

**HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI
TAHUN 2016**



KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari

OLEH

NI LUH MERY ASTIANI
P00324014061

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
KENDARI
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI
TAHUN 2016**

Diajukan Oleh:

NI LUH MERY ASTIANI
P00324014061

Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah dihadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.

Kendari, 23 Agustus 2017

Pembimbing I



Dr. Nurmiaty, S.Si.T,MPH
Nip. 198008192002122001

Pembimbing II



Fitriyanti, SST, M.Keb
Nip. 198007162001122001

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Halijah, SKM, M.Kes
Nip. 196209201987022002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI
TAHUN 2016**

Diajukan Oleh:


NI LUH MERY ASTIANI
P00324014061

Telah disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang diujikan pada tanggal 23 Agustus 2017.

1. Siti Aisa, AM.Keb, S.Pd, M.Pd
2. Ibu Askrening, SKM, M.Kes
3. Andi Malahayati, S.Si.T, M.Kes
4. Dr. Nurmiaty, S.Si.T, MPH
5. Fitriyanti, SST, M.Keb

Aiska
.....
Askrening
.....
Andi Malahayati
.....
Dr. Nurmiaty
.....
Fitriyanti
.....

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari


Halijah, SKM, M.Kes
Nip. 196209201987022002

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

- a. Nama : Ni Luh Mery Astiani
- b. Tempat Tanggal Lahir : Wapae Jaya, 11 maret 1996
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Suku/Bangsa : Bali
- e. Agama : Hindu
- f. Alamat : Wape Jaya

II. JENJANG PENDIDIKAN

- a. SD Negeri 16 Tikep Tahun 2008
- b. SMP Negeri 2 Tikep Tahun 2011
- c. SMA Negeri 1 Tikep Tahun 2014
- d. DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari Masuk Tahun 2014 -
Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Hubungan paritas dan umur dengan preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016”.

Dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada Ibu Dr. Nurmiaty, S.Si.T, MPH selaku Pembimbing I dan Ibu Fitriyanti, SST, M.Keb selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Petrus, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Halijah, SKM, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari.
3. Bapak dr. H. M. Rivil Amiruddin, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari.
4. Ibu Siti Aisa, AM.Keb, S.Pd, M.Pd, Ibu Askrening, SKM, M.Kes, Ibu Andi Malahayati, S.Si.T, M.Kes selaku penguji dalam karya tulis ilmiah ini.

5. Kedua orang tuaku. Bapak I Gede Suardana dan Ibu Ni Kadek Ratnadi.
6. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan selama mengikuti pendidikan yang telah memberikan arahan dan bimbingan.
7. Seluruh teman-teman D-III Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari, yang senantiasa memberikan bimbingan, dorongan, pengorbanan, motivasi, kasih sayang serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis menempuh pendidikan.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan karya tulis ilmiah ini serta sebagai bahan pembelajaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah selanjutnya.

Kendari, Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
Abstrak.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	7
B. Landasan Teori.....	33
C. Kerangka Teori.....	36
D. Kerangka Konsep.....	37
E. Hipotesis Penelitian.....	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	40
A. Jenis Penelitian.....	40
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	40
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	40
D. Variabel Penelitian.....	41
E. Definisi Operasional.....	41
F. Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	42
G. Instrumen Penelitian.....	42

H. Pengolahan dan Analisis Data.....	43
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Hasil Penelitian.....	46
B. Pembahasan.....	58
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	67
A. Kesimpulan.....	67
B. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA.....	69
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Jumlah Tempat Tidur RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016.....	49
Tabel 2.	Jumlah SDM RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016.....	50
Tabel 3.	Distribusi Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016.....	51
Tabel 4.	Distribusi Paritas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016.....	52
Tabel 5.	Distribusi Umur Ibu di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016.....	53
Tabel 6.	Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Tahun 2016....	54
Tabel 7.	Hubungan Umur Dengan Kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Tahun 2016....	55

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat izin pengambilan data awal dari Poltekkes Kemenkes kendari
- Lampiran 2. Formulir persetujuan menjadi responden penelitian
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Surat izin penelitian dari Badan Riset Propinsi Sultra
- Lampiran 5. Surat keterangan melakukan penelitian dari RSUD Dewisartika Kota Kendari
- Lampiran 6. Master tabel
- Lampiran 7. Output analisis data

ABSTRAK

HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI TAHUN 2016

Ni Luh Mery Astiani¹ Nurmiaty² Fitriyanti²

Latar belakang: Preeklampsia sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas.

Tujuan penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan paritas dan umur dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

Metode Penelitian: Desain penelitian yang digunakan ialah analitik dengan rancangan *case control*. Sampel penelitian adalah ibu hamil yang mengalami preeklampsia dan yang tidak mengalami preeklampsia yang berjumlah 99 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:2 (33:66). Jenis data adalah data sekunder. Data diperoleh dari buku register di Ruang Poli KIA Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Data dianalisis dengan uji *Chi Square* dan *Odds ratio*

Hasil Penelitian: Hasil penelitian menunjukkan dari 2622 ibu hamil terdapat 33 kasus (1,3%) kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Dari 99 responden terdapat 70 ibu (70,7%) dengan paritas tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Dari 99 responden terdapat 69 ibu (69,7 %) dengan umur tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan paritas berisiko memiliki risiko 12,7 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko. Ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan umur berisiko memiliki risiko 6,8 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan umur tidak berisiko.

Kata kunci : preeklampsia, paritas, umur

¹ Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Poltekkes Kendari

² Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) merupakan indikator utama dalam pelayanan kesehatan dan salah satu tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs). AKI di Indonesia diperkirakan tidak akan mencapai target MDGs yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan AKI di Indonesia. Hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan adanya peningkatan AKI dari tahun sebelumnya 2007. AKI Indonesia pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup meningkat menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Preeklampsia sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, sekitar satu perempuan meninggal setiap menitnya (Estina dkk, 2014). Angka kejadiannya lebih banyak terjadi dinegara berkembang dibanding negara maju. Hal ini karena dinegara maju perawatan kehamilannya lebih baik.

Angka kejadian preeklamsi dan eklamsi di dunia sebesar 38,4% (WHO, 2012). Angka kejadian preeklamsi dan eklamsi di Indonesia sangat bervariasi sebesar 9,8-25,5%. Angka kejadian preeklamsi di beberapa

rumah sakit di Indonesia, di antaranya di RS Cipto Mangunkusumo mencapai 13,2%, di RS Kariadi Semarang kejadian preeklamsi sebesar 3,36%, di Jawa Barat angka kejadian preeklamsi periode 1996–1997 berkisar 0,8–14,1% (Boejang, 2012).

Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2012). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2014).

Faktor risiko preeklamsia lebih banyak terjadi pada primigravida, nullipara, usia ibu kurang dari 25 tahun atau lebih dari 35 tahun, faktor ras dan etnik, faktor keturunan (genetik), pendidikan yang rendah, sosio-ekonomi rendah, obesitas, kehamilan ganda, hidramnion, hidrops fetalis, mola hidatidosa dan riwayat penyakit ibu seperti riwayat hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, dan diabetes melitus. Kejadian makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan (Cunningham, 2015; Saifuddin dkk, 2012 ; Chapman, 2016).

Usia ibu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun berkaitan erat dengan berbagai komplikasi yang terjadi selama kehamilan,

persalinan, nifas dan juga kesehatan bayi ketika masih dalam kandungan maupun setelah lahir. Komplikasi adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau bayi . Usia ideal 20–35 tahun dari hasil penelitian mampu mengurangi risiko terjadinya kematian karena preeklampsia. Untuk itu perlu dilakukan upaya manajemen pencegahan kehamilan melalui program KB pada kelompok usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2015).

Menurut Saifuddin dkk (2012) frekuensi terjadinya preeklamsia lebih tinggi terjadi pada primigravida daripada multigravida. Berdasarkan teori imunologik yang disampaikan Sudhaberata (2015), hal ini dikarenakan pada kehamilan pertama terjadi pembentukan “*blocking antibodies*” terhadap antigen tidak sempurna. Selain itu menurut Angsar (2014), pada kehamilan pertama terjadi pembentukan “*Human Leucocyte Antigen Protein G (HLA)*” yang berperan penting dalam modulasi respon immune, sehingga ibu menolak hasil konsepsi (plasenta) atau terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta sehingga terjadi preeklamsia.

Hasil studi awal di rumah sakit umum Dewi Sartika Kendari, jumlah ibu hamil yang mengalami preeklamsia tahun 2014 sebanyak 44 orang dari 804 orang ibu hamil (5,47%). Pada tahun 2015 sebanyak 32 orang dari 1215 orang ibu hamil (2,63%). Pada tahun 2016 sebanyak 33 orang dari 2622 orang ibu hamil (1,26%) (Medikal Record RS Dewi Sartika, 2016). Data tersebut menunjukkan bahwa kejadian preeklamsia mengalami penurunan, namun perlu adanya kewaspadaan karena diketahui

preeklampsia merupakan salah satu faktor risiko kesakitan dan kematian pada ibu dan janinnya. Ibu hamil yang mengalami preeklampsia memerlukan pengelolaan dan pemantauan yang ketat terhadap kondisinya dan janinnya sehingga penyakit tidak berkembang lebih berat agar tidak membahayakan jiwa ibu dan janin yang dikandungnya.

Banyak ibu hamil yang datang ke rumah sakit dalam keadaan komplikasi hipertensi tahap lanjut sebagai preeklamsi berat bahkan disertai dengan sindrom *haemolysis elevated liver enzym low platelets count* (HELLP) atau eklamsi, sehingga penanggulangannya masih belum memuaskan. Penatalaksanaan penyakit ini akan memberikan hasil yang lebih baik apabila dapat ditangani sedini-dininya (WHO, 2015).

Berdasarkan latar belakang tersebut sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian hubungan paritas, umur dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, dapat dirumuskan masalah penelitian adalah apakah ada hubungan paritas dan umur dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan paritas dan umur dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi paritas di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.
- c. Mengetahui distribusi frekuensi umur di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.
- d. Menganalisis hubungan paritas dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.
- e. Menganalisis hubungan umur dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Ibu Hamil

Untuk menambah wawasan ibu hamil tentang keterkaitan paritas dan umur dengan preeklamsia sehingga faktor risiko kejadian preeklamsia dapat dihindari.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dapat mengetahui hubungan paritas, umur dengan kejadian preeklamsia sehingga dapat mengantisipasi kejadian preeklamsia.

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk dokumentasi agar dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian Kurniawati dan Hidayati (2012) yang berjudul hubungan umur dan paritas dengan kejadian preeklamsia di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan umur dan paritas dengan kejadian preeklamsia. Perbedaan penelitian Kurniawati dan Hidayati dengan penelitian ini adalah jenis penelitian, dan lokasi penelitian. Jenis penelitian Kurniawati dan Hidayati adalah *cross sectional study* dan lokasi penelitian di Semarang. Pada penelitian ini jenis penelitian adalah *case control study*, lokasi penelitian di Rumah Sakit Dewi Sartika Kendari.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

F. Tinjauan tentang Preeklampsia

1. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Umumnya terjadi pada trimester III kehamilan. Preeklampsia dikenal juga dengan sebutan *Pregnancy Induced Hypertension* (PIH) gestosis atau toksemia kehamilan (Maryunani, dkk, 2012). Menurut Chapman (2014) preeklampsia adalah merupakan kondisi khusus dalam kehamilan ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD) dan proteinuria. Bisa berhubungan dengan kejang (eklampsia) dan gagal organ ganda pada ibu, sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta. Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada triwulan Ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. Preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat (Abdul, dkk, 2016).

Menurut Mansjoer dkk (2014) preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan

20 minggu atau segera setelah persalinan. Preeklampsia menurut Achdiat (2014) adalah suatu sindroma klinis dalam kehamilan (usia kehamilan > 20 minggu dan/atau berat janin 500 gram) yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Gejala ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu bila terjadi penyakit trofoblastik. Preeklampsia adalah kondisi khusus dalam kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Bisa berhubung atau berlanjut menjadi kejang (eklampsia), sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta/solusio plasenta (Maryunani, dkk, 2012).

Preeklampsia didefinisikan sebagai gangguan yang terjadi pada trimester kedua kehamilan dan mengalami regresi setelah kelahiran, ditandai dengan kemunculan sedikitnya dua dari tiga tanda utama, yaitu hipertensi, edema, dan proteinuria (Mary dan Mandy, 2014).

2. Etiologi Preeklampsia

Penyebab timbulnya preeklampsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh (*vasospasme arteriola*). Faktor-faktor lain yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklampsia antara lain: primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, molahidatidosa, multigravida, malnutrisi berat, usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia (Maryunani, dkk, 2012).

Penelitian Rozikhan (2015), sebab preeklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab- musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut: (1) primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatidosa; (2) semakin tuanya kehamilan; (3) terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus; dan (4) timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma. Salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan ischaemia rahim dan plasenta (*ischemaemia uteroplacentae*).

Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatidosa, hydramnion, kehamilan ganda, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes, peredaran darah dalam dinding rahim kurang, maka keluarlah zat-zat dari plasenta atau desidua yang menyebabkan *vasospasmus* dan hipertensi. Tetapi dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit tersebut. Ternyata tidak hanya satu faktor yang menyebabkan pre-eklampsia dan eklampsia.

Teori dewasa ini banyak dikemukakan sebagai sebab preeklampsia adalah iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu. Ada banyak faktor yang menyebabkan preeklampsia dan eklampsia. Diantara faktor-faktor yang ditemukan sering kali sudah ditentukan mana yang

sebab dan mana yang akibat. Dan sampai saat ini, apa yang menjadi penyebab preeklampsia dan eklampsia belum diketahui, telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang dapat memberi jawaban yang memuaskan (Chapman, 2014).

Penyebab preeklampsia belum diketahui sampai sekarang secara pasti, bukan hanya satu faktor melainkan beberapa faktor dan besarnya kemungkinan preeklampsia akan menimbulkan komplikasi yang dapat berakhir dengan kematian. Akan tetapi untuk mendeteksi preeklampsia sedini mungkin dengan melalui antenatal secara teratur mulai trimester I sampai dengan trimester III dalam upaya mencegah preeklampsia menjadi lebih berat (Manuaba, 2012). Adapun teori-teori tersebut antara lain:

a. Peran *Prostasiklin* dan *Tromboksan*

Pengeluaran hormon ini memunculkan efek “perlawanan” pada tubuh. Pembuluh-pembuluh darah menciut, terutama pembuluh darah kecil, akibatnya tekanan darah meningkat. Organ-organ pun akan kekurangan zat asam. Pada keadaan yang lebih parah, bisa terjadi penimbunan zat pembeku darah yang ikut menyambut pembuluh darah pada jaringan-jaringan vital.

b. Peran Faktor Immunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat di bahwa pada

kehamilan pertama pembentuk blocking antibodies terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya.

c. Peran Faktor Genetik

Beberapa bukti yang menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian Preeklampsia-Eklampsia antara lain (1) Preeklampsia hanya terjadi pada manusia, (2) Terdapatnya kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia-eklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklampsia-eklampsia, (3) Kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia-eklampsia pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklampsia-eklampsia dan bukan pada iparnya, (4) peran Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS).

Penderita pada tahap preeklampsia hendaknya mau dirawat dirumah sakit untuk memudahkan pemantauan kondisi ibu dan janin. Pemantauan meliputi fungsi ginjal lewat protein urinenya dan juga fungsi hati. Menu makanan sehari-hari pun perlu diperhatikan. Yang pasti konsumsi garam harus dikurangi, sedangkan buah- buahan dan sayuran diperbanyak (Mambo, 2016).

3. Tanda dan Gejala Preeklampsia

Preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat. Penyakit digolongkan berat bila satu atau lebih tanda/gejala dibawah ini di temukan:

- a. Tekanan sistolik 160 mmHg, atau tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih.

- b. Proteinuria 5 gr atau lebih dalam 24 jam: +3 atau +4 pada pemeriksaan kualitatif.
- c. Oliguria, air kencing 400 ml atau kurang dari 24 jam.
- d. Keluhan serebral, gangguan penglihatan atau nyeri daerah epigastrium
- e. Edema paru-paru (Abdul, dkk, 2016)

Menurut Rozikhan (2015) tanda dan gejala preeklampsia adalah sebagai berikut:

1. Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meninggi dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga, mungkin penderita menderita preeklampsia. Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnose. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklampsia berat.

2. Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada kaki, jari-jari tangan, dan muka, atau pembengkakan pada ekstremitas dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosa pre eklampsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan pre-eklampsia harus dicurigai. Atau bila terjadi penambahan berat badan lebih dari 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan, mungkin merupakan tanda preeklampsia. Bertambahnya berat badan disebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian oedema nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat. Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya pre eklampsia. Edema dapat terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostik kecuali jika edemanya general.
3. Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ (menggunakan metode turbidimetrik standard) atau 1g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau *midstream* untuk memperoleh urin yang bersih yang diambil minimal 2 kali dengan

jarak 6 jam. Proteinuria biasanya timbul lebih lambat dari hipertensi dan tambah berat badan. Proteinuri sering ditemukan pada preeklampsia, karena vasospasmus pembuluh-pembuluh darah ginjal. Karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius. Tanda dan gejala preeklampsia menurut (Maryunani, dkk, 2012) adalah:

- a. Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, diukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.
- b. Proteinuria 5 gram/ 24 jam atau lebih, +++ atau ++++ pada pemeriksaan kualitatif.
- c. Oliguria, urine 400 ml / 24 jam atau kurang
- d. Edema paru-paru, sianosis
- e. Tanda gejala lain yaitu sakit kepala yang berat, masalah pengelihatannya, pandangan kabur dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual atau muntah serta emosi mudah marah
- f. Pertumbuhan janin intrauterine terlambat
- g. Adanya HELLP syndrome (*H= Hemolysis, ELL= Elevated Liver Enzym, P= Low Plat*)
- h. Pertumbuhan janin intrauterine terlambat

4. Klasifikasi Preeklampsia

Pembagian preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat, berikut ini adalah penggolongannya (Rukiyah dan Yulianti, 2014):

a. Preeklampsia Ringan

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas, penyebab preeklampsia ringan belum diketahui secara jelas, penyakit ini dianggap sebagai "*maladaptation syndrome*" akibat *vasospasme* general dengan segala akibatnya (Rukiyah dan Yulianti, 2014).

Gejala preeklampsia ringan meliputi:

- a. Kenaikan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-110 mmHg.
- b. Proteinuria secara kuantitatif $>0,3$ gr/l dalam 24 jam.
- c. Edema pada pretibial, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan.
- d. Tidak disertai dengan gangguan fungsi organ

2. Preeklampsia Berat

Preeklampsia Berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Rukiyah dan Yulianti, 2014). Gejala klinis preeklampsia berat meliputi:

- a. Tekanan darah sistolik >160 mmHg atau tekanan darah diastolik >110 mmHg.

- b. Trombosit <math><100.000 /\text{mm}^3</math>
- c. Proteinuria (>3gr/liter/24jam) atau positif 3 atau 4, pada pemeriksaan kuantitatif bisa disertai dengan oliguria (urine <math><400 \text{ ml}/24 \text{ jam}</math>), keluhan serebral, gangguan pengelihatatan, nyeri abdomen, gangguan fungsi hati, gangguan perkembangan Intrauterine

5. Komplikasi Preeklampsia

Menurut Khateryn & Laura (1995) dalam Anik Maryunani dan Yulianingsih (2012) komplikasi ibu dengan preeklampsia meliputi *cerebral vascular accident, kardiopulmonari edema*, retardasi pertumbuhan, kematian janin intra uterine yang disebabkan oleh hipoksia dan premature. Komplikasi preeklampsia yang lain adalah *Ablatio retinae*, gagal ginjal, perdarahan otak, gagal jantung dan edema paru (Vivian dan Tri Sunarsih, 2010).

6. Pencegahan Preeklampsia

Yang dimaksud dengan pencegahan adalah upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada perempuan hamil yang mempunyai risiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia adalah suatu sindroma dari proses implantasi sehingga tidak secara keseluruhan dapat di cegah (Angsar, 2008). Pencegahan timbulnya preeklampsia dapat dilakukan dengan pemeriksaan antenatal care secara teratur. Gejala ini ini dapat ditangani secara tepat. Penyuluhan tentang manfaat istirahat akan banyak berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti tirah baring di

tempat tidur, tetapi ibu masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari, hanya dikurangi antara kegiatan tersebut, ibu dianjurkan duduk atau berbaring. Nutrisi penting untuk diperhatikan selama hamil, terutama protein. Diet protein yang adekuat bermanfaat untuk pertumbuhan dan perbaikan sel dan transformasi lipid (Maryunani, dkk, 2012).

7. Penatalaksanaan Prekelampsia

Untuk penatalaksanaan pre-eklamsia tergantung dengan pre-eklamsia ringan dan pre-eklamsia berat sebagai berikut:

a) Pre-eklamsia ringan ada 2 cara yaitu:

- 1) Dengan rawat jalan dilakukan dengan banyak tirah baring, diet cukup protein rendah karbohidrat lemak dan garam, sedative ringan yaitu diberikan tablet phenobarbital 3x30 mg/deazepam 3x2 mg per oral selama 7 hari, roborantia, kunjungan ulang setiap 1 minggu sekali, pemeriksaan laboratorium.
- 2) preeklamsia ringan dengan rawat inap, setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala preeklamsia meliputi kenaikan berat badan ibu naik 1 kg/lebih per minggu selama 2 minggu berturut-turut (2 minggu).

b) Pre-eklamsia berat

Dilihat dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsia berat selama perawatan maka perawatan dibagi menjadi:

- 1) perawatan aktif yaitu kehamilannya harus segera diakhiri dimana ada beberapa indikasi:
 - (a) Dari ibu antara lain usia kehamilan 37 minggu atau lebih, adanya tanda dan gejala impending eklamsia, kegagalan konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan medikasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam setelah perawatan medisinal.
 - (b) Dari janin antara lain adanya tanda IUGR, hasil fetal assesment jelek (NST&USG).
- 2) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal dengan indikasi bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.
 - (a) MgSO₄ tidak diberikan intravenous cukup hanya intramuskuler dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.
 - (b) Pengobatan obstetri selama perawatan konservatif yaitu dengan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi/pengakiran kehamilan, MgSO₄ dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda preeklamsia ringan selambat-lambatnya 24 jam, bila setelah 24 jam tidak ada perubahan maka pengobatan medisial dianggap gagal dan harus terminasi, bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka

diberi lebih dahulu $MgSO_4$ 20% 2 gram intravenios (Saifuddin, 2012).

B. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Preeklampsia

Setiap wanita hamil memiliki risiko untuk mengalami penyakit akibat kehamilan, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Menurut Saifuddin (2012), faktor yang berhubungan dengan terjadinya preeklampsia yaitu faktor usia dan paritas. Sedangkan berdasarkan penelitian Rozikhan RS. Soewando Kendal pada tahun 2007 beberapa faktor yang memiliki hubungan dengan terjadinya preeklampsia adalah faktor pengetahuan, usia, paritas, riwayat preeklampsia, genetik dan pemeriksaan kehamilan (ANC). Walaupun penyebab preeklampsia belum dapat dipastikan, namun beberapa faktor berikut ini memiliki hubungan dengan terjadinya preeklampsia.

1. Umur Ibu

Umur adalah usia individu terhitung mulai saat dia dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan (Nursalam, 2013). Insiden tertinggi pada kasus preeklampsia pada usia remaja atau awal usia 20 tahun, tetapi prevalensinya meningkat pada wanita diatas 35 tahun. Dengan bertambahnya usia seseorang, maka kematangan dalam berfikir semakin baik. Usia sangat mempengaruhi kehamilan, usia yang baik untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun.

Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun kurang baik untuk hamil. Karena kehamilan pada usia ini memiliki ini memiliki risiko tinggi, seperti terjadinya keguguran atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat risiko komplikasi melahirkan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia diatas 35 tahun, selain fisik mulai melemah, juga kemungkinan munculnya berbagai risiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes, dan berbagai penyakit lainnya termasuk preeklampsia (Gunawan, 2014). Tinggi rendahnya usia seseorang memengaruhi terjadinya preeklampsia (Saifuddin dkk, 2012).

2. Usia Kehamilan

Menurut (Royston, 1994) dalam (Dollar, 2014) preeklampsia biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Gejalanya adalah kenaikan tekanan darah. Jika terjadi di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronis. Sebagian besar kasus preeklampsia terjadi pada usia kehamilna >37 minggu dan makin tua kehamilan makin berisiko untuk terjadinya preeklampsia.

3. Paritas

Paritas adalah keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu. Suchelitif paritas adalah status seorang wanita sehubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkannya. Menurut Manuaba (2015) paritas adalah wanita yang pernah melahirkan dan dibagi menjadi beberapa istilah:

- a. Primigravida : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin untuk pertama kali.
- b. Multipara : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin lebih dari satu kali.
- c. Grande multipara : adalah wanita yang telah melahirkan janin lebih dari lima kali.

Pada primigravida frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda (Saifuddin, 2012). Paritas merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan kejadian *pre eklampsia*. Pada *primipara* dapat terjadi *pre eklampsia* karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat *plasenta* mulai terbentuk akan terjadi *iskemia, implantasi plasenta*, bahan *trofoblast* akan diserap ke dalam *sirkulasi*, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap *angiotensin II, rennin dan aldosteron*, sehingga dapat menyebabkan *spasme* pembuluh darah. Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya *pre eklampsia* pada ibu hamil maupun ibu bersalin.

Menurut Bobak (2014) pada *primipara* dapat terjadi *pre eklampsia* sekitar 85 %. Sementara ibu bersalin dengan *paritas multipara* dan *grandemultipara* yang mengalami *pre eklampsia* sebesar 15,00 %. Pada *multipara* maupun *grandemultipara* disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan *angiotensin*, *renin* dan *aldosteron* sehingga dijumpai *oedema*, *hipertensi* dan *proteinuria*. Sedangkan yang tidak mengalami *pre eklampsia* lebih banyak terjadi pada *paritas multipara* dan *grandemultipara* sebesar 85 % dibandingkan dengan *paritas primipara* sebesar 69,23 %. Hal ini dikarenakan baik pada ibu bersalin dengan *paritas multipara* dan *grandemultipara* maupun *paritas primipara* yang tidak terjadi *pre eklampsia* bila ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya *pre eklampsia*.

Penelitian Sudinaya (2008) menyatakan bahwa *hipertensi* merupakan penyulit yang tersering dijumpai pada *primipara* (24,45 %), *paritas 2-4* (9,89 %) dan *paritas 5 keatas* (28,31 %). Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil studi pendahuluan oleh Rahayu, I.D di VK IRD RSU Dr. Soetomo Surabaya (2012) yang menyatakan bahwa pada kelompok *paritas* angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok *primipara* (59,11 %). Menurut Manuaba (2012) *paritas primigravida*, terutama *primigravida* muda merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian *pre eklampsia*.

4. *Bad Obstetric History*

Seorang wanita yang pernah memiliki riwayat preeklampsia, kehamilan molahidatidosa dan kehamilan ganda kemungkinan akan mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan berikutnya, terutama jika diluar kehamilan menderita tekanan darah tinggi menahun (Apotik Online, 2005).

C. Tinjauan tentang Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimulainya konsepsi sampai lahirnya janin (Saifuddin dkk, 2012). Faktor psikologis yang mempengaruhi kehamilan terdiri dari (Maulana, 2008): stres, dukungan keluarga, faktor lingkungan sosial, budaya dan ekonomi.

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

1) Tanda presumtif

Menurut Wiknjosastro (2012), tanda-tanda kehamilan antara lain:

a) *Amenorrhoea*

Gejala pertama kehamilan ialah haid tidak datang pada tanggal yang diharapkan. Bila seorang wanita memiliki siklus haid teratur dan mendadak berhenti, ada kemungkinan hamil. Tetapi meskipun demikian sebaiknya ditunggu selama 10 hari sebelum memeriksakan diri ke dokter. Karena sebelum masa itu sulit untuk memastikan adanya kehamilan. Haid yang terlambat

pada wanita berusia 16-40 tahun, pada umumnya memang akibat adanya kehamilan. Tetapi kehamilan bukanlah satu-satunya penyebab keterlambatan haid. Haid dapat tertunda oleh tekanan emosi, beberapa penyakit tertentu, dan juga akibat makan obat-obat tertentu. Selain kehamilan, penurunan berat badan dan tekanan emosi juga sering menjadi penyebab keterlambatan haid pada wanita yang semula mempunyai siklus normal.

b) Perubahan pada payudara

Banyak wanita merasakan payudara memadat ketika menjelang haid. Bila terjadi kehamilan, gejala pematatan bersifat menetap dan semakin bertambah. Payudara menjadi lebih padat, kencang dan lebih lembut, juga dapat disertai rasa berdenyut dan kesemutan pada puting susu. Perubahan diatas disebabkan oleh tekanan kelamin wanita, estrogen dan progesterone yang dihasilkan oleh uri (plasenta). Hormon-hormon ini menyebabkan saluran dan kantong kelenjar susu membesar, dan tertimbun lemak di daerah payudara. Rasa kesemutan dan berdenyut disebabkan oleh bertambahnya aliran darah yang mengalir payudara.

c) Mual dan muntah (Emesis Gravidarum)

Kira-kira separuh dari wanita yang mengandung mengalami mual dan muntah, dengan tingkat yang berbeda-beda,

biasanya cukup ringan dan terjadi dipagi hari. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi juga disebabkan oleh peningkatan kadar hormon kelamin yang diproduksi selama hamil. Sesudah 12 minggu gejala-gejala itu biasanya menghilang, karena tubuh sudah menyesuaikan diri.

d) Sering kencing

Sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali rongga panggul.

e) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

f) Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung, dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai cloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih. Daerah leher menjadi lebih hitam. Demikian pula linea alba di garis tengah abdomen menjadi lebih hitam (linea grisea). Pigmentasi ini terjadi karena

pengaruh hormon kortiko-steroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

g) Varises

Dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genetalia ekstena, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda.

2) Tanda-tanda kemungkinan hamil, yaitu a) Perut membesar, b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi rahim, c) Tanda hegar, d) Tanda Chadwick, e) Tanda Piscaseck, f) Kontraksi kecil uterus bila dirangsang, g) Teraba Ballotement Reaksi kehamilan positif.

3) Tanda Pasti kehamilan (tanda positif)

- a) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasakan atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- b) Denyut jantung janin: (1) Didengar dengan stetoskop, (2) Monoral dicatat dan dengar dengan alat dopler, (3) Dicatat dengan foto-elektro kardiogram, (4) Dilihat pada ultrasonografi
- c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen

3. Perubahan Selama Kehamilan

Proses Kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester (Wiknjosastro, 2012):

1) Perubahan Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

a) Trimester Pertama (konsepsi sampai 12 minggu)

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Reaksi pertama seorang pria ketika mengetahui bahwa dirinya akan menjadi ayah adalah timbulnya kebanggaan atas kemampuannya mempunyai keturunan bercampur dengan keprihatinan akan kesiapannya untuk menjadi seorang ayah dan menjadi pencari nafkah untuk keluarganya. Seorang calon ayah mungkin akan sangat memperhatikan keadaan ibu yang sedang mulai hamil dan menghindari hubungan seks karena takut mencederai bayinya.

b) Trimester Kedua (12 minggu sampai 28 minggu).

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan keadaan hormone yang lebih tinggi dan merasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu

sudah mulai menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu mulai merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa yang tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

c) Trimester Ketiga (28 minggu sampai 40 minggu).

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang meningkatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir kalau bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu sering kali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

d. Keluhan yang terjadi pada ibu hamil (Hidayati, 2009), yaitu sakit kepala, rasa mual dan muntah (*Morning Sickness*), produksi air liur yang berlebihan (*Ptyalism*), mengidam, keringat bertambah, kelelahan, hidung tersumbat/berdarah, gatal-gatal, frekuensi kemih meningkat (*Nokturia*), diare.

E. Hubungan Paritas dengan Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin dkk, 2012). Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2015).

Menurut Saifuddin dkk (2012) perubahan pokok yang didapatkan pada pre-eklampsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. spasmus yang hebat terjadi pada arteri glomerulus, kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruang interstitial belum diketahui sebabnya, telah diketahui bahwa pada pre-eklampsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi dari

pada kehamilan yang normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium. pada pre-eklamsia, permeabilitas pembuluh darah terhadap protein meningkat (Saifuddin dkk, 2012).

Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2011). Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primipara, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2015).

Paritas merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan kejadian *pre eklampsia*. Pada *primipara* dapat terjadi *pre eklampsia* karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat *plasenta* mulai terbentuk akan terjadi *iskemia, implantasi plasenta*, bahan *trofoblast* akan diserap ke dalam *sirkulasi*, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap *angiotensin II, rennin dan aldosteron*, sehingga dapat menyebabkan

spasme pembuluh darah. Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya *pre eklampsia* pada ibu hamil maupun ibu bersalin. Menurut Bobak (2014) pada *primipara* dapat terjadi *pre eklampsia* sekitar 85 %. Sementara ibu bersalin dengan *paritas multipara* dan *grandemultipara* yang mengalami *pre eklampsia* sebesar 15,00 %. Pada *multipara* maupun *grandemultipara* disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan *angiotensin*, *renin* dan *aldosteron* sehingga dijumpai *oedema*, *hipertensi* dan *proteinuria*. Sedangkan yang tidak mengalami *pre eklampsia* lebih banyak terjadi pada *paritas multipara* dan *grandemultipara* sebesar 85 % dibandingkan dengan *paritas primipara* sebesar 69,23 %. Hal ini dikarenakan baik pada ibu bersalin dengan *paritas multipara* dan *grandemultipara* maupun *paritas primipara* yang tidak terjadi *pre eklampsia* bila ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya *pre eklampsia*.

Penelitian Sudinaya (2008) menyatakan bahwa *hipertensi* merupakan penyulit yang tersering dijumpai pada *primipara* (24,45 %), *paritas 2-4* (9,89 %) dan *paritas 5 keatas* (28,31 %). Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil studi pendahuluan oleh Rahayu, I.D di VK IRD RSU Dr. Soetomo Surabaya (2012) yang menyatakan bahwa pada kelompok *paritas* angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok *primipara* (59,11 %). Menurut Manuaba (2012) *paritas primigravida*, terutama *primigravida* muda merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian *pre eklampsia*.

F. Hubungan Umur Dengan Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin dkk, 2012). Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2007).

Menurut Saifuddin dkk (2012) perubahan pokok yang didapatkan pada pre-eklampsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. spasmus yang hebat terjadi pada arteri glomerulus, kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruang interstitial belum diketahui sebabnya, telah diketahui bahwa pada pre-eklampsia dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi dari pada kehamilan yang normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium. pada pre-eklampsia,

permiabelitas pembuluh darah terhadap protein meningkat (Saifuddin dkk, 2012).

Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2011). Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primipara, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2011).

Menurut Cuningham (2015) wanita berusia <20 tahun dan >35 tahun merupakan awal dan akhir masa reproduksi yang mempunyai kemungkinan lebih besar mengalami *pre eklampsia*. Pada usia <20 tahun bisa terjadi *pre eklampsia* karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Jika terjadi kehamilan maka tubuh ibu belum siap untuk menerima keadaan baru, sehingga bisa menyebabkan *iskemia implantasi placenta*. Hal ini bisa menyebabkan kenaikan tekanan darah, pengeluaran protein dalam *urine* dan *edema*. Saat usia \geq 35 tahun bisa

terjadi *pre eklampsia* karena pada usia ini mudah terjadi penyakit dalam organ kandungan ibu yang menua. Usia ≥ 35 cenderung mengalami *pre eklampsia* karena disebabkan adanya penyakit yang menyertai seperti *diabetes mellitus* dan *hipertensi*, sehingga menyebabkan perubahan patologi yaitu terjadinya *spasme* pembuluh darah *arteriol* menuju organ penting sehingga menimbulkan gangguan *metabolisme* jaringan, gangguan peredaran darah dan mengecilnya aliran darah yang menimbulkan *pre eklampsia*. Sementara pada umur 20-35 tahun yang mengalami *pre eklampsia* sebesar 14,29 %.

Seorang ibu hamil maupun ibu bersalin berumur 20-35 tahun yang terjadi *pre eklampsia*, dapat dikarenakan adanya kelainan kehamilan seperti *hidramnion*, *gemelli*, *mola hidatidosa*, selain itu juga disebabkan karena penyakit seperti *diabetes mellitus* dan *obesitas*. Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami *pre eklampsia* lebih banyak terjadi pada umur 20-35 tahun sebesar 85,71 %. Umur 20-35 tahun merupakan umur yang tepat untuk memulai kehamilan dan kelahiran terbaik. Saat usia 20-35 tahun, alat reproduksi sudah matang dan merupakan risiko paling rendah untuk ibu dan bayi. Hasil ini sama dengan pernyataan Saifuddin dkk (2012) bahwa umur 20-34 tahun merupakan risiko rendah untuk terjadinya *pre eklampsia*, karena sudah matangnya alat reproduksi, dibandingkan dengan umur < 20 dan > 35 tahun (53,57 %). Ibu dengan umur < 20 tahun dan > 35 tahun tidak terjadi *pre eklampsia* bisa karena ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara

dini tanda dan gejala terjadinya *pre eklampsia*. Hasil penelitian Sudhabera (2011) bahwa *pre eklampsia* banyak ditemukan pada kelompok yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.

G. Landasan Teori

Preeklampsia sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas. Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan. Ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin dkk, 2012).

Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2015). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2011).

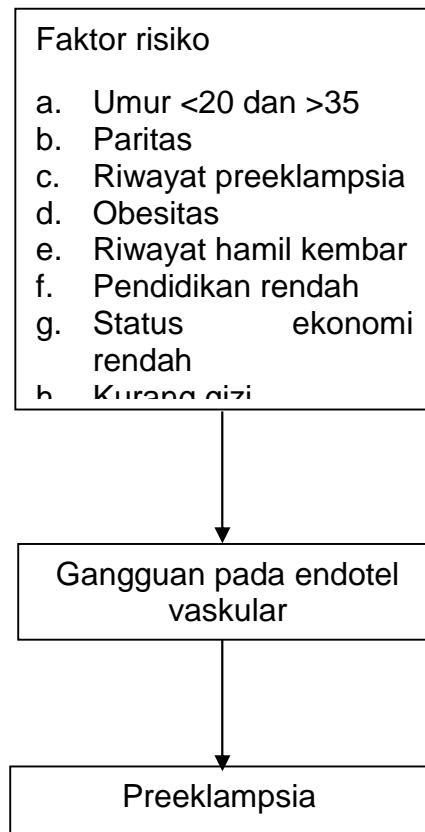
Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu paritas, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2015).

Paritas merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan kejadian *pre eklampsia*. Pada *primipara* dapat terjadi *pre eklampsia* karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat *plasenta* mulai terbentuk akan terjadi *iskemia*, *implantasi plasenta*, bahan *trofoblast* akan diserap ke dalam *sirkulasi*, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap *angiotensin II*, *rennin* dan *aldosteron*, sehingga dapat menyebabkan *spasme* pembuluh darah.

Menurut Cuningham (2015) wanita berusia <20 tahun dan >35 tahun merupakan awal dan akhir masa reproduksi yang mempunyai kemungkinan lebih besar mengalami *pre eklampsia*. Pada usia <20 tahun bisa terjadi *pre eklampsia* karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Jika terjadi kehamilan maka tubuh ibu belum siap untuk menerima keadaan baru, sehingga bisa menyebabkan *iskemia*

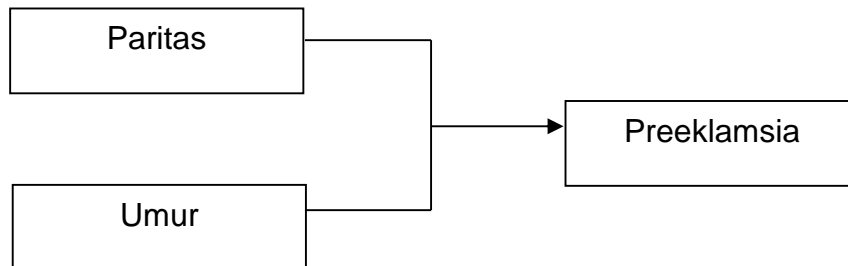
implantasi placenta. Hal ini bisa menyebabkan kenaikan tekanan darah, pengeluaran protein dalam *urine* dan *edema*. Saat usia \geq 35 tahun bisa terjadi *pre eklampsia* karena pada usia ini mudah terjadi penyakit dalam organ kandungan ibu yang menua. Usia \geq 35 cenderung mengalami *pre eklampsia* karena disebabkan adanya penyakit yang menyertai seperti *diabetes mellitus* dan *hipertensi*, sehingga menyebabkan perubahan patologi yaitu terjadinya *spasme* pembuluh darah *arteriol* menuju organ penting sehingga menimbulkan gangguan *metabolisme* jaringan, gangguan peredaran darah dan mengecilnya aliran darah yang menimbulkan *pre eklampsia*.

H. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori dimodifikasi dari Saifuddin (2012); Manuaba (2015); Cuningham (2015)

I. Kerangka Konsep



Keterangan

Variabel bebas: paritas, umur

Variable terikat: preeklamsia

J. Hipotesis Penelitian

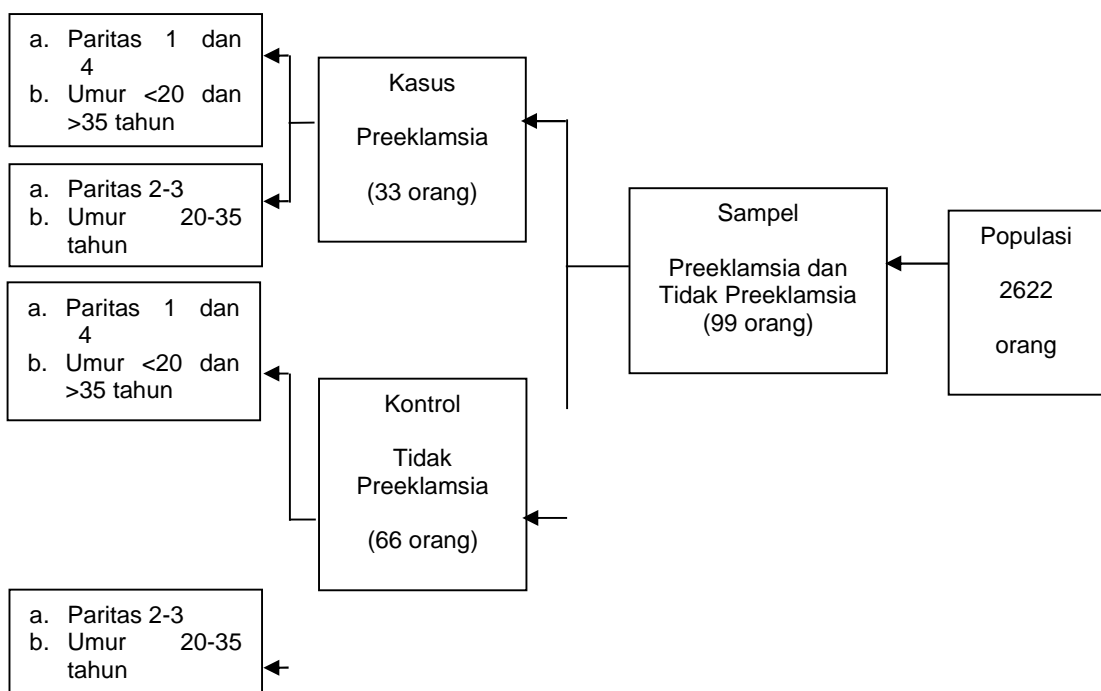
1. Ada hubungan paritas dengan preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari.
2. Ada hubungan umur dengan preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari.

BAB III

METODE PENELITIAN

G. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *Case Control*.



Gambar 3. Skema rancangan penelitian

H. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari pada bulan Juni tahun 2017.

I. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil di ruang Poli KIA Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2016 berjumlah 2622 orang.
2. Sampel dalam penelitian adalah ibu hamil yang mengalami preeklamsia dan yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah 99 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:2 (33:66).
 - a. Kasus : ibu hamil yang mengalami preeklamsia pada tahun 2016 yang berjumlah 33 orang. Teknik pengambilan sampel kasus secara purposive sampling, dimana seluruh ibu hamil yang mengalami preeklamsia diambil sebagai kasus.
 - b. Kontrol : ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah 66 orang. Teknik pengambilan sampel kontrol secara sistematis random sampling, dimana seluruh ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia diurut memakai nomor, lalu dari 2589 orang ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia dibagi jumlah kontrol yang diambil $2589:66 = 39,22$, sehingga sampel untuk kontrol adalah kelipatan 39.

J. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat (*dependent*) yaitu Preeklamsia.
2. Variabel bebas (*independent*) yaitu paritas, umur.

K. Definisi Operasional

1. Preeklamsia adalah keadaan ibu hamil dengan tekanan darah 140/90 mmHg yang disertai adanya protein dalam urin sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal.

Kriteria objektif

- a. Preeklamsia
 - b. Tidak preeklamsia
2. Paritas adalah jumlah anak yang dimiliki oleh responden sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal. Kriteria objektif:
 - a. Paritas berisiko: paritas 0 dan 5
 - b. Paritas tidak berisiko: paritas 1-4
 3. Umur adalah umur responden yang dihitung dihitung dari sejak lahir hingga saat penelitian sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal. Kriteria objektif:
 - a. Umur berisiko: umur <20 dan >35 tahun
 - b. Umur tidak berisiko: umur 20-35 tahun

L. Jenis dan Sumber Data Penelitian

Jenis data adalah data sekunder. Data diperoleh dari buku register di Ruang Poli KIA Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

M. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *checklist* tentang kejadian preeklamsia dan faktor risikonya yaitu paritas, umur.

N. Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpul, diolah dengan cara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Editing

Dilakukan pemeriksaan/pengecekan kelengkapan data yang telah terkumpul, bila terdapat kesalahan atau berkurang dalam pengumpulan data tersebut diperiksa kembali.

2. Coding

Hasil jawaban dari setiap pertanyaan diberi kode angka sesuai dengan petunjuk.

3. Tabulating

Untuk mempermudah analisa data dan pengolahan data serta pengambilan kesimpulan data dimasukkan ke dalam bentuk tabel distribusi.

b. Analisis data

1. Univariat

Data diolah dan disajikan kemudian dipresentasikan dan uraikan dalam bentuk table dengan menggunakan rumus:

$$X = \frac{f}{n} x K$$

Keterangan :

f : variabel yang diteliti

n : jumlah sampel penelitian

K: konstanta (100%)

X : Persentase hasil yang dicapai

2. Bivariat

Untuk mendeskripsikan hubungan antara *independent variable* dan *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*. Adapun rumus yang digunakan untuk *Chi-Square* adalah :

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Keterangan :

: Jumlah

X^2 : Statistik Shi-Square hitung

fo : Nilai frekuensi yang diobservasi

fe : Nilai frekuensi yang diharapkan

Pengambilan kesimpulan dari pengujian hipotesa adalah ada hubungan jika p value < 0,05 dan tidak ada hubungan jika p value > 0,05 atau X^2 hitung > X^2 tabel maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan dan X^2 hitung < X^2 tabel maka H_0 diterima dan H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan.

Untuk mendeskripsikan risiko *independent variable* pada *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah

perhitungan *Odds Ratio* (OR). Mengetahui besarnya OR dapat diestimasi factor risiko yang diteliti. Perhitungan OR menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

Tabel 1

Tabel Kontegensi 2 x 2 *Odds Ratio* Pada Penelitian *Case Control Study*

Faktor risiko	Kejadian Preeklamsia		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Positif	a	b	a+b
Negatif	c	d	c+d

Keterangan :

a : jumlah kasus dengan risiko positif

b : jumlah kontrol dengan risiko positif

c : jumlah kasus dengan risiko negatif

d : jumlah kontrol dengan risiko negatif

Rumus Odds ratio:

$$\text{Odds case} : a/(a+c) : c/(a+c) = a/c$$

$$\text{Odds control} : b/(b+d) : d/(b+d) = b/d$$

$$\text{Odds ratio} : a/c : b/d = ad/bc$$

Estimasi *Confidence Interval* (CI) ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95% dengan interpretasi:

Jika $OR > 1$: faktor yang diteliti merupakan faktor risiko

Jika $OR = 1$: faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko (tidak ada hubungan)

Jika $OR < 1$: faktor yang diteliti merupakan faktor protektif

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian hubungan paritas dan umur dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016 telah dilaksanakan pada bulan pada bulan Juni 2017. Sampel penelitian adalah ibu hamil yang mengalami preeklamsia dan yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah 99 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:2 (33:66). Data yang telah terkumpul diolah dan dianalisis menggunakan SPSS Versi 24. Hasil penelitian terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, analisis univariabel dan bivariabel. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Letak Geografis

RSU Dewi Sartika Kendari terletak di Jalan Kapten Piere Tendean No.118 Kecamatan Baruga Kota Kendari Ibu Kota Provinsi Sulawesi Tenggara. Lokasi ini sangat strategis karena berada ditengah-tengah lingkungan pemukiman penduduk dan mudah dijangkau dengan kendaraan umum karena berada disisi jalan raya dengan batas-batas sebagai berikut :

- a. Sebelah utara : Perumahan penduduk
- b. Sebelah selatan : Jalan raya Kapten Piere Tendean

c. Sebelah timur : Perumahan penduduk

d. Sebelah barat : Perumahan penduduk

b. Lingkungan fisik

RSU Dewi Sartika Kendari berdiri diatas tanah seluas 1.624 m² dengan luas bangunan 957,90 m². RSU Dewi Sartika Kendari selama kurun waktu 7 tahun sejak berdirinya tahun 2009 sampai dengan tahun 2016 telah melakukan pengembangan fisik bangunan sebagai bukti keseriusan untuk berbenah dan memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat khususnya masyarakat Kota Kendari.

c. Status

RSU Dewi Sartika Kendari yang mulai dibangun /didirikan tahun 2009 dengan izin operasional sementara dari walikota Kendari No.56/IZN/XI/2010/001 tanggal 5 november 2010, maka rumah sakit ini resmi berfungsi dan melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pencari jasa kesehatan dibawah naungan Yayasan Widya Ananda Nugraha Kendari yang sekaligus sebagai pemilik rumah sakit. RSU Dewi Sartika Kendari telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI menjadi Rumah sakit type D.

d. Organisasi dan Manajemen

Pemimpin RSU Dewi Sartika Kendari disebut Direktur. Direktur dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab penuh

kepada pemilik rumah sakit dalam hal ini ketua Yayasan Widya Ananda Nugraha dan dibantu oleh Kepala Tata Usaha dan 4 (empat) orang Kepala Bidang yakni ; Kepala Bidang Keuangan dan Klaim, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Penunjang Medik, dan Kepala Bidang Perlengkapan dan sanitasi.

a. Kepala Bidang Keuangan dan Klaim

- 1) Kasir/Juru Bayar
- 2) Administrasi Klaim

b. Kepala Bidang Pelayanan Medik

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Instalasi Rawat Jalan (IRJ)
- 3) Instalasi Rawat Inap (IRNA)
- 4) Instalasi Gizi
- 5) Instalasi Farmasi
- 6) Kamar Operasi
- 7) Rekam Medik
- 8) HCU
- 9) Ruang Sterilisasi, dll

c. Kepala Bidang Penunjang Medis

- 1) Laboratorium
- 2) Radiologi

d. Kepala Bidang Perlengkapan dan Sanitasi

- 1) Perlengkapan

2) Keamanan

3) Kebersihan

Selain pengorganisasian tersebut diatas terdapat 2 (dua) kelompok yang sifatnya kemitraan yakni :

e. Komite Medik, dan

f. Satuan Pengawasan Intern

e. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari

Tugas pokok RSU Dewi Sartika Kendari adalah melakukan upaya kesehatan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihanyang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana tersebut diatas RSU Dewi Sartika Kendari mempunyai fungsi :

a. Menyelenggarakan pelayanan medik

b. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan

c. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medik

d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan

e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan

f. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

f. Sarana dan Prasaran

Sarana dan prasarana RSU Dewi Sartika Kendari adalah sebagai berikut :

- a. IGD, Poliklinik Spesialis, Ruangan perawatan Kelas I, Kelas II, Kelas 3 dengan fasilitasnya
- b. Listrik dari PLN tersedia 5500 watt dibantu dengan 1 unit genset sebagai cadangan
- c. Air yang digunakan di RSUD Dewi Sartika adalah air dari sumur bor yang ditampung dalam reservoir dan berfungsi 24 jam.
- d. Sarana komunikasi berupa telepon, fax dan dilengkapi dengan fasilitas Internet (Wi Fi)
- e. Alat Pemadam kebakaran
- f. Pembuangan limbah
- g. Untuk sampah disediakan tempat sampah di setiap ruangan dan juga diluar ruangan, sampah akhirnya dibuang ketempat pembuangan sementara (2 bak sampah) sebelum diangkat oleh mobil pengangkut sampah.
- h. Untuk limbah cair di tiap-tiap ruangan disediakan kamar mandi dan WC dengan septic tank serta saluran pembuangan limbah.
- i. Pagar seluruh areal rumah sakit terbuat dari tembok.

g. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Dewi Sartika Kendari adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan medis
 - 1) Instalasi Gawat Darurat

2) Instalasi Rawat Jalan, yaitu Poliklinik Obsgyn, Poliklinik Umum, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Mata, Poliklinik Bedah, Poliklinik Anak, Poliklinik THT, Poliklinik Radiologi, Poliklinik Jantung, Poliklinik Gigi Anak.

3) Instalasi Rawat Inap

a) Dewasa/Anak/Umum

b) Persalinan

1) Kamar Operasi

a) Operasi Obsgyn

b) Bedah umum

2) HCU

b. Pelayanan penunjang medis, yaitu instalasi farmasi, radiologi, laboratorium, instalasi gizi, ambulance

c. Pelayanan Non Medis, yaitu sterilisasi dan laundry

h. Fasilitas Tempat Tidur

Jumlah Tempat Tidur yang ada di RSUD Dewi Sartika Kendari adalah sebanyak 91 buah tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas perawatan yakni sebagai berikut

Tabel 1.

Jumlah Tempat Tidur RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Jenis Ruangan	Jumlah
---------------	--------

VIP	14
Kelas I	10
Kelas II	12
Kelas III/Bangsal/Intenal	37
UGD	11
Ruang Bersalin	7
Jumlah	91

i. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia di RSUD Dewi Sartika Kendari berjumlah 160 terdiri dari (17: Part Time, 143: Full Time) dengan spesifikasi pendidikan sebagai berikut

Tabel 2

Jumlah SDM RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Jenis Tenaga	Status Ketenagaan		Jenis Kelamin	
	Tetap	Tidak Tetap	L	P
Tenaga Medis				
Dokter Spesialis Obgyn	1	1	2	-
Dokter Spesialis Bedah	-	1	1	-
Dokter Spesialis Interna	-	1	1	-
Dokter Spesialis Anastesi	-	1	1	-
Dokter Spesialis PK	-	1	-	1
Dokter Spesialis Anak	-	1	-	1

Dokter Spesialis Radiologi	-	1	1	-
Dokter Spesialis THT	-	1	-	1
Dokter Spesialis Mata	-	1	1	-
Dokter Spesialis Jantung	-	1	1	-
Dokter Gigi Anak	-	1	-	1
Dokter Umum	-	3	3	-
Paramedis				
1. S1 Keperawatan/Nurse	26	-	10	16
2. D IV Kebidanan	5	2	-	7
3. D III Bidan	43	-	-	43
4. D III Keperawatan	56	-	11	45
Tenaga Kesehatan Lainnya	-			
1. Master Kesehatan	1	-	-	-
2. SKM	1	1	1	1
3. Apoteker	1	2	1	1
4. D III Farmasi	1	1	-	2
5. S 1 Gizi	3	-	-	1
6. D III Analis Kesehatan		-	1	2
Non Medis				
1. DII/Keuangan	1	-	-	1
2. Diploma Komputer	1	-	-	1
3. SLTA/SMA/SMU	11	-	2	9
Jumlah	67	19	24	60

j. Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan RSUD Dewi Sartika Kendari berasal dari :

- a. Pengelolaan Rumah Sakit, dan
- b. Yayasan Widya Ananda Nugraha Kendari

2. Analisis Univariabel

Analisis univariabel adalah analisis tiap variabel. Analisis univariabel dilakukan untuk memperoleh gambaran setiap variabel baik variabel terikat maupun variabel bebas yang kemudian ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis univariabel pada penelitian ini, yaitu analisis kejadian preeklampsia, umur, paritas. Hasil analisis univariabel sebagai berikut:

a. Distribusi Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Preeklampsia adalah keadaan ibu hamil dengan tekanan darah 140/90 mmHg yang disertai adanya protein dalam urin sesuai dengan status ibu. Gambaran kejadian preeklampsia dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3

Distribusi Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Kejadian Preeklampsia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Preeklampsia	33	1,3
Tidak Preeklampsia	2589	98,7
Total	2622	100

Sumber : Data Sekunder 2016

Distribusi kejadian preeklampsia di RSUD Dewi Sartika tahun 2016 pada tabel 4 dapat diketahui bahwa kejadian preeklampsia sebanyak 33 kasus (1,3%) pada tahun 2016 dari 2622 ibu hamil di RSUD Dewi Sartika.

b. Distribusi Paritas Ibu di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Paritas adalah jumlah anak yang dimiliki oleh responden sesuai dengan status ibu. Paritas pada penelitian ini dibagi menjadi berisiko dan tidak berisiko. Hasil penelitian tentang paritas dapat dilihat pada tabel 4. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4 diperoleh data bahwa paritas terbanyak adalah paritas tidak berisiko sebanyak 70 orang (70,7%) sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar paritas responden dalam kategori tidak berisiko.

Tabel 4

Distribusi Paritas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Paritas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko	29	29,3
Tidak Berisiko	70	70,7
Total	99	100

Sumber : Data Sekunder 2016

c. Distribusi Umur Ibu di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Umur adalah umur responden yang dihitung dari sejak lahir hingga saat penelitian sesuai dengan status ibu. Umur pada penelitian ini dibagi menjadi berisiko dan tidak berisiko. Hasil penelitian tentang umur dapat dilihat pada tabel 5.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5 diperoleh data bahwa umur responden terbanyak adalah umur tidak berisiko sebanyak 69 orang (69,7%), sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar umur responden dalam kategori tidak berisiko.

Tabel 5

Distribusi Umur Ibu di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko	30	30,3
Tidak Berisiko	69	69,7
Total	99	100

Sumber : Data Sekunder 2016

3. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk menganalisis hubungan dua variabel. Analisis bivariabel bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dapat digunakan *Uji Kai Kuadrat* atau *Chi Square*. Untuk melihat besarnya risiko, uji yang digunakan adalah *Odds Ratio (OR)*.

Analisis bivariabel pada penelitian ini yaitu analisis hubungan umur dan paritas dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Hasil analisis bivariabel dapat dilihat pada tabel 6 dan tabel 7.

a. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Setelah dilakukan analisis data diperoleh hasil penelitian bahwa dari 33 kasus preeklamsia sebagian besar paritas responden dalam kategori berisiko sebanyak 21 orang (63,6%) sedangkan dari 66 kasus tidak preeklamsia sebagian besar paritas responden dalam kategori tidak berisiko sebanyak 40 orang (60,6%). Hasil analisis *Chi Square* dan nilai OR diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsia ($p=0,000$; $X^2=28,19$; $OR=12,7$; $CI95\%=4,55-35,34$). Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6

Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Paritas	Preeklamsia				$X^2(p)$	OR (CI95%)
	Preeklamsia		Tidak Preeklamsia			
	n	%	n	%		

Berisiko	21	63,6	8	12,1	28,19	12,7
Tidak Berisiko	12	36,4	58	87,9	(0,00)	(4,55-35,34)

Sumber: Data Sekunder 2016

$p < 0,05$

Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan paritas berisiko memiliki risiko 12,7 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko.

b. Hubungan Umur Dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dewa Sartika Kendari Tahun 2016

Setelah dilakukan analisis data diperoleh hasil penelitian bahwa dari 33 kasus preeklamsia sebagian besar umur responden dalam kategori berisiko sebanyak 26 orang (78,8%) sedangkan dari 66 kasus tidak preeklamsia sebagian besar umur responden dalam kategori tidak berisiko sebanyak 50 orang (75,8%). Hasil analisis *Chi Square* dan nilai OR diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklamsia ($p=0,000$; $X^2=17,4$; $OR=6,8$; $CI95\%=2,63-17,48$). Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7

Hubungan Umur Dengan Kejadian Preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewa Sartika Kendari Tahun 2016

Umur	Preeklamsia				X ² (p)	OR (CI95%)
	Preeklamsia		Tidak Preeklamsia			
	n	%	n	%		
Berisiko	19	57,6	11	16,7	17,4 (0,000)	6,8 (2,63-17,48)
Tidak Berisiko	14	42,4	55	83,3		

Sumber: Data Sekunder 2016

$p < 0,05$

Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan umur berisiko memiliki risiko 6,8 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan umur tidak berisiko.

B. Pembahasan

Preeklamsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, proteinuria dan edema yang timbul selama kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Umumnya terjadi pada trimester III kehamilan. Preeklamsia dikenal juga dengan sebutan *Pregnancy Induced Hipertension* (PIH) gestosis atau toksemia kehamilan (Maryunani, dkk, 2012). Menurut Chapman (2014) preeklamsia adalah merupakan kondisi khusus dalam kehamilan ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD) dan proteinuria. Bisa berhubungan dengan kejang (eklampsia) dan gagal organ ganda pada ibu, sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta. Preeklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada

triwulan Ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. Preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat (Abdul, dkk, 2016).

Menurut Mansjoer dkk (2014) preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Preeklampsia menurut Achdiat (2014) adalah suatu sindroma klinis dalam kehamilan (usia kehamilan >20 minggu dan/atau berat janin 500 gram) yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Gejala ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu bila terjadi penyakit trofoblastik. Preeklampsia adalah kondisi khusus dalam kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Bisa berhubung atau berlanjut menjadi kejang (eklampsia), sementara komplikasi pada janin meliputi restriksi pertumbuhan dan abrapsio plasenta/solusio plasenta (Maryunani, dkk, 2012).

Preeklampsia didefinisikan sebagai gangguan yang terjadi pada trimester kedua kehamilan dan mengalami regresi setelah kelahiran, ditandai dengan kemunculan sedikitnya dua dari tiga tanda utama, yaitu hipertensi, edema, dan proteinuria (Mary dan Mandy, 2014). Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2012). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian

preeklampsia dengan memberikan penanganan dini pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2014).

Faktor risiko preeklampsia lebih banyak terjadi pada primipara, nullipara, grandemultipara, usia ibu kurang dari 25 tahun atau lebih dari 35 tahun, faktor ras dan etnik, faktor keturunan (genetik), pendidikan yang rendah, sosio-ekonomi rendah, obesitas, kehamilan ganda, hidramnion, hidrops fetalis, mola hidatidosa dan riwayat penyakit ibu seperti riwayat hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, dan diabetes melitus. Kejadian makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan (Cunningham, 2015; Saifuddin dkk, 2012 ; Chapman, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara pada bulan Juni 2017, diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara paritas dan umur dengan kejadian preeklampsia.

1. Hubungan paritas dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2016

Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan paritas berisiko (paritas 0 dan 5) memiliki risiko 12,7 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko (paritas 1-4). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Ika dan Wantonoro (2015) yang menyatakan ada hubungan paritas dengan preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Wonosari. Ibu dengan paritas berisiko memiliki risiko 4,7 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko. Penelitian Abdul dkk (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia. Penelitian Novida dan Titik (2015) juga menyatakan hal yang sama bahwa ada hubungan paritas dengan preeklampsia pada ibu hamil di Puskesmas Bangetayu Semarang.

Paritas diartikan sebagai jumlah anak yang dimiliki oleh ibu (Saifuddin, 2012). Pada primipara dapat terjadi preeklampsia karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat plasenta mulai terbentuk akan terjadi iskemia, implantasi plasenta, bahan trofoblast akan diserap ke dalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, rennin dan aldosteron, sehingga dapat menyebabkan spasme pembuluh darah. Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil maupun ibu bersalin (Saifuddin, 2012).

Menurut Bobak (2014) pada nulipara dapat terjadi preeklampsia sekitar 85 %. Sementara ibu multigravida dan grande multiparitas yang mengalami pre eklampsia sebesar 15,00%. Pada multigravida maupun grande multigravida disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria. Ibu yang tidak mengalami preeklampsia lebih banyak terjadi pada paritas multigravida dan grande multigravida sebesar 85% dibandingkan dengan primipara sebesar 69,23%. Hal ini dikarenakan baik pada ibu hamil dengan multigravida dan grande multigravida maupun paritas primipara yang tidak terjadi pre eklampsia bila ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya preeklampsia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sudinaya (2013) di RS Cipto Mangunkusumo bahwa hipertensi merupakan penyulit yang tersering dijumpai pada nulipara (24,45%), gravida 1-4 (9,89%) dan gravida 5 ke atas (28,31%). Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil studi pendahuluan oleh Rahayu,

di VK IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya (2012) yang menyatakan bahwa pada kelompok paritas angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok nulipara (59,11%). Hasil ini didukung dengan uji Chi-Square didapatkan bahwa χ^2 hitung (3,99) > χ^2 tabel (3,84), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara paritas ibu bersalin dengan kejadian pre eklampsia pada ibu hamil. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi ibu hamil primipara maka semakin tinggi kejadian pre eklampsia. Menurut Manuaba, (2015) nulipara, terutama nulipara muda merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian pre eklampsia.

2. Hubungan umur dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dewa Sartika Kota Kendari Tahun 2016

Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklampsia. Ibu dengan umur berisiko (umur <20 dan > 35 tahun) memiliki risiko 6,8 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan umur tidak berisiko 20-35 tahun). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Novida dan Titik (2015) yang menyatakan bahwa ada hubungan umur dengan preeklampsia pada ibu hamil di Puskesmas Bangetayu Semarang. Demikian pula hasil penelitian Tri (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan umur dengan preeklampsia di Rumah Sakit Assakinah Medikah Sidoarjo.

Umur adalah usia individu terhitung mulai saat dia dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan (Nursalam,

2013). Insiden tertinggi pada kasus preeklampsia pada usia remaja atau awal usia 20 tahun, tetapi prevalensinya meningkat pada wanita diatas 35 tahun. Dengan bertambahnya usia seseorang, maka kematangan dalam berfikir semakin baik. Usia sangat mempengaruhi kehamilan, usia yang baik untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun.

Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun kurang baik untuk hamil. Karena kehamilan pada usia ini memiliki ini memiliki risiko tinggi, seperti terjadinya keguguran atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat risiko komplikasi melahirkan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia diatas 35 tahun, selain fisik mulai melemah, juga kemungkinan munculnya berbagai risiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes, dan berbagai penyakit lainnya termasuk preeklampsia (Gunawan, 2014). Tinggi rendahnya usia seseorang memengaruhi terjadinya preeclampsia (Saifuddin dkk, 2012).

Usia ibu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun berkaitan erat dengan berbagai komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, nifas dan juga kesehatan bayi ketika masih dalam kandungan maupun setelah lahir. Komplikasi adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau bayi . Usia

ideal 20–35 tahun dari hasil penelitian mampu mengurangi risiko terjadinya kematian karena preeklampsia. Untuk itu perlu dilakukan upaya manajemen pencegahan kehamilan melalui program KB pada kelompok usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2015).

Menurut Cuningham (2015) wanita berusia <20 tahun dan >35 tahun merupakan awal dan akhir masa reproduksi yang mempunyai kemungkinan lebih besar mengalami *pre eklampsia*. Pada usia <20 tahun bisa terjadi *pre eklampsia* karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Jika terjadi kehamilan maka tubuh ibu belum siap untuk menerima keadaan baru, sehingga bisa menyebabkan *iskemia implantasi placenta*. Hal ini bisa menyebabkan kenaikan tekanan darah, pengeluaran protein dalam *urine* dan *edema*. Saat usia >35 tahun bisa terjadi *pre eklampsia* karena pada usia ini mudah terjadi penyakit dalam organ kandungan ibu yang menua. Usia >35 cenderung mengalami *pre eklampsia* karena disebabkan adanya penyakit yang menyertai seperti *diabetes mellitus* dan *hipertensi*, sehingga menyebabkan perubahan patologi yaitu terjadinya *spasme* pembuluh darah *arteriol* menuju organ penting sehingga menimbulkan gangguan *metabolisme* jaringan, gangguan peredaran darah dan mengecilnya aliran darah yang menimbulkan *pre eklampsia*. Sementara pada umur 20-35 tahun yang mengalami *pre eklampsia* sebesar 14,29 %.

Seorang ibu hamil maupun ibu bersalin berumur 20-35 tahun yang terjadi *pre eklampsia*, dapat dikarenakan adanya kelainan kehamilan seperti *hidramnion*, *gemelli*, *mola hidatidosa*, selain itu juga disebabkan karena penyakit seperti *diabetes mellitus* dan *obesitas*. Sedangkan ibu bersalin yang tidak mengalami *pre eklampsia* lebih banyak terjadi pada

umur 20-35 tahun sebesar 85,71 %. Umur 20-35 tahun merupakan umur yang tepat untuk memulai kehamilan dan kelahiran terbaik. Saat usia 20-35 tahun, alat reproduksi sudah matang dan merupakan risiko paling rendah untuk ibu dan bayi. Hasil ini sama dengan pernyataan Saifuddin dkk (2012) bahwa umur 20-34 tahun merupakan risiko rendah untuk terjadinya *pre eklampsia*, karena sudah matangnya alat reproduksi, dibandingkan dengan umur < 20 dan >35 tahun (53,57 %). Ibu dengan umur < 20 tahun dan > 35 tahun tidak terjadi *pre eklampsia* bisa karena ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya *pre eklampsia*. Hasil penelitian Sudhabera (2011) bahwa *pre eklampsia* banyak ditemukan pada kelompok yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.

Ibu hamil yang mengalami preeklampsia memerlukan pengelolaan dan pemantauan yang ketat terhadap kondisi ibu dan janinnya sehingga penyakit tidak berkembang lebih berat agar tidak membahayakan jiwa ibu dan janin yang dikandungnya. Banyak ibu hamil yang datang ke rumah sakit dalam keadaan komplikasi hipertensi tahap lanjut sebagai preeklamsi berat bahkan disertai dengan sindrom *haemolysis elevated liver enzym low platelets count* (HELLP) atau eklamsi, sehingga penanggulangannya masih belum memuaskan. Penatalaksanaan penyakit ini akan memberikan hasil yang lebih baik apabila dapat ditangani sedini-dininya (WHO, 2010).

Melihat masih tingginya kejadian preeklampsia pada kehamilan, maka sangat diperlukan upaya untuk mencegah terjadinya pre eklampsia sejak dini, yaitu ibu hamil harus melakukan pemeriksaan antenatal sejak diketahui adanya

kehamilan dan periksa ulang secara rutin dan teratur, serta teliti dalam mengenali tanda-tanda pre eklampsia sedini mungkin. Ibu hamil dapat menerima pengobatan yang sesuai supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, yang dapat memengaruhi kesejahteraan ibu maupun janin. Apabila terjadi pre eklampsia saat inpartu, tenaga kesehatan terutama bidan harus sigap dalam menghadapi dan menangani kasus tersebut guna untuk menyegah terjadinya komplikasi pada ibu bersalin dan bayi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari 2622 ibu hamil terdapat 33 kasus (1,3%) kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
2. Dari 99 responden terdapat 70 ibu (70,7%) dengan paritas tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
3. Dari 99 responden terdapat 69 ibu (69,7 %) dengan umur tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
4. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan paritas berisiko memiliki risiko 12,7 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko.
5. Ada hubungan antara umur dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan umur berisiko memiliki risiko 6,8 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan umur tidak berisiko.

B. Saran

1. Ibu hamil perlu mengetahui tanda dan gejala serta komplikasi dari preeklamsia, dan mengerti betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan, sehingga segera dapat terdeteksi apabila terjadi preeklamsia pada kehamilan. Oleh karena itu apabila ibu hamil secara teratur memeriksakan kehamilannya maka preeklamsia

pada ibu hamil dan bersalin dapat berkurang dan segera dapat diatasi.

2. Bagi petugas kesehatan diharapkan selalu memberikan informasi kepada masyarakat mengenai preeklampsia dalam kehamilan dan dapat meningkatkan pelayanan dan penanganan secara cepat dan tepat bagi ibu hamil atau bersalin yang mengalami *preeklampsia* serta mampu mendeteksi dan mencegah lebih dini terjadinya *pre eklampsia* pada kehamilan maupun persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, Kantor Menteri Negara Kependudukan/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, & Macro International Inc. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Boejang, RF. (2012) Neonatus dari ibu preeklamsi dan eklamsi di RSCM. *Seminar dan lokakarya penanganan preeklamsi*. Jakarta: RSCM.
- Guyton AC, Hall JE. (2006) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11*. Penerjemah: Irawati, Ramadani D, Indriyani F. Jakarta: EGC.
- Hidayati, R. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kramer, M.S. (2013) The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *J Nutr*;133(5 Suppl 2):1592S–1596S.
- Mansjoer, A., (2014) *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapsius.
- Manuaba, IBG, (2011) *Ilmu Kebinanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Maulana, M. (2008) *Penyakit Kehamilan dan Pengobatannya*. Yogyakarta: KATA HATI.
- Medikal Record RS Dewi Sartika (2017) *Rekapitulasi Persalinan RS Dewi Sartika tahun 2016*. Kendari: RS Dewi Sartika.
- National Health Standard. National Institute for Clinical Excellence. (2010) Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. *Clin Guideline*. August;29:163–79.
- Robson.S.E., Waugh, J. (2012) *Patologi Pada Kehamilan*, Alih Bahasa: Devi Yulianti. Jakarta: EGC.
- Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, (2016) *Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2014 s/d periode Januari sd. September 2016*. Kendari: RSU Dewi Sartika.

- Silomba, Wahyuni (2014). Karakteristik dan Luaran Preeklampsia di RSUP Prof. Dr. Kandau Manado. <http://jurnal.preeklampsia.co.id>. diakses tanggal 9 Oktober 2016.
- The World Health Report, (2013) *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- Wegierek, D.S (2014) Intrauterine nutrition: long-term consequences for vascular health. *International Journal of Women's Health*;6: 647–656.
- WHO Study Group. (2015) The hypertensive disorders of pregnancy. *WHO technical report series no 758*. Geneva: World Health Organization.
- Wiknjosastro, H., (2012) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo.
- Zhang, Z., Kris-Etherton, P.M., Hartman, T.J. (2013) Birth weight and risk factors for cardiovascular disease and type 2 diabetes in US Children and adolescents: 10 year results from NHANES. *Matern Child Health J*. Epub.

LAMPIRAN

MASTER TABEL

HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI TAHUN 2016

NO	NAMA	UMUR	PARITAS	PREEKLAMPSIA
1.	Ny. A	19	0	PREEKLAMPSIA
2.	Ny. M	37	5	PREEKLAMPSIA
3.	Ny. N	32	3	PREEKLAMPSIA
4.	Ny. A	27	0	PREEKLAMPSIA
5.	Ny. A	19	0	PREEKLAMPSIA
6.	Ny. T	41	5	PREEKLAMPSIA
7.	Ny. L	19	0	PREEKLAMPSIA
8.	Ny. N	18	0	PREEKLAMPSIA
9.	Ny. J	28	2	PREEKLAMPSIA
10.	Ny.L	28	2	PREEKLAMPSIA
11.	Ny.N	30	3	PREEKLAMPSIA
12.	Ny. I	18	0	PREEKLAMPSIA
13.	Ny. M	27	2	PREEKLAMPSIA
14.	Ny. A	19	0	PREEKLAMPSIA
15.	Ny. L	18	0	PREEKLAMPSIA
16.	Ny. N	24	2	PREEKLAMPSIA
17.	Ny. A	20	0	PREEKLAMPSIA
18.	Ny. D	38	5	PREEKLAMPSIA
19.	Ny.B	19	0	PREEKLAMPSIA
20.	Ny. N	27	2	PREEKLAMPSIA
21.	Ny. I	43	5	PREEKLAMPSIA
22.	Ny. R	29	2	PREEKLAMPSIA
23.	Ny. S	31	2	PREEKLAMPSIA
24.	Ny. S	18	0	PREEKLAMPSIA
25.	Ny. N	19	0	PREEKLAMPSIA
26.	Ny. H	27	2	PREEKLAMPSIA
27.	Ny. N	36	5	PREEKLAMPSIA
28.	Ny. S	19	0	PREEKLAMPSIA
29.	Ny.M	38	5	PREEKLAMPSIA
30.	Ny.K	35	3	PREEKLAMPSIA
31.	Ny.W	19	0	PREEKLAMPSIA

32.	Ny. S	34	3	PREEKLAMPSIA
33.	Ny. E	19	0	PREEKLAMPSIA
34.	Ny. I	26	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
35.	Ny. K	27	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
36.	Ny. L	21	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
37.	Ny. A	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
38.	Ny. R	31	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
39.	Ny. M	26	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
40.	Ny. L	38	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
41.	Ny. H	23	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
42.	Ny. F	37	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
43.	Ny. A	21	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
44.	Ny. A	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
45.	Ny. O	28	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
46.	Ny. H	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
47.	Ny. M	25	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
48.	Ny. S	29	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
49.	Ny. A	34	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
50.	Ny. I	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
51.	Ny. W	29	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
52.	Ny. N	29	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
53.	Ny. D	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
54.	Ny. T	40	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
55.	Ny.A	23	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
56.	Ny. F	39	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
57.	Ny. R	30	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
58.	Ny. U	23	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
59.	Ny. A	28	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
60.	Ny. B	45	6	TIDAK PREEKLAMPSIA
61.	Ny. L	33	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
62.	Ny. J	25	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
63.	Ny. E	28	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
64.	Ny. N	25	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
65.	Ny. E	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
66.	Ny. M	28	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
67.	Ny. H	37	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
68.	Ny. T	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA

69.	Ny. M	31	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
70.	Ny.L	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
71.	Ny. A	43	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
72.	Ny. M	21	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
73.	Ny. S	45	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
74.	Ny. R	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
75.	Ny. R	29	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
76.	Ny. H	32	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
77.	Ny. R	38	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
78.	Ny. F	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
79.	Ny. L	34	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
80.	Ny. L	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
81.	Ny. I	33	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
82.	Ny. A	46	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
83.	Ny. S	29	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
84.	Ny. S	31	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
85.	Ny.N	38	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
86.	Ny.S	41	5	TIDAK PREEKLAMPSIA
87.	Ny. F	27	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
88.	Ny. R	23	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
89.	Ny. U	31	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
90.	Ny. A	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
91.	Ny. B	20	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
92.	Ny. L	25	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
93.	Ny. J	23	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
94.	Ny. A	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
95.	Ny. O	30	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
96.	Ny. H	31	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
97.	Ny. M	18	0	TIDAK PREEKLAMPSIA
98.	Ny. J	34	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
99.	Ny. A	19	0	TIDAK PREEKLAMPSIA



RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

Jl. Kapten Piere Tendean No. 118 Baruga Telp. (0401) 3194493 Kendari

SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA

NOMOR : 1851 /RSU DS / X / 2016

Dengan ini menyetujui :

Nama : Ni Luh Mery Astiani

NIM : P00324014061

Program Studi : DIII Kebidanan

Pekerjaan : Mahasiswa

Telah melakukan pengambilan data pada tanggal 14 Oktober 2016, untuk digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

Dengan judul : “ Hubungan Paritas dan Umur Dengan Preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016”

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya .

Kendari, Oktober 2016
Direktur RSUD Dewi Sartika
An. Kepala Tata Usaha
Urusan Administrasi


 RUMAH SAKIT UMUM
DEWI SARTIKA
Erni Majid



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 27 Juli 2017

Nomor : 070/3303/Balitbang/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur RSUD Dewi Sartika Kota Kendari
di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/2701/2017 tanggal 27 Juli 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : NI LUH MERY ASTIANI
NIM : P00324014061
Prog. Studi : D-III Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Dewi Sartika Kota Kendari

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara, dalam rangka penyusunan KTI, Skripsi, Tesis, Disertasi dengan judul :

**"HUBUNGAN PARITAS DAN UMUR DENGAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT
UMUM DEWI SARTIKA KENDARI TAHUN 2017".**

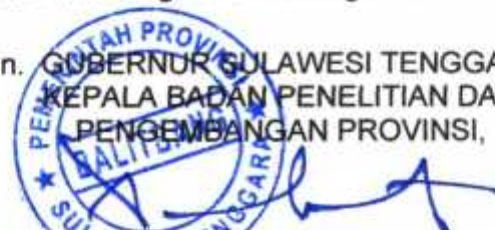
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 27 Juli 2017 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undanganyang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq.Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI,



Ir. SUKANTO TODING, MSP. MA
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
Nip. 19680720 199301 1 003

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari;
6. Kepala Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari;
7. Mahasiswa yang bersangkutan.;



RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

Jl. Kapten Piere Tendean No. 118 Baruga Email :Rsdewisartika@yahoo.com Kendari

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

NOMOR : 1851 / TU/RSU DS / VI / 2017

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Edy Kurniawan Y, S. Kep

Jabatan : Ka. Tata Usaha Rumah Sakit Umum Dewi Sartika

Dengan ini imenyetujui :

Nama : Ni Luh Mery Astiani

Nim : P00324014061

Program Studi : DIII Kebidanan

Pekerjaan : Mahasiswa

Telah Melakukan Penelitian Pada Tanggal 13 Juni 2017 sampai selesai.

Dengan Judul : “ Hubungan Paritas dan Umur Dengan Preeklamsia
di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016”

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, Juni 2017
Direktur RSUD Dewi Sartika
An.Kepala Tata Usaha
Administrasi

Erni Majid