

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN PRE-EKLAMSI PADA
IBU HAMIL DI RS BAHTERAMAS PROVINSI
SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2017**



SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma IV Kebidanan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kendari**

OLEH :

**ASRIDA ARYANI ASAHIR
NIM. P00312016109**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-IV
TAHUN 2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI
FAKTOR RISIKO KEJADIAN PRE-EKLAMSI PADA IBU HAMIL
DI RS BAHTERAMAS PROVINSI
SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2017

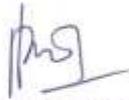
Di ajukan Oleh :

ASRIDA ARYANI ASAHIR
NIM : P0032016109

Kendari, Desember 2017

Mengetahui :

Pembimbing I



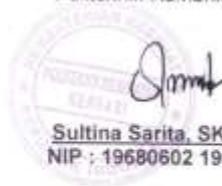
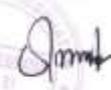
Hj. Sitti Rachmi Misbah, S.Kp, M.Kes
NIP. 19711112 199103 2 001

Pembimbing II



Hj. Sitti Zaenab, SKM, SST, M.Keb
NIP. 19690304 198903 2 001

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kemenkes kendari

Sultina Sarita, SKM, M.Kes
NIP : 19680802 199203 2 003

HALAMAN PENGESAHAN

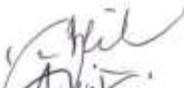
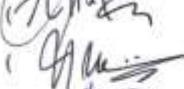
FAKTOR RISIKO KEJADIAN PRE-EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL
DI RS BAHTERAMAS PROVINSI
SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2017

Di ajukan Oleh :

ASRIDA ARYANI ASAHIR
NIM : P0032016109

Skripsi ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kendari Jurusan Kebidanan serta di ujikan pada tanggal 19 Desember 2017.

1. Halijah, SKM, M.Kes
2. Sitti Aisa, Am.Keb,S.Pd,M.Pd
3. Hj. Nurnasari,SKM,M.Kes
4. Hj.Sitti Rachmi Misbah, S.Kp,M.Kes
5. Hj.Sitti Zaenab, SKM,SST,M.Keb

()
()
()
()
()

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kemenkes kendari



Sultina Sarita, SKM., M.Kes
NIP : 19680602 199203 2 003

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Penulis

1. Nama : Asrida Aryani Asahir
2. Tempat/Tanggal Lahir : Kolaka, 27 Januari 1993
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jln. Bunga Kolosua kec. Kendari barat
6. No. telepon : 082271159146
7. Status : Kawin

B. Pendidikan Formal

1. SD Negeri 1 Lalombaa Tamat Tahun 2004
2. SMP Negeri 2 Kolaka Tamat Tahun 2007
3. SMA Negeri 2 Kolaka Tamat Tahun 2010
4. Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari Tamat Tahun 2013.
5. Diploma IV kebidanan Poltekkes kemenkes Kendari masuk Tahun 2016 sampai sekarang.

ABSTRAK

FAKTOR RISIKO KEJADIAN PREEKLAMISIA PADA IBU HAMIL DI RS BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA

Asrida Aryani Asahir¹ Sitti Rachmi² sitti Zaenab³

Latar Belakang: Pre-eklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda khas tekanan darah tinggi (hipertensi), pembengkakan jaringan (edema), dan di temukannya protein dalam urin (*proteinuria*) yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke-3 kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan. Berdasarkan data pada 2 tahun terakhir, terjadi peningkatan jumlah penderita ibu hamil preeklamsia yaitu sebanyak 39,4%. Sementara jumlah penderita preeklamsia pada tahun 2017 dari bulan Januari s/d Maret berjumlah 38 orang.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017.

Hasil Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan rancangan penelitian kasus kontrol. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 76 sampel yang terdiri dari 38 kelompok kasus dan 38 kelompok control dengan perbandingan 1:1. Teknik pengambilan sampel secara *Purposive sampling*. Dari hasil penelitian di dapatkan bahwa ada faktor risiko yang signifikan antara usia kehamilan (*p value* = 0,015 dan OR = 5,385) dengan kejadian preeklamsia. Tidak ada faktor risiko yang signifikan antara paritas (*p value* = 0,111 dan OR = 2,462), kunjungan ANC (*p value* = 0,251 dan OR = 1,704) dengan kejadian preeklamsia.

Saran Penelitian: Oleh sebab itu, diharapkan bagi pihak RS Bahteramas untuk meningkatkan upaya pelayanan dalam penanganan penderita preeklamsia secara optimal serta mendeteksi faktor risiko sehingga keparahan dan komplikasi dapat terminimalisir dengan baik serta dapat membuat system pendokumentasian yang lebih baik lagi sehingga mudah di evaluasi.

Kata Kunci : Preeklamsia, Paritas, Usia Kehamilan, Kunjungan ANC.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan segala puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah serta kasih sayang-Nya sehingga atas ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian ini yang berjudul “ Faktor Risiko Kejadian Preeklamsia pada Ibu Hamil Di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara tahun 2017 “

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa begitu banyak kesulitan dan hambatan yang di temukan, namun penulis tetap berusaha. Penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi, bahasa, maupun materi yang ada di dalamnya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada ibu **Hj.Sitti Rachmi Misbah, S.Kp, M,Kes** selaku pembimbing I dan ibu **Hj. Sitti Zaenab, SKM, SST,M.Keb** selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktunya sehingga penulisan hasil penelitian ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Askrening, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Sultina, SKM, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes kendari.,
3. dr. M. Yusuf Hamra, M.Sc, Sp.PD selaku Direktur RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Ibu Halijah, SKM, M.Kes selaku penguji 1, Ibu Sitti Aisa Am.Keb, S.Pd, M.Pd selaku penguji 2, Hj.Nurnasari,SKM,M.Kes selaku penguji 3 dalam skripsi ini.

5. Seluruh dosen dan Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan sehingga mengikuti pendidikan yang telah memberikan arahan dan bimbingan.
6. Buat orang tuaku Drs. Asahir Azis. M.Pd (Alm) dan Putriani terima kasih banyak atas dukungannya selama ini.
7. Suamiku Sainudin Dwiatas Adiguna dan anakku Al Firza Ramadhan.
8. Seluruh teman-teman D-IV Jurusan kebidanan Politeknik Kesehatan kendari, yang senantiasa memberikan bimbingan, dorongan, pengorbanan, motivasi, kasih sayang serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis memempuh pendidikan.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu. Atas segala bantuan dalam menyelesaikan hasil penelitian ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan yang telah di berikan. Dan semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada kita semua.

Kendari, Desember 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. LatarBelakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka.....	10
B. Landasan Teori.....	34
C. Kerangka Teori	35
D. Kerangka Konsep	36
E. Hipotesis Penelitian	37
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	34
B. Lokasi dan Waktu penelitian	34
C. Populasi dan Sampel	35
D. Definisi Operasional.....	36
E. Instrumen penelitian.....	37
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	37

G. Pengolahan Data	38
H. Analisis Data	39
I. Keterbatasan Penelitian	42

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
B. Hasil Penelitian	46
C. Pembahasan.....	56

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	61
B. Saran	61

Daftar Pustaka

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Distribusi jumlah pegawai menurut jenis kelamin di RS 45 Bahteramas Provinsi Sulawesi tenggara.	45
2. Data sarana dan prasarana di RS Bahteramas provinsi 45 Sulawesi tenggara.	45
3. Data tenaga kesehatan menurut jenis ketenagaan yang 46 bertugas di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	46
4. Distribusi responden menurut kelompok umur di RS 47 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	47
5. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di RS 48 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	48
6. Distribusi responden menurut pekerjaan di RS 49 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	49
7. Distribusi responden berdasarkan status preeklamsia 50 Di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	50
8. Distribusi responden berdasarkan paritas di RS 50 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	50
9. Distribusi responden berdasarkan usia kehamilan di RS 51 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	51
10. Distribusi responden berdasarkan kunjungan ANC di RS 52 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	52
11. Risiko paritas terhadap kejadian preeklamsia di RS 53 Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	53
12. Risiko usia kehamilan terhadap kejadian preeklamsia 54 Di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	54
13. Risiko kunjungan ANC terhadap kejadian preeklamsia 55 Di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori Penelitian	31
2. Kerangka Konsep Penelitian	31
3. Desain Penelitian <i>Case Control</i>	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Surat Pengambilan Data Awal
2. Izin Penelitian dari Litbang
3. Surat Keterangan Kelayakan Etika Penelitian
4. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauteri* mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba,1998). Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari pertama haid terakhir (Sarwono,2002). Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh didalam rahim ibu, dan selanjutnya dapat di jelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya janin sesuai usia kehamilan, pada setiap dilakukan pemeriksaan kahamilan (Muhimah dan Safe'l, 2010).

Menurut BKKBN pengertian ibu hamil adalah proses terjadinya kehamilan saat seorang wanita yang membawa embrio di dalam tubuhnya. Secara medis, ibu hamil di sebut gravida, sedangkan calon bayi yang di kandungnya saat awal kehamilan di sebut embrio dan selanjutnya di sebut janin sampai waktu kehamilan tiba (Manuaba, 2000).

Preeklamsia merupakan sindrom yang di tandai dengan peningkatan tekanan darah dan *proteinuria* yang muncul di trimester kedua kehamilan yang selalu pulih di periode *postnatal*. Preeklamsia dapat terjadi pada masa *antenatal*, *intranatal*, dan *postnatal*. Ibu yang mengalami hipertensi akibat kehamilan berkisar 10% dimana 3-4% di antaranya mengalami

preeklampsia 5% mengalami hipertensi dan 1-2% mengalami hipertensi kronik (Robson dan Jason, 2012).

Angka kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan masih sangat tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO), sekitar 500.000 wanita hamil di dunia menjadi korban proses reproduksi setiap tahun. Sekitar 4 juta bayi meninggal karena sebagian besar penanganan kehamilan dan persalinan yang kurang bermutu. WHO memperkirakan 15.000 dari sekitar 4,5 juta wanita melahirkan di Indonesia mengalami komplikasi yang menyebabkan kematian salah satunya pre-eklamsia (Hidayat, 2010).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan. Target global MDGs (*Millennium Development Goals*) ke-5 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target MDGs ke-5 untuk menurunkan AKI adalah *off track*, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk mencapainya (Kemenkes RI, 2014).

Angka Kematian Ibu dalam waktu lima tahun terakhir menunjukkan *trend* menurun yakni dari tahun 2011 terdapat 342 AKI/100.000KH, tahun

2012 sebesar 277,tahun 2013 sebesar 240,tahun 2014 sebesar 205 dan tahun 2015 menjadi 131. Bila di bandingkan dengan target MDG's 2015 yaitu sebesar 105AKI/100.000 Kelahiran Hidup,dapat di katakan bahwa target tersebut tidak tercapai, meskipun angkanya terus menurun dan telah menghampiri angka target. Walaupun demikian upaya menurunkan AKI juga tidak dapat sepenuhnya di katakan gagal, walaupun di perlukan upaya yang lebih keras untuk dapat mencapai target yang harus di ikuti dengan peningkatan pelayanan ANC (*AnteNatal Care*),PNC (*PeriNatal Care*), peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi standar (Dinkes Sultra,2015).

Ibu hamil yang mengalami preeklamsia berisiko tinggi mengalami keguguran, gagal ginjal akut, perdarahan otak, pembekuan darah intravaskular, pembengkakan paru-paru kolaps pada system pembuluh darah. Bahaya preeklamsia bagi bayi adalah dapat menghambat asupan darah ke plasenta (jalur penyerapan udara dan makanan untuk janin) sehingga bayi bisa mengalami kekurangan oksigen (*hypoxia*) dan makanan (Sulistioningsih, 2011:131).

Setiap tahun sekitar 50.000 ibu meninggal di dunia karena eklamsia. Insiden eklamsia di Negara berkembang berkisar dari 1:100 sampai 1:1700. Beberapa kasus memperlihatkan keadaan yang tetap ringan sepanjang kehamilan. Pada stadium akhir yang disebut eklamsia,pasien akan mengalami kejang. Jika eklamsia tidak di tangani secara cepatakan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena kegagalan jantung,

kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak. Eklamsia menyebabkan angka kematian sebesar 5% atau lebih tinggi (Rozikhan,2007: 2).

Pre eklamsia (25%) termasuk penyebab langsung tingginya AKI di Indonesia setelah perdarahan (32%), di susul infeksi (5%), partus lama (5%), dan abortus (1%), penyebab lain-lain (32%) cukup besar, termasuk di dalamnya penyebab penyakit non obstetric (RISKESDAS,2010 dalam Depkes,2012:2).

Kematian ibu di Provinsi Sulawesi Tenggara umumnya disebabkan oleh pendarahan dan penyebab lain (*Retensio urine, asma bronkial, febris, post sc, sesak nafas, dekompen sasi cordis, plasenta previa, komplikasi TBC , gondok, gondok beracun*) dan HDK. Berbagai faktor menjadi penyebab seperti ekonomi, pengaruh budaya, rendahnya kunjungan ke tenaga kesehatan selama hamil, keterlambatan merujuk, terlambat sampai di fasilitas pelayanan kesehatan, atau terlambat mendapat pertolongan yang dapat mengakibatkan kematian (Dinkes Sultra, 2015).

Berdasarkan data awal yang diperoleh dari rekam medik RS Bahteramas Sulawesi Tenggara, pada tahun 2014 bahwa jumlah data seluruh ibu hamil yang pernah di rawat inap sebanyak 1,670 orang, terdapat 144 orang (8,62%) dengan kasus pre-eklamsia, pada tahun 2015 bahwa jumlah data ibu hamil yang pernah di rawat inap sebanyak 1,491 orang terdapat 104 orang (6,98%) dengan kasus pre-eklamsia, pada tahun 2016 bahwa jumlah data ibu hamil yang pernah di rawat inap

sebanyak 1,584 orang terdapat 145 orang (9,15%) dengan kasus pre-eklamsia, dan pada tahun 2017 dimulai dari bulan Januari sampai dengan Maret bahwa jumlah data ibu hamil yang dirawat inap sebanyak 521 orang terdapat 38 orang (15,13%) dengan kasus preeklamsia.

Pada penelitian dengan kasus pre-eklamsia tahun 2012 di dapatkan di dapatkan hubungan Usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia sebesar 157 (17,7%) responden menderita pre-eklamsia, terdapat 127 (20,0%) ibu dengan usia kehamilan > 28 minggu yang menderita pre-eklamsia. Sedangkan ibu dengan usia kehamilan \leq 28 minggu terdapat 30 (11,9%) yang menderita pre-eklamsia. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia di RSUD Raden Mattaher Jambi tahun 2012.

Pada penelitian dengan kasus pre-eklamsia tahun 2014 di dapatkan Di tinjau dari ANC sebagian besar penderita preeklamsi-eklamsia tidak melakukan pemeriksaan antenatal. Ibu hamil yang tidak pernah melakukan ANC, pada penderita pre-eklamsia di dapatkan 138 (37,7%) dan pada penderita eklamsia di dapatkan 21 (40,38%). Sedangkan ibu hamil yang rutin melakukan ANC di dapatkan pada penderita pre-eklamsia 115 (31,42%) dan pada penderita eklamsia 16 (30,77%).

Hubungan kunjungan ANC (*Antenatal Care*) dengan kejadian preeklamsia adalah Preeklamsia dan eklamsia merupakan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklamsia atau

setidaknya dapat mendeteksi secara dini preeklamsia dapat mengurangi kejadian kesakitan. Masih rendahnya kesadaran ibu-ibu hamil untuk memeriksa kandungannya pada sarana kesehatan, sehingga faktor-faktor yang sesungguhnya dapat dicegah atau komplikasi kehamilan yang dapat di perbaiki serta tidak segera dapat di tangani.

Pada penelitian dengan kasus pre-eklamsia tahun 2012 di dapatkan hubungan riwayat penyakit dengan kejadian pre-eklamsia sebesar 157 (17,7%) responden menderita pre-eklamsia, terdapat 116 (70,7%) ibu dengan riwayat penyakit yang menderita pre-eklamsia, sedangkan ibu dengan tidak ada riwayat terdapat 41 (5,7%) yang menderita pre-eklamsia. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit dengan kejadian pre-eklamsia di RSUD Raden Mattaher Jambi tahun 2012.

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti masalah Faktor Risiko kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah paritas merupakan faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara ?
2. Apakah usia kehamilan merupakan faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara ?

3. Apakah kunjungan Antenatal Care merupakan faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Mengetahui kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko paritas di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
2. Mengetahui kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko usia kehamilan di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
3. Mengetahui kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko kunjungan Antenatal Care di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak, sehingga dapat dijadikan sumber informasi yang berharga antara lain:

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian bagi bidang IPTEK diharapkan dapat memperkaya khazanah ilmu pengetahuan dan sebagai petunjuk yang bermanfaat bagi pembaca dan peneliti.

- b. Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi bahan masukan atau referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

- a. Manfaat bagi instansi

Hasil penelitian dapat memberikan informasi terkait faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dan dapat di gunakan instansi untuk evaluasi dan membuat kebijakan dalam menurunkan angka kematian ibu di wilayahnya.

- b. Manfaat bagi masyarakat

Dapat memberikan informasi terkait faktor-faktor yang dapat berhubungan dengan kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil sehingga masyarakat khususnya ibu hamil dapat lebih waspada dalam menjaga kehamilan.

E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelitian kepustakaan yang sudah peneliti lakukan, adalah:

1. Sutrimah (2014), dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia pada Ibu Hamil Di RS Roemani Muhammadiyah Semarang”. Perbedaan dari penelitian yang saya lakukan yaitu terletak di variabel penelitian (variabel bebas) di mana variabel yang saya teliti di antaranya Riwayat Penyakit, Usia kehamilan dan Kunjungan *Antenatal Care*, Sedangkan Pada penelitian Sutrimah ini Variabel Bebas yang di teliti di antaranya Umur, Paritas, dan tingkat pendidikan ibu.

2. Vania C.Estina (2014), dengan judul “Karakteristik Penderita Preeklamsia dan Eklamsia yang di rawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung”. Perbedaan dari penelitian yang saya lakukan yaitu terletak pada jenis penelitian. Jenis penelitian yang saya gunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional study*. Metode *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari antara faktor yang berhubungan dengan kejadian pre-eklamsia, di mana variabel dependen dan variabel independen di observasi atau pengumpulan data sekaligus dalam satu waktu (Sastroasmoro,2005).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Teori Tentang Preeklamsia

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba,1998). Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin.Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari pertama haid terakhir (Sarwono,2002). Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami,menghasilkan janin yang tumbuh didalam rahim ibu, dan selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya janin sesuai usia kehamilan, pada setiap dilakukan pemeriksaan kahamilan (Muhimah dan Safe'l, 2010).Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dari konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan.

a. Pengertian Pre-eklamsia

Pre-eklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda khas tekanan darah tinggi (hipertensi), pembengkakan jaringan (edema), dan di temukannya protein dalam urin (*proteinuria*) yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke-3 kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Preeklamsia adalah terjadinya peningkatan tekanan darah paling sedikit 140/90 mmHg, *proteinuria* dengan atau tanpa edema. Edema tidak lagi dimasukkan dalam kriteria diagnostik, karena edema juga di jumpai pada kehamilan normal. Pengukuran tekanan darah harus di ulang berselang 4 jam. Preeklamsi merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas. Dari gejala-gejala klinik preeklamsi dapat di bagi menjadi preeklamsi ringan dan preeklamsi berat (Haryono, 2006).

Preeklamsia merupakan penyakit dengan tanda timbulnya hipertensi disertai *proteinuria* dan edema. Pre-eklamsia pada umumnya terjadi pada primigravida, kehamilan di usia remaja, kehamilan pada wanita yang berusia diatas 40 tahun, mengandung lebih dari satu janin, riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, kegemukan, riwayat kencing manis dan riwayat preeklamsia (Yeyeh, 2010).

Peningkatan kejadian preeklamsia pada usia >35 tahun mungkin di sebabkan karena adanya hipertensi kronik yang tidak terdiagnosa. Di samping itu, preeklamsi juga di pengaruhi oleh paritas (Cunningham, 2003).

Pre-eklamsi merupakan keadaan yang khas pada kehamilan yang di tandai dengan gejala edema, hipertensi, serta *proteinuria* yang terjadi setelah usia kehamilan 28 minggu dan belum di ketahui penyebabnya. Tetapi ada faktor tertentu sebagai

predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada primigravida, *overdistensi uterus* (kehamilan kembar, *polihidramnion*, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi esensial, diabetes, dan disfungsi plasenta (Armugutini, 2010).

Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias : hipertensi, proteinuria dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya (Puspita, 2013).

b. Epidemiologi preeklamsia

Frekuensi preeklamsia tiap negara berbeda-beda karena banyak faktor yang mempengaruhinya yaitu, jumlah primigravida, keadaan sosial ekonomi, perbedaan kriterium dalam penentuan diagnosis dan lain-lain. Di Indonesia frekuensi kejadian preeklamsia sekitar 3-10%. Pada primigravida frekuensi preeklamsia lebih tinggi bila di bandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda. Diabetes melitus, *mola hidatidosa*, kehamilan ganda, *hidropsfetalis*, umur lebih dari 35 tahun, paritas tinggi dan obesitas merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia (Sarwono, 2008). Peningkatan kejadian preeklamsia pada usia >35 tahun mungkin di sebabkan karena adanya hipertensi kronik yang tidak terdiagnosa. Disamping itu, preeklamsia juga di pengaruhi oleh paritas (Cunningham, 2003).

c. Patofisiologi preeklamsia

Banyak ahli saat ini menyarankan model dua tahap yang terjadi atas trigger plasenta yang di ikuti dengan respons sistemik maternal. Perbedaan pada presentasi dan kemajuan pre-eklamsia di jelaskan sebagai akibat perbedaan sifat respons maternal (Walker,2000; Briley et al, 2001). Di nyatakan bahwa trigger plasenta merupakan satu kondisi *iskemia absolute* atau relative akibat

- 1) Plasentasi yang buruk terjadi ketika terdapat kegagalan invasi *trofoblas arteri spirales uteri*. Pada kehamilan normal, dinding otot arteri ini *retsusun* atas otot lurik sejauh sepertiga bagian dalam *miometrium* (Roberts & Cooper,2001) yang mengakibatkan perfusi lebih banyak ke ruang *intervilus*, insufisien plasenta juga berkaitan dengan *deposisi fibrin* dan trombosis pada *arteriol spiralis*(Walker,2000).
- 2) Plasenta yang besar abnormal, yang meningkatkan suplai darahnya (Roberts& Cooper, 2001), seperti pada kehamilan kembar atau *molahidatidosa*.
- 3) Faktor lain yang menurunkan perfusi plasenta, seperti perubahan kardiovaskular akibat diabetes atau hipertensi esensial.

Iskemia plasenta secara langsung maupun tidak langsung mungkin memicu respons radang maternal abnormal (disfungsi endotel umum merupakan bagian respons tersebut). Pada

wanita yang mengalami pre-eklamsia dan gangguan terkait. Akan tetapi, tidak semua wanita yang memiliki pemicu potensial mengalami pre-eklamsia. Oleh karena itu, (Walker,2000) menduga bahwa respons maternal di pengaruhi oleh faktor genetik, perilaku, atau lingkungan. Faktor ini dapat meliputi genotype maternal atau janin atau interaksi keduanya (Redman et al,1999;Roberts & cooper,2001).

Tampak bahwa tidak ada penyebab khusus pre-eklamsia, dan mungkin berbagai hal termasuk faktor plasenta dan maternal mengakibatkan *disfungsi endotel* yang merupakan bagian reaksi radang *intravascular maternal* yang lebih luas. Sebagian besar gambaran klinis pre-eklamsia dapat dijelaskan melalui konsep disfungsi sel endotel umum, yang digunakan sebagai dasar diagnosis.

a) Hipertensi

Gangguan kontrol endotel tonus pembuluh darah, yang berkaitan dengan perubahan fungsi *renin-angiotensin*, mengakibatkan *vasospasme*, peningkatan *resistensi perifer*, dan peningkatan tekanan darah.

b) Proteinuria

Terjadi akibat *glomeruloe deteliosis*, yang sembuh setelah kelahiran (Walker,2000). Proteinuria merupakan gambaran lanjut pre-eklamsia tetapi dikaitkan dengan hasil yang lebih buruk. Proteinuria terjadi ketika kadar protein

melebihi 0,3 g dalam 24 jam yang signifikan, bukan jumlah absolute protein (Walker,2000).

c) Edema

Edema patologis terjadi akibat peningkatan *permeabilitas endotel* disertai kehilangan protein dari serum (ditandai dengan proteinuria), yang mengubah arah tekanan osmotik ketika kadar albumin serum turun di bawah 20g/L (Mckay,1999). Akibatnya, terjadi penurunan volume sirkulasi dan curah jantung, yang lebih lanjut menurunkan perfusi organ, dan peningkatan hemoglobin dan hematokrit, yang berkaitan dengan hasil perinatal yang lebih buruk. Edema patologis menambah beberapa gambaran pre-eklamsia berat, seperti nyeri *epigastrium* atau nyeri punggung (edema hati), sakit kepala dan *konvulasi (edema serebri)*, dan sesak napas (edema paru) (Walker,2000).

d) Koagulopati

Kerusakan endotel pembuluh darah mengakibatkan aktivasi sistem *koagulasi* dan *agregasi trombosit*. Pembentukan *mikroemboli* pada pembuluh darah yang lebih kecil, selanjutnya akan menurunkan perfusi organ.

e) Gangguan fungsi ginjal

Fungsi ginjal umumnya di pertahankan hingga stadium lanjut, namun mengalami kerusakan pada pre-eklamsia berat akibat *vaso konstriksi* dan penurunan perfusi.

Peningkatan kadar kreatinin serum dan proteinuria mengindikasikan gangguan fungsi *glomerulus*, sedangkan peningkatan kadar asam urat sekunder akibat iskemia jaringan dan stress oksidatif. Fungsi tubulus rusak sebelum terjadi gangguan fungsi tubulus, dan peningkatan kadar asam urat serum serta hipertensi umumnya terjadi sebelum proteinuria (Dekker & Sibai, 2001).

d. Klasifikasi Preeklamsia

Menurut (Mochtar, 2011) Pre-eklamsia ringan dan pre-eklamsia berat dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

1) Pre-eklamsia Ringan

Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit. Penyebab preeklamsia ringan belum diketahui secara jelas, penyakit ini dianggap sebagai "*maladaptation syndrome*" akibat *vasospasme megenera* dengan segala akibatnya (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Gejala klinis preeklamsia ringan meliputi :

- a) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang, kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak pemeriksaan 1 jam, dan sebaiknya 6 jam.

- b) Oedema umum, kaki, jari tangan dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
- c) Proteiuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau *midstream*.

2) Pre-eklamsia Berat

Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

- a) Tekanan darah 160/110mmH atau lebih.
- b) Proteinuria 5 gr atau lebih per liter.
- c) Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam.
- d) Adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, mual-muntah, dan rasa nyeri di epigastrium.
- e) Terdapat edema paru dan sianosis.

e. Faktor-faktor yang Memengaruhi Terjadinya Preeklamsia pada Ibu Hamil.

Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya pre-eklamsia pada ibu hamil antara lain :

1) Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu (Sumarah, 2009).

Paritas dapat di klasifikasikan menjadi 3,yaitu :

a) Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan janin yang usiagestasinya lebih dari 28 minggu, baik lahir hidup mati.

b) Multipara

Multipara adalah ibu yang telah melahirkan lebih dari 1 bayi kurang dari 5 Grande multipara Grande multipara adalah ibu yang memiliki paritas tinggi,telah melahirkan lebih dari 4 anak.Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal.

2) Kehamilan Kembar

Kehamilan gemeli atau kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Frekuensi kehamilan kembar meningkat dengan paritas ibu. Dari 9,8 per 1000 persalinan primipara frekuensi kehamilan kembar meningkat sampai 18,9 (Mochtar, 2011).

Kehamilan multipel merupakan kondisi yang berhubungan dengan terjadinya pre-eklamsia meskipun terjadi lebih banyak pada primigravida, namun jumlahnya juga meningkat pada multipara. Secara keseluruhan angka kejadian mencapai 30% (Carolyn,2010).

Kehamilan kembar meningkatkan resiko komplikasi dalam kehamilan salah satunya yaitu pre-eklamsia oleh karena itu

perlu tambahan asuhan prenatal rutin dengan skrining pre-eklamsia, observasi tekanan darah, edema, proteinuria, pengkajian sakit kepala dan perubahan penglihatan (Carolyn, 2010).

Dua persen dari seluruh kehamilan spontan merupakan kehamilan kembar, dan angka tersebut meningkat ada teknologi reproduksi yang dibantu (Carolyn,2010). Kehamilan kembar dapat diklasifikasikan menjadi 2, yaitu kembar dizigot dan kembar monozigot. Kembar dizigot terjadi akibat fertilisasi dua ovum berbeda, yang secara spontan dilepaskan secara bersamaan pada saat ovulasi, oleh dua spermatozoa. Sedangkan kembar monozigot terjadi akibat fertilisasi satu ovum oleh satu spermatozoa yang kemudian membelah menjadi dua struktur yang identik (Holmes,2011).

3) Hipertensi

Preeklamsi/eklamsi dapat juga di picu oleh karena adanya beberapa penyakit sistemik yang di derita ibu sebelum ataupun selama kehamilan. Pada wanita dengan riwayat hipertensi kronik dapat memperburuk terutama pada kehamilan berikutnya. Hipertensi yang di perberat oleh kehamilan seperti itu dapat di sertai dengan proteinuria atau edema patologis yang di sebut *superimposed preeklamsi berat/eklamsi* (Cunningham, 2003).

Superimposed preeklamsi berat/eklamsi timbul lebih awal

dalam kehamilan bila di bandingkan dengan preeklampsi berat murni dan cenderung menjadi berat pada kebanyakan kasus. Hipertensi yang di perberat oleh kehamilan umumnya terjadi pada multipara yang menderita penyakit vaskuler, termasuk hipertensi esensial yang kronis dan DM atau dengan penyakit ginjal. Insiden hipertensi yang di perberat oleh kehamilan atau superimposed preeklampsi berat/eklampsi berkisar antara 15-25% (Cunningham, 2003).

Hipertensi di definisikan sebagai tekanan darah sistolik sebesar 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolik sebesar <90 mmHg, dalam keadaan pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan anti hipertensi dan tidak sedang menderita penyakit akut (Gupta dan Kasliwal, 2004). Hipertensi merupakan suatu hipertensi yang sangat luas dan merupakan suatu faktor risiko independen terhadap penyakit kardiovaskuler pada populasi lansia (Franklin et.al, 2001).

Ada beberapa definisi dan klasifikasi hipertensi sistolik-diastolik di diagnosis bila Tekanan Darah Sistolik (TDS) 140 mmHg dan Tekanan Darah Diastolik (TDD) 90 mmHg. Hipertensi adalah bila TDS 140 mmHg dengan TDD <90 mmHg. Adapun klasifikasi khusus untuk hipertensi seperti dapat di lihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1.Klasifikasi Tingkat Tekanan Darah (mmHg)

Kategori	S	Dia
Optimal	<	< 80
Normal	<	< 85
Normal- Hipertensi (ringan)	1	85 – 100
Hipertensi	1	100
Hipertensi	≥	≥

4) Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Preeklamsi dan eklamsi merupakan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklamsi atau setidaknya dapat mendeteksi secara dini preeklamsia dapat mengurangi kejadian kesakitan. Masih rendahnya kesadaran ibu-ibu hamil untuk memeriksa kandungannya pada sarana kesehatan, sehingga faktor-faktor yang sesungguhnya dapat di cegah atau komplikasi kehamilan yang dapat di perbaiki serta tidak segera dapat di tangani.

Sering kali mereka datang setelah Preeklamsi dan eklamsi merupakan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklamsi atau setidaknya dapat mendeteksi secara dini preeklamsi dapat mengurangi kejadian kesakitan. Masih rendahnya kesadaran ibu-ibu hamil untuk memeriksa kandungannya pada sarana kesehatan, sehingga faktor-faktor yang sesungguhnya dapat di cegah atau

komplikasi kehamilan yang dapat di perbaiki serta tidak segera dapat di tangani. Seringkali mereka datang setelah keadaannya buruk. Oleh karena itu (DepkesRI, 2008) menganjurkan agar setiap ibu hamil mendapatkan paling sedikit 4 kali kunjungan selama periode antenatal :

- a. Satu kali kunjungan pada trimester pertama (usia kehamilan 14 minggu).
- b. Satu kali kunjungan pada trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu).
- c. Dua kali kunjungan pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

5) Usia Kehamilan

Adanya fisiologi masalah umum yang terjadi selama kehamilan khususnya pada trimester III kehamilan di antaranya insomnia, edema serta adanya rasa khawatir dan cemas menjelang persalinan. Hal ini di perkuat oleh teori Soefoewan (2008) dalam Artikasari (2009) yang mengatakan bahwa peningkatan gradual dari tekanan darah, proteinuria dan edema selama kehamilan merupakan tanda-tanda pre-eklamsia. Gejala tersebut menjadi jelas dan nyata pada usia kehamilan trimester III, jika timbul sebelumnya kemungkinan terjadinya hamil anggur (*mola hydatidosa*).

Seperti yang dikatakan dalam Manuaba (1998) bila di jumpai tekanan darah sekitar 140/90 mmHg sudah harus

menjadi perhatian bidan untuk dapat mengulanginya dalam tenggang waktu 6 jam. Bila tetap sama ibu di anjurkan konsul ke dokter untuk mendapatkan penanganan yang tepat, karena terdapat kemungkinan kehamilan disertai hipertensi sewaktu-waktu dapat menjadi pre-eklamsia tidak murni.

Oleh sebab itu bidan sangat berperan dalam menemukan gejala dini dari pre-eklamsia selama pengawasan kehamilan dalam *antenatal care*. Salah satu indikator yang mendapat perhatian seksama adalah tekanan darah yang seharusnya dalam batas normal. Selama di temukannya kecurigaan terhadap gejala dini terjadinya pre-eklamsia, bidan harus melakukan pengawasan yang ketat terutama pada usia kehamilan >28 minggu, sebab pada usia kehamilan ini memiliki resiko untuk terjadinya pre-eklamsia, sehingga mencegah keparahan penyakit dan dapat mempersiapkan persalinan yang aman bagi ibu.

6) Riwayat Penyakit

Faktor predisposisi terjadinya preeklamsia salah satunya di pengaruhi oleh riwayat penyakit keluarga seperti adanya preeklamsia dan eklamsia, diabetes mellitus, penyakit vaskuler atau ginjal kronik, hipertensi kronik dan *molahidatidosa* (Sri Utami, 2007) “Faktor Risiko Yang berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia Berat pada ibu Hamil Di RSD Raden Mattaheer Jambi.”

Ibu yang memiliki riwayat penyakit seperti diabetes melitus dan hipertensi sangat berpengaruh untuk terjadinya preeklamsia, terutama pada kehamilan >28 minggu. Hipertensi kronik pada kehamilan di tandai oleh memburuknya hipertensi, dengan selalu mengingat bahwa baik tekanan diastolik maupun sistolik normalnya meningkat setelah kehamilan 26 minggu sampai 28 minggu (Sri Utami, 2007) “Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsia Berat Pada ibu Hamil Di RSD Raden Mattaher Jambi.”

f. Penatalaksanaan, Penanganan dan Pengobatan Preeklamsia

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, mengenali tanda-tanda pre-eklamsia sedini mungkin dan diberikan pengobatan yang cukup agar penyakit tidak menjadi lebih berat, harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadi pre-eklamsia, berikan penerangan tentang istirahat serta pentingnya mengatur diet rendah garam juga menjaga kenaikan berat badan yang berlebihan merupakan pencegahan untuk terjadinya pre-eklamsia (Mochtar, 2011).

Menurut Winkjosastro (2007) pada dasarnya penanganan pre-eklamsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan obstetrik di tunjukkan untuk melahirkan bayi pada saat yang optimal, yaitu sebelum janin mati dalam kandungan, tetapi sudah cukup matur untuk hidup di luar uterus.

Penatalaksanaan pre-eklamsia merupakan tindakan yang seimbang demi kepentingan ibu dan kepentingan janin. Apabila kelahiran tidak ditujukan untuk kesejahteraan janin, tujuan penanganan adalah mempertahankan kondisi ibu sehingga tercapai maturitas janin (Carolyn, 2010).

Pengobatan pre-eklamsia yang tepat adalah pengakhiran kehamilan karena tindakan tersebut menghilangkan sebabnya dan mencegah terjadinya eklamsia dengan bayi yang masih prematur penundaan pengakhiran kehamilan mungkin dapat menyebabkan eklamsia atau kematian janin. Pada janin dengan berat badan rendah juga kemungkinan hidup pada pre-eklamsia berat lebih baik diluar dari pada didalam uterus (Winkjosastro, 2007).

1) Penanganan Preeklamsia Ringan

Penanganan pada penderita pre-eklamsia ringan adalah dengan istirahat yang cukup, tirah baring, pengkajian protein urine, pengkajian tekanan darah dan berikan edukasi ketika timbul tanda gejala pemburukan pre-eklamsia (Mochtar, 2011). Pengobatan dan perawatan pre-eklamsia dengan berobat jalan, pantang garam dan diberikan obat penenang serta diuretik (meningkatkan produksi urine). Kontrol setiap minggu, anjurkan segera kembali periksa bila gejalanya makin berat (Manuaba, 2008).

2) Penanganan Preeklamsia Berat

Penderita pre-eklamsia berat harus segera masuk rumah sakit untuk rawat inap dan di anjurkan tidur baring miring ke satu sisi (kiri). Perawatan yang penting pada pre-eklamsia berat ialah pengelolaan cairan karena penderita preeklamsia mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya edema paru dan oliguria. Oleh karena itu, monitoring input cairan (melalui oral atau infus) dan output cairan melalui urine menjadi sangat penting. Pemberian obat anti kejang MgSO₄ (magnesium sulfat) sampai saat ini tetap menjadi pilihan pertama untuk anti kejang pada penderita pre-eklamsia. Contohnya obat-obat yang dipakai adalah diazepam dan Fenitoin (Benson, 2009).

2. Tinjauan Teori Tentang Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah di lahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu (Sumarah, 2009).

Menurut Winson (2008), Paritas adalah klasifikasi wanita berdasarkan banyaknya mereka melahirkan bayi yang usia gestasinya 24 minggu. Paritas dapat di klasifikasikan menjadi 3, yaitu :

a) Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan janin yang usia gestasinya lebih dari 28 minggu, baik lahir hidup mati.

b) Multipara

Multipara adalah ibu yang telah melahirkan lebih dari 1 bayi kurang dari 5 Grande multipara. Grande multipara adalah ibu yang memiliki paritas tinggi, telah melahirkan lebih dari 4 anak. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (diatas 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat di tangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat di kurangi atau di cegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak di rencanakan. Paritas tinggi menyebabkan uterus terlalu meregang sehingga uterus kehilangan elastisitas (Wiknjosatro, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sutrimah dkk, Tahun 2012 dengan judul "Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Roemani Muhammadiyah Kota Semarang" yang menunjukkan bahwa nilai (OR=0,600;95%CI=0,222-1,625). Dengan demikian bahwa Paritas bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia dan secara statistik tidak berpengaruh secara signifikan.

3. Tinjauan Teori Tentang Usia Kehamilan

Usia kehamilan ibu dengan kejadian preeklamsia di dapatkan pada usia kehamilan ≥ 28 minggu. Hal ini sesuai dengan teori *iskemia implantasi plasenta* yang menyatakan kejadian preeklamsia semakin

meningkat dengan makin tuanya usia kehamilan (Manuaba, 1998:240). Memasuki usia kehamilan >28 minggu lakukan pemeriksaan secara rutin karena di usia inilah risiko terjadinya preeklamsia paling sering terjadi.

Pada penelitian Ajeng Galuh Wuryandari tahun 2012 dengan judul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Pre-Eklamsia pada ibu hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2012” menunjukkan bahwa ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia berat, dengan nilai *Odds Ratio* (OR) 1,854 dengan *p-value* 0,006 < 0,05, yang artinya ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2012.

4. Tinjauan Teori Tentang *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang di berikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan di laksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang di tetapkan dalam standar pelayanan kebidanan (SPK).

Pelayanan Antenatal yang di berikan sesuai dengan standar asuhan kebidanan sangat mempengaruhi kondisi ibu dan janin, baik pada saat kehamilan, persalinan, maupun nifas (0-42 hari) dan neonatus (0-28 hari). Faktor risiko juga dapat terdeteksi sehingga penanganan dan rujukan dapat dilakukan sedini mungkin (Pritasi dkk, 2012). Upaya kesehatan ibu hamil di wujudkan dalam pemberian Antenatal Care (ANC) atau Perawatan Antenatal (PAN) sekurang-

kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu sebagai berikut :

- a. Trimester I (Usia kehamilan 0-12 minggu): 1 kali
- b. Trimester II (Usia kehamilan 12-24 minggu) : 1 kali
- c. Trimester III (Usia kehamilan 24-36 minggu) 2 kali

Pelayanan Antenatal yang berkualitas (sesuai standar) dapat mendeteksi gejala tanda yang berkembang selama kehamilan. Jika ibu tidak memeriksakan diri hingga paruh kedua masa kehamilan diagnosis hipertensi kronik akan sulit dibuat karena tekanan darah biasanya menurun selama trimester kedua dan ketiga pada wanita dengan hipertensi. Kunjungan Antenatal kurang dari 4 kali akan meningkatkan risiko menderita preeklamsia/eklamsia (Djannah,2010).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Tuty Handayani dkk, tahun 2013 dengan judul “Faktor risiko kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RSKDIA Siti Fatimah Kota Makassar”, menunjukkan bahwa hasil uji statistik nilai *Odd Ratio* (OR) = 1,238;95% CI=0,590-2,596. Dengan demikian pemanfaatan ANC bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia dan secara statistik tidak bermakna.

B. Landasan Teori

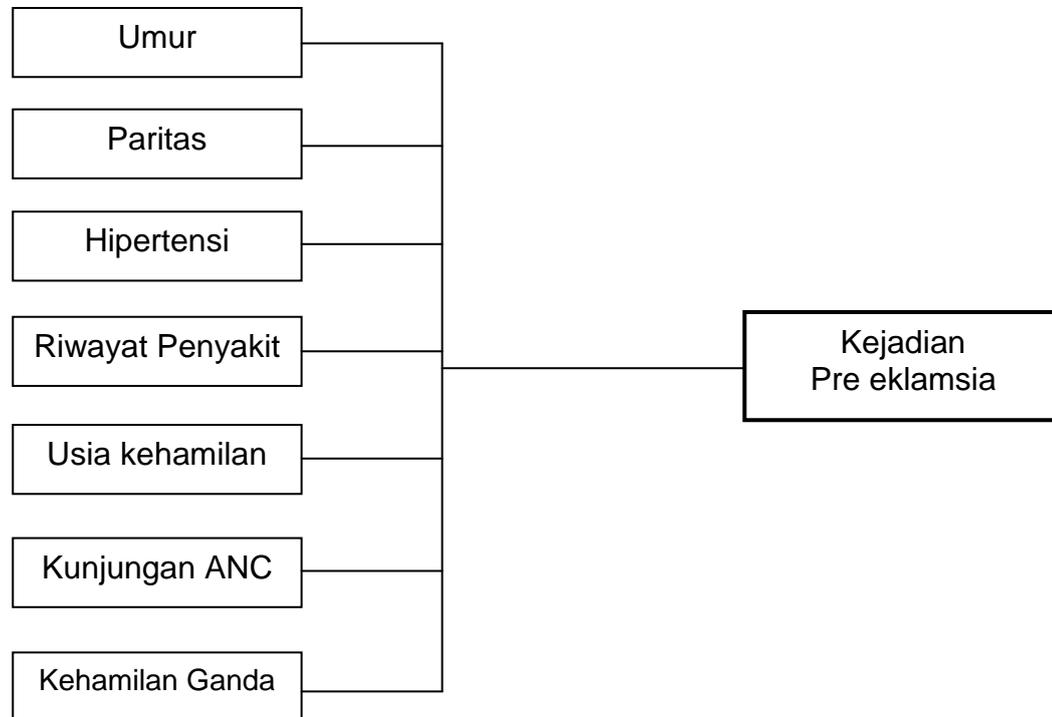
Preeklamsia merupakan sindrom yang di tandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang muncul di trimester kedua kehamilan yang selalu pulih di periode postnatal. Preeklamsia dapat terjadi pada masaantenatal, intranatal, dan postnatal.

Pada saat kehamilan dinding rahim terjadi iskemia rahim dan plasenta yang dapat menginduksi *trofoblas* masuk ke sirkulasi darah, sehingga akan meningkatkan *sensitive eitasangio* tensin, renin, dan *aldosteron* yang menyebabkan *spasme arteriol*, sehingga terjadilah peningkatan tekanan darah yang diikuti timbulnya edema, dan proteinuria (merupakan tanda trias preeklamsia).

Ada beberapa faktor yang dapat mendukung timbulnya preeklamsia antara lain: faktor reproduksi yang terdiri dari usia, paritas, jarak kehamilan, keturunan dan kehamilan ganda (Bobak, 2005). Faktor status kesehatan yang terdiri dari riwayat hipertensi, riwayat preeklamsia, riwayat penyakit diabetes melitus, status gizi dan psikologi (Cunningham, 2003). Perilaku sehat di antaranya *antenatal care*, riwayat akseptor KB, dan akses layanan kesehatan yaitu jarak tempat pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi jangkauan masyarakat untuk melaksanakan pemeriksaan kesehatan (Wiknjastro, 2007).

C. Kerangka Teori

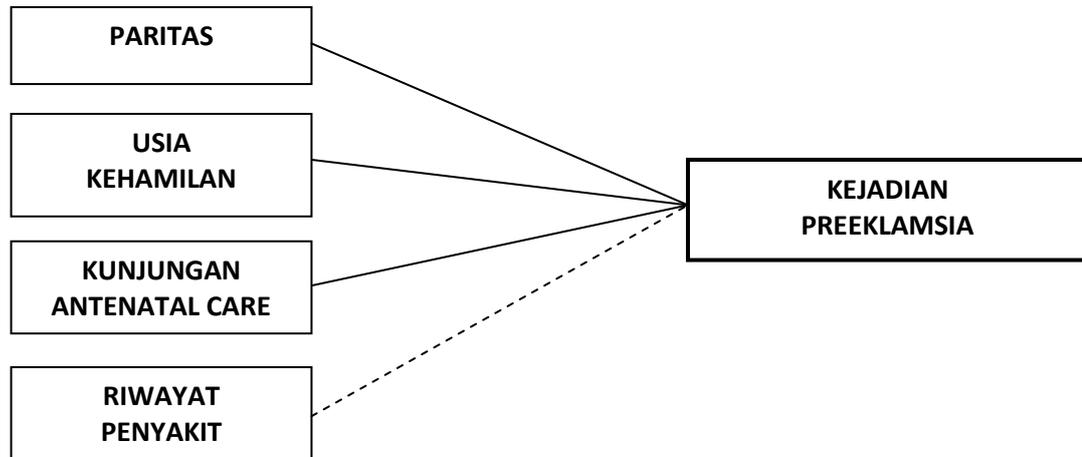
Kerangka teori dalam penelitian ini adalah :



Gambar 1 : Kerangka Teori Penelitian.

Sumber : MC. Carthy dan maine (1992)

D. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

 : Garis yang diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Menurut (Notoadmojo, 2012), hipotesis penelitian adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Paritas dengan kejadian Preeklamsia

Ho : Paritas bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Ha : Paritas merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Usia Kehamilan dengan kejadian Preeklamsia

Ho : Usia Kehamilan bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Ha : Usia Kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

3. Kunjungan ANC dengan kejadian Preeklamsia

Ho : Kunjungan ANC bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Ha : Kunjungan ANC merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

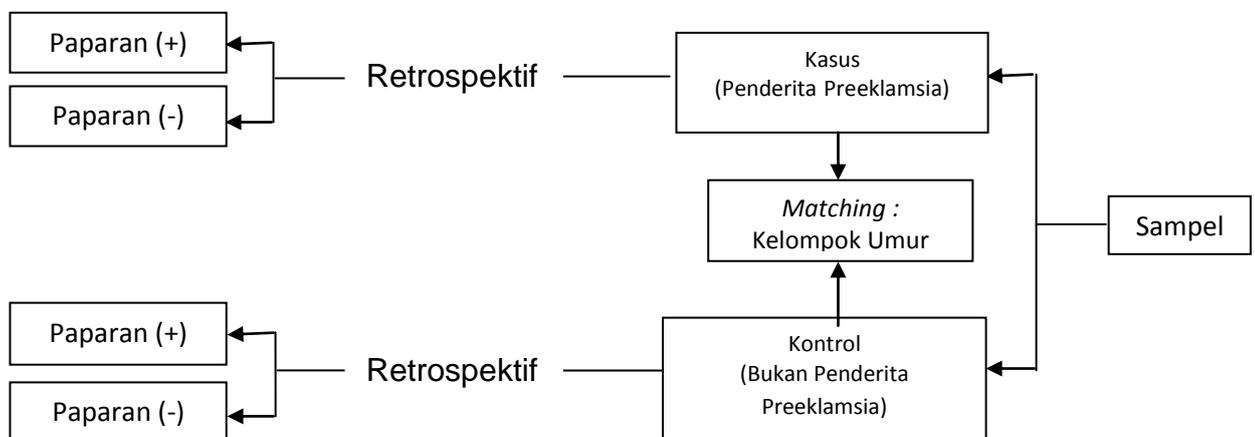
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif melalui observasional dengan desain *case control study* yaitu studi yang di gunakan untuk mengetahui faktor risiko atau masalah kesehatan yang diduga memiliki hubungan erat dengan penyakit yang terjadi di masyarakat (Chandra, 2013). Jenis penelitian ini dengan cara membandingkan kelompok kasus dengan kelompok kontrol berdasarkan status paparannya (retrospektif) untuk menganalisis hubungan antara paritas, usia kehamilan dan kunjungan ANC dengan kejadian preeklamsia.

Untuk menyamakan variabel-variabel penting, maka digunakan *matching* dalam penelitian ini yaitu kelompok umur. Hal ini dilakukan agar perbedaan pajanan yang terjadi antara kelompok kasus dan kontrol bukan di sebabkan variabel *matching* tersebut (Budiarto, 2015).



Gambar 2. Desain Penelitian *Case Control*

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 14 s/d 16 November tahun 2017.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekelompok individu atau objek yang tinggal di wilayah yang sama atau memiliki karakteristik yang sama (Chandra, 2013). Populasi yang di gunakan dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu hamil yang pernah di rawat di ruang bersalin dan tercatat dalam rekam medik Rumah Sakit Umum Bahteramas Sulawesi Tenggara mulai dari bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2017 yang berjumlah 251 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian kecil dari populasi yang di gunakan dalam uji untuk memperoleh informasi statistik mengenai keseluruhan populasi (Chandra, 2013). Pada penelitian ini sampel yang di ambil adalah seluruh ibu hamil yang menderita preeklamsia di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara tahun 2017 yang berjumlah 38 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *Purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang di dasarkan pada suatu pertimbangan

tertentu dengan sedemikian rupa sehingga mewakili kriteria tertentu yang dibuat oleh peneliti, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Budiarto, 2015). Sampel penelitian ini adalah kasus dan kontrol berdasarkan sumber rekam medik RS Bahteramas pada bulan Januari sampai Maret 2017 dengan kriteria sebagai berikut :

a. Sampel Kasus :

Kasus adalah ibu hamil penderita preeklamsia yang tercatat dalam buku register rekam medik dari bulan Januari sampai Maret 2017 di unit bersalin RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

b. Sampel Kontrol :

Kontrol adalah ibu hamil yang tidak terdiagnosis menderita preeklamsia yang tercatat dalam buku register rekam medik dari bulan Januari sampai Maret 2017 di unit bersalin RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Menurut (Budiarto, 2015) perbandingan sampel kasus dan kontrol adalah 1 : 1, sehingga jumlah keseluruhan sampel pada penelitian faktor risiko kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara tahun 2017 adalah 17:34 atau 51 sampel.

D. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Sedangkan kriteria obyektif adalah rumusan ukuran variabel-variabel, baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif (Notoadmojo, 2012). Adapun definisi operasional dan kriteria obyektif pada penelitian ini adalah :

1. Penyakit Preeklamsia

Pre-eklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda khas tekanan darah tinggi (hipertensi), pembengkakan jaringan (edema), dan di temukannya protein dalam urin (*proteinuria*) yang timbul karena kehamilan.

Kriteria Obyektif :

Kasus : Ibu hamil penderita preeklamsia yang tercatat dalam buku register rekam medik dari bulan Januari sampai Maret 2017 di unit bersalin RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Kontrol : Ibu hamil yang tidak terdiagnosis menderita preeklamsia yang tercatat dalam buku register rekam medik dari bulan Januari sampai Maret 2017 di unit bersalin RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Paritas

Paritas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bila responden memiliki jumlah kelahiran yang dihitung dari kelahiran pertama atau lebih yang tercantum dalam rekam medik RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Kriteria Obyektif :

Berisiko Tinggi : Ibu hamil dengan status Primigravida

Berisiko Rendah : Ibu hamil dengan status Multigravida

3. Usia Kehamilan

Usia kehamilan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah usia kehamilan ibu dalam hitungan minggu mulai hari pertama haid terakhir (HPHT) seperti yang tercantum dalam rekam medik RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Kriteria obyektif :

Berisiko Tinggi : Usia kehamilan \geq 28 minggu

Berisiko Rendah : Usia kehamilan $<$ 28 minggu

4. Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan Antenatal Care yang dimaksud dalam penelitian ini adalah suatu kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya sesuai standar yang telah ditetapkan yaitu minimal frekuensi 4 kali.

Kriteria Obyektif :

Berisiko Tinggi : Jumlah kunjungan $<$ 4 kali.

Berisiko Rendah : Jumlah kunjungan \geq 4 kali.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang di gunakan dalam penelitian ini adalah format *checklist*. Dimana format checklist adalah suatu daftar pengecek yang berisi nama pasien, umur, paritas, usia kehamilan ibu dan kunjungan antenatal care untuk mengambil data tentang faktor risiko kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang terdapat pada data rekam medik di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara yang di lakukan dengan menggunakan lembar checklist.

G. Pengolahan Data

Pengolahan data yang dilakukan dengan menggunakan computer program SPSS (*Statistical package for social science*) versi 16.0 pengolahan di lakukan dengan tahap sebagai berikut :

a. Mengedit (*editing*)

Melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan kejelasan data yang di peroleh dengan kebutuhan penelitian.

b. Pengkodean (*coding*)

Mengkode data merupakan kegiatan mengklasifikasikan data member kode untuk masing-masing kelas terhadap data yang di peroleh dan sumber data yang telah di periksa kelengkapannya.

c. Memasukkan data (*processing*)

Proses memasukan data penelitian ke dalam computer untuk di lakukan pengolahan data dengan menggunakan program SPSS.

d. *Entry*

Entry yaitu data yang sudah di beri kode kemudian di masukkan ke dalam computer.

e. Pembersihan Data (*cleaning*)

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang di masukkan di lakukan bila terdapat kesalahan dalam memasukkan data yaitu dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang di teliti.

H. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian yang di lakukan dalam 2 tahapan sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel atau proporsi dengan rumus:

$$X = \frac{f}{n} k$$

Keterangan:

X = Persentase hasil penelitian

f = Frekuensi variabel yang diteliti

n = Jumlah sampel penelitian

k = Konstanta (100%) (Notoadmojo, 2012).

Analisis univariat yaitu analisis yang dilakukan untuk memperoleh gambaran subyek studi berdasarkan riwayat keluarga, kebiasaan merokok, kelembaban rumah pada kelompok kasus dan kontrol. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi :

Rancangan Tabel Analisis Univariat

Variabel	n	%
Positif	a	$a/(a+b)*100$
Negatif	b	$b/(a+b)*100$
Total	(a+b)	100

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang di duga berhubungan atau berkorelasi. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel tersebut, dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antara dua variabel yang di uji (Notoadmojo, 2012).

Analisis bivariat digunakan untuk melihat sejauh mana hubungan antar variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji *Chi-Square* pada tingkat kepercayaan 95% yaitu $\alpha = 0,05$ dengan ketentuan bila nilai $p < 0,05$ maka ada hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut (Notoadmojo, 2012).

Rancangan Tabel Analisis Bivariat

Faktor Risiko	Penyakit		Total	OR	95% CI	
	Positif	Negatif			LOW	UPP
Positif	a	B	mi			
Negatif	c	D	mo			
Total	ni	No	t			

(Tabel Kontingensi 2x2)

Untuk menginterpretasikan hubungan risiko pada penelitian ini dilakukan perhitungan *Odds Ratio* (OR) yang diperoleh dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Chandra, 2013).

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Keterangan :

a = Kasus yang mengalami paparan

b = Kontrol yang mengalami paparan

c = Kasus yang tidak mengalami paparan

d = Kontrol yang tidak mengalami paparan

Ketentuan yang digunakan dalam *Odds Ratio (OR)* sebagai berikut

- Interval kepercayaan atau *Confidence Interval (CI)* sebesar 95%.
- Nilai kemaknaan untuk melihat hubungan faktor risiko dengan kasus ditentukan berdasarkan batas-batas (limit) sebagai berikut :

Nilai batasatas(*upper limit*) = $OR^{(1+Z/\alpha)}$

Nilai batasbawah(*lower limit*) = $OR^{(1-Z/\alpha)}$

Uji *Chi Square (Mantel and Haenszel)*:

$$X^2_{MH} = \frac{(t-1)[(ad-bc)]^2}{ni no mi mo}$$

Faktor risiko dikatakan bermakna apabila nilai batas bawah dan batas atas tidak mencakup nilai 1 (H_0 ditolak). Estimasi Koefisien interval CI ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95% dengan interpretasi :

Jika $OR = 1$, artinya di perkirakan tidak ada asosiasi antara faktor risiko dan penyakit.

Jika $OR > 1$, artinya di perkirakan terdapat asosiasi positif antara faktor risiko dan penyakit.

Jika $OR < 1$, artinya di perkirakan terdapat asosiasi negatif antara faktor risiko dan penyakit (Chandra, 2013).

Data yang telah di olah kemudian di sajikan dalam bentuk tabel univariat dan tabel bivariat berdasarkan variabel yang diteliti.

I. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian serta keterbatasan dalam penelitian yang dihadapi peneliti yakni:

- a. Pengumpulan data dengan cara metode checklist melalui data yang didapatkan dari rekam medik yang membutuhkan ketelitian yang tinggi dan proses penelitian yang lama.
- b. Kurangnya keahlian yang di miliki oleh peneliti, terbatasnya tenaga dan waktu sehingga penelitian ini mungkin kurang memuaskan dan mungkin tidak sesuai dengan apa yang di harapkan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Keadaan Geografis

RSU Bahteramas berdiri diatas lahan seluas 17,5 Ha. Luas seluruh bangunan adalah 53,269 m², luas bangunan yang terealisasi sampai dengan akhir tahun 2016 adalah 35,410 m². Pengelompokan ruangan berdasarkan fungsinya sehingga menjadi 4 kelompok, yaitu kelompok kegiatan pelayanan rumah sakit, kelompok kegiatan penunjang medis, kelompok kegiatan penunjang non medis, dan kelompok kegiatan administrasi.

Sejak tanggal 21 November 2012 RSU Provinsi Sultra pindah lokasi dari Jln. Dr. Ratulangi No. 51 Kel. Kemaraya Kec. Mandonga ke Jln. Kapten. Pierre Tandean No. 40 Baruga, dan bernama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bahteramas Provinsi Sultra. Di lokasi yang baru ini mudah dijangkau dengan kendaraan umum, dengan batas wilayah sebagai berikut :

1. Bagian Utara berbatasan dengan Kantor Pengadilan Agama.
2. Bagian Timur berbatasan dengan Kantor Polsek Baruga.
3. Bagian Selatan berbatasan dengan Perumahan Penduduk.
4. Bagian Barat berbatasan dengan Balai Pertanian Provinsi Sultra.

2. Keadaan Demografis

Data distribusi kepegawaian menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel1. Distribusi jumlah pegawai menurut Jenis Kelamin di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.

No.	Jenis Kelamin	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1.	Laki – laki	351	45,6
2.	Perempuan	419	54,4
	Total	770	100

Sumber: Profil RS Bahteramas tahun 2016.

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah tenaga kepegawaian pada tahun 2016 adalah sebanyak 770 orang, dengan jumlah pegawai yang berjenis kelamin laki-laki adalah 351 orang (45,6%) dan yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 419 (54,4%).

3. Sarana Pelayanan Kesehatan

Data sarana dan prasarana di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel2. Data Sarana dan Prasarana di RS Bahteramas Provinsi Sultra Tahun 2016.

No.	Sarana dan Prasarana	Jumlah
1.	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	1 Unit
2.	Instalasi Rawat Jalan	19 Unit
3.	Instalasi Rehabilitasi Medik	2 Unit
4.	Pelayanan Kesehatan Rawat Inap	3 Unit
5.	Pelayanan Penunjang Medik	10 Unit
6.	Peralatan Medis Umum	6 Unit
7.	Peralatan Medis Khusus	12 Unit
8.	Peralatan Penunjang Medis	6 Unit
9.	Peralatan Non Medis	3 Unit

Sumber: Profil RS Bahteramas tahun 2016.

Tabel 2 menunjukkan sarana dan prasana di RS Bahteramas Provinsi Sultraterdiri atas IGD 1 unit, rawat jalan 19 unit, rehabilitasi medik 2 unit,

rawat inap 3 unit, penunjang medik 10 unit, medis umum 6 unit, medis khusus 12 unit, penunjang medis 6 unit dan peralatan non medis 3 unit.

4. Tenaga kesehatan

Data tenaga kesehatan menurut jenis ketenagaan yang bertugas di RS Bahteramas Provinsi Sultra tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel3. Data Tenaga Kesehatan menurut Jenis Ketenagaan yang Bertugas di RS Bahteramas Provinsi Sultra Tahun 2016.

NO	JENIS KETENAGAAN	JUMLAH	KET.
1	Dokter Spesial	42	
2	Dokter Umum	33	
3	Dokter Gigi	4	
4	Magister S2	34	
5	Sarjana S1 dan D4	209	
6	Akademi D3	309	
7	Diploma 1	11	
8	SLTA	124	
9	SLTP	4	
JUMLAH		770	

Sumber: Profil RS Bahteramas tahun 2016.

Tabel 3 menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Unaaha pada tahun 2016 sebanyak 770 orang.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi umur responden, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain. Setiap karakteristik responden di buat dalam tabel dengan tahapan pembuatan tabel sebagai berikut.

a. Umur Responden

Umur adalah lama waktu hidup, yang di hitung berdasarkan ulang tahun terakhir. Umur merupakan ciri dari kedewasaan fisik dan

kematangan kepribadian yang erat hubungannya dengan pengambilan keputusan (Notoadmojo, 2007).

Distribusi responden menurut kelompok umur dalam penelitian ini di sajikan pada tabel 4 berikut :

Tabel 4. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Kelompok Umur (Tahun)	N	%
1	<20	4	5,3
2	20-29	18	23,7
3	30-39	48	63,2
4	40-49	6	7,9
5	≥ 50	0	0,0
Total		76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 4 menunjukkan bahwa umur responden bervariasi. Responden yang berada pada kelompok umur terbanyak yaitu kelompok umur 30-39 tahun sebanyak 48 orang (63,2%), sedangkan kelompok umur ≥ 50 tidak ada.

b. Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seusia hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi (Notoatmodjo, 2007).

Distribusi responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel5. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Tingkat Pendidikan	n	%
1	SD	7	9,2
2	SMP	4	5,3
3	SMA	28	36,8
4	D3	11	14,5
5	S1	24	31,6
6	S2	2	2,6
Total		76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 76 responden, tingkat responden yang paling banyak adalah tamat SMA sebanyak 28 orang (36,8%), sedangkan yang paling sedikit adalah S2 yaitu sebanyak 2 orang (2,6%).

c. Pekerjaan

Pekerjaan adalah aktivitas yang dilakukan sehari-sehari, jenis pekerjaan yang dilakukan dapat dikategorikan adalah tidak bekerja, wiraswasta, pegawai negeri, pegawai swasta dalam semua bidang. Pekerjaan pada umumnya di perlukan adanya hubungan sosial yang baik. Pekerjaan memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusia. Pekerjaan membatasi kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu untuk menghindari masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Tabel6. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Pekerjaan	n	%
1	PNS	23	30,3
2	Wiraswasta	7	9,2
3	Honorar	9	11,8
4	IRT	37	48,7
Total		76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 76 responden kelompok tertinggi adalah responden sebagai IRT sebanyak 37 orang (48,7%), sedangkan kelompok responden paling rendah adalah sebagai wiraswasta sebanyak 7 orang (9,2%).

2. Analisis Univariat

a. Preeklamsia

Pre-eklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda khas tekanan darah tinggi (hipertensi), pembengkakan jaringan (edema), dan di temukannya protein dalam urin (*proteinuria*) yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke-3 kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Distribusi responden berdasarkan status Preeklamsia dapat dilihat pada tabel 7 berikut :

Tabel7. Distribusi Responden berdasarkan status Preeklamsia diRS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Kejadian Preeklamsia	N	%
1.	Kasus	38	50
2.	Kontrol	38	50
Total		76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 7 menunjukkan bahwa jumlah responden dengan status kelompok kasus Preeklamsia adalah sebanyak 38 orang (50%) sedangkan responden dengan kelompok kontrol adalah sebanyak 38 orang (50%).

b. Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah di lahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak di ketahui, maka di pakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Paritas di klasifikasikan menjadi dua yaitu primipara dan multipara (Sumarah, 2009).

Distribusi responden berdasarkan paritas dapat di lihat pada tabel 8 berikut ini :

Tabel8 Distribusi Responden berdasarkan Paritas Di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Paritas	N	%
1.	Berisiko tinggi	18	23,7
2.	Berisiko rendah	58	76,3
Total		76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 8 menunjukkan bahwa persentase berdasarkan paritas dari 76 responden yaitu sebanyak 18 orang (23,7%) yang berisiko tinggi dan 58 orang (76,3%) yang berisiko rendah.

c. Usia Kehamilan

Usia kehamilan adalah usia kehamilan ibu dalam hitungan minggu mulai hari pertama haid terakhir (HPHT). Adanya fisiologi masalah umum yang terjadi selama kehamilan khususnya pada trimester III kehamilan di antaranya insomnia, edema serta adanya rasa khawatir dan cemas menjelang persalinan. Hal ini di perkuat oleh teori Soefoewan (2008) dalam Artikasari (2009) yang mengatakan bahwa peningkatan gradual dari tekanan darah, proteinuria dan edema selama kehamilan merupakan tanda-tanda pre-eklamsia. Gejala tersebut menjadi jelas dan nyata pada usia kehamilan trimester III, jika timbul sebelumnya kemungkinan terjadinya hamil anggur (*mola hydatidosa*).

Tabel 9. Distribusi Responden berdasarkan usia kehamilan di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Usia Kehamilan	N	%
1.	Berisiko Tinggi	61	80,3
2.	Berisiko Rendah	15	19,7
	Total	76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 9 menunjukkan bahwa persentase berdasarkan usia kehamilan dari 76 responden yaitu sebanyak 61 orang (80,3%) yang memiliki risiko tinggi dan 15 orang (19,7%) yang memiliki risiko rendah.

d. Kunjungan ANC

Preeklamsi dan eklamsi merupakan komplikasi kehamilan berkelanjutan, oleh karena itu melalui pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklamsia atau setidaknya dapat mendeteksi secara dini preeklamsia dapat mengurangi kejadian kesakitan. Masih rendahnya kesadaran ibu-ibu hamil untuk memeriksa kandungannya pada sarana kesehatan, sehingga faktor-faktor yang sesungguhnya dapat di cegah atau komplikasi kehamilan yang dapat diperbaiki serta tidak segera dapat di tangani.

Tabel 10. Distribusi Responden berdasarkan kunjungan ANC di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

No.	Kunjungan ANC	N	%
1.	Berisiko Tinggi	35	46,1
2.	Berisiko Rendah	41	53,9
	Total	76	100

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 10 menunjukkan bahwa persentase berdasarkan kunjungan ANC bahwa dari 76 responden yaitu sebanyak 35 orang (46,1%) yang memiliki risiko tinggi dan 41 orang (53,9%) yang memiliki risiko rendah.

3. Analisis Bivariat

a. Risiko Paritas terhadap kejadian Preeklamsia

Risiko paritas responden terhadap kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Sulawesi Tenggara dapat di lihat pada tabel 11 berikut :

Tabel 11. Risiko Paritas Terhadap Kejadian Preeklamsia di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Paritas	Kejadian Preeklamsia				Total		OR	CI
	Kasus		Kontrol					
	n	%	n	%	n	%		
Berisiko Tinggi	12	66,7	6	33,3	18	100	2,462	UPPER 7,456
Berisiko Rendah	26	44,8	32	55,2	58	100		LOWER 0,813
Total	38	50,0	38	50,0	76	100		

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 11 menunjukkan bahwa dari 76 responden, terdapat 18 responden yang berisiko tinggi dan 58 responden berisiko rendah. Dari 18 responden yang berisiko tinggi, terdapat 12 responden (66,7%) adalah kelompok kasus dan 6 responden (33,3%) adalah kelompok kontrol. Selanjutnya dari 58 responden yang berisiko rendah, terdapat 26 responden (44,8%) adalah kelompok kasus dan 32 responden (55,2%) adalah kelompok kontrol.

Berdasarkan analisis *risk estimate* besar risiko paritas terhadap kejadian preeklamsia, didapatkan nilai *Odd Ratio* (OR) = 2,462 dengan CI 95% (0,813 < OR < 7,456). Hal ini menunjukkan bahwa paritas responden dengan status kehamilan primipara memiliki risiko untuk terjadinya preeklamsia 2,5 kali lebih besar di banding dengan paritas responden dengan status multipara, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 7,456 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 0,813. Karena nilai batas atas dan batas bawah mencakup nilai 1 dan $p_{value}(0,111) > 0,05$ pada CI 95% maka secara statistik dianggap tidak bermakna, yang

berarti bahwa paritas tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian preeklamsia.

b. Risiko Usia Kehamilan terhadap kejadian Preeklamsia

Risiko usia kehamilan responden terhadap kejadian preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dapat di lihat pada tabel 12 sebagai berikut :

Tabel 12. Risiko Usia Kehamilan Terhadap Kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Kendari

Usia Kehamilan	Kejadian Preeklamsia				Total		OR	CI
	Kasus		Kontrol		N	%		
	n	%	n	%				
Berisiko Tinggi	35	57,4	26	42,6	61	100	5,385 UPPER2 1,045 LOWER 1,378	
Berisiko Rendah	3	20,0	12	80,0	15	100		
Total	38	50,0	38	50,0	76	100		

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 12 menunjukkan bahwa dari 76 responden, terdapat 61 responden yang berisiko tinggi dan 15 responden berisiko rendah. Dari 61 responden yang berisiko tinggi, terdapat 35 responden (57,4%) adalah kelompok kasus dan 26 responden (42,6%) adalah kelompok kontrol. Selanjutnya dari 15 responden yang berisiko rendah, terdapat 3 responden (20,0%) adalah kelompok kasus dan 12 responden (80,0%) adalah kelompok kontrol.

Berdasarkan analisis *risk estimate* besar risiko usia kehamilan terhadap kejadian preeklamsia, di dapatkan nilai *Odd Ratio* (OR) = 5,385 dengan CI 95% (1,378<OR<21,045). Hal ini menunjukkan bahwa usia kehamilan ≥ 28 minggu memiliki risiko untuk terkena preeklamsia

5,4 kali lebih besar di banding dengan responden dengan usia kehamilan < 28 minggu, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 21,045 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 1,378. Karena nilai batas atas dan batas bawah tidak mencakup nilai 1 dan $p_{value}(0,015) < 0,05$ pada CI 95% maka secara statistik di anggap bermakna, yang berarti bahwa usia kehamilan memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya preeklamsia.

c. Risiko Kunjungan Antenatal Care terhadap kejadian Preeklamsia

Risiko kunjungan ANC terhadap kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dapat dilihat pada tabel 13 sebagai berikut :

Tabel 13. Risiko Kunjungan ANC Terhadap Kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Kunjungan ANC	Kejadian Preeklamsia				Total		OR	CI
	Kasus		Kontrol		N	%		
	n	%	n	%				
Berisiko Tinggi	20	57,1	15	42,9	35	100	1,704 UPPER 4,234 LOWER 0,686	
Berisiko Rendah	18	43,9	23	56,1	41	100		
Total	38	50,0	38	50,0	76	100		

Sumber: Data Sekunder, diolah bulan November 2017.

Tabel 13 menunjukkan bahwa dari 76 responden, terdapat 35 responden yang berisiko tinggi dan 41 responden berisiko rendah. Dari 35 responden yang berisiko tinggi, terdapat 20 responden (57,1%) adalah kelompok kasus dan 15 responden (42,9%) adalah kelompok kontrol. Selanjutnya dari 41 responden yang berisiko rendah, terdapat

18 responden (43,9%) adalah kelompok kasus dan 23 responden (56,1%) adalah kelompok kontrol.

Berdasarkan analisis *risk estimate* besar risiko kunjungan ANC terhadap kejadian preeklamsia, di dapatkan nilai *Odd Ratio* (OR) = 1,704 dengan CI 95% (0,686<OR<4,234). Hal ini menunjukkan bahwa responden ibu hamil dengan jumlah kunjungan ANC <4 kali berisiko tinggi untuk terkena preeklamsia 1,7 kali lebih besar di banding dengan responden ibu hamil dengan jumlah kunjungan ANC \geq 4 kali, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 4,234 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 0,686. Karena nilai batas atas dan batas bawah mencakup nilai 1 dan *p_{value}* (0,251) >0,05 pada CI 95% maka secara statistik dianggap tidak bermakna, yang berarti bahwa kunjungan ANC tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya preeklamsia.

C. Pembahasan

1. Faktor Risiko Paritas dengan Kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak di ketahui, maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu (Sumarah, 2009). Paritas dapat di klasifikasikan menjadi 3, yaitu : Primipara adalah wanita yang telah melahirkan janin yang usia gestasinya lebih dari 28 minggu, baik lahir hidup mati. Dan multipara adalah ibu yang telah melahirkan lebih dari 1 bayi kurang dari 5 Grande multipara. Grande multipara adalah ibu yang memiliki paritas tinggi, telah melahirkan lebih dari 4 anak. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut

kematian maternal.

Dalam penelitian ini, hasil uji statistik menunjukkan bahwa paritas tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian preeklamsia dengan nilai *Odd Ratio* (OR) = 2,462 dengan CI 95% (0,813<OR<7,456). Hal ini menunjukkan bahwa paritas responden dengan status kehamilan primipara memiliki risiko untuk terjadinya preeklamsia 2,5 kali lebih besar dibanding dengan paritas responden dengan status multipara, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 7,456 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 0,813. Karena nilai batas atas dan batas bawah mencakup nilai 1 dan *p value*(0,111) > 0,05 pada CI 95% maka secara statistik dianggap tidak bermakna, yang berarti bahwa paritas tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian preeklamsia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sutrimah dkk, Tahun 2012 dengan judul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Roemani Muhammadiyah Kota Semarang” yang menunjukkan bahwa nilai (OR=0,600;95%CI=0,222-1,625). Dengan demikian bahwa Paritas bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia dan secara statistik tidak berpengaruh secara signifikan.

2. Faktor Risiko Usia Kehamilandengan Kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Usia kehamilan ibu dengan kejadian preeklamsia di dapatkan pada usia kehamilan ≥ 28 minggu. Hal ini sesuai dengan teori *iskemia implantasi plasenta* yang menyatakan kejadian preeklamsia semakin meningkat dengan makin tuanya usia kehamilan (Manuaba, 1998:240). Memasuki usia

kehamilan >28 minggu lakukan pemeriksaan secara rutin karena di usia inilah risiko terjadinya preeklamsia paling sering terjadi.

Dalam penelitian ini, hasil uji statistik menunjukkan bahwa usia kehamilan memiliki hubungan dengan kejadian preeklamsia dengan nilai *Odds Ratio* (OR) = 5,385 dengan CI 95% (1,378<OR<21,045). Hal ini menunjukkan bahwa usia kehamilan ≥ 28 minggu memiliki risiko untuk terkena preeklamsia 5,4 kali lebih besar dibanding dengan responden dengan usia kehamilan <28 minggu, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 21,045 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 1,378. Karena nilai batas atas dan batas bawah tidak mencakup nilai 1 dan $p_{value}(0,015) < 0,05$ pada CI 95% maka secara statistik dianggap bermakna, yang berarti bahwa usia kehamilan memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya preeklamsia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ajeng Galuh Wuryandari tahun 2012 dengan judul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Pre-Eklamsia pada ibu hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2012” menunjukkan bahwa ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia berat, dengan nilai *Odds Ratio* (OR) 1,854 dengan $p-value$ 0,006, yang artinya ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian pre-eklamsia di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2012.

3. Faktor Risiko Kunjungan ANC dengan Kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Pelayanan Antenatal yang di berikan sesuai dengan standar asuhan kebidanan sangat mempengaruhi kondisi ibu dan janin, baik pada saat

kehamilan, persalinan, maupun nifas (0-42 hari) dan neonatus (0-28 hari). Faktor risiko juga dapat terdeteksi sehingga penanganan dan rujukan dapat dilakukan sedini mungkin (Pritasi dkk, 2012). Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian Antenatal Care (ANC) atau Perawatan Antenatal (PAN) sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan.

Pelayanan Antenatal yang berkualitas (sesuai standar) dapat mendeteksi gejala tanda yang berkembang selama kehamilan. Jika ibu tidak memeriksakan diri hingga paruh kedua masa kehamilan diagnosis hipertensi kronik akan sulit dibuat karena tekanan darah biasanya menurun selama trimester kedua dan ketiga pada wanita dengan hipertensi. Kunjungan Antenatal kurang dari 4 kali akan meningkatkan risiko menderita preeklamsia/eklamsia (Djannah,2010).

Dalam penelitian ini, hasil uji statistik menunjukkan bahwa jumlah kunjungan ANC tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian preeklamsia didapatkan nilai *Odd Ratio* (OR) = 1,704 dengan CI 95% ($0,686 < OR < 4,234$). Hal ini menunjukkan bahwa responden ibu hamil dengan jumlah kunjungan ANC <4 kali berisiko tinggi untuk terkena preeklamsia 1,7kali lebih besar dibanding dengan responden ibu hamil dengan jumlah kunjungan ANC ≥ 4 kali, dengan nilai batas atas (*Upper Limit*) 4,234 dan nilai batas bawah (*Lower Limit*) 0,686. Karena nilai batas atas dan batas bawah mencakup nilai 1 dan $p_{value}(0,251) > 0,05$ pada CI 95% maka secara statistik dianggap tidak bermakna, yang berarti bahwa kunjungan ANC tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya preeklamsia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tuty Handayani dkk, tahun 2013 dengan judul “Faktor risiko kejadian Preeklamsia pada ibu hamil di RSKDIA Siti Fatimah Kota Makassar”, menunjukkan bahwa hasil uji statistik nilai *Odd Ratio* (OR) = 1,238;95% CI=0,590-2,596. Dengan demikian pemanfaatan ANC bukan merupakan faktor risiko terjadinya Preeklamsia dan secara statistik tidak bermakna.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah di kemukakan, di peroleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko paritas di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara bukan merupakan faktor risiko kejadian preeklamsia dengan besar risiko 2,5 kali dan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
2. Kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko usia kehamilan di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan faktor risiko kejadian preeklamsia dengan besar risiko 5,4 kali dan berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
3. Kejadian pre-eklamsia pada ibu hamil dengan risiko kunjungan Antenatal Care di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan faktor risiko kejadian preeklamsia dengan besar risiko 1,7 kali dan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian preeklamsia pada ibu hamil di RS Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas, maka beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Di harapkan bagi pihak RS Bahteramas perlu adanya upaya dalam peningkatan kesehatan khususnya pelayanan dalam penanganan penderita preeklamsia secara optimal serta mendeteksi faktor risiko terutama pada penderita preeklamsia berat sehingga keparahan dan komplikasi dapat terminimalisir dengan baik serta dapat membuat system pendokumentasian yang lebih baik lagi sehingga mudah di evaluasi.
2. Bagi teman bidan dan teman sejawat harus lebih meningkatkan lagi upaya penyuluhan bagi ibu hamil lewat unit-unit puskesmas di wilayah kerja masing-masing mengenai faktor-faktor risiko dan bahaya penyakit preeklamsi-eklamsia dan juga faktor risiko bagi ibu yang ingin hamil juga perlu di atasi agar dapat mengurangi angka kejadian preeklamsia.
3. Di harapkan bagi para ibu hamil harus senantiasa perlu melakukan pemeriksaan antenatal care secara rutin untuk mendeteksi secara dini terjadinya preeklamsia agar dapat mengurangi angka morbiditas dan morbilitas ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Billington, Mary. 2009. *Kegawatan Dalam Kehamilan-Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan R.I. 2014. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia AKI Di Indonesia*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Sultra*. Sultra
- Estina, Vania C dkk. 2009. *Karakteristik Penderita Eklamsia yang Di Rawat Inap Di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode Tahun 2006-2008*.
- Notoatmojo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Poltekkes Kemenkes Kendari. 2017. *Pedoman Penulisan Skripsi Jurusan Kebidanan Prodi D-IV Kebidanan*.
- RS Bahteramas Provinsi Sultra. 2017. *Profil RS Bahteramas Provinsi Sultra*.
- Sugiyono. 2015. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, VW. 2015. *SPSS untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutrimah dkk. 2014. *Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Kejadian Pre-Eklamsia Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang*.
- Utama Sri Yun. 2007. *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan kejadian Preeklamsia berat Pada Ibu Hamil Di RSUD Raden Mattaher Jambi*.
- Wiknjosastro, H. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka. Sarwono Prawirohardjo.
- William F.Rayburn, 2001. *Obstetrics And Gynecology*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Wuryandari, Ajeng Galuh SST., MPH 2012. *Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan kejadian Pre-Eklamsia Di RSUD Raden Mattaher Jambi*.

CROSSTABS

/TABLES=Paritas BY Kejadian.Preeklamsia

/FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CMH(1)

/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		10-Dec-2017 09:50:37
Comments		
Input	Data	D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	76
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.

Syntax		CROSSTABS	
		/TABLES=Paritas BY Kejadian.Preeklamsia	
		/FORMAT=AVALUE TABLES	
		/STATISTICS=CMH(1)	
		/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL	
		/COUNT ROUND CELL.	
Resources	Processor Time		00:00:00.062
	Elapsed Time		00:00:00.029
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

[DataSet1] D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Kejadian.Preeklamsia	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

Paritas * Kejadian.Preeklamsia Crosstabulation

			Kejadian.Preeklamsia		Total
			Kasus	Kontrol	
Paritas	Risiko Tinggi	Count	12	6	18
		Expected Count	9.0	9.0	18.0
		% within Paritas	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	31.6%	15.8%	23.7%
		% of Total	15.8%	7.9%	23.7%
Paritas	Risiko Rendah	Count	26	32	58
		Expected Count	29.0	29.0	58.0
		% within Paritas	44.8%	55.2%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	68.4%	84.2%	76.3%
		% of Total	34.2%	42.1%	76.3%

Total	Count	38	38	76
	Expected Count	38.0	38.0	76.0
	% within Paritas	50.0%	50.0%	100.0%
	% within Kejadian.Preeklamsia	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	2.621	1	.105
Mantel-Haenszel	1.796	1	.180

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate				2.462
ln(Estimate)				.901
Std. Error of ln(Estimate)				.565
Asymp. Sig. (2-sided)				.111
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound		.813
		Upper Bound		7.456
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound		-.207
		Upper Bound		2.009

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate				2.462
ln(Estimate)				.901
Std. Error of ln(Estimate)				.565
Asymp. Sig. (2-sided)				.111
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound		.813
		Upper Bound		7.456
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound		-.207
		Upper Bound		2.009

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

CROSSTABS

/TABLES=Usia.Kehamilan BY Kejadian.Preeklamsia

/FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CMH(1)

/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		10-Dec-2017 10:12:53
Comments		
Input	Data	D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	76
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.

Syntax	CROSSTABS	
	/TABLES=Usia.Kehamilan BY Kejadian.Preeklamsia	
	/FORMAT=AVALUE TABLES	
	/STATISTICS=CMH(1)	
	/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL	
	/COUNT ROUND CELL.	
Resources	Processor Time	00:00:00.000
	Elapsed Time	00:00:00.013
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1] D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia.Kehamilan * Kejadian.Preeklamsia	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

Usia.Kehamilan * Kejadian.Preeklamsia Crosstabulation

	Kejadian.Preeklamsia		Total
	Kasus	Kontrol	

Usia.Kehamilan	Risiko Tinggi	Count	35	26	61
		Expected Count	30.5	30.5	61.0
		% within Usia.Kehamilan	57.4%	42.6%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	92.1%	68.4%	80.3%
		% of Total	46.1%	34.2%	80.3%
	Risiko Rendah	Count	3	12	15
		Expected Count	7.5	7.5	15.0
		% within Usia.Kehamilan	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	7.9%	31.6%	19.7%
		% of Total	3.9%	15.8%	19.7%
Total		Count	38	38	76
		Expected Count	38.0	38.0	76.0
		% within Usia.Kehamilan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.728	1	.009
Mantel-Haenszel	5.246	1	.022

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			5.385
ln(Estimate)			1.684
Std. Error of ln(Estimate)			.695
Asymp. Sig. (2-sided)			.015
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.378
		Upper Bound	21.045
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.320
		Upper Bound	3.047

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

CROSSTABS

/TABLES=Riwayat.ANC BY Kejadian.Preeklamsia

/FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CMH(1)

/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created		10-Dec-2017 10:03:37
Comments		
Input	Data	D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	76
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.

Syntax		CROSSTABS	
		/TABLES=Riwayat.ANC BY Kejadian.Preeklamsia	
		/FORMAT=AVALUE TABLES	
		/STATISTICS=CMH(1)	
		/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL	
		/COUNT ROUND CELL.	
Resources	Processor Time		00:00:00.000
	Elapsed Time		00:00:00.014
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

[DataSet1] D:\RICKY AJAH\SPSS PRE EKLAMSIA.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat.ANC * Kejadian.Preeklamsia	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

Riwayat.ANC * Kejadian.Preeklamsia Crosstabulation

	Kejadian.Preeklamsia		Total
	Kasus	Kontrol	

Riwayat.ANC	Risiko Tinggi	Count	20	15	35
		Expected Count	17.5	17.5	35.0
		% within Riwayat.ANC	57.1%	42.9%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	52.6%	39.5%	46.1%
		% of Total	26.3%	19.7%	46.1%
	Risiko Rendah	Count	18	23	41
		Expected Count	20.5	20.5	41.0
		% within Riwayat.ANC	43.9%	56.1%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	47.4%	60.5%	53.9%
		% of Total	23.7%	30.3%	53.9%
Total		Count	38	38	76
		Expected Count	38.0	38.0	76.0
		% within Riwayat.ANC	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kejadian.Preeklamsia	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	1.324	1	.250
Mantel-Haenszel	.836	1	.360

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			1.704
ln(Estimate)			.533
Std. Error of ln(Estimate)			.464
Asymp. Sig. (2-sided)			.251
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.686
		Upper Bound	4.234
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.377
		Upper Bound	1.443

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS

Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000
Email : admin@rsud-rsudbahteramas.go.id / Website: www.rsud-bahteramas.go.id

Nomor : 101/Litbang/RSU/V/2017
Perihal : IZIN PENGAMBILAN DATA

Kendari, 02 Mei 2017

Kepada Yth,
Kabid Informasi dan RM
Ka. Ruangan Delima
Ka. Ruangan Poli KIA
RSU Bahteramas Prov. Sultra
Di -
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Kendari Nomor DL.11.02/1/2017 Tanggal 28 April 2017 perihal permohonan pengambilan data awal, dalam rangka mendukung penyelesaian penyusunan proposal penelitian sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada prinsipnya kami menyetujui dan memberikan izin kepada:

Nama : Asrida Aryani Asahir
NIM : P00312016109
Institusi : D IV Kebidanan/Aliih Jenjang
Judul Penelitian : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia di RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014-2017
Data Yang Akan Diambil : 1. Jumlah Kunjungan KIA dan Ibu Hamil yang di Rawat Inap Tahun 2014-2017
2. Jumlah Kejadian Preeklamsia Tahun 2014-2017
Waktu : Tanggal 02 Mei s/d 09 Mei 2017

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Tata Tertib dan Peraturan yang berlaku di RSU Bahteramas
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula

Demikian surat izin ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

An, Direktur RSU Bahteramas
Ub. Wadir Perencanaan dan Diklat
Kabid, Diklat dan Litbang

Hi. Naswati SKM, M.Kes
NIP. 19660411 199303 2 009



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000 Baruga
Email : admin@rsud-rsudbahteramas.go.id / Website: www.rsud-Bahteramas.go.id

TIM KELAYAKAN ETIK PENELITIAN RSUD. BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA

SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN

Tim Kelayakan Etik Penelitian RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

Nama peneliti	: Asrida Aryani Asahir
Nim	: P00312016109
Program Studi	: D IV Kebidanan / Alih Jenjang
Institusi	: Poltekkes Kemenkes Kendari
Judul Penelitian	: Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pre-Eklampsia Pada Ibu Hamil Di RS. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017
Pada Tanggal	: 10 Nopember 2017

Dengan hasil :

- **Layak etik**
- Layak etik dengan usulan perbaikan
- Tidak layak etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 10 Nopember 2017

Ketua Tim Kelayakan Etik Penelitian



Dr. Abdul Karim, Sp.PK

NIP. 19641231 200012 1 018



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000 Buraga
Email : admin@rsud-rsudbahteramas.go.id / Website: www.rsud-bahteramas.go.id

Nomor : 157/Litbang/RSUD/XI/2017
Perihal : IZIN PENELITIAN

Kendari, 10 Nopember 2017

Kepada Yth,
Kabid. Informasi dan RM, Ka. Ruang Delima
RSUD. Bahteramas Prov. Sultra
Di –
Tempat

Bismillahirrahmanirrahim,
Alhamdulillah, Allahumma Shalli wasalim 'Ala Nabyyina Muhammad wa'ala A-lihi washahbihi Ajma'in.

Berdasarkan Surat Kepala BALITBANG Prov. Sultra Nomor : 070/3457/Balitbang/2017 Tanggal 2 Oktober 2017, perihal izin penelitian, dengan ini menyatakan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan membenarkan izin penelitian kepada :

Nama	: Asrida Aryani Asahir
NIM	: P00312016109
Program Studi	: D IV Kebidanan / Alih Jenjang
Institusi	: Poltekkes Kemenkes Kendari
Judul Penelitian	: Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pre – Eklampsia Pada Ibu Hamil Di RS. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017
Data Yang Akan Diambil	: Data Primer dan Data Sekunder
Waktu Penelitian	: 10 Nopember s/d 11 Desember 2017

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Tata Tertib dan Peraturan yang berlaku di RSUD. Bahteramas Prov. Sultra
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula
3. Membawa 1 (satu) rangkap proposal penelitian
4. Setelah selesai wajib menyerahkan 1 (satu) rangkap hasil penelitian yang telah disahkan pihak Akademik/Institusi



An. Direktur RSUD. Bahteramas Prov. Sultra
Wadir Perencanaan dan Diklat

Dr. Abdul Karim, Sp.PK
NIP. 1964 1231 200012 1 018

Tembusan :

1. Direktur RSUD. Bahteramas Prov. Sultra;
2. Direktur Poltekkes Kendari;
3. Mahasiswa yang bersangkutan;
4. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000
Email : admin@rsud-rsudbahteramas.go.id / Website: www.rsudbahteramas.go.id

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN
Nomor : 135/Litbang/RSUD/XI/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. M. Yusuf Hamra, M.Sc, Sp.PD
NIP : 19751116 200212 1 003
Jabatan : Plt. Direktur

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Asrida Aryani Asahir
NIM : P00312016109
Program Studi : D IV Kebidanan/Alih Jenjang
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Benar-benar telah melakukan penelitian di Ruang Informasi dan Rekam Medik RSUD.
Bahteramas Prov. Sultra dari tanggal 14 Nopember s/d 16 Nopember 2017, dengan Judul :

*" Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pre- Eklamsia Pada Ibu Hamil
Di RSU, Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 "*

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Kendari, 17 – 11 - 2017



Plt. Direktur
dr. M. Yusuf Hamra, M.Sc, Sp.PD
NIP.19751116 200212 1 003

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN PRE EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL
DI RS BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2017**

No	Inisial	Umur	K	Pendidikan	K	Pekerjaan	K	Status	K	Paritas		K	Usia Kehamilan		K	Kunjungan ANC		K
										V1	Risiko		V2	Risiko		V3	Risiko	
1	NNG	38	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G5,P4,A0	RENDAH	2	29 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
2	RMH	48	4	SD	1	IRT	4	Kasus	1	G5,P3,A1	RENDAH	2	36 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
3	ANS	35	3	SD	1	IRT	4	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
4	PTR	19	1	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	24 MINGGU	RENDAH	2	TDK PERNAH	TINGGI	1
5	STZ	23	2	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	37 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
6	IDY	22	2	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	37 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
7	YNI	38	3	S1	5	PNS	4	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	41 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
8	ITS	26	2	D3	4	HONORER	3	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	41 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
9	HSN	32	3	D3	4	IRT	4	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	32 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
10	RSY	17	1	SMP	2	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	28 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
11	RST	42	4	SD	1	IRT	4	Kasus	1	G4,P3,A0	RENDAH	2	34 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
12	SHR	36	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G4,P3,A0	RENDAH	2	24 MINGGU	RENDAH	2	4 KALI	RENDAH	2
13	ISR	32	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
14	HRN	35	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G3,P1,A1	RENDAH	2	44 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
15	MSR	38	3	SD	1	IRT	4	Kasus	1	G4,P3,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
16	LND	21	2	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	39 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2
17	NRS	41	4	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G6,P5,A1	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2
18	STA	27	2	SD	1	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	40 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
19	CHS	36	3	D3	4	PNS	1	Kasus	1	G4,P2,A1	RENDAH	2	29 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
20	HSN	36	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	33 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
21	HSP	35	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	31 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
22	NRM	28	2	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	39 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
23	SLH	35	3	SMA	3	PNS	1	Kasus	1	G4,P3,A0	RENDAH	2	41 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
24	JNT	33	3	SMA	3	WIRASWASTA	2	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	32 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
25	MRN	33	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G4,P3,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
26	ERN	29	2	D3	4	PNS	1	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	29 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2

27	HSR	39	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	31 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2
28	HRM	31	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	31 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
29	NTY	31	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	38 MINGGU	TINGGI	1	7 KALI	RENDAH	2
30	LND	30	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G3,P2,A0	RENDAH	2	36 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
31	LSA	28	2	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	30 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
32	MRN	25	2	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G3,P1,A1	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
33	NNA	30	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	30 MINGGU	TINGGI	1	2 KALI	TINGGI	1
34	MYA	31	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G4,P2,A1	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
35	RSK	36	3	D3	4	HONORER	3	Kasus	1	G5,P4,A0	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
36	NNI	32	3	SMA	3	IRT	4	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	4 KALI	RENDAH	2
37	SSK	30	3	S1	5	PNS	1	Kasus	1	G1,P0,A0	TINGGI	1	38 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
38	MLA	32	3	SMP	2	IRT	4	Kasus	1	G2,P1,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
39	CHY	39	3	S2	6	PNS	1	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	5 KALI	RENDAH	2
40	NNI	42	4	SD	1	IRT	4	Kontrol	2	G4,P2,A1	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	TDK PERNAH	TINGGI	1
41	PTE	33	3	SMA	3	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	25 MINGGU	RENDAH	2	2 KALI	TINGGI	1
42	NIA	19	1	SMA	3	IRT	4	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	32 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
43	RSN	28	2	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	25 MINGGU	RENDAH	2	5 KALI	RENDAH	2
44	NNU	28	2	SMA	3	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	33 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
45	ORN	37	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	41 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
46	ANI	28	2	S1	5	HONORER	3	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2
47	NNI	31	3	S1	5	HONORER	3	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
48	IKA	18	1	D3	4	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	32 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
49	IRD	46	4	D3	4	IRT	4	Kontrol	2	G4,P2,A1	RENDAH	2	32 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
50	WLN	33	3	SMA	3	IRT	4	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	33 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
51	ANG	31	3	D3	4	HONORER	3	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	31 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2

52	ANI	39	3	S1	5	HONORER	3	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	5 KALI	RENDAH	2
53	ANA	37	3	S1	5	IRT	4	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	25 MINGGU	RENDAH	2	4 KALI	RENDAH	2
54	PTI	24	2	S1	5	IRT	4	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	43 MINGGU	TINGGI	1	2 KALI	TINGGI	1

55	WIA	40	4	D3	4	HONORER	3	Kontrol	2	G4,P3,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	3 KALI	TINGGI	1
56	NNG	27	2	SMA	3	IRT	4	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	1 KALI	TINGGI	1
57	TIN	39	3	S1	5	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	38 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
58	LNA	39	3	S2	6	PNS	1	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	24 MINGGU	RENDAH	2	6 KALI	RENDAH	2
59	NNG	35	3	SMA	3	IRT	4	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	1 KALI	TINGGI	1
60	WLD	23	2	SMA	3	IRT	4	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	39 MINGGU	TINGGI	1	2 KALI	TINGGI	1
61	NGA	38	3	SMP	2	IRT	4	Kontrol	2	G4,P3,A0	RENDAH	2	44 MINGGU	TINGGI	1	TDK PERNAH	TINGGI	1
62	STR	35	3	S1	5	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G4,P3,A0	RENDAH	2	25 MINGGU	RENDAH	2	1 KALI	TINGGI	1
63	RST	35	3	SMP	2	IRT	4	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	29 MINGGU	TINGGI	1	7 KALI	RENDAH	2
64	NRL	29	2	SD	1	IRT	4	Kontrol	2	G4,P2,A1	RENDAH	2	26 MINGGU	RENDAH	2	2 KALI	TINGGI	1
65	RHM	30	3	S1	5	WIRASWASTA	2	Kontrol	2	G1,P0,A0	TINGGI	1	27 MINGGU	RENDAH	2	5 KALI	RENDAH	2
66	LSA	37	3	D3	4	HONORER	3	Kontrol	2	G3,P2,A0	RENDAH	2	31 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
67	IRM	32	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G4,P2,A1	RENDAH	2	40 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
68	WDD	33	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G4,P3,A0	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
69	EVY	28	2	D3	4	HONORER	3	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	32 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
70	NGS	29	2	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	33 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
71	BES	38	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G5,P4,A0	RENDAH	2	33 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
72	DNY	35	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	43 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2
73	RMN	35	3	S1	5	PNS	1	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	6 KALI	RENDAH	2
74	YYK	36	3	SMA	3	PNS	1	Kontrol	2	G2,P1,A0	RENDAH	2	27 MINGGU	RENDAH	2	3 KALI	TINGGI	1
75	LYA	39	3	SMA	3	PNS	1	Kontrol	2	G3,P1,A1	RENDAH	2	28 MINGGU	TINGGI	1	5 KALI	RENDAH	2
76	SRN	36	3	SMA	3	PNS	1	Kontrol	2	G4,P2,A1	RENDAH	2	31 MINGGU	TINGGI	1	4 KALI	RENDAH	2

Keterangan :

Status :	Risiko :	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1 : Kasus	1 : Tinggi	1 : < 20 thn	1 : SD	1 : PNS
2 : Kontrol	2 : Rendah	2 : 20-29 thn	2 : SMP	2 : Wiraswasta
		3 : 30-39 thn	3 : SMA	3 : Honorer
		4 : 40-49 thn	4 : D3	4 : IRT
		5 : ≥ 50 thn	5 : S1	
			6 : S2	