

Karakteristik Penderita Preeklamsi dan Eklamsi yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode Tahun 2006 - 2008

Vania C. Estina, Elly R. Delima, Rimonta F. Gunanegara
Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha,
Jl. Prof. drg. Suria Sumantri MPH No. 65 Bandung 40164 Indonesia

Abstract

Preeclampsia-Eclampsia (PE-E) is one of the major obstetric problems in Indonesia. The main etiology is unknown so that the treatment is still a problem. The objective of this research is to report the incidence of PE-E and the characteristics of the women with PE-E in Immanuel Hospital, Bandung. The research method is descriptive, analytical, and retrospective. The samples were taken from some medical record data. The incidence of PE was evident in 2006 (6%), in 2007 (5.67%), and in 2008 (5.08%). On the other hand, the incidence of E found in 2006 was 0.86%, in 2007 0.82%, and in 2008 0.69%. PE was most frequently found in pregnant women aged 25-29 years old (33.6%), whereas E in 20-24 years old pregnant women (32.69%). The women had the following risk factors: nullipara (49.2%; 42.3%), not having antenatal examinations (37.7%; 40.38%), hypertension, proteinuria: +1 for PE (70.5%) and +2 for E (42.31%), obtaining edema: +1 for PE (70.5%) and + 2 for E (42.31%). Infant state for PE was largely good (63.11%) and for E was asfixia moderate (32.7%). In conclusion, from 2006 to 2008, the incidence of PE-E in Immanuel Hospital, Bandung was declining. Although there were significant differences between the characteristics of PE and E in terms of proteinuria, edema, and the state of the infants, their characteristics had no significant difference in terms of age, parity, education, and antenatal examination.

Keywords: preeclampsia, eclampsia, characteristics

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dapat menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, melahirkan dan masa nifas. Penyebab tingginya angka kematian ibu terutama disebabkan karena faktor non medis yaitu faktor ekonomi, sosial budaya, demografi serta faktor agama.¹ *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran, dan aborsi yang tidak aman. Sekitar satu perempuan meninggal setiap menit.²

Angka kematian ibu bersalin di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi di Indonesia adalah 39 per 1000 kelahiran hidup.³ Di Jawa Barat tercatat angka kematian ibu bersalin pada tahun 2002 adalah 373 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi laki-laki pada tahun 2002 adalah 52 per 100.000 kelahiran hidup dan perempuan adalah 39 per 100.000 kelahiran hidup.⁴

Data menunjukkan sebagian besar kematian ibu terjadi pada masyarakat miskin dan mereka yang tinggal jauh dari rumah sakit. Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan,

infeksi, eklamsi, aborsi, sepsis, dan partus lama. Kontribusi dari penyebab kematian ibu tersebut masing-masing adalah perdarahan 25%, infeksi 15%, preeklamsi-eklamsi 13%, aborsi 13%, sepsis 10%, serta partus lama 8%. Salah satu penyebab kematian tersebut adalah preeklamsi-eklamsi yang bersama infeksi dan pendarahan, diperkirakan mencakup 75%-80% dari keseluruhan kematian maternal. Kejadian preeklamsi-eklamsi dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat apabila CFR (*Case Fatality Rate*) preeklamsi-eklamsi mencapai 1,4%-1,8%.⁵

Preeklamsi-eklamsi yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan komplikasi terhadap janin maupun ibu. Komplikasi pada janin dapat berupa asfiksia, berat badan lahir rendah, maupun *preterm infant*.¹ Tingginya angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang disebabkan preeklamsi menarik perhatian peneliti untuk mengetahui insidensi dan karakteristik preeklamsi-eklamsi.

Bahan dan Cara

Data rekam medik dari ibu hamil penderita preeklamsi dan eklamsi yang dirawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung sejak bulan Januari 2006 hingga Desember 2008 diambil untuk penelitian ini. Desain penelitian yang digunakan adalah survei deskriptif analitik secara retrospektif. Besar sampel penelitian ini adalah semua data penderita preeklamsi dan eklamsi yang dirawat inap di RSI dan tercantum dalam rekam medik RSI periode Januari 2006 sampai Desember 2008.

Prosedur kerja yang digunakan pada penelitian ini meliputi pencatatan data mengenai insidensi dan karakteristik penderita preeklamsi-eklamsi. Data mengenai karakteristik penderita

preeklamsi-eklamsi meliputi umur, paritas, tingkat pendidikan, pemeriksaan antenatal, tekanan darah, proteinuria, edema, dan keadaan bayi saat lahir. Analisis statistik dengan uji *chi-square* ($p < 0,05$).

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian mengenai karakteristik dan signifikansi ibu hamil penderita preeklamsi-eklamsi dapat dilihat pada tabel.

Pada tabel didapatkan angka kejadian preeklamsi dan eklamsi mengalami penurunan dari tahun 2006 hingga tahun 2008. Sebagai perbandingan, kejadian preeklamsi-eklamsi di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung sebesar 6,4% dan di Rumah Sakit Sardjito Yogyakarta sebesar 4,1%.⁶ Dari penelitian ini terlihat bahwa angka kejadian preeklamsi-eklamsi di Indonesia jauh lebih tinggi daripada di negara lain, misalnya Amerika karena para ibu hamil di Amerika telah mendapatkan perawatan prenatal yang cukup baik.⁷

Menurut hasil penelitian ternyata frekuensi tertinggi penderita preeklamsi pada umur 25-29 tahun sebanyak 123 dari 366 kasus (33,6%), sedangkan penderita eklamsi terbanyak pada umur 20-24 tahun sebanyak 110 dari 52 kasus (32,69%), jadi dapat disimpulkan bahwa kejadian preeklamsi-eklamsi tersering pada kelompok umur 20-29 tahun dimana itu termasuk usia produktif untuk merencanakan kehamilan. Hal yang sama didapatkan oleh Gedekoh dan Hardisaputro dengan distribusi preeklamsi-eklamsi tertinggi pada umur 20 tahun.¹ Menurut Hudono di RSCM Jakarta angka distribusi tertinggi pada kelompok umur 20-25 tahun sebesar 32,6%.¹ Menurut pendapat beberapa ahli, preeklamsi sering juga terjadi pada

wanita hamil berumur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun.⁸

Angka kejadian preeklamsi-eklamsi terutama pada kehamilan pertama (*nullipara*). Hal yang sama juga telah

dilaporkan oleh Tambunan Mangisi dan Marmin Amir Munsyir di RSCM Jakarta, Chalik TMA di Medan, Mahyudin di RSUP Palembang dan Rambulangi John di Ujung Pandang.¹

Tabel Karakteristik dan Signifikansi Ibu Hamil Penderita Preeklamsi-Eklamsi

Karakteristik	Preeklamsi	Eklamsi	Signifikansi
Umur: < 20	23 (6,28%)	6 (11,54%)	TS
20-24	110 (30,1%)	17 (32,69)	
25-29	123 (33,6%)	14 (26,92%)	
30-34	62 (16,9%)	9 (17,31%)	
≥ 35	48 (13,1%)	6 (11,54%)	
Paritas: 0	180 (49,2%)	22 (42,3%)	
1-2	122 (33,3%)	15 (28,8%)	
3-4	43 (11,7%)	10 (19,2%)	
≥ 5	21 (5,74%)	5 (9,62%)	
Pendidikan: SD	84 (22,95%)	12 (23,08%)	TS
SMP	69 (18,85%)	9 (17,31%)	
SMA	152 (41,53%)	25 (48,08%)	
Sarjana	61 (16,67%)	6 (11,54%)	
ANC: Tidak Pernah	138 (37,7%)	21 (40,38%)	TS
Bidan	115 (31,42%)	16 (30,77%)	
Dokter umum	19 (5,2%)	4 (7,7%)	
Dokter Sp.OG	94 (25,68%)	11 (21,15%)	
Proteinuria: -	47 (12,84%)	-	S
+	146 (39,89%)	10 (19,23%)	
++	124 (33,88%)	13 (25%)	
+++	33 (9,02%)	20 (38,46%)	
++++	16 (4,37%)	9 (17,31%)	
Edema: -	44 (12,02%)	6 (11,54%)	S
+	258 (70,5%)	13 (25%)	
++	47 (12,84%)	22 (42,31%)	
+++	17 (4,64%)	11 (25,15%)	
Keadaan bayi: Baik	231 (63,11%)	9 (17,31%)	S
Asfiksia sedang	65 (17,76%)	17 (32,7%)	
Asfiksia berat	56 (15,3%)	14 (26,92%)	
<i>Stillbirths</i>	14 (3,82%)	12 (23,07%)	

Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa preeklamsi-eklamsi lebih sering terjadi pada *nullipara*.⁷

Bila ditinjau dari tingkat pendidikan, angka kejadian tertinggi preeklamsi-eklamsi terdapat pada penderita dengan

tingkat pendidikan SMA (preeklamsi 41,53%, eklamsi 48,08%). Urutan kedua tertinggi pada kelompok SD (preeklamsi 22,95%, eklamsi 23,08%), sedangkan frekuensi terendah terdapat pada kelompok sarjana (preeklamsi 16,67%,

eklamsi 11,54%), dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan angka kejadian preeklamsi-eklamsi.

Ditinjau dari ANC, sebagian besar penderita preeklamsi-eklamsi tidak melakukan pemeriksaan antenatal. Menurut Marmin Amir M di RSCM Jakarta mendapatkan 46%, dan Rambulangi John di RSU Ujung Pandang mendapatkan 61% kasus preeklamsi-eklamsi yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal.¹ Tingginya angka kejadian pada kasus yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal sebagai akibat rendahnya tingkat sosio-ekonomi penderita bila dibandingkan dengan yang melakukan pemeriksaan pada bidan, dokter umum, dan dokter spesialis. Rendahnya tingkat sosio-ekonomi penderita serta rendahnya tingkat pendidikan tidak mustahil mengakibatkan penderita tidak mau dirawat walaupun sudah dianjurkan, kemudian saat setelah tingkat penyakitnya menjadi lebih berat, penderita baru datang ke rumah sakit.⁸

Pada preeklamsi ringan tekanan sistolik rata-rata 143,75 mmHg, sedangkan rata-rata tekanan diastolik 91,25 mmHg. Untuk preeklamsi berat diperoleh tekanan sistolik dengan rata-rata 178,72 mmHg dan tekanan diastolik dengan rata-rata 115,21 mmHg, sedangkan tekanan sistolik kasus eklamsi dengan rata-rata 180,63 mmHg dan tekanan diastolik dengan rata-rata 106,25 mmHg. Hasil-hasil ini sejalan dengan teori-teori yang menjadi patokan. Beberapa penelitian menyatakan bahwa tekanan diastolik >110 mmHg merupakan salah satu prediktor klinis terjadinya kematian perinatal. Tekanan diastolik >110 mmHg menyebabkan kerusakan endotel, kebocoran arteriol, disertai perdarahan mikro pada sirkulasi *feto placental*.

Akibatnya terjadi hipoksia janin pada kasus preeklamsi dan eklamsi.⁹

Kadar proteinuria +1 pada preeklamsi (39,89%), sedangkan eklamsi proteinuria +3 (38,46%). Pada penelitian ini didapatkan 12,84% kasus preeklamsi dengan proteinuria negatif. Ada yang mengatakan bahwa kadar proteinuria merupakan proses akhir daripada preeklamsi.¹⁰

Preeklamsi dengan edema positif satu (70,5%), hal ini dikarenakan edema negatif bergantung *underlying factor*,¹¹ sedangkan penambahan berat badan merupakan faktor awal dari proses preeklamsi. Pada kasus eklamsi, ternyata edema lebih berat daripada preeklamsi. Hal ini disebabkan karena proses telah berlanjut dengan gangguan pada fungsi ginjal. Hasil penelitian ini juga didapatkan 44 kasus (12,02%) preeklamsi dengan tidak ditemui adanya edema dan hasil tersebut lebih rendah daripada yang didapatkan oleh Suyanto di Yogyakarta (14,63%) dan Kusumawidagdo di Surabaya (24,73%), serta lebih tinggi daripada yang didapatkan oleh Yudhiana K. di Medan (10,2%) dan Bratakoesoema di Bandung (2,53%).¹

Sebagian besar penderita preeklamsi melahirkan dengan keadaan bayi yang baik (63,11%), dengan asfiksia sedang (17,76%), asfiksia berat (15,3%), serta bayi lahir mati (3,82%). Angka kesakitan bayi pada kasus eklamsi tampak meningkat, diantaranya dengan keadaan bayi asfiksia berat (26,92%) dan bayi lahir mati (23,07%).¹²

Simpulan

Dari hasil analisis data diambil simpulan sebagai berikut :

1. Angka kejadian preeklamsi yang dirawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung cenderung

mengalami penurunan dari tahun 2006 sampai 2008.

2. Karakteristik penderita preeklamsi-eklamsi yang dirawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2006 - 2008, sebagai berikut:
 - Preeklamsi lebih sering terjadi pada wanita hamil usia 25-29 tahun, sedangkan eklamsi sering pada usia 20-24 tahun.
 - Preeklamsi-eklamsi sering terjadi pada *nullipara*.
 - Ditinjau dari segi pemeriksaan antenatal, sebagian besar penderita tidak pernah melakukan pemeriksaan antenatal.
 - Penderita preeklamsi sebagian besar dengan proteinuria positif satu, sedangkan eklamsi dengan positif tiga.
 - Penderita preeklamsi sebagian besar dengan edema positif satu, sedangkan eklamsi dengan edema positif dua.
 - Penderita preeklamsi melahirkan sebagian besar janin dalam keadaan baik, sedangkan eklamsi melahirkan janin dengan asfiksia sedang.
3. Terdapat perbedaan yang signifikan antara karakteristik preeklamsi dan eklamsi jika ditinjau dari proteinuria, edema, dan keadaan bayi, sedangkan perbedaan yang tidak signifikan ditinjau dari umur, paritas, pendidikan, dan pemeriksaan antenatal.

Saran

Perlu dilakukan pemeriksaan antenatal yang rutin bagi ibu hamil untuk mendeteksi dini terjadinya preeklamsi-eklamsi agar dapat mengurangi angka morbiditas ibu maupun bayi. Juga perlu dilakukan penyuluhan bagi ibu hamil mengenai

faktor-faktor risiko dan bahaya penyakit preeklamsi-eklamsi. Faktor - faktor risiko pada ibu-ibu yang ingin hamil perlu diatasi agar dapat mengurangi angka kejadian preeklamsi-eklamsi.

Daftar Pustaka

1. Sofoewan S. Preeklampsia - eklampsia di beberapa rumah sakit di Indonesia, Patogenesis dan kemungkinan pencegahannya. *Maj Obstet Ginekol Indonesia* 2003;27(3): 29-38.
2. World Health Organization, Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and Unicef. 1990 [cited 2009 April 14]. Available from: http://www.safemotherhood.org/facts_and_figure/maternal_mortality.htm.
3. Biro Pusat Statistik. Survei kesehatan rumah tangga. Jakarta: Biro Pusat Statistik; 2005.
4. Biro Pusat Statistik. Survey demografi dan kesehatan Indonesia . Jakarta: Biro Pusat Statistik; 2007.
5. Siregar M. Kebijakan dan strategi penurunan AKI. Kumpulan Makalah Seminar Bantuan Penuh Kasus Emergensi Obstetri; Oktober 1998.
6. Tribawono A, Mose JC. Pengelolaan preeklamsi-eklamsi periode tahun 1998-2001 di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Dalam: Naskah lengkap POGI Bandung di PIT XIII Malang. Bagian/SMF Obgin FK Unpad /RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung; 2002.
7. Cunningham FG, Mc Donald PC, gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Hypertensive disorder in pregnancy in William obstetric, 22nd ed. United State of America: McGraw-Hill; 2005.
8. Robert WC. Disease of the kidney. In: Kasiske BL. Internal medicine. 3th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997.
9. Hamlin RHJ, Hughes TD. Antenatal care and the prevention of eclampsia. *Medical Journal of Australia* 1993; 1: 156-60.

10. Wibowo N. Patogenesis preeklamsia. Prosiding aeminar konsep mutakhir preeklamsia. Jakarta; 2001.
11. Goodlin RC, Cotton DB, Haesslein HC. Severe edema - proteinuria - hypertention gestosis. Am J. Obstet Gynecol. 2000; 6:595-98.
12. Neutra R. Fetal death in eclampsia. Its relation to low gestational age, retarded fetal growth and low birthweight. Br J Obstet Gynecol 2004; 82.ia.