus rujukan kebidanan (Depkes RI, 2013).

Menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2012 jumlah kasus hipertensi ada 839 juta kasus. Kasus ini diperkirakan akan semakin tinggi pada tahun 2025 dengan jumlah 1,15 milyar kasus atau sekitar 29% dari total penduduk dunia. Secara global, 80% kematian ibu hamil yang tergolong dalam penyebab kematian ibu secara langsung, yaitu disebabkan karena terjadi perdarahan (25%) biasanya perdarahan pasca persalinan, hipertensi pada ibu hamil (12%), partus macet (8%), aborsi (13%) dan karena sebab lain (7%) (WHO, 2012).

Menurut data terakhir dari SDKI tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia merupakan tertinggi di Asia Tenggara yaitu sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Yang disebabkan oleh perdarahan sebanyak 28%, preeklamsi dan eklamsi sebanyak 24%, infeksi sebanyak 11%, partus lama sebanyak 5%, dan abortus sebanyak 5% (Depkes RI, 2010)

Angka kejadian preeklamsi di Indonesia berkisar antara 3 hingga 10%. Di Indonesia preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab dari 30-40% kematian perinatal. Preeklamsi dapat terjadi pada 30% kehamilan ganda, 30% pada pasien hamil dengan diabetes, dan 20% pasien dengan hipertensi kronis (Sunaryo, 2008).

Angka kematian ibu di D.I.Y mengalami fluktuatif, pada tahun 2010 jumlah kasus kematian ibu mencapai 43 kasus, tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 56 kasus, tahun 2012 mengalami penurunan menjadi 40 kasus, namun tahun 2013 angka kematian ibu mengalami peningkatan kembali menjadi 46 kasus, atau sebesar 87,3 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes D.I.Y, 2013).

Angka kematian ibu di Bantul yaitu tahun 2012 sebesar 52,2/100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2013 mengalami peningkatan sebesar 96,83/100.000. (Dinkes Bantul, 2014).

Angka kematian ibu di D.I.Y disebabkan oleh Pendarahan 31,3 %, Eklamsi/Preeklamsi 27,5 %, Sepsis/Infeksi 6,9 %, Emboli 3,4 %, Jantung 3,4 %, Hipertiroid 3,4 %, TB 17,2 %, dan Stroke 6,9 %. Angka kematian ibu tertinggi

semua kasus terdapat di Bantul dengan 38 %, disusul Gunung kidul 24,1 %, Kota Yogyakarta 17,2 %, Sleman 13,8 %, dan Kulon progo 6,9 %.

Sedangkan untuk kasus Eklamsi/Preeklamsi angka kematian ibu tertinggi terdapat di Bantul 13,8 %, disusul Gunung kidul 6,9 %, Sleman 3,4 % Kulon progo 3,4 %, dan Kota Yogyakarta 0 % (Dinkes D.I.Y, 2015).

Preeklamsi ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang tepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein didalam urine (proteinuri) (Rukiyah, 2010).

Preeklamsi dan eklamsi masih merupakan "*the disease of theories*", karena angka kejadian preeklamsi-eklamsi tetap tinggi dan mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas maternal yang tinggi. Prevalensi preeklamsi dan eklamsi adalah 2,8% dari kehamilan dinegara berkembang, dan 0,6% dari kehamilan di negara maju (Manuaba, 2010).

Beberapa risiko terjadinya preeklamsi antara lain adalah primigravida/primipara, riwayat preeklamsia, berat badan yang meningkat, kehamilan ganda, diabetes gestasional, sindroma antifosfolipid, penyakit *vascular* (jantung), dan usia maternal yang lanjut > 35 tahun (Nugroho, 2012).

Preeklamsi dan eklamsi dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas bayi, dan kematian ibu. Preeklamsi merupakan gangguan multisistem pada kehamilan yang dikarakteristikkan pada disfungsi *endothelial*, peningkatan

tekanan darah karena vasokonstriksi, proteinuria akibat kegagalan glomerulus, dan edema akibat peningkatan permeabilitas vaskuler (Fauziyah, 2012).

Preeklamsi juga berdampak pada ibu antara lain : hemolisis, perdarahan otak, gangguan visus mata, edema paru, nekrosis hati, sindroma HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver function, and Low Platelets*) sedangkan dampak yang terjadi pada janin : solusio plasenta, BBLR (*Berat badan lahir rendah*), persalinan prematuritas, asfiksia neonatorum, IUFD (*Intra Uterin Fetal Death*), IUGR (*Intra Uterin Growth Retardation*), bahkan kematian pada ibu dan janin (Prawirohardjo, 2009).

BBLR merupakan salah satu dampak dari Ibu yang menderita preeklamsi akan mengalami disfungsi vaskuler plasenta yang menyebabkan aliran darah ke plasenta terganggu, sehingga kebutuhan janin akan nutrisi dan oksigen tidak terpenuhi secara optimal. Preeklamsi mengakibatkan pertumbuhan janin terlambat dan kelahiran bayi dengan BBLR (Prawirohardjo, 2009). Adapun faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya BBLR selain preeklamsi adalah faktor usia ibu, paritas, KEK (kekurangan energi kronis), anemia, status gizi, dan jarak kelahiran terlalu dekat (Sukarni dan sudarti, 2014).

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir sehingga dapat menurunkan O^2 dan makin meningkatkan CO^2 yang dapat menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Rukiyah, 2010).

Preeklamsi pada ibu hamil merupakan penyebab utama persalinan prematur dan kematian perinatal. Anak yang dilahirkan oleh ibu penderita Preeklamsi mengalami IUGR (*Intra uterine growth retardation*) dan mempunyai resiko tinggi mati pada periode neonatus. Pertumbuhan janin terlambat ditentukan bila berat janin kurang dari 10 % dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu. Biasanya perkembangan yang terhambat diketahui setelah 2 minggu tidak ada pertumbuhan. Dahulu PJT (*Pertumbuhan Janin Terlambat*) disebut sebagai *intrauterine growth retardation* (IUGR) (Prawirohardjo, 2009)

Hasil tersebut dapat dijelaskan karena saat ibu hamil mengalami preeklamsi, maka asupan makanan terhadap janin menjadi terhambat karena adanya penyempitan pembuluh darah. Asupan makanan yang terhambat menyebabkan perkembangan janin dalam kandungan menjadi terhambat. Pada akhirnya bayi terlahir dengan berat lahir rendah (Manuaba, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 8 juni 2016 dan di RSUD Panembahan senopati bantul, diperoleh data dari rekam medis ibu yang bersalin mengalami preeklamsi sebanyak 97 kasus. Dari uraian di atas peneliti merasa penting dan tertarik untuk meneliti tentang “Gambaran bayi baru lahir dengan ibu preeklamsi”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang bahwa rumusan masalahnya yaitu “Bagaimanakah gambaran bayi baru lahir pada ibu preeklamsi di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”

C. Tujuan Penelitian

1 Tujuan Umum

Diketuinya gambaran bayi baru lahir pada ibu preeklamsi di RSUD Panembahan Senopati Bantul

2 Tujuan Khusus

- a. Diketuinya berat bayi baru lahir pada ibu preeklamsi
- b. Diketuinya *asfiksia* pada bayi baru lahir pada ibu preeklamsi.

D. Manfaat Penelitian

1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan bermanfaat sebagai informasi dalam mengetahui dan mencegah dampak yang terjadi pada bayi dengan ibu yang mengalami preeklamsi di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Perpustakaan Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

Diharapkan perpustakaan dapat menyediakan KTI yang telah diserahkan sehingga dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan, referensi, masukan serta informasi bagi mahasiswa program studi DIII Kebidanan Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

b. Bagi Kepala RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam memberikan perawatan pada ibu hamil yang mengalami preeklamsi

c. Bagi Tenaga Kesehatan Bidan di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam memberikan perawatan yang terbaik pada ibu hamil yang mengalami preeklamsi.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian yang telah dilakukan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

NO	PENELITI	JUDUL	RANCANGAN PENELITIAN	HASIL	PERBEDAAN/ PERSAMAAN
1	Sri wahyuni dan Nurul ayu safitri (2011)	Hubungan Kejadian Preeklamsia dengan Berat Badan Lahir Rendah di Rumah sakit Islam Klaten	Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan rancangan case control.	Hasil penelitian kejadian preeklamsia karakteristik umur berada pada kelompok umur reproduktif sebanyak 44 orang (80%), Jenis persalinan terbanyak spontan dan Sectio Caesarea sebanyak 24 orang (43,6%), Paritas	Perbedaan : Judul, tempat, waktu, metode penelitian menggunakan case control, teknik pengambilan sampel kontrol : random sample, uji chi-square. Persamaan : Jenis penelitian :

				sebagian besar deskriptif kuantitatif, Teknik pengambilan sampel : total sampling primipara sebanyak 35 orang (56,4%). Kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah sebanyak 40 bayi (72,7%) dan kelahiran bayi dengan berat badan lahir normal sebanyak 15 bayi (27,3%). Hasil penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian preeklamsia dengan berat badan lahir rendah. (OR = 18,286)	
2	Djannah. Nur Siti, Arianti. Ika Sukma (2010)	Gambaran epidemiologi kejadian preeklamsia/ eklampsia di rsu pku muhammadiyah yogyakarta tahun 2007–2009	Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif dengan desain potong lintang.	Hasil penelitian menunjukkan Selama 2007–2009 terdapat 118 kasus (3,9%) preeklamsia/eklamsia a dari total pengiriman (3036 pengiriman), penderita eklampsia lebih (83,9%) daripada preeklamsia rendah, sebagian besar dari kelompok umur yang ada di kelompok 20–30 tahun (64,4%), memiliki paritas primigravida (69,5%), frekuensi <4 kali kehamilan (76,3%), tidak memiliki riwayat hipertensi (83,9%), tingkat pendidikan yang banyak (39,8%) adalah sekolah menengah umum, pengangguran (63,5%).	Perbedaannya : tempat, waktu, metode penelitian, dan jenis penelitian.