

Karakteristik Pasien Preeklampsia Berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung Periode Maret-Mei Tahun 2016

Karakteristik Pasien Preeklampsia Berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung Periode Maret-Mei Tahun 2016

¹Citra Utama Larasati, ²Alya Tursina, ³Ferry Achmad F. M.

^{1,2,3}Prodi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Bandung
Jl. Tamansari No.1 Bandung 40116

email: ¹citrautamal@gmail.com, ²alyanuryadin@gmail.com, ³ferryafm@gmail.com

Abstract. There are so many cases severe preeclampsia in Indonesia and cause high maternal mortality. Severe preeclampsia is more susceptible in complication than preeclampsia that is not severe. That is why early detection and prevention is the important thing to take care. The causes of preeclampsia is not obvious, but some risk factor has been found such as the age of mother, give birth status, social economy status, race, previous pregnancy, and family backgorund history. It is showing that the characteristic of patient has role of pathogenesis of preeclampsia. The goal of this research is to know the characteristic the patient of severe preeclampsia in Al-Ihsan Hospital dan Salamun Hospital Bandung from March to May 2016. This is a descriptive research. The subject of research is the patience of severe preeclampsia which is having the inclusion and exclusion criteria. Data of the research was collected by questionnaire and patience profil. The result of the research shows that most of respondent that has been severe preeclampsia diagnosed in Al-Ihsan Hospital and Salamun Hospital Bandung are more than 35 years old (45,7%). Most of them are houasewife (82,6%) and they are multipara (52,2%). The most sistolic blood pressure that is found in respondent is ≥ 160 mmHg (89,1%) and the most diastolic blood pressure that is found in respondent is ≥ 110 mmHg (78,3%) with proteinuria $\geq +2$ (65,2%).

Keywords: Patient Characteristic, Pregnant Woman In Third Trimester, Severe Preeclampsia

Abstrak. Prevalensi preeklampsia berat masih tinggi di Indonesia dan menyebabkan banyak kematian ibu. Preeklampsia berat lebih rentan mengalami komplikasi yang lebih parah dibandingkan dengan preeklampsia tidak berat, oleh karena itu deteksi dini dan pencegahan menjadi hal yang perlu diperhatikan. Etiologi preeklampsia masih menyisakan beberapa mekanisme yang belum diketahui, namun beberapa faktor risiko telah ditemukan seperti usia maternal, status paritas, sosioekonomi, ras, riwayat kehamilan sebelumnya, dan riwayat keluarga. Hal tersebut menunjukkan bahwa karakteristik pasien ikut berperan serta dalam patogenesis preeklampsia. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui karakteristik pasien preeklampsia berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung Periode Maret-Mei Tahun 2016. Penelitian bersifat deskriptif. Subjek penelitian adalah pasien preeklampsia berat yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data penelitian merupakan data primer yang diambil dengan menggunakan kuesioner dan profil pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar usia responden yang sudah terdiagnosis mengalami preeklampsia berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung adalah >35 tahun (45,7%). Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga (82,6%) dan didominasi oleh kelompok paritas multipara (52,2%). Tekanan darah sistol yang paling banyak ditemukan pada responden adalah kelompok responden dengan tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg (89,1%) dan tekanan darah diastole ≥ 110 mmHg(78,3%) dengan kadar proteinuria $\geq +2$ (65,2%).

Kata Kunci: Karakteristik Pasien, Ibu Hamil Trimester 3, Preeklampsia Berat

A. Pendahuluan

Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang menyebabkan peningkatan angka mortalitas dan morbiditas ibu. Menurut World Health Organization (WHO), angka kematian ibu (AKI) di dunia tahun 2011, 81% diakibatkan karena komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Angka kejadian preeklampsia cukup tinggi di dunia, yaitu 6-7% dari seluruh kehamilan. Preeklampsia dan hipertensi dalam kehamilan lainnya terjadi pada 5-8% dari seluruh kelahiran di Amerika. Berdasarkan data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab langsung AKI di Indonesia antara lain perdarahan 42%, preeklampsia/eklampsia 13%, abortus 11%, infeksi 10%, partus lama/persalinan macet 9%, dan penyebab lain 15%. (Rosyidah, 2015).

Preeklampsia diklasifikasikan menjadi preeklampsia tidak berat dan preeklampsia berat, dapat dibedakan berdasarkan tanda dan gejala. Preeklampsia berat lebih rentan mengalami komplikasi yang lebih parah dibandingkan dengan preeklampsia tidak berat, misalnya eklampsia, stroke, gagal ginjal, edema paru, dan lain-lain, oleh karena itu deteksi dini dan pencegahan menjadi hal yang perlu diperhatikan. (Preeclampsia Foundation, 2010)

Pada dasarnya etiologi preeklampsia masih menyisakan beberapa mekanisme yang belum diketahui, namun beberapa faktor risiko telah ditemukan seperti usia maternal, status paritas, sosioekonomi, ras, riwayat kehamilan sebelumnya, dan riwayat keluarga. Hal tersebut menunjukkan bahwa karakteristik pasien ikut berperan serta dalam patogenesis preeklampsia. (Yen T-W, et al., 2011)

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, penulis tertarik untuk melakukan penelitian: "Karakteristik Pasien Preeklampsia Berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung Periode Maret-Mei Tahun 2016". Tujuan penelitian ini adalah mengetahui karakteristik pasien preeklampsia berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung Periode Maret- Mei Tahun 2016.

B. Landasan Teori

Preeklampsia merupakan penyakit pada kehamilan yang ditandai oleh hipertensi dan proteinuria yang terjadi pertama kali saat usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia diklasifikasikan menjadi preeklampsia tidak berat dan preeklampsia berat. Preeklampsia berat merupakan penyakit pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg, trombositopenia dengan jumlah platelet < 100.000 /mikroliter, gangguan fungsi hepar, gangguan fungsi ginjal progresif, edema paru-paru, atau gangguan saraf atau visual yang terjadi pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu sampai dengan puerperium. (Cunningham, 2015)

Hipertensi pada kehamilan, termasuk preeklampsia, terjadi pada 10% kehamilan di dunia. Estimasi angka kematian terkait preeklampsia adalah 50.000-60.000 kematian setiap tahun di dunia. Insidensi preeklampsia di dunia pada populasi nulipara 3-10%, sedangkan pada populasi multipara insidensinya bervariasi namun lebih sedikit dibandingkan dengan preeklampsia pada populasi nulipara. Di Amerika, peningkatan insidensi preeklampsia sebanyak 25% terjadi selama dua dekade terakhir. (Task, 2013)

Faktor risiko preeklampsia diantaranya usia maternal saat hamil yang ekstrim, nulipara, sosioekonomi, ras Afrika-Amerika, kehamilan ganda, riwayat keluarga preeklampsia, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, penyakit ginjal

kronis, mutasi gen, penyakit kardiovaskular, obesitas, dan dan diabetes melitus. Hal tersebut menunjukkan bahwa karakteristik pasien ikut berperan serta dalam patogenesis preeklampsia. (Norwitz, 2013)

Etiologi dari preeklampsia masih menyisakan beberapa mekanisme yang belum diketahui secara pasti, namun telah disetujui bahwa plasenta merupakan kunci utama yang berperan dalam patogenesis preeklampsia, tepatnya kegagalan invasi trofoblas yang menyebabkan remodelling arteri spiral di miometrium. Dampak akhir dari kelainan plasentas tersebut adalah vasospasme dan kerusakan endotel yang luas. Berdasarkan pengamatan yang telah dilakukan, terdapat beberapa mekanisme yang dapat memicu penyebab munculnya preeklampsia seperti implantasi plasenta dengan invasi tropoblastik pada pembuluh darah uterus yang abnormal; toleransi imun yang bersifat maladaptif antara maternal, paternal (plasenta), dan jaringan fetus; maladaptasi maternal terhadap perubahan kardiovaskular atau inflamasi dari kehamilan normal; respon inflamasi berlebih dari maternal terhadap kehamilan; iskemia uterus. (Bushnel, 2011)

Preeklampsia dapat melibatkan multisistem organ seperti sistem kardiovaskular, sistem hematologi, homeostasis, ginjal, hati, dan otak. Sehingga tanda dan gejala preeklampsia terutama preeklampsia berat akan muncul terkait patofisiologi dari multisistem organ tersebut. Komplikasi yang sering pada preeklampsia adalah eklampsia yang ditandai dengan adanya kejang yang ikut menyumbang angka mortalitas tinggi maternal. Komplikasi lain yang mungkin timbul adalah sindroma HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), kerusakan ginjal akut, edema paru-paru, stroke, dan penyakit kardiovaskular. Preeklampsia berat memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami komplikasi, sehingga pencegahan dan deteksi dini preeklampsia berat perlu diwaspadai, salah satunya dengan menghindari faktor risiko yang dapat dimodifikasi. (Rana., 2012)

Pemeriksaan klinis yang masih menjadi patokan diagnosis preeklampsia adalah tekanan darah dan kadar proteinuria. Preeklampsia berat dapat ditegakkan jika tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg, tekanan darah diastol ≥ 110 mmHg, dan/atau proteinuria positif maupun negatif. Pemeriksaan penunjang lain juga dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia berat seperti pemeriksaan enzim hati, kadar trombosit, fungsi ginjal, fungsi saraf dan lain-lain. (Cunnigham, 2015)

C. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Karakteristik Pasien Preeklampsia Berat

Karakteristik yang dinilai pada subjek penelitian di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung ini meliputi usia responden yang dibagi berdasarkan penggolongan usia yang berisiko, pekerjaan, status paritas, tekanan darah sistol, tekanan darah diastol, dan kadar proteinuria.

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia terbanyak yang mendominasi responden berasal dari kelompok responden berusia >35 tahun, hal ini sesuai dengan penelitian Task Force yang menyebutkan bahwa salah satu faktor risiko preeklampsia adalah usia maternal yang ekstrim yaitu >35 tahun. (Task, 2013).

Karakteristik responden dari segi pekerjaan didominasi oleh responden yang tidak bekerja. Tidak ada teori pasti yang menyebutkan dengan jelas bahwa distribusi preeklampsia berat lebih banyak pada wanita yang bekerja atau tidak bekerja, namun hal tersebut bisa terjadi karena secara umum distribusi wanita lebih banyak yang menjadi ibu rumah tangga dibandingkan dengan wanita yang bekerja.

Berdasarkan karakteristik paritas, responden didominasi oleh kelompok multipara. Hal ini berbanding terbalik dengan teori Norwitz yang menyebutkan bahwa faktor risiko preeklampsia adalah wanita nulipara. Hasil pada penelitian ini dapat berbeda dengan teori karena kemungkinan dapat dipengaruhi oleh faktor fisiologis lainnya yang juga dapat menyebabkan kelainan invasi trofoblas. (Norwitz, 2013)

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	n	%
Usia		
<20 tahun	5	10,9
20-35 tahun	20	43,5
>35 tahun	21	45,7
Total	46	100
Pekerjaan		
Bekerja	8	17,4
Ibu rumah tangga	38	82,6
Total	46	100
Paritas		
Nulipara	14	30,4
Primipara	8	17,4
Multipara	24	52,2
Total	46	100
Tekanan darah (sistol)		
<160	5	10,9
≥160	41	89,1
Total	46	100
Tekanan darah (diastol)		
<110	10	21,7
≥110	36	78,3
Total	46	100
Proteinuria		
+1	16	34,8
≥+2	30	65,2
Total	46	100

Sebagian besar responden memiliki tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg, hal ini sesuai dengan salah satu kriteria diagnosis preeklampsia berat yang menyebutkan bahwa indikator preeklampsia berat adalah tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg, walaupun demikian responden dengan tekanan darah < 160 mmHg masih dapat didiagnosis sebagai preeklampsia berat melalui kriteria diagnosis lainnya. Sebagian besar responden memiliki tekanan darah diastol ≥ 110 mmHg, hal ini sesuai dengan salah satu kriteria diagnosis preeklampsia berat yang menyebutkan bahwa indikator preeklampsia berat adalah tekanan darah diastol ≥ 110 mmHg, walaupun demikian responden dengan tekanan darah < 110 mmHg masih dapat didiagnosis sebagai preeklampsia berat melalui kriteria diagnosis lainnya. (Cunningham, 2015)

Karakteristik responden ditinjau dari kadar proteinuria menunjukkan bahwa pasien preeklampsia berat pada penelitian ini didominasi oleh kelompok responden yang memiliki kadar proteinuria $\geq +2$. Hal tersebut selaras dengan penelitian Craici yang mengatakan bahwa hipertensi, apalagi hipertensi berat seperti pada preeklampsia berat dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg, dapat menyebabkan kerusakan filtrasi pada ginjal sehingga muncul temuan klinis proteinuria dalam hal ini mencapai nilai $\geq +2$. (Craici et al., 2014).

D. Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar usia responden yang sudah terdiagnosis mengalami preeklampsia berat di RSUD Al-Ihsan dan RSAU Salamun Bandung adalah >35 tahun (45,7%). Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga (82,6%) dan didominasi oleh kelompok paritas multipara (52,2%). Tekanan darah sistol yang paling banyak ditemukan pada responden adalah kelompok responden dengan tekanan darah sistol ≥ 160 mmHg (89,1%) dan tekanan darah diastol ≥ 110 mmHg (78,3%) dengan kadar proteinuria $\geq +2$ (65,2%).

E. Saran

Saran Teoritis

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai karakteristik responden lainnya yang mengacu kepada faktor risiko maupun temuan klinis pasien preeklampsia berat.

Saran Praktis

1. Diharapkan untuk calon ibu lebih berpikir matang mengenai usia yang tepat untuk hamil sebagai langkah pencegahan preeklampsia berat terkait distribusi terbanyak preeklampsia berat pada penelitian ini adalah responden dengan usia >35 tahun.
2. Dokter lebih waspada bahwa preeklampsia berat tidak hanya sering terjadi pada nulipara saja, tetapi justru pada penelitian ini responden didominasi oleh kelompok paritas multipara.

Daftar Pustaka

- Bushnell C, Monique C. 2011. Preeclampsia and Stroke: Risks during and after Pregnancy.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034989/>
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. 2015. Williams Obstetrics. Edisi ke-24. New York: McGraw-Hill Education.
- Norwitz ER, Schorge JO. 2013. Obstetrics and Gynecology at a Glance. Edisi ke-4. UK: John Wiley & Sons.
- Preeclampsia Foundation. 2010. Sign and Symptom of Preeclampsia. Melbourne.
<http://www.preeclampsia.org/health-information/sign-symptoms#headache>
- Rana S, Powe CE, Salahuddin S, Verlohren S, Perschel SH, Levine RJ, et al. 2012. Angiogenic Factors and the Risk of Adverse Outcomes in Women with Suspected Preeclampsia.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319742/>

Rosyidah VA. 2015. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III dengan Preeklampsia Ringan.

<http://eprints.unipdu.ac.id/264/>

Task Force. 2013. Hypertension in Pregnancy. Washington: American College Obstetricians and Gynecologist.

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>

Yen T-W, Payne B, Qu Z, Hutcheon J a, Lee T, Magee L a, et al. 2011. Using Clinical Symptoms to Predict Adverse Maternal and Perinatal Outcomes in Women With Preeclampsia. *Jurnal Obstet Gynaecol Can*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21846435>

