

**HUBUNGAN PARITAS, JARAK KEHAMILAN DAN UMUR IBU HAMIL
DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TINANGGEEA KECAMATAN TINANGGEEA
KABUPATEN KONAWE SELATAN
TAHUN 2015 - 2016**



SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Kebidanan

OLEH :

FATMAWATI
NIM. P00312016118

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN D-IV KEBIDANAN
TAHUN 2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PARITAS, JARAK KEHAMILAN DAN UMUR IBU HAMIL
DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TINANGGEEA KECAMATAN TINANGGEEA
KABUPATEN KONAWE SELATAN
TAHUN 2015 - 2016**

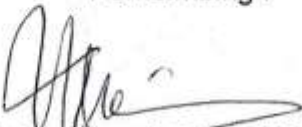
Diajukan Oleh :

FATMAWATI
NIM. P00312016118


Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian skripsi dihadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan Prodi D-IV Kebidanan.

Kendari, Desember 2017

Pembimbing I


Hj. Nurnasari, SKM, M.Kes
Nip.195703101977102001

Pembimbing II


Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kes
Nip.19760215 2001122002

Mengetahui :

Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari




Sultina Sarita, SKM, M.Kes
NIP:196806021992032003

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN PARITAS, JARAK KEHAMILAN DAN UMUR IBU HAMIL
DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TINANGGEEA KECAMATAN TINANGGEEA
KABUPATEN KONAWE SELATAN
TAHUN 2015 - 2016**

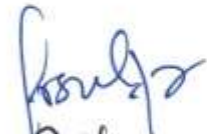
Diajukan Oleh :

FATMAWATI
NIM. P00312016118

Telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan Prodi D-IV Kebidanan
yang dilaksanakan tanggal 20 Desember 2017.

Tim Penguji


1. Arsulfa, S.Si.T, M.Keb

()

2. Feryani, S.Si.T, MPH

()

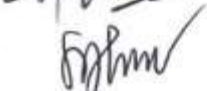
3. Wahida S., S.Si.T, M.Keb

()

4. Hj. Nurnasari, SKM, M.Kes

()

5. Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kes

()

Mengetahui :
Ketua Jurusan Kebidanan,



Sultina Santa, SKM, M.Kes
NIP. 196806021992032003

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Penulis

- a. Nama : Fatmawati
- b. Tempat/Tanggal Lahir : Maros, 10 Mei 1984
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Suku/Kebangsaan : Bugis/Indonesia
- f. Alamat : Desa Wadonggo,
Kecamatan Tinanggea,
Kabupaten Konawe Selatan.

2. Pendidikan

- a. SDN 02 Andoolo Tamat pada tahun 1997
- b. SMPN 05 Tinanggea Tamat pada tahun 2000
- c. SMAN 01 Tinanggea Tamat pada tahun 2003
- d. AKBID Salewangang Maros Tamat pada tahun 2006
- e. Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan DIV Kebidanan Tahun 2016 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur yang mendalam penulis persembahkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat-Nya sehingga penyusunan proposal penelitian ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Jurusan Kebidanan Diploma IV Politeknik Kesehatan Kendari dapat terselesaikan. Teriring doa, shalawat dan salam juga penulis haturkan atas Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabatnya. Dalam proses penyusunan skripsi ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Ibu Hj.Nurnasari, SKM, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Hj.Syahrianti, S.Si.T, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga proposal penelitian ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Melalui kesempatan ini pula penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Askrening, SKM, M.Kes Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes kendari yang telah memberkan izin untuk melakukan penelitian.
2. Sultina Sarita, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Melania Asi, S.Si.T, M.Kes Selaku Kepala Program Studi DIV Kebidanan.
4. Arsulfa, S.Si.T, M.Kes selaku Penguji I, Feryani, S.Si.T, M.PH selaku penguji II dan Wahida, S.Si.T, M.Keb selaku penguji III yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini.

5. Seluruh Staf pengajar Jurusan kebidanan yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
6. Dr.Johannis Isak Penggele selaku Kepala yang telah memberikan izin penelitian, seluruh staf Puskesmas Tinanggea khususnya rekan-rekan bidan yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
7. Henra Wijaya S,Si, Suamiku yang telah mendukung dan membantu dalam penyusunan penelitian ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa Program studi DIV kebidanan Angkatan 2017, terima kasih atas kebersamaan, dalam suka dan duka, bantuan dan dukungan serta motivasi selama perkuliahan.

Semoga seluruh bantuan, dukungan dan doa yang disampaikan untuk penulis mendapatkan balasan pahala yang berlipat ganda dan menjadi amal jariah, Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi penelitian ini masih banyak terdapat kesalahan dan kekurangan, atas segala kritik dan saran yang sifatnya menyempurnakan, penulis dengan tangan terbuka menerima baik sekaligus menghaturkan banyak terima kasih. Harapan penulis semoga proposal penelitian ini dapat diterima dan bermanfaat bagi yang memerlukannya.

Kendari, Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
INTISARI	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	8
1. Preeklampsia	8
a. Pengertian Preeklampsia	8
b. Klasifikasi Preeklampsia	9
c. Etiologi	9
d. Patofisiologi preeklampsia	11
e. Perubahan pada organ-organ	12
f. Gejala Preeklampsia	14
g. Faktor Risiko	15
h. Penatalaksanaan	18
2. Ibu Hamil	21

a. Tanda tidak pasti kehamilan	23
b. Tanda kemungkinan kehamilan	25
c. Tanda pasti kehamilan	26
d. Diagnosa banding kehamilan	26
3. Paritas.....	27
a. Pengertian Paritas.....	27
b. Klasifikasi Paritas	27
4. Jarak Kehamilan	29
5. Umur	31
B. Kerangka Teori	33
C. Kerangka Konsep	34
D. Hipotesis Penelitian	34
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	35
B. Waktu dan tempat	36
C. Populasi dan Sampel	36
D. Identifikasi Variabel Penelitian	36
E. Definisi Operasional	36
F. Instrumen Penelitian	38
G. Alur Penelitian	38
H. Analisis Data	39
I. Etika Penelitian.....	41
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Tinanggea ...	42
B. Hasil Penelitian	45
C. Pembahasan	48
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	49
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	33
Gambar 2. Kerangka Konsep.....	34
Gambar 3. Skema Rancangan Penelitian.....	39
Gambar 4. Alur Penelitian.....	42

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Distribusi laju kematian kasar, Kelahiran, Kematian Bayi di Puskesmas Tinanggea Tahun 2016	47
Tabel 2	Jumlah Petugas Tenaga Kesehatan Puskesmas Tinanggea Tahun 2016	48
Tabel 3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Paritas Ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016	49
Tabel 4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jarak Kehamilan di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016	49
Tabel 5	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 – 2016	50
Tabel 6	Hubungan Paritas dengan Kejadian Preeklampsia pada ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016	50
Tabel 7	Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Preeklampsia pada ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 - 2016.....	51
Tabel 8	Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklampsia pada ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 - 2016.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Izin Penelitian
2. Master Tabel
3. Hasil penelitian Uji *Chi Square*
4. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

INTISARI

HUBUNGAN PARITAS, JARAK KEHAMILAN DAN UMUR IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TINANGGEEA KECAMATAN TINANGGEEA KABUPATEN KONAWE SELATAN TAHUN 2015 – 2016

Fatmawati¹, Nurnasari², Syahrianti²

Penelitian ini Untuk mengetahui hubungan paritas, jarak kehamilan dan umur ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015-2016.

Desain penelitian menggunakan metode *survey analitik* dengan menggunakan pendekatan “*Cross Sectional*” dimana variabel dependen akan dikumpulkan dalam waktu bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang mengalami preeklampsia berjumlah 50 orang di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 sampai Tahun 2016. Analisa data yang digunakan adalah univariabel dan bivariabel dengan uji *Chi Square*.

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2=8,633$ p value 0,013 (p value $<\alpha$ 0,05) ada hubungan antara Paritas dengan Preeklampsia.. Dari hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2 = 8,633$ p value 0,013 (p value $<\alpha$ 0,05), dengan demikian H_0 ditolak dan H_a diterima, maka diputuskan ada hubungan jarak kehamilan dengan preeklampsia. Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2=0,821$ p value 0,663 (p value $>\alpha$ 0,05) maka mendapatkan hasil H_a ditolak, dan diputuskan tidak ada hubungan umur ibu hamil dengan preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015-2016.

Kata Kunci : Paritas, Jarak kehamilan, Umur, Preeklampsia.

-
1. Mahasiswa Poltekkes Kendari Jurusan Kebidanan.
 2. Dosen Poltekkes Kendari Jurusan Kebidanan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia dan eklampsia merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus karena preeklampsia adalah penyebab kematian ibu hamil dan perinatal yang tinggi terutama di negara berkembang. Sampai saat ini preeklampsia dan eklampsia masih merupakan "*the disease of theories*", karena angka kejadian preeklampsia-eklampsia tetap tinggi dan mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas maternal yang tinggi (Manuaba, 2010).

Prevalensi preeklampsia dan eklampsia adalah 2,8% dari kehamilan di negara berkembang, dan 0,6% dari kehamilan di negara maju (WHO, 2005). Di Indonesia menurut *World Health Organization* (WHO) diperkirakan 15.000 dari sekitar 4,5 juta wanita melahirkan di Indonesia mengalami komplikasi dan menyebabkan kematian salah satu penyebabnya adalah preeklampsia (Hidayat, 2010).

Profil Kesehatan Dinkes Provinsi Sultra Tahun 2014 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Sulawesi Tenggara mencakup 65 orang yaitu 205 orang per 100.000 Kelahiran hidup. Penyebab utama kematian ibu yaitu perdarahan (55,22%), eklampsia (28,42%), infeksi (11,29%) dan lain-lain (5,06%). Penyebab kematian tersebut dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan (*Antenatal care*), persalinan (*intranatal care*) dan nifas (*Post natal*) yang memadai (Profil Dinkes Propinsi Sultra, 2014).

Preeklampsia akan menimbulkan akibat pada ibu dan janin, akibat dari preeklampsia terhadap ibu akan menimbulkan kerusakan otak, paru-paru, ginjal, jantung, mata, dan sistem darah, sedangkan janin yang dikandung oleh ibu hamil pengidap preeklampsia akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen dibawah normal.

Angka Kematian Ibu di Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2014 adalah 214 per 100.000 kelahiran hidup dengan cakupan 8 orang dan kematian Ibu karena Eklampsia 3 Orang. Demikian juga Tahun 2015, cakupan kematian Ibu 8 Orang dengan kematian Ibu karena Eklampsia adalah 3 orang. Kemudian Tahun 2016 Angka Kematian Ibu meningkat menjadi 10 orang, kematian Ibu karena eklampsia juga meningkat menjadi 5 orang (Dinkes Kab.Konsel 2017)

Cakupan Ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan pada Tahun 2014 berjumlah 6.007 orang dengan jumlah Ibu hamil risiko tinggi termasuk preeklampsia sebanyak 963 orang (15,9%), Tahun 2015 Cakupan Ibu hamil 5.868 orang dengan jumlah Ibu hamil risiko tinggi 1.383 orang (23,6%). Kemudian Tahun 2016 jumlah Ibu hamil 5.846 orang sedangkan Ibu hamil yang mengalami risiko tinggi 1.347 (22,7%) (Dinkes Kab.Konsel 2017)

Data Ibu hamil risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea pada Tahun 2014 tercatat 521 orang Ibu hamil dengan jumlah Ibu hamil risiko tinggi sebanyak 53 orang dan kasus preeklampsia ditemukan 18 orang (9,54%). Tahun 2015 tercatat 687 orang Ibu hamil dengan jumlah kasus risiko tinggi mencapai 65 orang dan kasus preeklampsia 23 orang (14,95%). Kemudian Tahun 2016, dari 669 Jumlah Ibu hamil, ditemukan Ibu hamil risiko tinggi 53 orang dengan kejadian preeklampsia berjumlah

27 orang (14,31%). Rata-rata paritas dan jarak kehamilan dengan tingkat umur yang bervariasi.

Berdasarkan paritas di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea, pada Tahun 2016 tercatat Ibu hamil dengan hamil pertama 76 Orang, hamil ke-2-4 berjumlah 539 orang, hamil ke 5 atau lebih yaitu 54 orang. Berdasarkan jarak kehamilan, Ibu hamil dengan jarak kehamilan < 2 Tahun berjumlah 29 orang, dan jarak kehamilan > 2 Tahun berjumlah 564 orang. Sedangkan Jumlah Ibu hamil berdasarkan umur <20 Tahun berjumlah 45 orang, umur 20-35 Tahun berjumlah 601 orang dan umur > 35 Tahun yaitu 39 orang.

Dari uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Paritas Jarak Kehamilan Dan Umur Dengan Kejadian Preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka masalah yang ditelaah dalam penelitian ini adalah : “Apakah ada hubungan paritas, jarak kehamilan dan umur Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2016?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan paritas, jarak kehamilan dan umur dengan kejadian preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi Ibu Hamil yang mengalami Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
- b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi paritas Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015-2016.
- c. Untuk mengetahui distribusi frekuensi jarak kehamilan dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
- d. Untuk mengetahui distribusi frekuensi umur Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
- e. Menganalisis hubungan paritas Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
- f. Menganalisis hubungan jarak kehamilan dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
- g. Menganalisis hubungan umur Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis : menyediakan data untuk penelitian lanjutan yang berhubungan dengan kejadian Preeklampsia.

2. Manfaat Praktis

- a. Sebagai masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan bagi ibu hamil, dapat melakukan deteksi dini, dan memberi upaya preventif terhadap kejadian Preeklampsia.
- b. Hasil penelitian dapat menjadi informasi bagi masyarakat mengenai faktor yang dapat meningkatkan kejadian Preeklampsia dan bertindak segera agar tidak terjadi keparahan akibat penyakit.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Ria Maryanti dengan judul “Hubungan Usia Dan Pendidikan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Bersalin Di PT Graha Pusri Medika Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2012”. Desain penelitian ini menggunakan survei analitik dengan *Cross Sectional* dan menggunakan data sekunder. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin yang dirawat di PT Graha Pusri Medika dengan menggunakan total populasi yang diambil dari rekam medis.

Adapun persamaan dari penelitian tersebut dengan penelitian yang dilakukan sekarang yaitu dari segi desain yang sama-sama menggunakan survei analitik dengan rancangan *Cross Sectional* dan menggunakan data sekunder dengan menggunakan total populasi yang diambil dari Rekam Medis. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah variabel dependent yang digunakan yaitu kejadian preeklampsia berat pada Ibu bersalin dimana Ibu bersalin sebagai populasinya, sedangkan pada penelitian ini mengangkat kejadian

preeklampsia pada Ibu hamil sebagai variabel terikatnya dimana populasi yang digunakan adalah Ibu hamil. Kemudian Variabel independennya juga berbeda dimana penelitian tersebut hanya tingkat pendidikan dan umur sedangkan penelitian yang dirancang ini memiliki variabel independen paritas, jarak kehamilan dan umur Ibu hamil.

2. “Hubungan Status gravida dan usia Ibu terhadap kejadian Preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013” Dilakukan oleh Oktaria Denantika. Penelitian ini dilaksanakan di bagian Rekam Medis dengan menggunakan desain *cross sectional*.

Persamaan dari penelitian ini yaitu menggunakan desain *cross sectional*, dan perbedaannya dengan penelitian ini adalah waktu dan tempat penelitian serta variabel independennya dimana variabel tersebut menggunakan status gravida dan usia saja, sedangkan pada penelitian ini menambahkan Jarak kehamilan sebagai variabel independent.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Preeklampsia

a. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia merupakan suatu sindrom khas kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat *vasospasme* dan pengaktifan *endotel*. Kriteria minimum preeklampsia yaitu tekanan darah 140/90 mmHg yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu dan *proteinuria* dimana terdapat 300 mg atau lebih *protein urin* per 24 jam atau 30 mg/dL (1+ pada dipstick) dalam sampel urin acak (Cunningham *et al.*, 2010).

Preeklampsia adalah suatu penyakit yang muncul pada awal kehamilan dan berkembang secara perlahan dan hanya akan menunjukkan gejala jika kondisi semakin memburuk (Varney, 2007).

Preeklampsia adalah timbulnya *hipertensi* disertai dengan *proteinuria* pada usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. *Hipertensi* didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah *sistolik* ≥ 140 mmHg atau tekanan darah *diastolik* ≥ 90 mmHg. *Proteinuria* ditetapkan apabila dalam *urine* terdapat protein ≥ 300 mg/ml dalam *urine* tampung 24 jam atau ≥ 30 mg/dl *urin* acak tengah yang tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi saluran kemih (Himpunan kedokteran *feto maternal*, 2005).

b. Klasifikasi Preeklampsia

Preeklampsia dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Preeklampsia ringan

Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah kehamilan 20 minggu. *Ekskresi* protein dalam urin ≥ 300 mg/24 jam atau $\geq +1$ *dipstik*, *rasio protein : kreatinin* ≥ 30 mg/mmol.

2) Preeklampsia berat

Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg, Proteinuria ≥ 5 g/24 jam atau $\geq +2$ *dipstik*. Ada keterlibatan organ lain:

- a) *Hematologi* : *trombositopenia* ($<100.000/ul$), *hemolisis mikroangiopati*.
- b) *Hepar* : peningkatan SGOT (*serum glutamic oxaloacetic transaminase*) dan SGPT (*serum glutamic pyruvic transaminase*), nyeri *epigastrik* atau kuadran kanan atas.
- c) *Neurologis* : sakit kepala persisten, *skotoma* penglihatan.
- d) Janin : pertumbuhan janin terhambat, *oligohidramnion*.
- e) Paru : *edema* paru dan gagal jantung *kongestif*.
- f) Ginjal : *oliguria* (≤ 500 ml/24 jam), *kreatinin* $\geq 1,2$ mg/dL (Wibowo *dkk.*, 2015).

c. Etiologi

Penyebab terjadinya preeklampsia sampai saat ini belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa teori yang menerangkan penyebab terjadinya preeklampsia yaitu:

- 1) *Implantasi* plasenta disertai *invasi trofoblastik abnormal* pada pembuluh darah uterus. Pada implantasi normal, *arteriola spiralis*

uteri mengalami *remodeling ekstensif* karena invasi oleh *trofoblas endovaskular*. Sel-sel ini menggantikan lapisan otot dan endotel untuk memperlebar diameter pembuluh darah. Vena-vena hanya diinvasi secara *superfisial*. Namun pada preeklampsia, mungkin terjadi *invasi trofoblastik inkomplit* (Fisher *et al.*, 2009). Plasentasi yang kurang baik ini mengakibatkan *stres oksidatif* pada plasenta sehingga terjadi retriksi pertumbuhan janin dan pelepasan faktor-faktor *plasental* ke *sistemik* yang mencetuskan *respons inflamasi* serta *aktivasi endotel sistemik* dan menimbulkan *sindrom preeklampsia* (Cunningham *et al.*, 2010).

- 2) Faktor *imunologis* dimana terjadi *toleransi imunologis* yang bersifat *maladaptif* di antara jaringan *maternal*, *paternal (plasental)*, dan *fetal*. Pada preeklampsia menurut Redman *et al* pada tahun 2009, *trofoblas ekstravilus* mengekspresikan *antigen leukosit manusia G (HLA-G)* yang bersifat *imunosupresif* dalam jumlah yang kurang sehingga berpengaruh pada *kecacatan vaskularisasi plasenta*. Faktor-faktor yang berperan terhadap reaksi radang yang dipacu secara *imunologis* ini dirangsang oleh *mikropartikel plasenta* dan *adiposit* (Cunningham *et al.*, 2010).
- 3) Maladaptasi maternal terhadap perubahan *kardiovaskular* atau *inflamatorik* yang terjadi pada kehamilan normal. Perubahan *inflamatorik* diduga merupakan kelanjutan dari plasentasi yang *abnormal*. *Iskemik* yang diakibatkan karena karena kecacatan dalam plasentasi mencetuskan respon dilepaskannya faktor-

faktor plasenta yang menyebabkan timbulnya *sindrom preeklampsia* (Taylor *et al.*, 2009).

- 4) Faktor-faktor genetik, termasuk gen predisposisi yang diwariskan, serta pengaruh *epigenetik*. Kecenderungan *herediter* ini mungkin merupakan akibat interaksi gen-gen yang diwariskan orang tua yang mengendalikan sejumlah besar fungsi *metabolik* dan *enzimatik* di setiap sistem organ (Cunningham *et al.*, 2010).

d. Patofisiologi preeklampsia

Pada preeklampsia yang berat dan eklampsia dapat terjadi perburukan *patologis* pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh *vasospasme* dan *iskemia* (Cunningham, 2003). Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai *substansi endogen* (seperti *prostaglandin*, *tromboxan*) yang dapat menyebabkan *vasospasme* dan *agregasi platelet*. Penumpukan *trombus* dan pendarahan dapat mempengaruhi sistem saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan *defisit* saraf lokal dan kejang. *Nekrosis* ginjal dapat menyebabkan penurunan laju *filtrasi glomerulus* dan *proteinuria*. Kerusakan *hepar* dari *nekrosis hepatoseluler* menyebabkan nyeri *epigastrium* dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap *kardiovaskuler* meliputi penurunan volume *intravaskular*, meningkatnya *cardiac output* dan peningkatan tahanan pembuluh *perifer*. Peningkatan *hemolisis microangiopati* menyebabkan *anemia* dan *trombositopeni*. *Infark plasenta* dan *obstruksi plasenta* menyebabkan pertumbuhan janin terhambat

bahkan kematian janin dalam rahim (Prawirohardjo, 2006).

e. Perubahan pada organ-organ

Pada kejadian preeklampsia, bisa terjadi perubahan organ-organ, diantaranya :

1) Perubahan *kardiovaskuler*.

Gangguan fungsi *kardiovaskuler* yang parah sering terjadi pada preeklampsia dan eklampsia. Berbagai gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan *afterload* jantung akibat *hipertensi*, *preload* jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara *patologis hipervolemia* kehamilan atau yang secara *iatrogenik* ditingkatkan oleh larutan *onkotik* atau *kristaloid intravena*, dan *aktivasi endotel* disertai *ekstravasasi* ke dalam ruang *ektravaskular* terutama paru.

2) Metabolisme air dan elektrolit

Hemokonsentrasi yang menyerupai preeklampsia dan eklampsia tidak diketahui penyebabnya. Jumlah air dan natrium dalam tubuh lebih banyak pada penderita preeklampsia dan eklampsia daripada pada wanita hamil biasa atau penderita dengan hipertensi kronik. Penderita preeklampsia tidak dapat mengeluarkan dengan sempurna air dan garam yang diberikan. Hal ini disebabkan oleh *filtrasi glomerulus* menurun, sedangkan penyerapan kembali *tubulus* tidak berubah. *Elektrolit*, *kristaloid*, dan protein tidak menunjukkan perubahan yang nyata pada preeklampsia. Konsentrasi *kalium*, *natrium*, dan *klorida* dalam *serum* biasanya dalam batas normal.

3) Mata

Dapat dijumpai adanya *edema retina* dan *spasme* pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi *ablasio retina* yang disebabkan oleh *edema intra-okuler* dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan *terminasi* kehamilan. Gejala lain yang menunjukkan tanda preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia adalah adanya *skotoma*, *diplopia*, dan *ambliopia*. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di *korteks serebri* atau di dalam *retina* (Mochtar, 2005).

4) Otak

Pada penyakit yang belum berlanjut hanya ditemukan *edema* dan *anemia* pada *korteks serebri*, pada keadaan yang berlanjut dapat ditemukan perdarahan.

5) Uterus

Aliran darah ke plasenta menurun dan menyebabkan gangguan pada plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan karena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada preeklampsia dan eklampsia sering terjadi peningkatan *tonus* rahim dan kepekaan terhadap rangsangan, sehingga terjadi *partus prematur*.

6) Paru-paru

Kematian ibu pada preeklampsia dan eklampsia biasanya disebabkan oleh *edema paru* yang menimbulkan

dekompensasi kordis. Bisa juga karena terjadinya *aspirasi pneumonia*, atau *abses paru* (Mochtar, 2005)

f. Gejala Preeklampsia

1) *Hipertensi*

Hipertensi merupakan kriteria paling penting dalam diagnosa penyakit preeklampsia. Dimana didapatkan tekanan darah 140/90 mmHg yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu.

2) *Edema*

Timbulnya *edema* yang didahului oleh penambahan berat badan yang berlebihan. Penambahan berat 1/2 Kg seminggu pada wanita hamil dianggap normal, tetapi jika mencapai 1 Kg seminggu atau 3 Kg dalam sebulan, kemungkinan timbulnya preeklampsia harus dicurigai (Sastrawinata *dkk.*, 2004). Namun dalam hal ini, *edema* tidak termasuk sebagai *kriteria diagnostik* karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal.

3) *Proteinuria*

Proteinuria ditetapkan bila *ekskresi protein* di *urin* melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin *dipstik positif* 1, dalam 2 kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam. *Proteinuria* berat adalah adanya protein dalam *urin* 5 g/24 jam. Pemeriksaan *urin dipstik* bukan merupakan pemeriksaan yang akurat dalam memperkirakan kadar *proteinuria*, sehingga untuk mengurangi kesalahan penilaian *proteinuria* harus dilakukan konfirmasi hasil tes *positif 1 dipstik*

dengan menggunakan pemeriksaan urin tampung 24 jam atau menggunakan *rasio protein: kreatinin*.

- 4) Gejala-gejala subjektif yang umum ditemukan pada preeklampsia yaitu:
 - a) Sakit kepala hebat karena *vasospasme* atau *edema otak*.
 - b) Sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh perdarahan atau *edema* atau sakit karena perubahan pada lambung.
 - c) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur bahkan kadang-kadang pasien buta. Gangguan ini disebabkan *vasospasme*, *edema*, atau *ablasio retina*. Perubahan ini dapat dilihat dengan *oftalmoskop* (Wibowo dkk., 2015).

g. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya preeklampsia menurut buku kapita selekta tahun 2014 yaitu:

1) Umur

Preeklampsia sering ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu lebih dari 35 tahun dan kurang dari 20 tahun. (Shamsi *et al.*, 2013). Tekanan darah cenderung meningkat seiring dengan penambahan usia sehingga pada usia 35 tahun akan terjadi peningkatan risiko preeklampsia (Potter & Perry, 2005).

Umur sangat mempengaruhi kehamilan maupun persalinan. Usia yang baik untuk hamil atau melahirkan 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 maupun melahirkan, karena kehamilan pada usia ini memiliki resiko tinggi seperti terjadinya keguguran, atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat resiko komplikasi melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia 35 tahun keatas, selain fisik melemah, juga kemungkinan munculnya berbagai resiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, *diabetes* dan berbagai penyakit lain (Gunawan S, 2010).

Menurut Manuaba (2003), umur dibawah 20 tahun bukan masa yang baik untuk hamil karena organ - organ reproduksi belum sempurna. Hal ini tentu akan menyulitkan proses kehamilan dan persalinan. Sedangkan kehamilan diatas 35 tahun mempunyai resiko untuk mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan antara lain perdarahan, *gestosis*, atau *hipertensi* dalam kehamilan, *distosia* dan partus lama. Bertambahnya usia menunjukkan peningkatan insiden *hipertensi kronis* menghadapi resiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, Wanita hamil dengan usia kurang dari 20 tahun insiden preeklampsia – eklampsia lebih dari 3 kali lipat. Pada wanita hamil berusia lebih dari 35 tahun dapat terjadi *hipertensi laten* oleh karena itu semakin lanjut usia maka kualitas sel telur sudah berkurang hingga berakibat juga menurunkan kualitas keturunan yang dihasilkan.

2) Paritas

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada *multipara* dominasi *fundus uteri* lebih besar dengan *kontraksi uterus* lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada *grande* dan *multipara*, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara *progresif* lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas *insiden plasenta previa*, perdarahan, *mortalitas* ibu dan *mortalitas perinatal* juga meningkat (Varney, 2008).

3) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya. Jarak antar kehamilan yang kurang dari 2 tahun dapat meningkatkan risiko terjadinya kematian maternal (Kemenkes RI, 2004). Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan *postpartum*, kesakitan dan kematian ibu (Kemenkes RI, 2004).

Penelitian yang dilakukan di tiga rumah sakit di Bangkok (Cunningham, 2006) memperlihatkan bahwa wanita dengan interval kehamilan kurang dari dua tahun memiliki risiko dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang memiliki jarak kehamilan lebih lama (Royston, 2008)

h. Penatalaksanaan

1) Preeklampsia Ringan

Menurut Saifuddin (2008), di bawah ini adalah beberapa penatalaksanaan pada ibu hamil dengan preeklampsia ringan :

a) Usia kehamilan kurang dari 37 minggu

Penatalaksanaan preeklampsia ringan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu yaitu dengan rawat jalan ataupun rawat inap.

(1) Rawat Jalan

(a) Memantau tekanan darah, proteinuria, refleks, dan kondisi janin. (b) Lebih banyak istirahat. (c) Diit biasa. (d) Tidak perlu diberikan obat-obatan. (e) Apabila rawat jalan tidak memungkinkan, maka dilakukan perawatan di rumah sakit.

(2) Rawat Inap

(a) Diit biasa. (b) Memantau tekanan darah dua kali dalam sehari dan proteinuria satu kali dalam sehari. (c) Tidak perlu obat-obatan. (d) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kordis atau gagal ginjal akut. (e) Apabila tekanan diastolik turun sampai normal, ibu dapat dipulangkan dengan memberikan nasihat untuk istirahat, munculnya gejala preeklampsia berat, dan kontrol dua kali dalam seminggu. (f) Apabila *proteinuria* meningkat, tangani sebagai preeklampsia berat. (g) Apabila terdapat tanda-

tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan.

b) Usia kehamilan lebih dari 37 minggu

- (1) Apabila *serviks* matang, lakukan *induksi* dengan *oksitosin* 5 IU dalam 500 ml *dekstrose* IV 10 tetes/menit atau dengan *prostaglandin*.
- (2) Apabila *serviks* belum matang, berikan *prostaglandin*, *misoprostol* atau *kateter Foley*, atau *terminasi* dengan *seksio sesarea*.

2) Preeklampsia Berat

a) Penanganan Umum

Penanganan awal yang dapat diberikan kepada pasien dengan preeklampsia berat menurut Saifuddin (2008) :

- (1) Apabila tekanan *diastolik* lebih dari 110mmHg, berikan terapi *antihipertensi* sampai tekanan *diastolik* di antara 90-100mmHg.
- (2) Pasang infus *Ringer Laktat* dengan jarum besar ukuran 16 *gauge* atau lebih.
- (3) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi *overload*.
- (4) *Kateterisasi urine* untuk pengeluaran volume dan *proteinuria*. Apabila jumlah *urine* <30mL per jam, infus cairan diperhatikan 1 1/8 jam dan pantau kemungkinan *edema paru*.
- (5) Jangan tinggalkan pasien sendirian karena kejang disertai *aspirasi* dapat terjadi sewaktu-waktu.

- (6) Observasi tanda-tanda vital, *refleks* dan denyut jantung janin setiap jam.
- (7) *Auskultasi* paru untuk mencari tanda *edema paru*. *Krepitasi* merupakan tanda edema paru. Jika terjadi *edema paru*, stop pemberian cairan dan berikan *diuretik* misalnya *furosemide* 40 mg *intravena*.
- (8) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan *bedside*. Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat *koagulapati*.

b) *Asuhan Intranatal*

Pada preeklampsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklampsia dalam 12 jam sejak gejala timbul. Apabila terjadi gawat janin atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 12 jam pada preeklampsia, maka dilakukan *seksio caesarea*.

Apabila *seksio caesarea* akan dilakukan, perhatikan bahwa tidak ada *koagulopati* dan memilih *anestesia* umum. Apabila *anestesia* umum tidak tersedia, atau *janin* mati, *aterm* terlalu kecil, maka dilakukan persalinan *pervaginam*. Jika *serviks* matang, *induksi* dengan *oksitosin* 2-5 IU dalam 500mL *dekstrose* 10 tetes/menit atau dengan *prostaglandin* (Saifuddin, 2008).

c) *Asuhan postpartum*

Antikonvulsan diteruskan sampai 24 jam *postpartum* atau kejang terakhir, lalu diteruskan dengan terapi *antihipertensi*

apabila tekanan *diastolik* masih lebih 110 mmHg dan mamantau *urine* (Saifuddin, 2008).

d) Rujukan

Menurut Saifuddin (2008), rujukan dilakukan ke fasilitas yang lebih lengkap dilakukan apabila *oliguria* (kurang dari 400mL/24 jam), terdapat *sindrom HELLP*, dan terjadi koma berlanjut lebih dari 24 jam sesudah kejang.

2. Ibu Hamil

Menurut *Federasi Obstetri Ginekologi Internasional*, kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo,2009).

Masa kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Sarwono,2008).

Seorang ibu dapat didiagnosa hamil adalah apabila didapatkan tanda-tanda pasti kehamilan yaitu Denyut Jantung Janin (DJJ) dapat didengar dengan *stetoskop laenec* pada minggu 17-18, dapat *dipalpasi* (yang ditemukan adalah bagian-bagian janin jelas pada minggu ke-22 dan gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah minggu 24) dan

juga dapat di *Ultrasonografi (USG)* pada minggu ke-6 (Kusmiyati et al 2008).

Dengan disimpulkan bahwa Ibu hamil adalah seorang ibu dimulai masa kehamilan atau mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari atau 40 minggu, di hitung dari hari pertama haid terakhir dan dapat dilihat tanda pasti hamil yaitu ada gerakan janin dalam rahim (terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagianbagian janin), terdengar denyut jantung janin (didengar dengan *stetoskop laenec*, alat *kardiotokografi* atau *EKG* dan alat *Doppler*, dilihat dengan ultrasonografi, pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu *rontgen* melihat kerangka janin.

Pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*) *ANC* adalah suatu program yang terencana berupa *observasi*, *edukasi* dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdliah, 2009).

ANC (Antenatal Care) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdliah, 2009).

Kehamilan adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan (Maulana, 2008).

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Pertumbuhan dan perkembangan janin *intra uterine* mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008).

Masa kehamilan dimulai dari *konsepsi* sampai lahirnya *janin*. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari *konsepsi* sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawiroharjo, 2008).

Tanda dan gejala kehamilan Tanda dan gejala kehamilan menurut Prawiroharjo (2008) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

a). Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) *Amenorea* (tidak dapat haid) Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Neagie: $HT+7$ (bulan-3)
- 2) Mual dan muntah Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".
- 3) Mengidam (ingin makanan khusus) Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

- 4) Pingsan Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.
- 5) *Anoreksia* (tidak ada selera makan) Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.
- 6) *Mammae* menjadi tegang dan membesar. Keadaan ini disebabkan pengaruh *hormon estrogen* dan *progesteron* yang merangsang *duktus* dan *alveoli* payudara.
- 7) *Miksi* sering Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh *uterus* yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.
- 8) *Konstipasi* atau *obstipasi* Ini terjadi karena *tonus otot* usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh *hormon steroid* yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- 9) *Pigmentasi* (perubahan warna kulit) Pada *areola mammae*, *genital*, *cloasma*, *linea alba* yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.
- 10) *Epulis* Suatu *hipertrofi papilla gingivae* (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama.
- 11) *Varises* (pemekaran vena-vena) Karena pengaruh dari hormon *estrogen* dan *progesteron* terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi *disekitar genitalia eksterna*, kaki dan betis, dan payudara.

b. Tanda kemungkinan kehamilan

- 1) Perut membesar Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.
- 2) Uterus membesar Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan *konsistensi* dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.
- 3) Tanda *Hegar Konsistensi* rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah *ismus*. Pada minggu-minggu pertama *ismus* uteri mengalami *hipertrofi* seperti *korpus uteri*. *Hipertrofi ismus* pada triwulan pertama mengakibatkan *ismus* menjadi panjang dan lebih lunak.
- 4) Tanda *Chadwick* Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada *vulva*, *vagina*, dan *serviks*. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon *estrogen*.
- 5) Tanda *Piscaseck Uterus* mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran.
- 6) Tanda *Braxton-Hicks* Bila *uterus* dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda *Braxton-Hicks* tidak ditemukan.

- 7) Teraba *ballotemen* Merupakan fenomena *bandul* atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya *janin* di dalam *uterus*.
- 8) Reaksi kehamilan positif Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari.

c. Tanda pasti kehamilan

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- 2) Denyut jantung janin : Didengar dengan *stetoskop monoral Laennec*, Dicatat dan didengar dengan alat *Doppler*, Dicatat dengan *feto-elektro kardiogram*, Dilihat pada *ultrasonograf*.
- 3) Terlihat tulang-tulang janin dalam *foto-rontgen*.

d. Diagnosa banding kehamilan

- 1) Hamil palsu Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- 2) Tumor kandungan atau *mioma uteri* Terdapat pembesaran rahim tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata dan perdarahan banyak saat menstruasi.
- 3) *Kista ovarium* Terjadi pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil, datang bulan terus berlangsung dan pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan tes negatif.
- 4) *Hematometra* Terlambat datang bulan dapat melampaui umur kehamilan, perut terasa sakit setiap bulan, terjadi tumpukan

darah dalam rahim, tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.

- 5) Kandung kemih yang penuh Dengan melakukan *kateterisasi*, maka pembesaran perut akan menghilang. (Manuaba, 2007)

3. Paritas

a. Pengertian Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjosastro, 2008). Sedangkan pendapat lain menyebutkan paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari atau sama dengan 500 gram yang pernah dilahirkan hidup maupun mati. Bila berat badan tak diketahui maka dipakai umur kehamilan, yaitu 24 minggu (Siswosudarmo, 2008).

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada *multipara* dominasi *fundus uteri* lebih besar dengan *kontraksi uterus* lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada *grande* dan *multipara*, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara *progresif* lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus . Semakin tinggi paritas *insiden plasenta previa*, perdarahan, *mortalitas* ibu dan *mortalitas perinatal* juga meningkat (Varney, 2008).

b. Klasifikasi Paritas

Menurut (Manuaba, 2007) istilah-istilah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan adalah :

- 1) *Primipara* adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi *aterm* satu kali. *Primipara* adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup. (Varney, 2006)
- 2) *Multipara (pleuripara)* adalah wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali. *Multipara* adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang viable untuk beberapa kali (Wiknjastro, 2008).
- 3) *Grandemultipara* adalah wanita yang telah melahirkan janin *aterm* lebih dari lima kali. *Grandemultipara* adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Rustam, 2005). *Grandemultipara* adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Varney, 2006).
- 4) *Nulipara* adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi viable. *Nulipara*: seorang wanita yang tidak pernah menjalani proses kehamilan melebihi minggu ke-20. (Cunningham *et al*, 2005)

Menurut Ghोजazadeh *et al.* (2013), Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan erat dengan preeklampsia. Menurut Robson dan Waugh (2011), usia lebih dari 40 tahun meningkatkan resiko sebesar dua kali lipat. Hal serupa juga diungkapkan oleh Bothamley dan Boyle (2011) bahwa usia di atas 40 tahun merupakan faktor risiko, sedangkan menurut Morgan dan Hamilton (2009) apabila usia ibu <17 tahun atau >35 tahun.

4. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya. Jarak antar kehamilan yang kurang dari 2 tahun dapat meningkatkan risiko terjadinya kematian maternal (Kemenkes RI, 2004). Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan *postpartum*, kesakitan dan kematian ibu (Kemenkes RI, 2004).

Penelitian yang dilakukan di tiga rumah sakit di Bangkok (Cunningham, 2006) memperlihatkan bahwa wanita dengan interval kehamilan kurang dari dua tahun memiliki risiko dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang memiliki jarak kehamilan lebih lama (Royston, 2008)

Jarak kelahiran menurut Catalyst Consortium (2002) adalah praktek periode jumlah waktu diantara kelahiran. Menurut BPS (2003) yaitu jumlah bulan sejak kehamilan sebelumnya yang berakhir dengan lahir hidup. Jarak kelahiran optimal adalah jarak waktu ideal pada seseorang wanita yang harus menunggu sebelum kehamilan berikutnya setelah kelahiran anak sebelumnya dengan cara menghitung jumlah bulan sejak kelahiran anak terakhir dengan kelahiran anak sebelumnya yang akan berakhir dengan lahir hidup.

Bukti baru menunjukkan bahwa jarak kelahiran optimal menyebabkan resiko kesakitan dan kematian pada ibu dan anak menjadi lebih rendah. Wanita dengan jarak kelahiran 3-5 tahun tidak hanya memperoleh kesehatan bayinya, tetapi juga kesehatan untuk seluruh anggota keluarganya (Catalyst Consortium, 2002). Keuntungan jarak

kelahiran optimal sebagai kontribusi terhadap kesehatan dan fertilitas wanita dan kualitas kehidupan yang menyeluruh, memperbaiki kehidupan anak-anak dengan peningkatan akses mereka terhadap makanan yang adekuat, pakaian, rumah, dan pendidikan, serta menurunkan beban kerja wanita.

Stephansson dkk., (2003) dalam penelitiannya menyimpulkan jarak kehamilan 72 bulan akan meningkatkan resiko lahir mati dan kematian neonatal dini. Menurut Conde-Agudelo dan Belizan (2010), penelitian yang dilakukan di Amerika Latin dan Caribia ada hubungan yang bermakna antara jarak kelahiran sekarang dengan sebelumnya dengan kejadian preeklampsia bila jarak kelahiran tersebut > 59 bulan. Hal ini sesuai dengan penelitian Skajaerven dkk (2012) menyebutkan bahwa resiko preeklampsia selama kehamilan kedua ditemukan meningkat seiring dengan peningkatan jarak waktu pada kelahiran pertama apalagi bila jarak waktu setelah melahirkan anak pertama 10 tahun dengan kehamilan kedua, resiko itu akan meningkat lebih dari tiga kali lipat hampir sama tingkatan risikonya dengan wanita nullipara.

Trongstad dkk. (2011) menyebutkan bahwa wanita dengan jarak kelahiran lebih lama akan meningkatkan resiko preeklampsia dibandingkan pada wanita dengan kehamilan kedua yang jarak kelahiran 1-5 tahun setelah kelahiran anak pertama. Studi ini juga mengungkapkan bahwa pasangan yang berbeda pada kehamilan kedua menurunkan resiko pre-eklampsia bila jarak kelahiran pertama dengan kedua tidak terlalu panjang pada wanita tanpa riwayat preeklampsia. Resiko itu akan meningkat bila jarak kelahiran terlalu panjang. Sedangkan pada wanita

dengan riwayat preeklampsia yang mempunyai pasangan berbeda resiko terjadinya preeklampsia akan menurun bila jarak kelahiran pertama dan kedua semakin panjang.

5. Umur

Umur sangat mempengaruhi kehamilan maupun persalinan. Usia yang baik untuk hamil atau melahirkan 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 maupun melahirkan, karena kehamilan pada usia ini memiliki resiko tinggi seperti terjadinya keguguran, atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat resiko komplikasi melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia 35 tahun keatas (Gunawan S, 2010)

Umur dibawah 20 tahun bukan masa yang baik untuk hamil karena organ-organ reproduksi belum sempurna. Hal ini tentu akan menyulitkan proses kehamilan dan persalinan. Sedangkan kehamilan diatas 35 tahun mempunyai resiko untuk mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan antara lain perdarahan, gestosis, atau hipertensi dalam kehamilan, distosia dan partus lama. Hipertensi dalam kehamilan paling sering mengenai wanita yang lebih tua, yaitu bertambahnya usia menunjukkan peningkatan insiden hipertensi kronis menghadapi resiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, Wanita hamil dengan usia kurang dari 20 tahun insiden preeklampsia – eklampsia lebih dari 3 kali lipat . Pada wanita hamil berusia lebih dari 35

tahun dapat terjadi hipertensi laten oleh karena itu semakin lanjut usia maka kualitas sel telur sudah berkurang hingga berakibat juga menurunkan kualitas keturunan yang dihasilkan (Manuaba, 2003).

Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa Madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun, umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. (Hurlock, 2004).

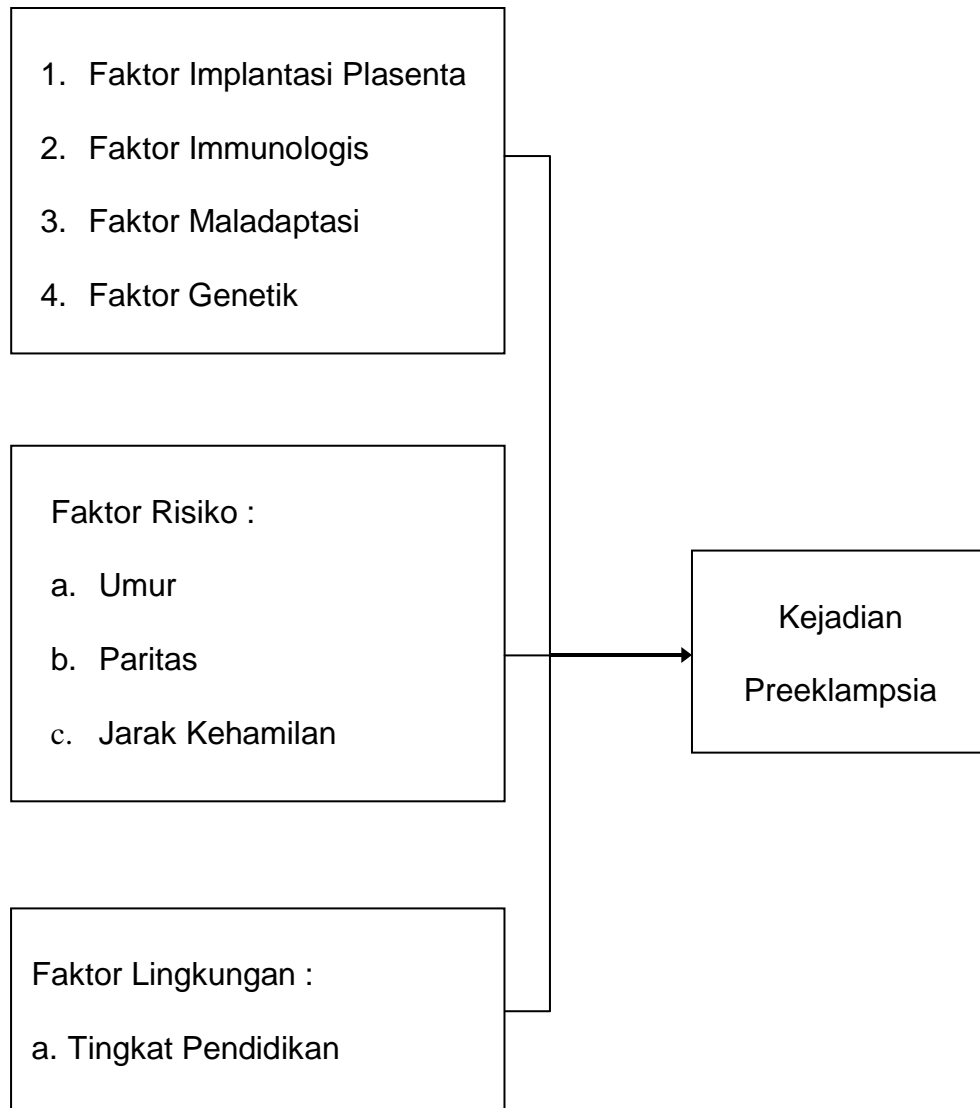
Mengenai reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun (Sarwono, 2008).

Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, dan psikologi (Ruswana, 2006).

Remaja adalah individu antara umur 10-19 tahun. Penyebab utama kematian pada perempuan berumur 15-19 tahun adalah komplikasi kehamilan, persalinan, dan komplikasi keguguran.

Manuaba (2007), menambahkan bahwa kehamilan remaja dengan usia dibawah 20 tahun mempunyai risiko: a.Sering mengalami anemia, b.Gangguan tumbuh kembang janin, c.Keguguran, prematuritas, atau BBLR, d.Gangguan persalinan, e.Preeklampsia, f.Perdarahan *antepartum*.

B. Kerangka Teori

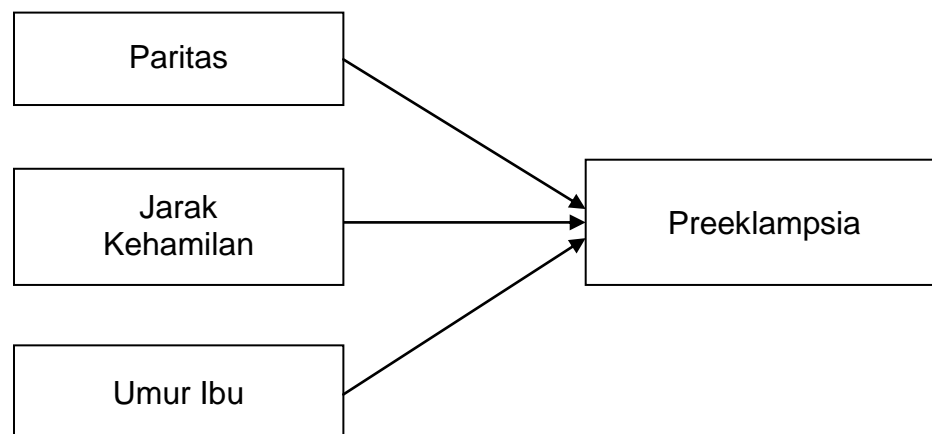


Gambar 1. Kerangka Teori
(Cunningham *et al.*, 2010; Shamsi *et al.*, 2013)

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian teori dalam rumusan masalah di atas, maka penulis mengembangkan kerangka konsep sebagai berikut :

Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

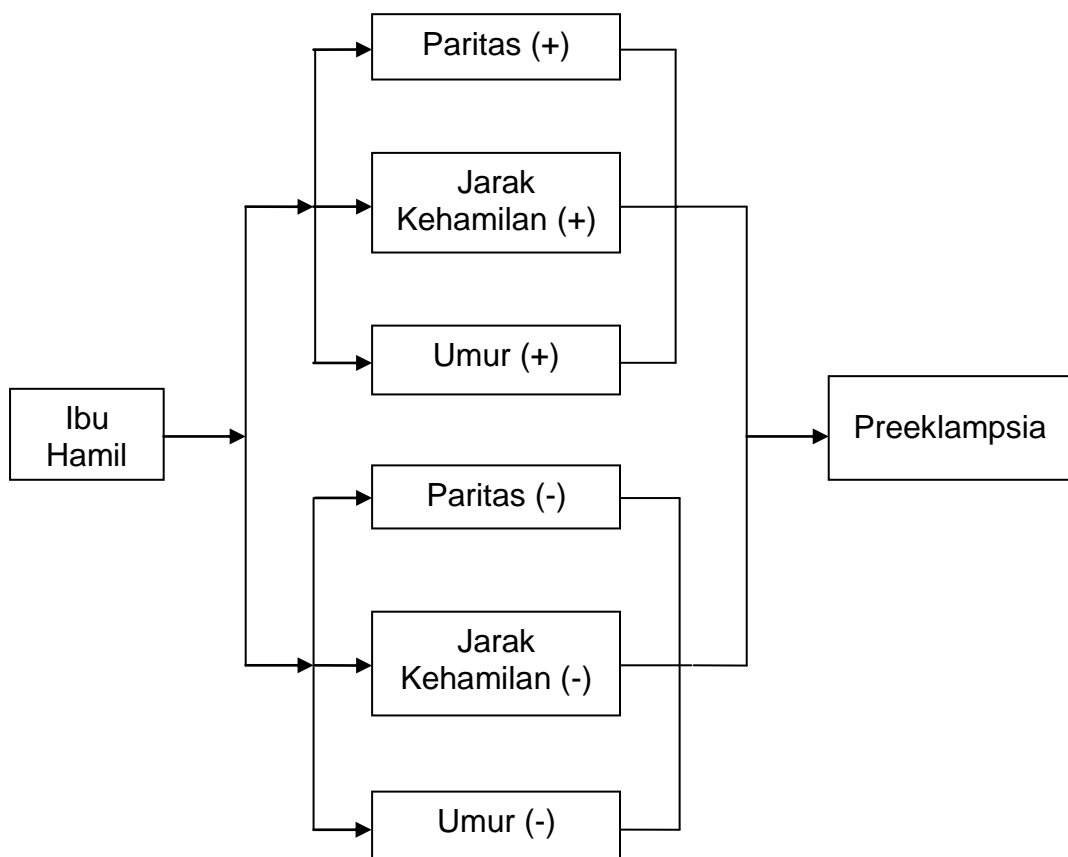
- Ha : Ada hubungan paritas, jarak kehamilan dan umur dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan tahun 2017.
- Ho : Tidak ada hubungan paritas, jarak kehamilan dan umur dengan kejadian Preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan tahun 2017.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Desain penelitian menggunakan metode *survey analitik* dengan menggunakan pendekatan “*Cross Sectional*” dimana *variabel dependen* akan dikumpulkan dalam waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2010).



Gambar 3. Skema rancangan penelitian *Cross Sectional*

B. Waktu dan Tempat

1. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November Tahun 2017.

2. Tempat penelitian

Lokasi penelitian ini bertempat di Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang mengalami preeklampsia berjumlah 50 orang di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 sampai Tahun 2016.

2. Sampel

Tehnik pengambilan sampel penelitian ini adalah *total sampling* yaitu semua ibu hamil yang terindikasi mengalami preeklampsia berdasarkan catatan rekam medik sebanyak 50 orang yang pernah dirawat / diperiksa di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 sampai Tahun 2016.

D. Identifikasi Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini Variabel *independen* atau variabel bebasnya adalah paritas, jarak kehamilan dan umur, sedangkan variabel dependennya atau variabel terikatnya adalah kejadian Preeklampsia.

E. Definisi Operasional

1. Preeklampsia

Preeklampsia adalah berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema disebabkan oleh kehamilan, yang timbul setelah

umur 20 minggu kehamilan (Himpunan Kedokteran fetomaternal, 2005).

Kategori definisi operasional :

- a. Preeklampsia berat
- b. Preeklampsia ringan

2. Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjosastro, 2008). Kategori Paritas :

- a. Hamil pertama
- b. Hamil ke 2 - 4
- c. Hamil ≥ 5

3. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya (Kemenkes RI, 2007).

Kategori jarak kehamilan :

- a. < 2 Tahun
- b. > 2 Tahun

4. Umur

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan (Hurlock, 2004).

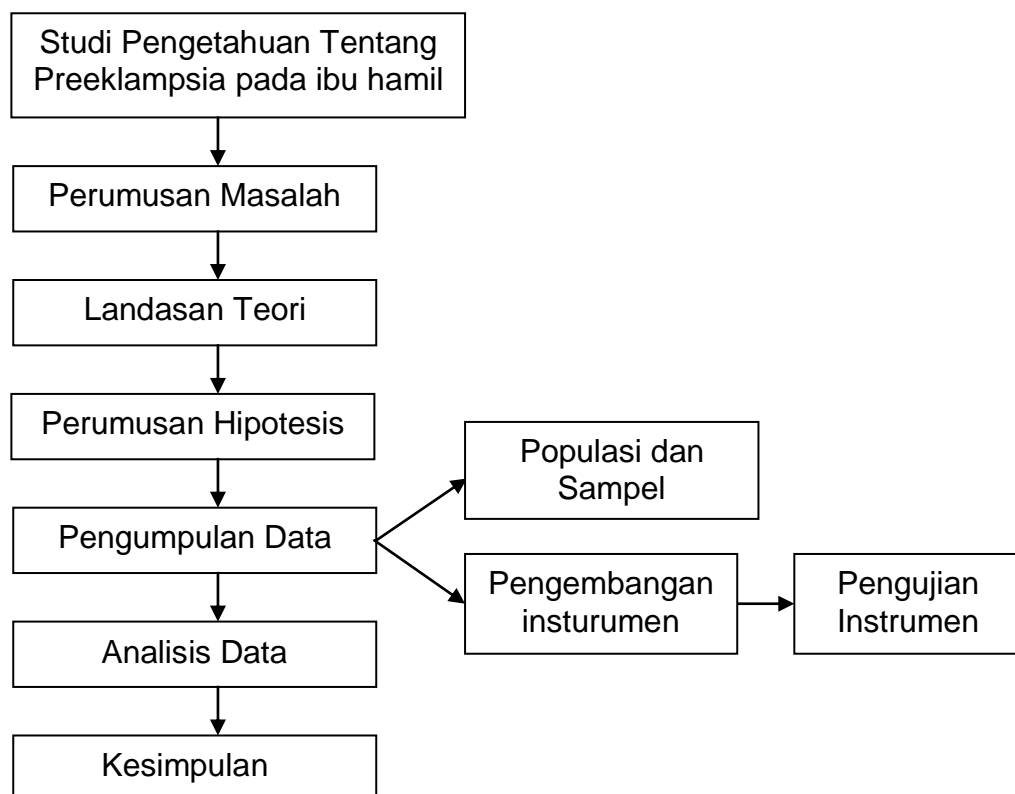
Kategori umur menurut Hurlock, 2004 :

- a. Umur < 20 Tahun
- b. 20 – 35 Tahun
- c. Umur > 35 Tahun

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk memperoleh data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan medik yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan.

G. Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang dilakukan dengan mengumpulkan data pemeriksaan atau data rekam medik ibu hamil yang mengalami preeklampsia sejak Januari Tahun 2015 sampai Desember Tahun 2016 yg dilakukan di Puskesmas Tinanggea, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015-2016.

H. Analisis Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Kepala Puskesmas Tinanggea.
2. Setelah mendapatkan izin meneliti, peneliti mengamati catatan medik pasien untuk mendapatkan data yang diperlukan.
3. Sampel diambil dan dilakukan pencatatan data dengan mengisi lembar check list sesuai dengan data yang dibutuhkan berdasarkan catatan medik pasien.

a. Pengolahan data

Tahap-tahap pengolahan data dalam penelitian ini adalah :

1). *Editing*

Kegiatan untuk mengoreksi data yang tidak jelas agar bila terjadi kekurangan atau kesalahan data dapat dengan mudah terlihat dan segera dilakukan perbaikan.

2). *Coding*

Kegiatan untuk memberikan kode pada check list sesuai data pada catatan medik pasien.

3). *Tabulating*

Kegiatan memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel sesuai kriteria.

b. Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam pengolahan data dengan menggunakan :

1). Analisis univariabel

Analisis *univariabel* dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2002). Untuk mengetahui karakteristik umur analisis yang digunakan adalah *analisis univariabel* menggunakan distribusi frekuensi dengan presentase.

Rumus :

$$X = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan = X : Hasil presentase

f : frekuensi

N : Jumlah seluruh observasi

Sumber : Budiarto, (2002)

2). Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2002). Peneliti akan menggunakan *analisis bivariabel* ini untuk mengetahui hubungan antara umur ibu hamil dengan kejadian preeklampsia. Jenis analisis yang akan digunakan adalah uji *chi square* dengan menggunakan SPSS 16.0 dengan tingkat kepercayaan 95%. Alasan penggunaan uji *chi square test* adalah data yang digunakan adalah data deskriptif berskala nominal. Data usia berupa skala nominal diklasifikasikan dalam bentuk kategori umur <20 tahun dan umur >35 tahun. Data Preeklampsia berupa skala nominal diklasifikasikan dalam

bentuk kategori terjadi kehamilan risiko tinggi dan tidak terjadi preeklampsia yaitu :

- a). Jika $\rho < \alpha$ (0,05), maka hasil signifikansi H_a diterima dan H_0 ditolak, berarti ada hubungan yang positif dan signifikan antara usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia.
- b). Jika $\rho \geq \alpha$ (0,05), maka hasil signifikansi H_a ditolak dan H_0 diterima, berarti tidak ada hubungan yang positif dan signifikan antara usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia.

I. Etika Penelitian

1. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas sampel, peneliti tidak mencantumkan nama responden dilembar pengumpulan data.

2. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan sebagai hasil.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

J. Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Tinanggea

1. Geografi

Puskesmas Tinanggea terletak di Kelurahan Ngapaaha, Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan, sekitar 19 km dari Ibukota Kabupaten serta kondisi geografis daerah dataran rendah dan daerah pesisir dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Lalembuu
- b. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Palangga dan Kecamatan Palangga Selatan
- c. Sebelah selatan berbatasan dengan Laut Tiworo
- d. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bombana

Luas wilayah Puskesmas Tinanggea sekitar 354,74 km². Dari luas daratan Kecamatan Tinanggea terdiri dari 2 Kelurahan dan 22 Desa dengan luas Wilayah masing-masing Desa dan Kelurahan sebagaimana tertera dalam table berikut:

2. Demografi

a. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk Kecamatan Tinanggea adalah 67,08 jiwa per Kilometer persegi.

Jumlah Penduduk di Kecamatan Tinanggea adalah sebanyak 23.796 jiwa yang terdiri atas laki-laki 12.102 jiwa dan Perempuan 11.694 jiwa.

b. *Natalitas* (Kelahiran)

Angka kelahiran atau fertilitas di Wilayah Puskesmas Tinanggea sebesar 24,46 per 1000 penduduk tergolong pada laju kelahiran sedang.

c. *Mortalitas* (Kematian)

Angka kematian di Wilayah Puskesmas Tinanggea sebesar 4,79 per 1000 penduduk per Tahun tergolong rendah.

Tabel 1
Distribusi laju kematian kasar, Kelahiran, Kematian Bayi di Puskesmas Tinanggea Tahun 2016

No	Indikator	Tahun 2016
1	Laju kematian kasar per 1000 penduduk	4.79
2	Laju kematian Bayi per 1000 penduduk	22.6
3	Laju kelahiran Normal per 1000 penduduk	20.46

3. Jumlah Sarana Sosial

Puskesmas Tinanggea dalam melaksanakan kegiatannya baik *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitative* ditunjang oleh jaringan fasilitas layanan kesehatan yakni :

1. Puskesmas Pembantu sebanyak 2 Unit terdiri dari :
 - a. Pustu Moolo Indah
 - b. Pustu Lalonggasu
2. Polindes atau Poskesdes sebanyak 2 buah terdapat di :
 - a. Desa Lalowatu
 - b. Desa Lanowulu
3. Kendaraan roda empat sebanyak 1 unit
4. Kendaraan roda dua 3 unit
5. Posyandu aktif sebanyak 28 unit

6. Posyandu Usia Lanjut (Posbindu sebanyak 5 unit)
7. Dukun terlatih sebanyak 20 orang
8. Kader Posyandu sebanyak 209 orang
9. Toko obat berizin sebanyak 1 Buah

Puskesmas Tinanggea merupakan Puskesmas Tinanggea dengan kapasitas tempat tidur 17 buah yang terdiri dari perawatan persalinan dengan kapasitas tempat tidur 6 buah dan perawatan umum dengan kapasitas tempat tidur 11 buah.

4. Ketenagaan

Jumlah tenaga Puskesmas Tinanggea sebanyak 68 orang yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) sebanyak 30 Orang dan Non Pegawai Negeri Sipil sebanyak 38 Orang.

Tabel 2
Jumlah Petugas Tenaga Kesehatan Puskesmas Tinanggea
Tahun 2016

No	Tanaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum PNS	1 Orang
2	Dokter Gigi PNS	1 Orang
3	Bidan PNS	10 Orang
4	Bidan PTT	12 Orang
5	Bidan Mengabdi	11 Orang
6	Perawat PNS	14 Orang
7	Perawat Mengabdi	7 Orang
8	Sanitarian PNS	2 Orang
9	Nutrisi PNS	1 Orang
10	Nutrisi Kontrak	3 Orang
11	Analisis Kesehatan Kontrak	2 Orang
12	Apoteker	1 Orang
13	Asisten Apoteker	1 Orang
14	Perawat Gigi	1 Orang
15	Kesehatan Masyarakat PNS	1 Orang

K. Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh data dalam bentuk tabel sebagai berikut :

1. Analisis *Univariabel*

a. Paritas

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Preeklampsia Berdasarkan Paritas
Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016

Paritas	F	%
I	25	50
2 – 4	19	38
≥ 5	6	12
Jumlah	50	100

Pada tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 50 sampel yang paritas pertama yaitu 25 orang (50%) paritas 2–4 berjumlah 19 orang (38%) sedangkan paritas ≥ 5 berjumlah 6 orang (12%).

b. Jarak Kehamilan

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Preeklampsia Berdasarkan
Jarak Kehamilan di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016

Jarak Kehamilan	F	%
< 2 tahun	31	62
≥ 2 tahun	19	38
Jumlah	50	100

Pada tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 50 Sampel, jarak kehamilan dibawah 2 tahun yaitu 31 orang (62%) dan jarak kehamilan diatas 2 tahun berjumlah 19 orang (38%).

c. Umur Ibu Hamil

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Preeklampsia Berdasarkan Umur
Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 - 2016

Umur Ibu Hamil	F	%
< 20 Tahun	14	28
20 – 35 Tahun	28	56
> 35 Tahun	8	16
Jumlah	50	100

Pada tabel 4.5 dapat diketahui bahwa dari 50 sampel, umur ibu hamil dibawah 20 tahun yaitu 14 orang (28%), umur ibu hamil antara 20 - 35 tahun yaitu 28 orang (56%) dan umur ibu hamil diatas 35 tahun berjumlah 8 orang (16%).

2. Analisis *Bivariabel*

a. Paritas

Tabel 6
Hubungan Paritas dengan Kejadian Preeklampsia pada ibu Hamil
Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016

Paritas	Preeklampsia berat				Jumlah		ρ value
	Ya		Tidak				
	F	%	F	%	F	%	
I	11	44	14	56	25	100	0,013
2 – 4	2	10,5	17	89,5	19	100	
≥ 5	4	66,7	2	33,3	6	100	
Jumlah	17		33		50		

Pada tabel 4.6 dapat diketahui bahwa dari 50 sampel, hamil pertama yang mengalami preeklampsia berat yaitu 11 orang (44%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 14 orang (56%). Paritas 2 – 4 yang mengalami preeklampsia berat yaitu 2 orang (10,5%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 17 orang (89,5%) dan Paritas ≥5 yang mengalami preeklampsia berat yaitu 4

orang (66,7%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 2 orang (33,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2 = 8,633$ ρ value 0,013 (ρ value $< \alpha$ 0,05) ada hubungan antara Paritas dengan Preeklampsia. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016.

b. Jarak Kehamilan

Tabel 7
Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Preeklampsia pada ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015 -2016

Jarak Kehamilan	Preeklampsia berat				Jumlah		ρ value
	Ya		Tidak				
	F	%	F	%	F	%	
< 2 tahun	15	48,4	16	51,6	31	100	0,006
\geq 2 tahun	2	10,5	17	89,5	19	100	
Jumlah	17		33		50		

Pada tabel 4.7 dapat diketahui bahwa dari 50 sampel, Jarak kehamilan dibawah 2 tahun yang mengalami preeklampsia berat yaitu 15 orang (48,4%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 16 orang (51,6%) dan Jarak kehamilan diatas 2 tahun yang mengalami preeklampsia berat yaitu 2 orang (10,5%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 17 orang (89,5%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2 = 7,525$ ρ value 0,006 (ρ value $< \alpha$ 0,05) ada hubungan antara jarak kehamilan dengan Preeklampsia. Dengan demikian H_0 ditolak dan H_a diterima, maka diputuskan ada hubungan bermakna antara jarak kehamilan dengan preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016.

c. Umur Ibu Hamil

Tabel 8
Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklampsia
pada ibu Hamil Di Puskesmas Tinanggea Tahun 2015-2016

Umur Ibu Hamil	Preeklampsia berat				Jumlah		ρ value
	Ya		Tidak		F	%	
	F	%	F	%			
< 20 Tahun	6	42,9	8	57,1	14	100	0,663
20 – 35 Tahun	9	32,1	19	67,9	28	100	
> 35 Tahun	2	25	5	75	8	100	
Jumlah	17		33		50		

Pada tabel 4.8 dapat diketahui bahwa dari 50 sampel, umur ibu hamil dibawah 20 tahun yang mengalami preeklampsia berat yaitu 6 orang (42,9%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 8 orang (57,1%). Umur ibu hamil 20-35 tahun yang mengalami preeklampsia berat yaitu 9 orang (32,1%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 19 orang (67,9%) dan umur ibu hamil diatas 35 tahun yang mengalami preeklampsia berat yaitu 2 orang (25%) yang mengalami preeklampsia ringan yaitu 5 orang (75%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2 = 0,821$ ρ value 0,663 (ρ value $> \alpha$ 0,05) tidak ada hubungan antara umur ibu hamil dengan Preeklampsia. Dengan demikian H_a ditolak, maka diputuskan tidak ada hubungan umur ibu hamil dengan preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016.

L. Pembahasan

1. Paritas

Hasil analisis *univariabel* diketahui bahwa ibu hamil di puskesmas Tinanggea tahun 2015–2016 yang mengalami preeklampsia sebanyak 50 orang, 50% dari jumlah tersebut adalah ibu yang pertama kali hamil.

Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Novida Hidayanti (2012) yang menemukan adanya hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

Paritas pertama berhubungan dengan kurangnya pengalaman dan pengetahuan ibu dalam perawatan kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) merupakan paritas beresiko terjadinya preeklampsia. Ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 4) sudah mengalami penurunan fungsi sistem reproduksi, selain itu biasanya ibu terlalu sibuk mengurus rumah tangga sehingga sering mengalami kelelahan dan kurang memperhatikan pemenuhan gizinya (Henderson, 2006).

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada *multipara* dominasi *fundus uteri* lebih besar dengan *kontraksi uterus* lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada *grande* dan *multipara*, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara *progresif* lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas *insiden plasenta previa*, perdarahan, *mortalitas* ibu dan *mortalitas perinatal* juga meningkat (Varney, 2008).

2. Jarak Kehamilan

Penelitian kali ini menemukan adanya hubungan bermakna antara jarak kehamilan dengan preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016. Menurut peneliti, penyebab terjadinya preeklampsia bisa disebabkan oleh jarak kehamilan. Jarak kehamilan ideal pada ibu hamil yaitu 2-5 tahun, sebab merupakan jarak kehamilan yang sangat aman untuk melangsungkan kehamilan dan persalinan bagi seorang wanita. Namun dari hasil penelitian responden, yang mengalami preeklampsia berat lebih banyak terjadi pada jarak kehamilan tidak ideal <2 tahun dibandingkan jarak kehamilan ideal 2-5 tahun.

Penelitian Siswi Wulandari (2015) membuktikan signifikan hubungan diantara kedua variabel yang dilakukan uji *spearman rank correlation* dengan bantuan komputerisasi. Hasil analisis uji statistik di dapatkan pada $\alpha = 0,1$ diperoleh $p\text{ value} = ,006$ sehingga $p\text{ value} < \alpha$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian *preeclampsia* pada ibu hamil di RS Aura Syifa 1 Kabupaten Kediri Tahun 2015 serta didapatkan $r = 0,295$.

Hal ini disebabkan karena pada jarak kehamilan <2 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik masih belum siap untuk kehamilan dan persalinan sehingga dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada rahim atau organ-organ reproduksi ibu yang belum kembali ke kondisi semula dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Sedangkan jarak kehamilan >5 tahun beresiko besar terjadinya preeklampsia dan eklampsia, hal tersebut dikarenakan terjadinya proses degeneratif atau melemahnya kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi.

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2–4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum 2 tahun sejak kelahiran anak terakhir seringkali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Wanita dengan jarak kelahiran <2 tahun mempunyai risiko dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan jarak kehamilan yang lebih lama (Armagustini, 2010).

Jarak kehamilan yang dianjurkan pada ibu hamil yang ideal dihitung dari sejak ibu persalinan hingga akan memasuki masa hamil selanjutnya yaitu 2-5 tahun. Hal ini didasarkan karena beberapa

pertimbangan yang akan berpengaruh pada ibu dan anak (Revina, 2015).

3. Umur Ibu hamil

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $X^2=0,821$ p value 0,663 (p value $>\alpha$ 0,05) tidak ada hubungan antara umur ibu hamil dengan Preeklampsia. Dengan demikian H_a ditolak, maka diputuskan tidak ada hubungan umur ibu hamil dengan preeklampsia di Puskesmas Tinanggea tahun 2015 – 2016.

Hal ini bertentangan dengan teori yang mengatakan bahwa primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko pada ibu hamil. Namun faktor resiko dari preeklampsia sendiri banyak diantaranya adanya paritas, riwayat preeklampsia, penyakit ginjal, obesitas dan jarak kehamilan. Dan pada sampai saat ini pula penyebab pasti preeklampsia belum diketahui. Jadi, hendaknya ibu hamil rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan untuk mendiagnosa secara dini preeklampsia, tidak memandang dari usia ibu hamil itu sendiri karena semua ibu hamil adalah berisiko untuk terjadi komplikasi dalam kehamilannya, salah satunya adalah preeklampsia. Disamping itu kurangnya kesadaran ibu hamil akan menjaga kehamilan terutama yang berkaitan dengan pola hidup sehat.

Hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian terdahulu yg dilakukan oleh Sutrimah (2014) yang menunjukkan bahwa presentase pada kelompok control umur Ibu dengan kejadian preeclampsia pada umur Ibu 20-35 tahun lebih banyak yaitu 51% dibandingkan dengan umur ekstrim (<20 Tahun dan >35 Tahun) yaitu sebanyak 46,7%

sedangkan pada kelompok kasus umur Ibu dengan kejadian preeklampsia pada umur 20 sampai 35 tahun yaitu sebanyak 49% dibandingkan dengan umur ekstrim (<20 Tahun dan >35 Tahun) yaitu sebesar 53,3%.

Preeklampsia dan eklampsia merupakan penyakit hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria setelah minggu ke-20, dan jika disertai kejang disebut eklampsia (Nuryani dkk, 2012). Terdapat banyak Faktor resiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan, salah satunya adalah umur yang ekstrim (Prawirohardjo, 2010). Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko pada ibu hamil.

Resiko terjadinya kematian karena preeklampsia pada kelompok usia dibawah 20 tahun sebesar 1,16 kali dibandingkan kelompok usia 20 tahun keatas. Sedangkan kelompok usia 35 tahun keatas mempunyai risiko meninggal karena preeklampsia 1,12 kali dari kelompok 35 tahun kebawah (Raharja, 2012).

Sedangkan Nuryani dkk. (2012) menjelaskan bahwa umur ibu hamil <20 tahun atau >35 tahun berisiko 3,144 kali dan primigravida berisiko 2,147 kali mengalami preeklampsia. Usia ibu hamil dan kejadian preeklampsia adalah dua hal yang secara teori berhubungan satu sama lain. Tetapi fakta yang didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea tahun 2015-2016 didapatkan hasil yang bertolak belakang dengan teori tersebut bahwa usia ibu hamil tidak berhubungan dengan kejadian preeklampsia.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dan pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 50 responden ibu hamil yang mengalami preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Frekuensi Ibu Hamil yang mengalami Preeklampsia di Wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016 adalah 50 orang.
2. Frekuensi ibu hamil yang mengalami Preeklampsia terbanyak pada kehamilan pertama 25 orang (50%).
3. Frekuensi ibu hamil yang mengalami Preeklampsia terbanyak pada jarak kehamilan dibawah 2 tahun yaitu 31 orang (62%).
4. Frekuensi Ibu hamil yang mengalami Preeklampsia terbanyak terdapat pada kelompok umur ibu hamil antara 20-35 tahun yaitu 28 orang (56%).
5. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia di Wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.
6. Ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian preeklampsia di Wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.

7. Tidak ada hubungan antara umur ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Wilayah kerja Puskesmas Tinanggea Kecamatan Tinanggea, Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2015 - 2016.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas Tinanggea
 - a. Diharapkan kepada Pimpinan Puskesmas Tinanggea mendukung dan memfasilitasi kegiatan Bidan Desa yang bertujuan untuk meningkatkan informasi tentang Kebidanan kepada Masyarakat.
 - b. Dianjurkan kepada Bidan yang bertugas di Desa agar tetap tinggal di desa dan aktif melaksanakan kegiatan Bidan desa serta memberdayakan kader Posyandu dan tokoh masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mengenai Pemeriksaan kehamilan secara rutin.
 - c. Meningkatkan pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan menekan angka drop out pada akseptor aktif yang ada diWilayah kerja Puskesmas Tinanggea.
2. Bagi Masyarakat khususnya Ibu Hamil
 - a. Dianjurkan Ibu hamil dan keluarga agar aktif mengikuti kelas Ibu hamil dan penyuluhan yang diadakan oleh petugas Puskesmas Tinanggea/Bidan desa untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan dan kebidanan khususnya preeklampsia.
 - b. Diharapkan Ibu bersalin agar segera mengikuti program Keluarga Berencana (KB) untuk mengatur jarak kelahiran dan menekan

terjadinya kehamilan multigravida/grandemultipara guna menghindari kehamilan dengan komplikasi khususnya Preeklampsia.

3. Bagi Peneliti yang Akan Datang

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis dalam ilmu kebidanan dan penelitian selanjutnya dapat meneliti variabel lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat A.A.. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Heath Books.
- Antie, 2010. Ibu Hamil dan Paritas. Tersedia di: [http : // antie- alia. blogspot. Com /2010/01](http://antie-alia.blogspot.com/2010/01).
- Armagustini, Yetti. 2010. *Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007)*. Skripsi. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Conde-Agudelo A. dan Belizan, J.M.. 2010. *Maternal morbidity associated with interpregnancy interval: cross sectional study*.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. 2010. *Obstetri Williams*. Edisi 23. USA: McGraw-Hill Companies.
- Fisher SJ, McMaster M, Robert JM. 2009. *The Placenta in Normal Pregnancy and Preeclampsia*. Dalam Lindheimer MD, Roberts JM, Cunningham FG, penyunting. Chesley's Hypertensive Disorder of Pregnancy. Edisi Ke-3. New York: Elsevier In Press.
- Gunawan. 2010. *Pendekatan Komprehensif untuk Penyakit Ginjal dan Hipertensi*. Medika Jurnal Kedokteran Indonesia.
- Henderson, C., Jones, K. (2006) Buku Ajar Konsep Kebidanan. Jakarta: EGC
- Kusmiyati. 2008. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
- Manuaba, I.B.G. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
- Manuaba, I.B.G., I.A. Chandranita Manuaba, dan I.B.G. Fajar Manuaba. 2007 *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Maulana, Heri D. J.. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: KGC.
- Morgan G. & Carole H.. 2009. *Obstetri & Ginekologi : Panduan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Mufdlilah. 2009. *Anatal care focused*. Yogyakarta: Nuha Offset.
- Nuryani. 2012. Hubungan Pola Makan, Sosial Ekonomi, Antenatal Care dan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kasus Preeklampsia di Kota Makassar. Media Gizi Masyarakat Indonesia.
- Permatasari A. 2012. *Hubungan Antara Pengetahuan Faktor Risiko Kehamilan dan Jenis Persalinan di RSUD dr. Moewardi Surakarta*.

- Prawirohardjo, S.. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S.. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Puskesmas Tinanggea, 2016, *Profil Puskesmas Tinanggea*, Tinanggea : Puskesmas Tinanggea
- Puskesmas Tinanggea, 2015-2016, *Laporan KIA Puskesmas Tinanggea*, Tinanggea : Puskesmas Tinanggea
- Raharja Mutia, 2012, Asuhan Kebidanan, [http :// www. Kesehatan mutia.blogspot .com](http://www.Kesehatanmutia.blogspot.com),
- Royston E, Amstronng S.. 1998. *Pencegahan kematian ibu hamil. Alih bahasa: Maulany R.F.*. Jakarta: Binarupa aksara.
- Saifuddin, A.B., Adrianz, G., Wiknjosastro, G.H. & Waspodo, D.. 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka.
- Skjaerven, R., Allen, J., Wilcox, M.D., dan Lie, T.R.. 2002. *The Interval Between Pregnancies and Risk of Preeclampsia*. New Engand Journal Medicine.
- Shamsi S, Saleem S, Nishter N. 2013. *Epidemiology and Risk factors of Preeclampsia : An Overview of Observational Studies*. Al Ameen J Med Sci.
- Siswosudarmo, R. 2008. *Obstetri Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press.
- Suririnah. 2009. *Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Suwanti, Edi Prasetyo Wibowo, & Nur Aini Safitri. 2012. Hubungan Tekanan Darah Dan Paritas Dengan Kejadian Preklampsia Di Ruang Bersalin RSUP NTB Tahun 2012. Media Bina Ilmiah
- Trongstada, L.I., Eskilda, A., Magnusa, P., Samuelsena, S.O., dan Nesheim, B.I., 2001. *Changing paternity and time since last pregnancy; the impact on pre-eclampsia risk. A study of 547238 women with and without previous pre-eclampsia*. International Journal of Epidemiology.
- Varney H.. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. 3 ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Wibowo N, Irwinda R, Frisdiantiny E. 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Diagnosis dan Tatalaksana Preeklamsia*. Kementerian Kesehatan RI.
- Windaryani Yuyun, Sunarti Dode, & Alfrida Mallo. 2013. *Hubungan Antara Primigravida / Multigravida Dengan Angka Kejadian Preeklamsia / Eklamsia Di RSKDIA Siti Fatimah Makassar*. Volume 1 Nomor 6 Tahun 2013.
- Winkjosastro, Hanifah, 2010, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization (WHO), 2007. *Maternal Mortality in 2005*. Geneva: Departement of Reproductive Health and Research WHO.

TABEL HASIL PENELITIAN
KEJADIAN PREEKLAMPSIA PUSKESMAS TINANGGEEA TAHUN 2015 - 2016

No	Nama	Umur			Paritas			Jarak			Tekanan Darah		Protein Urine		
		<20 Th	20-35 Th	>35 Th	I	2 - 4	≥ 5	I	<2 Th	>2 Th	≥140/90	≥160/100	1+	2+	3+
1	Ny. R		1		1			1				1		1	
2	Ny. A		1		1			1			1		1		
3	Ny. L	1			1			1				1		1	
4	Ny. A		1			1				1	1		1		
5	Ny. T			1			1		1			1		1	
6	Ny. N			1		1				1	1		1		
7	Ny. N			1			1			1	1		1		
8	Ny. S	1			1			1			1		1		
9	Ny. A		1		1			1				1			1
10	Ny. L		1			1				1	1		1		
11	Ny. L	1			1			1				1		1	
12	Ny. T		1			1				1	1		1		
13	Ny. S			1			1			1	1		1		
14	Ny. T			1		1			1			1	1		
15	Ny. N	1			1			1				1	1		
16	Ny. A			1		1				1	1		1		
17	Ny. N		1			1				1	1		1		
18	Ny. S		1			1				1	1		1		
19	Ny. R		1				1		1			1			1
20	Ny. T		1			1				1	1		1		
21	Ny. F		1			1				1	1		1		
22	Ny. H	1			1			1			1		1		
23	Ny. M	1			1			1			1		1		
24	Ny. P		1			1				1	1		1		
25	Ny. S		1			1			1			1	1		
26	Ny. Y		1		1			1			1				1
27	Ny. R			1	1			1				1	1		
28	Ny. N		1		1			1				1	1		
29	Ny. N		1		1			1			1		1		
30	Ny. E		1			1				1	1		1		
31	Ny. M			1			1			1		1			1
32	Ny. M		1			1				1	1		1		
33	Ny. A		1		1			1			1		1		
34	Ny. H		1		1			1				1		1	
35	Ny. H		1			1				1	1		1		
36	Ny. I	1			1			1				1		1	
37	Ny. O	1			1			1				1		1	
38	Ny. S		1			1			1			1		1	
39	Ny. F		1		1			1			1		1		

40	Ny. D	1			1			1				1	1		
41	Ny. D		1			1			1	1			1		
42	Ny. S		1				1		1			1		1	
43	Ny. N	1			1			1				1	1		
44	Ny. E	1			1			1				1		1	
45	Ny. H		1			1				1	1		1		
46	Ny. W	1			1			1			1		1		
47	Ny. N	1			1			1				1		1	
48	Ny. A	1			1			1			1		1		
49	Ny. N		1			1				1		1			1
50	Ny. J		1		1			1				1		1	
Jumlah		14	28	8	25	19	6	25	6	19	27	23	33	12	5


```

GET
FILE='E:\TEMMA\KAMPUS POLTEK\SKRIPSI\SPSS\Paritas.sav'.
DATASET NAME DataSet0 WINDOW=FRONT.
CROSSTABS
  /TABLES=Paritas BY Preeklampsia
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC
  /CELLS=COUNT EXPECTED ROW
  /COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet1] E:\TEMMA\KAMPUS POLTEK\SKRIPSI\SPSS\Paritas.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Preeklampsia	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Paritas * Preeklampsia Crosstabulation

			Preeklampsia		Total
			Preeklampsia Berat	Preeklampsia Ringan	
Paritas	Hamil Pertama	Count	11	14	25
		Expected Count	8.5	16.5	25.0
		% within Paritas	44.0%	56.0%	100.0%
Paritas 2 - 4		Count	2	17	19
		Expected Count	6.5	12.5	19.0
		% within Paritas	10.5%	89.5%	100.0%
Paritas > 5		Count	4	2	6
		Expected Count	2.0	4.0	6.0
		% within Paritas	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	17	33	50
		Expected Count	17.0	33.0	50.0
		% within Paritas	34.0%	66.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.633 ^a	2	.013
Likelihood Ratio	9.382	2	.009
Linear-by-Linear Association	.054	1	.817
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.04.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.384	.013
N of Valid Cases	50	

CROSSTABS

```

/TABLES=Umur BY Preeklampsia
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ CC
/CELLS=COUNT EXPECTED ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet1] E:\TEMMA\KAMPUS POLTEK\SKRIPSI\SPSS\UMUR IBU HAMIL.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur Ibu Hamil * Preeklampsia	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Umur Ibu Hamil * Preeklampsia Crosstabulation

			Preeklampsia		Total
			Preeklampsia Berat	Preeklampsia Ringan	
Umur Ibu Hamil	< 20 Tahun	Count	6	8	14
		Expected Count	4.8	9.2	14.0
		% within Umur Ibu Hamil	42.9%	57.1%	100.0%
	20 - 35 Tahun	Count	9	19	28
		Expected Count	9.5	18.5	28.0
		% within Umur Ibu Hamil	32.1%	67.9%	100.0%
	> 35 Tahun	Count	2	6	8
		Expected Count	2.7	5.3	8.0
		% within Umur Ibu Hamil	25.0%	75.0%	100.0%
Total	Count	17	33	50	
	Expected Count	17.0	33.0	50.0	
	% within Umur Ibu Hamil	34.0%	66.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.821 ^a	2	.663
Likelihood Ratio	.820	2	.664
Linear-by-Linear Association	.788	1	.375
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.72.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.127	.663
N of Valid Cases	50	



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN KONAWE SELATAN
PUSKESMAS TINANGGEEA**

Jalan Poros Tinanggea Bombana, Kode Pos 93385

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

NOMOR : 440/3301/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr.Johannis Isak Penggele
NIP : 19621120 199803 1 003
Jabatan : Kepala Puskesmas Tinanggea


Dengan ini menyetujui :

Nama : Fatmawati
NIM : P00312016118
Program Studi : DIV Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : Puskesmas Tinanggea

Dengan Judul : **“HUBUNGAN PARITAS, JARAK KEHAMILAN DAN UMUR IBU HAMIL
DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TINANGGEEA KECAMATAN TINAGGEEA KABUPATEN KONAWE
SELATAN TAHUN 2015-2016”**

Telah melakukan penelitian dari Tanggal 20 s/d 30 Nopember 2017.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tinanggea, 1 Desember 2017
Kepala Puskesmas Tinanggea

Dr. Johannis Isak Penggele
NIP. 19621120 199803 1 003

**DOKUMENTASI PENGAMBILAN DATA SEKUNDER
PUSKESMAS TINANGGEEA**

