

Luaran Maternal dan Perinatal pada Preeklampsia Berat dan Eklampsia

Anastasia M. Lumentut, Hermie M. M. Tendean¹

¹Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi/
RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou, Manado, Indonesia
Email: tasya1986@ymail.com

Abstract: Preeclampsia and eclampsia are a complication in pregnancy which can increase the maternal and neonatal morbidity and mortality in Indonesia. This study aimed to illustrate outcome severe preeclampsia and eclampsia at RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado on period January 1st – December 31st, 2018. Design of study is descriptive retrospective method. The results of study, in the period from January 1st – December 31st, 2018 at RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado there are 1366 deliveries which 322 cases (23.57%) severe preeclampsia and 12 cases (0.88%) eclampsia. For severe preeclampsia obtained maternal age ≥ 35 years as much as 128 cases (39.8%), gestational age 37–40 weeks as much as 186 cases (56.3%), cesarean section delivery as much as 214 cases (66.5%), appropriate gestational age as much as 257 cases (79.8%), APGAR Score 4–6 as much as 165 cases (64.3%), perinatal mortality as much as 8 cases (6.08‰). For eclampsia obtained maternal age between 21–29 years as much as 5 cases (41.6%), gestational age < 37 weeks as much as 7 cases (58.3%), cesarean section delivery as much as 12 cases (100%), small gestational age as much as 9 cases (75%), maternal mortality as much as 8 cases (5.95‰), perinatal mortality as much as 2 cases (1.52‰). In conclusion, outcomes of severe preeclampsia and eclampsia obtained in accordance with the literature where APGAR Score babies are not very good so it affects the rate of perinatal mortality. Perinatal mortality caused by intrauterine hypoxia and prematurity.

Key Words: severe preeclampsia, eclampsia, maternal mortality, perinatal mortality

Abstrak: Preeklampsia dan eklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal di Indonesia. Tujuan penelitian untuk mengetahui luaran maternal dan perinatal pada preeklampsia berat dan eklampsia di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 1 Januari– 31 Desember 2018. Penelitian menggunakan metode deskriptif retrospektif. Hasil penelitian, pada periode 1 Januari - 31 Desember 2018 di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado terdapat 1366 persalinan diantaranya 322 kasus (23.57%) preeklampsia berat dan 12 kasus (0.88%) eklampsia. Untuk preeklampsia berat didapatkan usia ≥ 35 tahun sebanyak 128 kasus (39.8%), kehamilan 37–40 minggu sebanyak 186 kasus (56.3%), persalinan seksio sesarea sebanyak 214 kasus (66.5%), berat badan bayi sesuai masa kehamilan sebanyak 257 kasus (79.8%), nilai APGAR 4–6 sebanyak 165 kasus (64.3%) dan kematian perinatal sebanyak 8 kasus (6.08‰). Untuk eklampsia didapatkan pada usia 21–29 tahun sebanyak 5 kasus (55.6%), kehamilan < 37 minggu sebanyak 6 kasus (66.7%), persalinan seksio sesarea sebanyak 12 kasus (100%), berat badan bayi kecil masa kehamilan sebanyak 9 kasus (75%), kematian maternal sebanyak 8 kasus (5.95‰), kematian perinatal sebanyak 2 kasus (1.52‰). Sebagai simpulan, hasil luaran preeklampsia berat dan eklampsia sesuai dengan kepustakaan bahwa nilai APGAR bayi yang tidak terlalu baik, sehingga mempengaruhi tingkat kematian perinatal. Kematian perinatal disebabkan oleh hipoksia intrauterin dan prematuritas.

Kata Kunci: preeklampsia berat, eklampsia, AKI, AKP

PENDAHULUAN

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu masalah kesehatan penyumbang angka mortalitas dan morbiditas tinggi pada.¹ Angka prevalensi hipertensi pada kehamilan berkisar antara 5–15% dan merupakan satu dari tiga penyebab mortalitas dan morbiditas pada persalinan di samping infeksi dan perdarahan.²

Pada tahun 2005, World Health Organization (WHO) melaporkan terdapat 536.000 wanita hamil di seluruh dunia meninggal akibat hipertensi pada saat persalinan. Penelitian di USA melaporkan hampir 16% dari 3.201 kehamilan yang mengakibatkan kematian disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan.¹ Dari penelitian di 12 rumah sakit (RS) pendidikan di Indonesia pada tahun 1982 didapatkan data bahwa 30–40% kasus preeklampsia berat berakhir dengan kematian ibu, sedangkan untuk kasus eklampsia kematian ibu mencapai 60–80%.³ Ventura *et al* di *National Vital Statistics Reports* mengemukakan adanya peningkatan kejadian preeklampsia sebanyak kurang lebih 40% dalam periode 1990–1999.⁴ Kematian pada kasus preeklampsia meningkat dengan bertambah beratnya derajat penyakit dan komplikasi yang ditimbulkannya.³

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) selama tahun 2010–2013 menyatakan hipertensi dalam kehamilan masih menjadi salah satu penyebab kedua terbanyak AKI sebesar 26,9% (2012) dan meningkat menjadi 27,1% (2013). Angka kejadian preeklampsia di Indonesia yaitu sekitar 3.4–8.5% dari seluruh kehamilan. Angka kematian maternal yang berhubungan dengan preeklampsia berat/ eklampsia sebesar 9.8–25%.

Berdasarkan laporan dari Rumah Sakit Hasan Sadikin tahun 2003 sampai 2006, angka kejadian preeklampsia berkisar antara 3.0–7.37% dan eklampsia sebanyak 1.3–3.5%.^{5–9}

Eklampsia yang merupakan penyebab kematian tertinggi pada hipertensi dalam kehamilan. Kematian pada penderita eklampsia disebabkan oleh perdarahan otak, dekompensasi kordis, edema paru,

gagal ginjal dan aspirasi paru saat kejang. Kematian bayi disebabkan oleh hipoksia intrauterin dan prematuritas.⁵

Dalam beberapa dekade terakhir tidak didapatkan penurunan angka kejadian preeklampsia yang berarti, bahkan di negara-negara maju.^{1,2,10} Pengelolaan yang baik dengan melakukan pemantauan yang ketat sangat penting agar penyakit ini tidak berkembang menjadi lebih berat sehingga dapat membahayakan jiwa ibu dan janin.

Banyak ibu hamil yang datang ke rumah sakit dengan komplikasi hipertensi dalam tahap yang sudah lanjut sebagai preeklampsia berat atau bahkan eklampsia. Hal ini menunjukkan penanggulangannya belum memuaskan. Penatalaksanaan penyakit ini akan memberikan hasil yang lebih baik apabila dapat ditangani sedini mungkin.

Cara terbaik adalah upaya pencegahan penyakit, tetapi hal ini belum dapat dilaksanakan dengan mudah karena etiologi dan patogenesisnya yang sampai sekarang belum diketahui secara pasti. Upaya lainnya adalah dengan prediksi dan deteksi dini kelompok risiko preeklampsia, sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi deskriptif-retrospektif yang bertujuan untuk mengetahui luaran maternal dan perinatal preeklampsia berat dan eklampsia di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP Prof. Dr. R. D.Kandou Manado. Sampel penelitian adalah semua kasus persalinan dengan preeklampsia berat dan eklampsia yang dirawat di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada periode 1 Januari - 31 Desember 2018.

HASIL PENELITIAN

Pada periode 1 Januari - 31 Desember 2018 di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado terdapat 1366 persalinan di antaranya 322 kasus (23.57%) preeklampsia berat dan 12 kasus (0.88%) eklampsia.

Tabel 1. Karakteristik Kasus

	Preeklampsia Berat		Eklampsia	
	N	%	N	%
Usia				
< 20	28	08.6	3	25.0
21-29	75	23.4	5	41.6
30-34	91	28.2	2	16.7
≥ 35	128	39.8	2	16.7
Total	322	100	12	100
Umur Kehamilan				
< 37 minggu	49	15.2	7	58.3
37-40 minggu	186	57.8	3	25.0
> 40 minggu	87	27.0	2	16.7
Total	322	100	12	100

*Uji Chi-Square pada sebaran umur $X^2 = 7,0867$ dengan $p = 0,006$. Menunjukkan adanya perbedaan bermakna pada sebaran umur antara preeklampsia berat dengan eklampsia ($p = 0,006 < 0,05$). Uji Chi-Square pada usia kehamilan diperoleh $X^2 = 15,4869$ dengan $p = 0,0004$. Yang menyatakan ada perbedaan bermakna pada sebaran usia kehamilan antara preeklampsia berat dengan eklampsia ($p = 0,0004 < 0,05$).

Tabel 2. Jenis Persalinan

Jenis Persalinan	Preeklampsia Berat		Eklampsia	
	N	%	N	%
Spontan lbk	44	13.6	0	0
Ekstraksi vakum	64	19.9	0	0
Seksio sesarea	214	66.5	12	100
Total	322	100	12	100

*Uji Chi-Square diperoleh $X^2 = 1,5272$ dengan $p = 0,4659$. Menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna pada sebaran jenis persalinan antara preeklampsia berat dengan eklampsia ($p = 0,4659 > 0,05$).

Tabel 3. Berat Badan Bayi

Berat lahir bayi	Preeklampsia Berat		Eklampsia	
	N	%	N	%
KMK (Kecil Masa Kehamilan)	65	20.2	9	75
SMK (Sesuai Masa Kehamilan)	257	79.8	3	25
Total	322	100	12	100

*Uji Chi-Square diperoleh $X^2 = 20.1538$ dengan $p = 0,00001$, menunjukkan perbedaan sebaran berat badan bayi bermakna antara preeklampsia berat dengan eklampsia ($p = 0,00001 < 0,05$).

Tabel 4. Nilai APGAR

Nilai APGAR	Preeklampsia Berat		Eklampsia	
	N	%	N	%
0	0	0		
1 – 3	49	19.3	9	75.0
4 – 6	165	64.3	3	25.0
7 – 10	42	16.4	-	-
Total	322	100	12	100

*Hasil uji Chi-Square diperoleh $X^2 = 18,3757$ dengan $p = 0,0001$. Memperlihatkan perbedaan bermakna sebaran nilai APGAR antara preeklampsia berat dengan eklampsia ($p = 0,0001 < 0,05$).

Tabel 5. Kematian Maternal

Lahir Hidup	Preeklampsia Berat		Eklampsia	
	N	‰	N	‰
1344	0	0	8	5.95

Tabel 6. Kematian Perinatal

Kasus	Lahir Hidup	Lahir Mati		KND		Kematian Perinatal
		N	‰	N	‰	
Preeklampsia Berat	1344	0	0	8	5.95	8
Eklampsia		-	-	2	1.48	2

BAHASAN

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu komplikasi pada kehamilan, persalinan maupun nifas yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal.^{1,2} Dari penelitian 12 rumah sakit pendidikan di Indonesia pada tahun 1982 didapatkan data, bahwa 30-40% kasus preeklampsia berat berakhir dengan kematian ibu, sedangkan untuk kasus eklampsia kematian ibu mencapai 60-80%.³

Dalam penelitian ini, dari 322 kasus preeklampsia berat dan 12 kasus eklampsia di RSUP Prof DR. R.D. Kandou didapatkan usia ibu terbanyak pada preeklampsia berat adalah usia > 35 tahun sebanyak 128 kasus (39.8%) dan eklampsia ditemukan pada usia 21-29 tahun sebanyak lima kasus

(41.6%). Menurut teori yang ada, preeklampsia dan eklampsia dapat ditemukan pada usia muda, usia reproduktif hingga *advanced maternal age*.^{1,4} Menurut ACOG dapat terjadi peningkatan resiko 2-4 kali lipat preeklampsia berat bila ditemukan riwayat hipertensi kronik atau riwayat preeklampsia sebelumnya.⁴

Umur kehamilan untuk preeklampsia berat terbanyak adalah umur kehamilan 37–40 minggu sebanyak 186 kasus (57.8%). Hal ini sesuai dengan teori dimana preeklampsia terjadi pada umur kehamilan diatas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat juga terjadi kapan saja pada pertengahan kehamilan (George, 2007). Untuk eklampsia adalah umur kehamilan <

37 minggu sebanyak tujuh kasus (58.3%), dalam literatur disebutkan eklampsia paling sering timbul pada trimester terakhir kehamilan dan semakin sering terjadi ketika usia kehamilan mendekati usia aterm.^{1,4}

Jenis persalinan untuk preeklampsia berat dan eklampsia adalah seksio sesarea dimana untuk preeklampsia berat sebanyak 214 kasus (66.5%) dan untuk eklampsia sebanyak 12 kasus (100.0%). Dalam *ACOG Practice Bulletin* disebutkan bahwa terminasi sebagai penanganan untuk preeklampsia berat dan eklampsia, dengan mempertimbangkan keadaan ibu dan janinnya.⁴

Kematian maternal tidak didapatkan untuk kasus preeklampsia berat sedangkan kematian maternal pada eklampsia ditemukan sebanyak delapan kasus (5.95‰). Hal ini dilihat pada Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia menyatakan preeklampsia dan eklampsia masih menjadi salah satu penyumbang angka kematian maternal yang utama, disebabkan karena perdarahan otak, dekomposisi kordis, edema paru, gagal ginjal dan aspirasi paru saat kejang. Angka kejadian preeklampsia dan eklampsia di Indonesia yaitu sekitar 3.4-8.5% dari seluruh kehamilan. Angka kematian maternal yang berhubungan dengan preeklampsia berat dan eklampsia sebesar 9.8-25%.⁶⁻¹⁰

Untuk luaran perinatal pada preeklampsia dan eklampsia didapatkan berat badan lahir bayi preeklampsia berat terbanyak adalah Sesuai Masa Kehamilan 257 kasus (79.8%) dan pada eklampsia kasus terbanyak adalah Kecil Masa Kehamilan yaitu 9 kasus (75%).⁵

Untuk nilai APGAR preeklampsia berat terbanyak adalah APGAR 4-6 sebanyak 165 kasus (64.3%) dan APGAR eklampsia terbanyak adalah nilai APGAR 1-3 sebanyak sembilan kasus (75%). Hal tersebut mempengaruhi tingkat kematian perinatal, sehingga didapatkan jumlah kematian neonatal dini pada preeklampsia berat sebanyak delapan kasus (5.95‰) dan kematian neonatal dini pada eklampsia sebanyak dua kasus (1.48‰). Literatur mengemukakan pada umumnya keadaan

bayi pada ibu dengan eklampsia dan preeklampsia berat dilahirkan dengan nilai APGAR rendah. Hal ini seringkali disebabkan oleh insufisiensi uteroplasental sehingga menyebabkan hipoksia intrauterin, pertumbuhan janin terhambat (IUGR) dan prematuritas.^{5,6}

SIMPULAN

Kematian maternal yang disebabkan oleh eklampsia cukup tinggi. Penyebab kematian maternal disebabkan oleh perdarahan otak, dekomposisi cordis, edema paru, gagal ginjal dan aspirasi paru. Hasil luaran preeklampsia berat dan eklampsia didapatkan sesuai dengan kepustakaan dengan nilai APGAR bayi yang tidak terlalu baik, sehingga mempengaruhi tingkat kematian perinatal. Kematian perinatal disebabkan oleh hipoksia intrauterin dan prematuritas

SARAN

Perlu ditingkatkan pengetahuan masyarakat tentang kehamilan risiko tinggi terutama tentang kehamilan dengan preeklampsia berat dan eklampsia. Peningkatan keterampilan tenaga medis dengan pelatihan bermutu untuk menurunkan angka kematian maternal dan perinatal di RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Norman FG. Hypertensive Disorders. William Obstetric. Edisi ke 24. New York: Williams and Wilkins, 2014.
2. Hallak M. Hypertension in Pregnancy. Dalam: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, penyunting. High Risk Pregnancy Management Option. Edisi ke 2. London: WB Saunders, 2001.
3. Chi IC, Agoestina T, Harbin J. Maternal Mortality at Twelve Teaching Hospital in Indonesia-An Epide-

- miologic Analysis. *Int J Gynecol Obstet.* 1981;19(4):259-66.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Hypertension in Pregnancy. 2013.
 5. Susilo SA, Pratiwi KN, Fattah ANA, Irwinda R, Wibowo N. Determinants of Low APGAR score among Preeclampsic Deliveries in Cipto Mangunkusumo Hospital : a retro-spective cohort study in 2014. *Med J Indones.* 2015;24(3): 183-9.
 6. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *Natl Vital Stat Rep.* 2001;49(1):1-100.
 7. Saifudin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2000.
 8. Creasy RK, Resnik R. *Maternal fetal Medicine Principles and Practice.* Edisi ke 3. London: WB Saunders, 2004.
 9. Greer IA. Pregnancy Induced Hypertension. Dalam: Chamberlain G, Steer P (Penyunting). *Turnbull's obstetrics.* Edisi ke 3. London: Churchill Livingstone, 2002.
 10. Reynolds C, Mabie WC, Sibai BM. Hypertensive States of Pregnancy. Dalam: DeCherney AH, Nathan L, penyunting. *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment.* Edisi ke 9. New York: Mc Graw Hill, 2003.
 11. Decker GA, Sibai BM. Early Detection of Preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(1):160-72..