

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2012, menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menyatakan bahwa masih tingginya angka kematian ibu di Indonesia, yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2013, penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia disebabkan oleh perdarahan yaitu 30,3%, kemudian diikuti hipertensi dalam kehamilan (HDK) sebesar 27,1%, infeksi 7,3%, partus lama 1,8 % dan abortus 1,6%. Dari tahun 2010 hingga 2013, angka kejadian hipertensi dalam kehamilan di Indonesia terus mengalami peningkatan (Kemenkes RI, 2014).

Gangguan hipertensi pada kehamilan (*hypertension pregnancy disorders*) ini merupakan penyebab peningkatan morbiditas dan mortalitas maternal, janin dan neonatus (Suhardjono, 2014). Di Amerika Serikat, preeklampsia dan gangguan hipertensi dalam kehamilan memberi dampak sebesar 5-8% dari total angka kelahiran. Tingkat kejadian untuk preeklampsia, di Amerika Serikat, Kanada dan Eropa Barat, berkisar 2-5% (Gathiram *et al.*, 2003).

Faktor risiko terjadinya preeklampsia sangat beragam, salah satunya adalah obesitas. Menurut WHO, obesitas adalah penimbunan lemak yang berlebihan di seluruh jaringan tubuh secara merata yang mengakibatkan berbagai gangguan dan penyakit seperti diabetes, tekanan darah tinggi hingga serangan jantung yang menyebabkan kematian (WHO, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan di Pittsburgh terhadap populasi wanita hamil, didapatkan bahwa obesitas meningkatkan faktor resiko terjadinya preeklampsia sebanyak 3 kali lipat (Andriani *et.al*, 2016). Pada penelitian lain juga disebutkan bahwa obesitas yang terjadi pada ibu hamil trimester II dan trimester III meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia (Wahyuni *et.al.*, 2019). Peningkatan risiko terjadinya preeklampsia yang diakibatkan oleh obesitas merupakan suatu hal yang potensial untuk terjadi kembali (*reversible*), salah satu pencegahannya adalah melakukan modifikasi gaya hidup yang bertujuan untuk menurunkan berat badan sebelum terjadi kehamilan (Wafiyatunisa & Rodiani, 2016). Klasifikasi berat badan normal (BMI 18,5-24,9), *overweight* (BMI >25) dan obesitas (BMI >30). Kemudian, kriteria obesitas visceral adalah berdasarkan lingkaran perut atau pinggang >94 cm (laki-laki) dan >80

cm (wanita), atau rasio lingkaran perut atau pinggul (*waist-hip ratio*) >1,0 (laki-laki) dan >0,85 (wanita) (Cunningham *et al.*, 2010). Rumus penghitungan BMI dengan cara sebagai berikut,  $IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{[\text{Tinggi Badan (m)}]^2}$  (Irene, 2009).

Maka dari itu, kita dapat menggunakan nilai IMT sebagai patokan untuk mendeteksi dan memonitor ibu hamil dengan mudah dan efisien. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti terdorong untuk melakukan penelitian hubungan antara ibu hamil obesitas *grade* 1 dan 2 dengan angka kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan ibu hamil obesitas *grade* 1 dan 2 dengan kejadian preeklampsia?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Membuktikan adanya hubungan antara ibu hamil obesitas *grade* 1 dan 2 dengan kejadian preeklampsia.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Menghitung jumlah kejadian preeklampsia pada ibu hamil dengan obesitas *grade* 1 dan 2.
2. Membandingkan kejadian preeklampsia pada ibu hamil dengan obesitas *grade* 1 dan 2.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Menambah wawasan dan pengetahuan tentang hubungan ibu hamil obesitas *grade* 1 dan 2 dengan angka kejadian preeklampsia.

### 1.4.2 Manfaat praktis

Ibu hamil dengan obesitas *grade* 1 dan 2 yang merupakan salah satu faktor risiko preeklampsia dapat dimonitor dan diawasi agar dapat terhindar dari preeklampsia.