

**HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA  
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA  
KOTA KENDARI TAHUN 2017**



**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan  
Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari

**Oleh:**

**SRI MAULABA  
NIM.P00324015076**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI  
JURUSAN KEBIDANAN  
PROGRAM STUDI D-III  
2018**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI  
RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI  
TAHUN 2017**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Oleh:  
**SRI MAULABA**  
NIM.P00324015076

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disetujui  
Tanggal 30 Juli 2018

Pembimbing I,



**Hendra Yulita, SKM, MPH**  
NIP. 197107201998032001

Pembimbing II,



**Wahida, S.Si.T, M.Keb**  
NIP. 196912311989122001

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kendari



**Sultina Sarita, SKM, M.Kes**  
NIP. 19680602 199203 2003

**LEMBAR PENGESAHAN**

**HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI  
RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI  
TAHUN 2017**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Oleh:

**SRI MAULABA**  
NIM.P00324015076

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan  
Pada Tanggal Juni 2018

**TIM PENGUJI**

Penguji I	: Arsulfa, S.Si.T, M.Keb	(.....  )
Penguji II	: Farming, SST, M.Keb	(.....  )
Penguji III	: Heyrani, S.Si.T, M.Kes	(.....  )
Penguji IV	: Hendra Yulita, SKM, MPH	(.....  )
Penguji V	: Wahida S, S.Si.T, M.Keb	(.....  )

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kendari

  
**Sultina Sarita, SKM, M.Kes**  
**NIP. 19680602 199203 2003**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Maulaba

NIM : P00324015076

Pogram Studi : Diploma III Kebidanan

Judul KTI : Hubungan Graviditas dengan Kejadian Preeklampsia  
di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari  
tahun 2017

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, Juli 2018  
Yang membuat pernyataan

**Sri Maulaba**  
NIM.P00324015076

## RIWAYAT HIDUP



### A. IDENTITAS

1. Nama : Sri Maulaba
2. Tempat Tanggal Lahir : Baito, 17 Agustus 1995
3. Agama : Islam
4. Suku / Bangsa : Tolaki / Indonesia
5. Alamat : Desa.Baito, Kec.Baito, Kab.Konawe Selatan

### B. JENJANG PENDIDIKAN

1. SD Negeri 1 Mekarjaya Tamat Tahun 2008
2. SMP Negeri 10 Konawe Selatan Tamat Tahun 2011
3. SMA Negeri 15 Konawe Selatan Tamat Tahun 2014
4. Mahasiswi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari Tahun 2015 sampai sekarang

## ABSTRAK

### HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DALAM KEHAMILAN DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KOTA KENDARI TAHUN 2017

Sri Maulaba<sup>1</sup> Hendra Yulita<sup>2</sup> Wahida<sup>3</sup>

**Latar belakang:** Preeklampsia dan eklampsia merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dan sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas karena preeklampsia adalah penyebab kematian ibu hamil dan perinatal yang tinggi terutama di negara berkembang

**Tujuan penelitian:** Untuk mengetahui hubungan graviditas dengan kejadian preeklampsia pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Tahun 2017.

**Metode penelitian:** Penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *case control study*, yaitu untuk melihat kontribusi faktor risiko terhadap analisis faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada kehamilan di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari.

**Hasil penelitian:** Hasil Uji Odd Ratio (OR) diperoleh OR = 3,385 dengan lower limit = 1,180 dan upper limit = 9,708 pada tingkat kepercayaan (CI) 95%. Karena nilai OR > 1 dengan lower limit dan upper limit mencangkup nilai 1. Kemudian hasil analisis statistik menggunakan Chi Square didapatkan nilai hasil signifikan (p value) P = 0.000, P < α = 0,05 yang lebih rendah dari taraf signifikan. Dengan demikian, Ho ditolak dan Ha diterima dengan kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017.

**Kesimpulan:** Terhadap hubungan yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia, dimana ibu hamil dengan graviditas bersiko 3,385 kali lebih berisiko dari pada ibu hamil dengan graviditas tidak berisiko.

Kata Kunci : Graviditas, Preeklampsia

Daftar Pustaka : 23 (2007-2016)

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

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN GRAVIDITY AND THE EVENT OF PREECLAMPSIA IN PREGNANCY IN DEWI SARTIKA GENERAL HOSPITAL KOTA KENDARI YEAR 2017

Sri Maulaba<sup>1</sup> Hendra Yulita<sup>2</sup> Wahida<sup>3</sup>

**Background:** Preeclampsia and eclampsia are health problems that require special attention and as one of the complications of pregnancy and childbirth is still a midwifery problem that has not been resolved completely because preeclampsia is a high cause of maternal and perinatal mortality, especially in developing countries

**Purpose Of Research:** To determine the relationship between gravidity and the incidence of preeclampsia in pregnant women at Dewi Sartika Kendari General Hospital in 2017.

**Research method:** This research is an observational analytic study with a case control study approach, which is to see the contribution of risk factors to the analysis of factors that influence the incidence of preeclampsia in pregnancy at Dewi Sartika General Hospital, Kendari City.

**The results:** Odd Ratio Test (OR) results obtained OR = 3.385 with lower limit = 1.180 and upper limit = 9.708 at 95% confidence level (CI). Because the value of OR > 1 with lower limit and upper limit includes a value of 1. Then the results of statistical analysis using Chi Square obtained a significant value (p value) P = 0.000, P <  $\alpha$  = 0.05 which is lower than the significant level. Thus, Ho is rejected and Ha is accepted with the conclusion that there is a significant relationship between gravidity and the incidence of preeclampsia in pregnant women at the Dewi Sartika General Hospital in Kendari City in 2017.

**Conclusion:** There is a significant relationship between gravidity and the incidence of preeclampsia, where pregnant women with gravidity are at risk of 3.385 times more at risk than pregnant women with gravidity are not at risk.

Keywords: Graviditas, Preeclampsia

Bibliography: 23 (2007-2016)

- 
1. Student
  2. Lecturer of Kendari Health Ministry Polytechnic Department of Midwifery

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini walaupun dalam bentuk yang sederhana, yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan Poltekkes Kendari dengan judul “Hubungan Graviditas dengan Kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kenndari Tahun 2017”.

Selama persiapan, pelaksanaan, penyusunan, sampai penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, terdapat hambatan maupun kesulitan yang dijumpai penulis akan tetapi semuanya dapat teratasi berkat bantuan, bimbingan, arahan serta motivasi dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya khususnya kepada Ibu Hendra Yulita, SKM, MPH selaku pembimbing I dan Ibu Wahida, S.Si.T, M.Keb selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.

Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada semua pihak, baik lembaga maupun pribadi sebagaimana penulis sebutkan dibawah ini:

1. Ibu Askrening, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.

2. Kepala Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari.
3. Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari.
4. Ibu Arsulfa, S.Si.T, M.Keb selaku Penguji I, Ibu Farming, S.Si.T, M.Keb selaku Penguji II dan Ibu Heyrani, S.Si.T, M.Kes selaku Penguji III
5. Para dosen dan seluruh staf tata usaha di lingkungan Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.
6. Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Kendari.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekeliruan, kesalahan dan kekurangan yang disebabkan oleh keterbatasan waktu, kemampuan dan pengetahuan penulis. Oleh karena itu saran, pendapat dan kritikan yang sifatnya membangun, sangat penulis harapkan dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diterima dan layak untuk dilanjutkan.

Kendari, Juli 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
RIWAYAT HIDUP .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
E. Keaslian Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	6
B. Landasan Teori .....	27
C. Kerangka Teori .....	27
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian .....	34
B. Waktu dan Tempat.....	35
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	35
D. Variabel Penelitian .....	36
E. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	36
F. Instrumen Penelitian .....	37
G. Analisis Data .....	37
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	41
B. Hasil Penelitian .....	43
C. Pembahasan.....	47
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	51
B. Saran .....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>		<b>Hal</b>
Gambar 2.1	Kerangka Teori.....	33
Gambar 2.2	Kerangka Konsep.....	33
Gambar 3.1	Skema Penelitian <i>Case Control</i> .....	36

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>		<b>Hal</b>
Tabel	Tabel Kontingensi 2 x 2.....	39
3.1		
Tabel	Disrtibusi Ibu Hamil Berdasarkan Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2018.....	45
4.2		
Tabel	Disrtibusi Ibu Hamil Kelompok Kasus Anemia Berdasarkan Graviditas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2017.....	44
4.2		
Tabel	Disrtibusi Ibu Hamil Kelompok Kontrol Anemia Berdasarkan Graviditas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2017.....	45
4.3		
Tabel	Hubungan Graviditas dengan Anemia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016.....	47
4.4		

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat Izin Pengambilan Data Awal
  
- Lampiran 2 Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan data Awal Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari
  
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Unit PPM Poltekkes Kemenkes Kendari
  
- Lampiran 4 Surat Izin penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara
  
- Lampiran 5 Surat Izin penelitian dari Badan Kesatuan dan Politik Kota Kendari
  
- Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari
  
- Lampiran 7 Master Tabel Penelitian
  
- Lampiran 8 Hasil Analisis Chi Square

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Preeklampsia dan eklampsia merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dan sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas karena preeklampsia adalah penyebab kematian ibu hamil dan perinatal yang tinggi terutama di negara berkembang. Sampai saat ini preeklampsia dan eklampsia masih merupakan "*the disease of theories*", karena angka kejadian preeklampsia-eklampsia tetap tinggi dan mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas maternal yang tinggi (Manuaba, 2010).

*World Health Organization* (WHO) memperkirakan 585.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, sekitar satu perempuan meninggal setiap menitnya (Estina dkk, 2010). Penyebab terjadi kematian ibu adalah perdarahan postpartum, preeklampsia/eklampsia dan infeksi (WHO 2013).

Angka kejadiannya lebih banyak terjadi di negara berkembang dibanding negara maju. Hal ini karena di negara maju perawatan kehamilannya lebih baik. Angka kejadian preeklamsi dan eklamsi di dunia sebesar 38,4% (WHO, 2013). Angka kejadian preeklamsi dan

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

Profil Kesehatan Dinkes Provinsi Sultra Tahun 2016 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Sulawesi Tenggara mencakup 72 orang yaitu 218 orang per 100.000 Kelahiran hidup. Penyebab utama kematian ibu yaitu perdarahan (51,05%), eklampsia (32,6%), infeksi (11,29%) dan lain-lain (5,06%). Penyebab kematian tersebut dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan (Antenatal care), persalinan (intranatal care) dan nifas (Post natal) yang memadai (Profil Dinkes Provinsi Sultra, 2016).

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

Menurut Bobak (2014) pada primigravida dapat terjadi preeklampsia sekitar 85%. Sementara ibu multigravida dan grande multigraviditas yang mengalami preeklampsia sebesar 15,00%. Pada multigravida maupun grandemultigravida disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan

angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria.

Kejadian preeklamsia dipengaruhi oleh paritas, ras, faktor genetik dan lingkungan. Kehamilan dengan preklamsia lebih umum terjadi pada primigravida, sedangkan pada multigravida berhubungan dengan penyakit hipertensi kronis, diabetes melitus dan penyakit ginjal.

Pada primigravida atau ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam mengalami persalinan sehingga dapat terjadi hipertensi dalam kehamilan atau yang biasa disebut preeklamsia. Primigravida juga merupakan salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklamsia. Primigravida juga merupakan salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklamsia. Pada primigravida dan grandemultipara frekuensi preeklamsia meningkat dibandingkan pada multigravida terutama pada primigravida muda dan grandemultipara yang disebabkan oleh berbagai faktor (Abdul G, 2011).

Jurnal penelitian yang dilakukan oleh Yuni Asih pada tahun 2015 di RSUD Cilacap, terdapat 88 kasus preeklampsia pada primigravida dari 335 sampel yang diteliti (Yuni Asih, 2015).

Berdasarkan jurnal yang dilakukan oleh Oktaria Denantika tentang Hubungan Status gravida dan usia Ibu terhadap kejadian Preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013”

menunjukkan bahwa proporsi primigavida yang menderita preeklampsia 1,52 kali lebih banyak dari pada yang tidak menderita preeklampsia (Oktaria, 2015).

Data Ibu hamil di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari pada tahun 2015 terdapat 690 Ibu hamil dengan jumlah kasus preeklampsia ditemukan 9 orang (1,3%), tahun 2016 tercatat 874 orang Ibu hamil dengan jumlah kasus preeklampsia ditemukan 33 orang (2,65%). Tahun 2017 tercatat 1056 orang Ibu hamil dengan jumlah kasus preeklampsia 31 orang (3,41%). Rata-rata ibu hamil yang mengalami preeklampsia adalah primigravida.

Dari uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota kendari Tahun 2017”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka masalah yang ditelaah dalam penelitian ini adalah : “Apakah ada hubungan Graviditas dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan Graviditas dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017.

#### 2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi Ibu Hamil yang mengalami Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017.

b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi graviditas Ibu hamil dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017.

c. Menganalisis hubungan graviditas dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017.

### **D. Manfaat Penelitian**

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

#### 2. Manfaat Praktis

a. Sebagai masukan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan bagi ibu hamil, dapat melakukan deteksi dini, dan memberi upaya preventif terhadap kejadian Preeklampsia.

b. Hasil penelitian dapat menjadi informasi bagi masyarakat mengenai faktor yang dapat meningkatkan kejadian Preeklampsia dan bertindak segera agar tidak terjadi keparahan akibat penyakit.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. “Hubungan Status gravida dan usia Ibu terhadap kejadian Preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013” Dilakukan oleh Oktaria Denantika. Penelitian ini dilaksanakan di bagian Rekam Medis dengan menggunakan desain *cross sectional*. Persamaan dari penelitian ini yaitu variabel independent yaitu graviditas, dan perbedaannya dengan penelitian ini adalah waktu dan tempat penelitian serta desain penelitiannya dimana penelitian tersebut menggunakan desain *cross sectional*, sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain *case control*.
2. Vania C.Estina (2014), dengan judul “Karakteristik Penderita Preeklamsia dan Eklamsia yang di rawat inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung”. Jenis penelitian yang gunakan yaitu penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional study*. Perbedaan dari penelitian yang saya lakukan yaitu terletak pada waktu, tempat, tahun dan jenis penelitian.
3. Sitti Nurafridasari, 2012. Analisis Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia di RSUD Bahteramas dengan jenis penelitian *case control* dengan variabel bebas gravid, umu kehamilan dan

hiperplasontoses dengan jumlah sampel 158 sampel dengan teknik pengambilan sampel *simple random sampling*. Perbedaan dengan penelitian yang penulis lakukan adalah judul, waktu, tempat dan tahun penelitian serta jumlah sampel yang digunakan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Preeklampsia**

###### **a. Pengertian Preeklampsia**

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

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

Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria pada usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Proteinuria ditetapkan apabila dalam urine terdapat protein  $\geq 300$  mg/ml dalam urin tampung 24 jam atau  $\geq 30$  mg/dl

urin acak tengah yang tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi saluran kemih (Himpunan kedokteran fetomaternal, 2005).

#### **b. Klasifikasi Preeklampsia**

Preeklampsia dibedakan menjadi dua yaitu :

##### 1) Preeklampsia ringan

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

##### 2) Preeklampsia berat

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

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

### c. Etiologi

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

- 1) Implantasi plasenta disertai invasi trofoblastik abnormal pada pembuluh darah uterus. Pada implantasi normal, arteriola spiralis uteri mengalami remodeling ekstensif karena invasi oleh trofoblas endovaskular. Sel-sel ini menggantikan lapisan otot dan endotel untuk memperlebar diameter pembuluh darah. Vena-vena hanya diinvasi secara superfisial. Namun pada preeklampsia, mungkin terjadi invasi trofoblastik inkomplit (Fisher *et al.*, 2009). Plasentasi yang kurang baik ini mengakibatkan stres oksidatif pada plasenta sehingga terjadi retriksi pertumbuhan janin dan pelepasan faktor-faktor plasental ke sistemik yang mencetuskan *respons* inflamasi serta aktivasi endotel sistemik dan menimbulkan sindrom preeklampsia (Cunningham *et al.*, 2010).
- 2) Faktor imunologis dimana terjadi toleransi imunologis yang bersifat maladaptif di antara jaringan maternal, paternal (plasental), dan fetal. Pada preeklampsia menurut Redman *et al* pada tahun 2009, *trofoblas ekstrasvilus* mengekspresikan antigen leukosit manusia G (HLA-G) yang bersifat immunosupresif dalam jumlah yang kurang sehingga

berpengaruh pada kecacatan vaskularisasi plasenta. Faktor-faktor yang berperan terhadap reaksi radang yang dipacu secara imunologis ini dirangsang oleh mikropartikel *plasenta* dan adiposit (Cunningham *et al.*, 2010).

- 3) Maladaptasi maternal terhadap perubahan kardiovaskular atau inflamatorik yang terjadi pada kehamilan normal. Perubahan inflamatorik diduga merupakan kelanjutan dari plasentasi yang abnormal. Iskemik yang diakibatkan karena karena kecacatan dalam plasentasi mencetuskan respon dilepaskannya faktor-faktor plasenta yang menyebabkan timbulnya sindrom preeklampsia (Taylor *et al.*, 2009).
- 4) Faktor-faktor genetik, termasuk gen predisposisi yang diwariskan, serta pengaruh epigenetik. Kecenderungan herediter ini mungkin merupakan akibat interaksi gen-gen yang diwariskan orang tua yang mengendalikan sejumlah besar fungsi metabolik dan enzimatik di setiap sistem organ (Cunningham *et al.*, 2010).

#### **d. Patofisiologi preeklampsia**

Pada preeklampsia yang berat dan eklampsia dapat terjadi perburukan patologis pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh vasospasme dan iskemia (Cunningham, 2003). Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai

substansi endogen (seperti prostaglandin, tromboxan) yang dapat menyebabkan vasospasme dan agregasi platelet. Penumpukan trombus dan pendarahan dapat mempengaruhi sistem saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan defisit saraf lokal dan kejang. Nekrosis ginjal dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria. Kerusakan hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati. Manifestasi terhadap kardiovaskuler meliputi penurunan volume intravaskular, meningkatnya *cardiac output* dan peningkatan tahanan pembuluh perifer. Peningkatan hemolisis microangiopati menyebabkan anemia dan trombositopeni. Infark plasenta dan obstruksi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian janin dalam rahim (Prawirohardjo, 2006).

#### **e. Perubahan pada organ-organ**

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

##### 1) Perubahan kardiovaskuler.

Gangguan fungsi kardiovaskuler yang parah sering terjadi pada preeklampsia dan eklampsia. Berbagai gangguan tersebut pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan *afterload* jantung akibat hipertensi, preload

jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis hipervolemia kehamilan atau yang secara iatrogenik ditingkatkan oleh larutan onkotik atau kristaloid intravena, dan aktivasi endotel disertai ekstrasvasasi ke dalam ruang ektravaskular terutama paru.

## 2) Metabolisme air dan elektrolit

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

## 3) Mata

Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Selain itu dapat terjadi ablasio retina yang disebabkan oleh *edema* intra-okuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala

lain yang menunjukkan tanda preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia adalah adanya *skotoma*, *diplopia*, dan *ambliopia*. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di *korteks serebri* atau di dalam retina (Mochtar, 2005).

#### 4) Otak

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

#### 5) Uterus

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

#### 6) Paru-paru

Kematian ibu pada preeklampsia dan eklampsia biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Bisa juga karena terjadinya aspirasi pneumonia, atau abses paru (Mochtar, 2005)

## **f. Gejala Preeklampsia**

### 1) Hipertensi

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

### 2) Edema

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

### 3) Proteinuria

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

hasil tes positif 1 dipstik dengan menggunakan pemeriksaan urin tampung 24 jam atau menggunakan rasio protein: kreatinin.

4) Gejala-gejala subjektif yang umum ditemukan pada preeklampsia yaitu:

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

**g. Faktor Risiko**

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

1) Umur

Preeklampsia sering ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu lebih dari 35 tahun dan kurang dari 20 tahun. (Shamsi *et al.*,2013).Tekanan darah cenderung meningkat seiring dengan pertambahan usia sehingga pada

usia 35 tahun akan terjadi peningkatan risiko preeklampsia (Potter & Perry, 2005).

Umur sangat mempengaruhi kehamilan maupun persalinan. Usia yang baik untuk hamil atau melahirkan berkisar antara 20 - 35 tahun. Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun kurang baik untuk hamil maupun melahirkan, karena kehamilan pada usia ini memiliki resiko tinggi seperti terjadinya keguguran, atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki tingkat resiko komplikasi melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia 35 tahun keatas, selain fisik melemah, juga kemungkinan munculnya berbagai resiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes dan berbagai penyakit lain (Gunawan S, 2010).

Menurut Manuaba (2010), umur dibawah 20 tahun bukan masa yang baik untuk hamil karena organ - organ reproduksi belum sempurna. Hal ini tentu akan menyulitkan proses kehamilan dan persalinan. Sedangkan kehamilan diatas 35 tahun mempunyai resiko untuk mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan antara lain

perdarahan, *gestosis*, atau hipertensi dalam kehamilan, distosia dan partus lama. Bertambahnya usia menunjukkan peningkatan insiden hipertensi kronis menghadapi resiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan, Wanita hamil dengan usia kurang dari 20 tahun insiden preeklampsia – eklampsia lebih dari 3 kali lipat. Pada wanita hamil berusia lebih dari 35 tahun dapat terjadi hipertensi laten oleh karena itu semakin lanjut usia maka kualitas sel telur sudah berkurang hingga berakibat juga menurunkan kualitas keturunan yang dihasilkan.

## 2) Graviditas

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilannya. Kehamilan yang pertama kalinya merupakan pengalaman baru yang akan dialami setiap wanita sehingga perlu adanya kunjungan kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan berbagai informasi mengenai kehamilan dan persalinan mengingat dalam kehamilan terjadi banyak perubahan fisiologis yang mungkin dapat mengganggu kenyamanan ibu selama kehamilan berlangsung. Sedangkan kehamilan yang lebih dari empat berdampak resiko pada kehamilan dan persalinan. Makin sering frekuensi kehamilan atau makin banyak kehamilan dari seorang ibu, maka terdapat kemungkinan terjadinya resiko dalam

kehamilan. Selain itu ibu dengan graviditas tinggi menyebabkan anemia dan dapat menimbulkan komplikasi pada saat kehamilan maupun persalinan serta janin yang dikandungnya yang meliputi kelahiran dengan anemia dan prematuritas tinggi (Winkjosastro, 2010).

### 3) Paritas

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus *uteri* lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grande dan multipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2007).

### 4) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya. Jarak antar kehamilan yang kurang dari 2 tahun dapat meningkatkan risiko terjadinya kematian maternal (Kemenkes RI, 2004). Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan

merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu (Kemenkes RI, 2004).

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

#### **h. Penatalaksanaan**

##### **1) Preeklampsia Ringan**

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

##### **a) Usia kehamilan kurang dari 37 minggu**

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

##### **(1) Rawat Jalan**

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

(2) Rawat Inap

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

b) Usia kehamilan lebih dari 37 minggu

(1) Apabila serviks matang, lakukan induksi dengan oksitosin 5 IU dalam 500 ml *dekstrose* IV 10 tetes/menit atau dengan prostaglandin.

(2) Apabila serviks belum matang, berikan prostaglandin, misoprostol atau kateter Foley, atau terminasi dengan seksio sesarea.

## 2) Preeklampsia Berat

### a) Penanganan Umum

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

- (1) Apabila tekanan diastolik lebih dari 110mmHg, berikan terapi antihipertensi sampai tekanan diastolik di antara 90-100mmHg.
- (2) Pasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar ukuran 16 gauge atau lebih.
- (3) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload.
- (4) *Kateterisasi* urine untuk pengeluaran volume dan proteinuria. Apabila jumlah urine <30mL per jam, infus cairan diperhatikan 1 1/8 jam dan pantau kemungkinan edema paru.
- (5) Jangan tinggalkan pasien sendirian karena kejang disertai aspirasi dapat terjadi sewaktu-waktu.
- (6) Observasi tanda-tanda vital, refleks dan denyut jantung janin setiap jam.
- (7) Auskultasi paru untuk mencari tanda edema paru. *Krepitasi* merupakan tanda edema paru. Jika terjadi *edema* paru, stop pemberian cairan dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg intravena.

(8) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bedside.

Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulapati.

b) Asuhan Intranatal

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

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

c) Asuhan postpartum

Antikonvulsan diteruskan sampai 24 jam postpartum atau kejang terakhir, lalu diteruskan dengan terapi antihipertensi apabila tekanan diastolik masih lebih 110 mmHg dan mamantau urine (Saifuddin, 2008).

d) Rujukan

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

**2. Ibu Hamil**

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

Masa kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2009).

Seorang ibu dapat didiagnosa hamil adalah apabila didapatkan tanda-tanda pasti kehamilan yaitu Denyut Jantung Janin (DJJ) dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu 17-18,

dapat dipalpasi (yang ditemukan adalah bagian-bagian janin jelas pada minggu ke-22 dan gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah minggu 24) dan juga dapat di Ultrasonografi (*USG*) pada minggu ke-6 (Kusmiyati et all 2008).

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

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

*ANC* (*Antenatal Care*) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu,

mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdliah, 2009).

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

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

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawiroharjo, 2009).

Tanda dan gejala kehamilan Tanda dan gejala kehamilan menurut Prawiroharjo (2009) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

**a). Tanda tidak pasti kehamilan**

- 1) Amenorea (tidak dapat haid) Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat

ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Neagie:  $HT+7$  (bulan-3)

- 2) Mual dan muntah Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".
- 3) Mengidam (ingin makanan khusus) Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- 4) Pingsan Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.
- 5) Anoreksia (tidak ada selera makan) Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.
- 6) Mammae menjadi tegang dan membesar. Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.
- 7) Miksi sering Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

- 8) Konstipasi atau obstipasi Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- 9) Pigmentasi (perubahan warna kulit) Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.
- 10) Epulis Suatu hipertrofi papilla gingivae (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama.
- 11) Varises (pemekaran vena-vena) Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.

**b. Tanda kemungkinan kehamilan**

- 1) Perut membesar Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.
- 2) Uterus membesar Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.
- 3) Tanda *Hegar* Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu

pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak.

- 4) Tanda Chadwick Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.
- 5) Tanda *Piscaseck* Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran.
- 6) Tanda *Braxton-Hicks* Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda *Braxton-Hicks* tidak ditemukan.
- 7) Teraba *ballotemen* Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.
- 8) Reaksi kehamilan positif Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari.

### **c. Tanda pasti kehamilan**

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

### **d. Diagnosa banding kehamilan**

- 1) Hamil palsu Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- 2) Tumor kandungan atau mioma uteri Terdapat pembesaran rahim tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata dan perdarahan banyak saat menstruasi.
- 3) Kista ovarium Terjadi pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil, datang bulan terus berlangsung dan pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan tes negatif.
- 4) Hematometra Terlambat datang bulan dapat melampaui umur kehamilan, perut terasa sakit setiap bulan, terjadi tumpukan darah dalam rahim, tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
- 5) Kandung kemih yang penuh Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang. (Manuaba, 2007)

### 3. Graviditas

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilannya. Kehamilan yang pertama kalinya merupakan pengalaman baru yang akan dialami setiap wanita sehingga perlu adanya kunjungan kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan berbagai informasi mengenai kehamilan dan persalinan mengingat dalam kehamilan terjadi banyak perubahan fisiologis yang mungkin dapat mengganggu kenyamanan ibu selama kehamilan berlangsung. Sedangkan kehamilan yang lebih dari empat berdampak resiko pada kehamilan dan persalinan. Makin sering frekuensi kehamilan atau makin banyak kehamilan dari seorang ibu, maka terdapat kemungkinan terjadinya resiko dalam kehamilan. Selain itu ibu dengan graviditas tinggi menyebabkan anemia dan dapat menimbulkan komplikasi pada saat kehamilan maupun persalinan serta janin yang dikandungnya yang meliputi kelahiran dengan anemia dan prematuritas tinggi (Winkjosastro, 2010).

Menurut Bobak (2014) pada primigravida dapat terjadi preeklampsia sekitar 85%. Sementara ibu multigravida dan grande multigraviditas yang mengalami pre eklampsia sebesar 15,00%. Pada multigravida maupun grandemultigravida disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan

angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria.

Pada primigavida atau ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam mengalami persalinan sehingga dapat terjadi hipertensi dalam kehamilan atau yang biasa disebut preeklamsia/eklamsia. Primigravida juga merupakan salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklamsia/eklamsia. Pada primigravida frekuensi preeklamsia/eklamsia meningkat dibandingkan pada multigravida terutama pada primigravida muda yang disebabkan oleh berbagai faktor (Abdul Gavur, dkk, 2011).

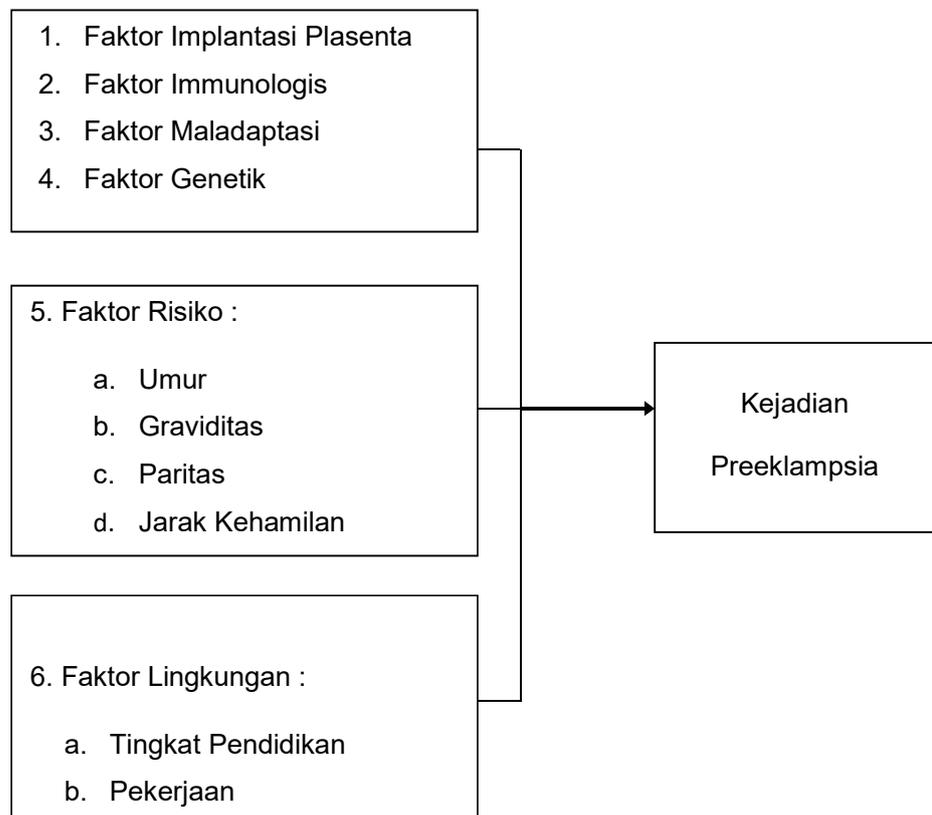
## **B. Landasan Teori**

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

Faktor risiko terjadinya preeklamsia menurut buku kapita selekta tahun 2014 yaitu: Umur, paritas, graviditas, jarak kehamilan. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya preeklamsia adalah faktor implantasi plasenta, faktor Immunologis, faktor maladaptasi dan faktor genetik serta faktor lingkungan.

Menurut Bobak (2014) pada primigravida dapat terjadi preeklampsia sekitar 85%. Sementara ibu multigravida dan grande multigraviditas yang mengalami pre eklampsia sebesar 15,00%. Primigravida juga merupakan salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklamsia/eklamsia. Pada primigravida frekuensi preeklamsia/eklamsia meningkat dibandingkan pada multigravida terutama pada primigravida muda yang disebabkan oleh berbagai faktor.

### C. Kerangka Teori



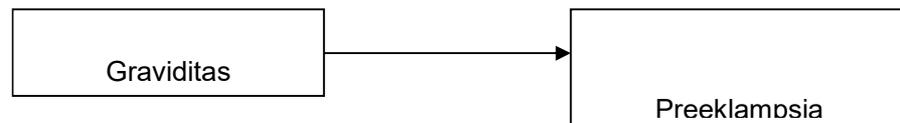
Gambar 1. Kerangka Teori

(Modifikasi teori Cunningham *et al.*, 2010; Shamsi *et al.*, 2013)

#### D. Kerangka Konsep

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

#### Kerangka Konsep



Variabel Independet / Bebas : Graviditas

Variabel Dependet/Terikat : Preeklampsia

Gambar 2. Kerangka Konsep

#### E. Hipotesis Penelitian

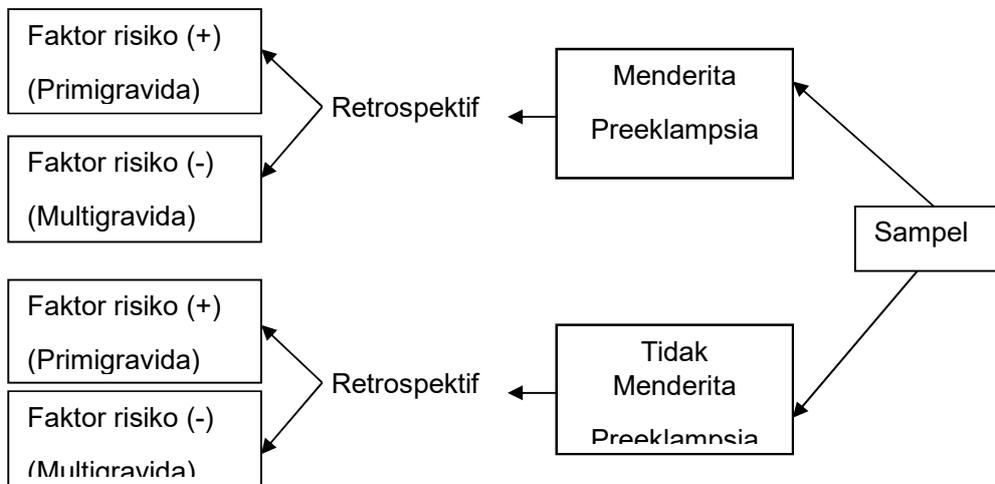
Ha : Ada hubungan graviditas dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017.

### BAB III

## METODE PENELITIAN

### A. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *case control study*, yaitu untuk melihat hubungan antara graviditas dengan kejadian Preeklampsia di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017. Penelitian ini dilakukan dengan mengidentifikasi subjek-subjek berupa kasus (ibu preeklampsia) dan control (tidak menderita preeklampsia) dan mengidentifikasi faktor risikonya secara retrospektif.



**Gambar 6.** Skema Penelitian Case Control

## **B. Waktu dan Tempat**

### 1. Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2018.

### 2. Tempat penelitian

Lokasi penelitian ini bertempat di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari.

## **C. Populasi dan Sampel**

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2017 sejumlah 1056 ibu hamil.

### 2. Sampel

#### a. Sampel Kasus

Pemilihan sampel pada kelompok kasus digunakan *purposive sampling*, yaitu ibu hamil yang mengalami preeklampsia di Sakit Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017 sebanyak 31 orang.

#### b. Sampel Kontrol

Jumlah sampel kontrol pada penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus : kelompok kontrol yaitu 1:1 dikarenakan alasan teknis penelitian ini yaitu masalah penghematan waktu penelitian dan selain itu untuk memudahkan peneliti dalam proses pengambilan data penelitian. Jumlah

sampel kontrol sama dengan jumlah sampel kasus yaitu 31 ibu hamil. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *systematic random sampling* yaitu sistem pengambilan sampel yang dilakukan dengan menggunakan selang interval tertentu secara berurutan (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini, sampel kontrol akan diambil sebanyak 31 sampel dari 1025 ibu hamil, maka kemungkinan terpilihnya adalah 1/33 sehingga akan diambil satu angka dari interval pertama antara 1-33 dan dilanjutkan dengan pemilihan angka berikutnya dari interval selanjutnya.

#### **D. Variabel Penelitian**

Dalam penelitian ini Variabel independen atau variabel bebasnya adalah graviditas, sedangkan variabel dependennya atau variabel terikatnya adalah kejadian Preeklampsia.

#### **E. Definisi Operasional**

##### 1. Preeklampsia

Preeklampsia adalah berkembangnya hipertensi dengan proteinuria atau edema disebabkan oleh kehamilan, yang timbul setelah umur 20 minggu kehamilan (Himpunan Kedokteran fetomaternal, 2005). Kriteria Objektif :

- a. Preeklampsia, yaitu ibu hamil yang telah didiagnosa mengalami Preeklampsia baik ringan maupun berat
- b. Tidak preeklampsia yaitu ibu hamil yang tidak mengalami preeklampsia baik ringan maupun berat, Skala Pengukuran : Nominal

## 2. Graviditas

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilannya.

Kriteria Objektif:

- a. Berisiko (Primigravida dan Grandemultipara)
- b. Tidak Berisiko (Multigravida)

Skala Pengukuran : nominal

## F. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan medik yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan. Berdasarkan kriteria objektif, yang berisiko diberikan angka 1 dan yang tidak berisiko diberikan angka 2. Jumlah ibu hamil yang berisiko preeclampsia 31 orang dan ibu hamil yang tidak berisiko sebanyak 35 orang.

## G. Analisis Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Kepala Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari.
2. Setelah mendapatkan izin meneliti, peneliti mengamati catatan medik pasien untuk mendapatkan data yang diperlukan.

3. Sampel diambil dan dilakukan pencatatan data dengan mengisi lembar check list sesuai dengan data yang dibutuhkan berdasarkan catatan medik pasien.

a. Pengolahan data

Tahap-tahap pengolahan data dalam penelitian ini adalah :

1). *Editing*

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

2). *Coding*

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

3). *Tabulating*

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

b. Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam pengolahan data dengan menggunakan :

1). Analisis univariabel

Analisis univariabel dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2002). Untuk mengetahui karakteristik umur analisis yang digunakan adalah

analisis univariabel menggunakan distribusi frekuensi dengan presentase.

Rumus :

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

Keterangan = X : Hasil presentase

f : frekuensi

N : Jumlah seluruh observasi

Sumber : Budiarto, (2002)

## 2). Analisis bivariabel

Analisis ini untuk mengetahui hubungan faktor risiko terhadap faktor efek dengan menggunakan Uji Statistik *Odd Ratio* (OR) dengan rumus sebagai berikut :

$$OR = \frac{axd}{bxc}$$

Murti, B. 2006.

Tabel 1. Tabel Kontingensi 2 x 2

Variabel Independent	Variabel		Jumlah
	Dependent		
	Kasus	Kontrol	
Faktor Risiko Positif	A	b	a + b
Faktor Risiko Negatif	C	d	c + d
Jumlah	a + c	b + d	a + b + c + d

Keterangan:

a = jumlah kasus dengan faktor risiko positif (+)

b = jumlah kontrol dengan faktor risiko positif (+)

c = jumlah kasus dengan faktor risiko negative (-)

d = jumlah kontrol dengan faktor risiko negative (-)

Adapun ketentuan yang digunakan dalam OR sebagai berikut :

1. Interval kepercayaan sebesar 95%
  - a. Jika  $OR > 1$  : Terdapat hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklampsia
  - b. Jika  $OR < 1$  : Terdapat hubungan yang antagonis antara graviditas dengan kejadian preeklampsia
  - c. Jika  $OR = 0$  : Tidak terdapat hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklampsia (Murti, B. 2006).

Untuk mengetahui apakah nilai OR bermakna atau tidak, maka perlu diketahui nilai batas bawah (lower limit) dan batas atas (upper limit) dengan rumus :

Nilai batas bawah / atas = $OR (e^{\pm f})$
---

Alternatif lain dalam menentukan kriteria penolakan yaitu dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% dengan perincian makna P value  $> 0,05$  menunjukkan bahwa hasil yang didapat tidak bermakna dan jika P value  $\leq 0,05$  menunjukkan bahwa hasil yang didapat bermakna.

Berdasarkan hasil uji statistik terdapat *cell* yang nilai diharapkan (*expected*) < 5, lebih dari 20% maka nilai *P value* dilihat dari *exact test* (Sutanto, 2010).

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Tinjauan Umum Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Dewi Sartika terletak di jalan Kapten Piere Tendean no 188 Kecamatan Baruga Kota Kendari ibu kota Provinsi Sulawesi Tenggara. Lokasi ini sangat strategis karena berada di tengah-tengah lingkungan pemukiman penduduk dan mudah di jangkau dengan kendaraan umum karena berada di sisi jalan raya dengan batas-batas sebagai berikut :

- a. Sebelah utara : perumahan penduduk
- b. Sebelah selatan : jalan raya kapten piere tendean
- c. Sebelah timur : perumahan penduduk
- d. Sebelah barat : perumahan penduduk

#### 1. Lingkungan fisik

RSU dewi sartika berdiri diatas tanah seluas 1.624 m<sup>2</sup> , rencana pengembangan 1.208 m<sup>2</sup>.

#### 2. Status

RSU dewi sartika mulai di bangun pada tahun 2009 dengan izin operasional sementara dari walikota kendari no 56/izin/XI/2010/001 tanggal 5 november 2010, maka RS ini resmi berfungsi dan melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan dibawah

naungan Yayasan widya ananda nugraha kendari yang sekaligus sebagai pemilik RS dengan klasifikasi D.

### 3. Organisasi dan Manajemen

Pemimpin RSU dewi sartika disebut direktur. Direktur dibantu oleh 3 orang koordinator dibidang pelayanan medis dan koordinator pelayanan administrasi umum.

Koordinator bidang pelayanan medis membawahi beberapa unit, yakni :

- a. Unit rawat jalan
- b. Unit gawat darurat
- c. Unit rawat inap

Koordinator bidang pelayanan penunjang medis membawahi beberapa unit :

- a. Unit Gizi
- b. Unit laboratorium
- c. Unit farmasi
- d. Sanitasi / kesehatan lingkungan

Koordinator bidang administrasi umum membawahi beberapa urusan

- a. Urusan administrasi umum dan kepegawaian
- b. Urusan administrasi keuangan
- c. Urusan perlengkapan umum
- d. Urusan keamanan

Selain pengorganisasian tersebut diatas terapat 2 (Dua) kelompok yang sifatnya kemitraan yakni :

1. Kelompok Dokter Spesialis/konsuler
  2. Kelompok pengawasan intern
4. Tugas pokok dan Fungsi RS

Tugas pokok dan fungsi RSUD Dewi Sartika adalah melakukan upaya kesehatan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

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

- a. Menyelenggarakan pelayanan medik
- b. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medik
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e. Menyelenggarakan pelayanan dan pelatihan
- f. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

## **B. Hasil Penelitian**

Hasil penelitian ini akan disajikan dalam beberapa tabel distribusi disertai dengan narasi atau penjelasan yang dianalisis secara analisis univariat dan bivariat sebagai berikut:

## 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan pada setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel yang diteliti.

### a. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Kejadian Preeklampsia

**Tabel 4.1**      **Disrtibusi Ibu Hamil Berdasarkan Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewa Sartika Kota Kendari tahun 2017**

<b>Kelompok Ibu Hamil</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Kasus (Preeklampsia)	31	50
Kontrol (Bukan Preeklampsia)	31	50
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Sekunder 2017 (diolah tahun 2018)

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa Kelompok Ibu hamil yang mengalami preeklampsia (kelompok kasus) berjumlah 31 orang (50%) dan Ibu hamil yang tidak mengalami preeklampsia (kelompok kontrol) juga berjumlah 31 orang (50%).

**b. Karakteristik Ibu Hamil Kelompok Kasus Berdasarkan Graviditas**

Untuk mengetahui distribusi ibu hamil berdasarkan graviditas, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 4.2**      **Disrtibusi Ibu Hamil Kelompok Kasus (Preeklmpsia) Berdasarkan Graviditas di RSU Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017**

<b>Graviditas</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Berisiko ( $\geq$ IV)	18	58,06
Tidak Berisiko ( $<$ IV)	13	41,94
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Sekender 2017 (diolah tahun 2018)

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia (kelompok kasus) berdasarkan graviditas yaitu yang berisiko berjumlah 18 orang (58,06%) dan graviditas yang tidak berisiko berjumlah 13 orang (42,94%).

**c. Karakteristik Ibu Hamil Kelompok Kontrol (Bukan Preeklampsia Berdasarkan Graviditas**

**Tabel 4.3** Disrtibusi Ibu Hamil Kelompok Kontrol berdasarkan graviditas di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017

<b>Graviditas</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Berisiko ( $\geq IV$ )	9	28,12
Tidak Berisiko ( $< IV$ )	22	71,88
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Sekender 2017 (diolah tahun 2018)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia (kelompok kontrol) berdasarkan graviditas yaitu yang berisiko berjumlah 9 orang (28,12%) dan paritas yang tidak berisiko berjumlah 22 orang (71,88%).

## **2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat untuk melihat hubungan variabel bebas dan variabel terikat, sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini dengan melibatkan variabel bebas yaitu graviditas dihubungkan kejadian preeklamsia. Selanjutnya dilakukan analisis hubungan variabel secara bivariat. Adapun hasil data analisis bivariat dapat dilihat sebagai berikut :

### **Hubungan Graviditas dengan Kejadian Preeklamsia**

Untuk mengetahui hubungan graviditas dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari dapat dilihat pada table dibawah ini:

**Tabel 4.4 Hubungan Graviditas dan Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017**

Graviditas	Kelompok Ibu Hamil				Total	
	Kasus		Kontrol		N	f
	n	f	n	F		
Berisiko ( $\geq$ IV)	18	29,03	9	14,52	27	43,55
Tidak Berisiko (<IV)	13	20,97	22	35,48	35	56,45
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>50</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

OR = 3,385

95% (CI) = Upper limit - Lower limit = 9,708 – 1,180

*P value* = 0.020 dan nilai *p* = 0.005

Sumber: Data Sekender 2017 (diolah tahun 2018)

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia sebanyak 31 orang, yang memiliki graviditas berisiko sebanyak 27 orang (43,55%) dimana pada kelompok kasus sebanyak 18 orang (29,03%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 9 orang (14,52%). Sedangkan ibu hamil dengan graviditas tidak berisiko sebanyak 35 orang (56,45%) dimana

pada kelompok kasus sebanyak 13 orang (20,97%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 22 orang (35,48%).

Hasil Uji Odd Rasio (OR) diperoleh OR = 3,385 dengan lower limit = 1,180 dan upper limit = 9,708 pada tingkat kepercayaan (CI) 95%. Karena nilai OR > 1 dengan lower limit dan upper limit mencangkup nilai 1. Kemudian hasil analisis statistic menggunakan Chi Square didapatkan nilai hasil signifikan (p value) P = 0.020,  $P < \alpha = 0,05$  yang lebih rendah dari taraf signifikan. Dengan demikian, Ho ditolak dan Ha diterima dengan kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017. Dalam hal ini, graviditas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil. Ibu hamil dengan graviditas I dan  $\geq$  IV akan berisiko 3,384 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan graviditas II dan III.

### **C. Pembahasan**

Dari hasil penelitian, hubungan graviditas dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari adalah sebagai berikut :

## 1. Graviditas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil mengalami preeklamsia (kelompok kasus) dengan graviditas berisiko (I dan  $\geq$ IV) lebih tinggi dari pada ibu hamil yang tidak berisiko, dimana ibu hamil yang dengan graviditas berisiko berjumlah 18 orang (28,03%) dan graviditas yang tidak berisiko berjumlah 13 orang (20,97%). Sedangkan ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia (kelompok kontrol), graviditas yang berisiko lebih rendah dari pada yang tidak berisiko, dimana ibu hamil dengan graviditas berisiko berjumlah 9 orang (14,52%) dan yang tidak berisiko berjumlah 22 orang (35,48%).

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilannya. Kehamilan yang pertama kalinya merupakan pengalaman baru yang akan dialami setiap wanita sehingga perlu adanya kunjungan kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan berbagai informasi mengenai kehamilan dan persalinan mengingat dalam kehamilan terjadi banyak perubahan fisiologis yang mungkin dapat mengganggu kenyamanan ibu selama kehamilan berlangsung. Sedangkan kehamilan yang lebih dari empat berdampak resiko pada kehamilan dan persalinan. Makin sering frekuensi kehamilan atau makin banyak kehamilan dari seorang ibu, maka terdapat kemungkinan terjadinya resiko dalam kehamilan. Selain itu ibu

dengan graviditas tinggi menyebabkan anemia dan dapat menimbulkan komplikasi pada saat kehamilan maupun persalinan serta janin yang dikandungnya yang meliputi kelahiran dengan anemia dan prematuritas tinggi (Winkjosastro, 2010).

## **2. Preeklampsia**

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok Ibu hamil yang mengalami preeklampsia (kelompok kasus) berjumlah 31 orang (50%) dan Ibu hamil yang tidak mengalami preeklampsia (kelompok kontrol) juga berjumlah 31 orang (50%).

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

Faktor risiko terjadinya preeklampsia menurut buku kapita selekta tahun 2014 yaitu: Umur, paritas, graviditas, jarak kehamilan. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya preeklampsia adalah faktor implantasi plasenta, faktor Immunologis, faktor maladaptasi dan faktor genetik serta faktor lingkungan.

### 3. Hubungan Graviditas dengan Preeklampsia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia sebanyak 31 orang, yang memiliki graviditas berisiko sebanyak 27 orang (43,55%) dimana pada kelompok kasus sebanyak 18 orang (29,03%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 9 orang (14,52%). Sedangkan ibu hamil dengan graviditas tidak berisiko sebanyak 35 orang (56,45%) dimana pada kelompok kasus sebanyak 13 orang (20,97%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 22 orang (35,48%).

Hasil Uji Odd Ratio (OR) diperoleh  $OR = 3,385$  dengan lower limit = 1,180 dan upper limit = 9,708 pada tingkat kepercayaan (CI) 95%. Karena nilai  $OR > 1$  dengan lower limit dan upper limit mencakup nilai 1. Kemudian hasil analisis statistik menggunakan Chi Square didapatkan nilai hasil signifikan (p value)  $P = 0.020$ ,  $P < \alpha = 0,05$  yang lebih rendah dari taraf signifikan. Dengan demikian,  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017. Dalam hal ini, graviditas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil. Ibu hamil dengan graviditas I dan  $\geq IV$  akan berisiko 3,385 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan graviditas II dan III.

Hal ini sejalan dengan teori Bobak tahun 2014 pada primigravida dapat terjadi preeklampsia sekitar 85%. Sementara ibu multigravida dan grande multigraviditas yang mengalami preeklampsia sebesar 15,00%. Pada multigravida maupun grandemultigravida disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria. Pada penelitian ini, kejadian preeklampsia paling banyak terdapat pada primigravida dan grandemultipara.

Pada primigravida atau ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam mengalami persalinan sehingga dapat terjadi hipertensi dalam kehamilan atau yang biasa disebut preeklampsia. Primigravida juga merupakan salah satu faktor risiko penyebab terjadinya preeklampsia. Pada primigravida frekuensi preeklampsia meningkat dibandingkan pada multigravida terutama pada primigravida muda yang disebabkan oleh berbagai faktor (Abdul Gavur, dkk, 2011).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abdul Gavur dengan Judul Hubungan antara primigravida dengan kejadian Preeklampsia yang dilaksanakan di beberapa Rumah Sakit di Sulawesi Selatan yaitu RSKD Ibu dan Anak Pertiwi Makassar, RSKD Siti Fatimah dan RSUD Haji Makassar tahun 2012 dimana secara statistik terdapat hubungan

yang signifikan antara primigravida dengan preeklampsia dengan nilai p value 0,011 dan nilai OR = 2,263.

Hasil penelitian sebelumnya juga dilakukan oleh Sri Sumarni tentang Hubungan Graviditas dengan kejadian preeklampsi di RSUD dr. H. Moh. Anwar Sunemep tahun 2014 diperoleh hasil penelitian p value 0,001 yang menunjukkan adanya hubungan antara preeklampsia dengan kejadian preeklamsi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa wanita yang baru menjadi ibu dengan pasangan baru mempunyai risiko enam sampai delapan kali lebih mudah terkena preeklampsi dari pada multigravida. Teori imunologi menjelaskan secara perihal hubungan gravid atau paritas dengan insiden preeklampsi. Teori tersebut menyebutkan blocking antibodies terhadap antigen plasenta yang terbentuk pada kehamilan pertama menjadi penyebab preeklampsia. Teori ini juga menyebutkan karena penurunan human antigen protein G (HLA) yang berperan penting dalam medulasi respon imun sehingga ibu menolak hasil konsepsi (Angsar 2004).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2018, maka dapat disimpulkan:

1. Dari 62 sampel yang diteliti, ibu hamil yang mengalami preeklampsia (kelompok kasus) berjumlah 31 orang ibu hamil yang tidak mengalami preeklampsia (kelompok control) berjumlah 31 orang.
2. Dari 62 sampel yang diteliti graviditas yang berisiko mengalami preeklampsia pada ibu hamil dari kelompok kasus berjumlah 18 orang (29,03%) dan ibu hamil dari kelompok control berjumlah 13 orang (20,97%).
3. Terhadap hubungan yang bermakna antara graviditas dengan kejadian preeklampsia, dimana ibu hamil dengan graviditas primigravida dan grandemultigravida 3,385 kali lebih berisiko dari pada ibu hamil dengan multigravida.

#### **B. Saran**

1. Bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar lebih meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan khususnya dalam penapisan hipertensi pada ibu hamil untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

2. Bagi peneliti lain, untuk dapat melakukan penelitian lanjutan baik dengan menambahkan variabel maupun dengan desain penelitian yang berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, G. 2011. Hubungan Antara Primigravida Dengan Preeklampsia. Jurnal Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar
- Bobak, I. 2014. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Boejang, 2012. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kejadian Preeklampsia RS. Dr. Karyadi Semarang*. Jurnal Penelitian.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. 2010. *Obstetri Williams*. Edisi 23. USA: McGraw-Hill Companies.
- Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2014. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara tahun 2014*. Kendari: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara.
- \_\_\_\_\_. 2016. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara tahun 2016*. Kendari: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara
- Fisher SJ, McMaster M, Robert JM. 2009. *The Placenta in Normal Pregnancy and Preeclampsia*. Dalam Lindheimer MD, Roberts JM, Cunningham FG, penyunting. Chesley's Hypertensive Disorder of Pregnancy. Edisi Ke-3. New York: Elsevier In Press.
- Gunawan. 2010. *Pendekatan Komprehensif untuk Penyakit Ginjal dan Hipertensi*. Medika Jurnal Kedokteran Indonesia.
- Hanafiah, 2008. *Perawatan Antenatal dan Peranan Asam Folat dalam Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Ibu Hamil dan Janin*. USU. Medan
- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia..* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusmiati, dkk. 2008. *Panduan Lengkap Perawatan Kehamilan*. Jogjakarta : Fitramaya.
- Manuaba, I.B.G. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: ECG.

- Manuaba, I.B.G., I.A. Chandranita Manuaba, dan I.B.G. Fajar Manuaba. 2007 *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Maulana, Heri D. J.. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: KGC.
- Mufdlilah. 2009. *Anatal care focused*. Yogyakarta: Nuha Offset.
- Mochtar, R. 2005. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta :EGC
- Oktaria D, 2015. *Hubungan Gravida dan Usia Ibu terhadap Kejadian Preeklampsia* di RSUP Dr. Djamil Padang. Skripsi
- Potter, P.A. Perry. A.G. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktisi. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Prawirohardjo, S.. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- \_\_\_\_\_ 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT.Bina Pustaka SarwonoPrawirohardjo.
- Royston E, Amstrong S.. 1998. *Pencegahan kematian ibu hamil. Alih bahasa: MaulanyR.F..* Jakarta: Binarupa aksara.
- Saifuddin, A.B., Adrianz, G., Wiknjosastro, G.H. & Waspodo, D.. 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sugiyono, 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung:Alfabeta
- Sutanto, 2010. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT. Rajawali Gavindo
- Shamsi S, Saleem S, Nishter N. 2013. *Epidemiology and Risk factors of Preeclampsia : An Overview of Observational Studies*. Al Ameen J Med Sci.
- Taylor, et. al. 2009. Psikologi Sosial Edisi Kedua. Jakarta : Kencana.
- Varney H.. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. 3 ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wibowo N, Irwinda R, Frisdiantiny E. 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia*. Kementerian Kesehatan RI.

WindaryaniYuyun, Sunarti Dode, &Alfrida Mallo. 2013. *Hubungan Antara Primigravida/Multigravida Dengan Angka Kejadian Preeklamsia / Eklamsia Di RSKDIA Siti Fatimah Makassar*. Volume 1 Nomor 6 Tahun 2013.

Winkjosastro, Hanifah, 2010, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

World Health Organization (WHO), 2007. *Maternal Mortality in 2005*. Geneva: Departement of Reproductive Health and Research WHO.

Yuni, A. 2015 *Faktor yang mempengaruhi Kejadia Preeklampsia di Rumah Sakit Cilacap*. Skripsi

MASTER TABEL KASUS

HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN PREEKLAMPSI  
DI RSU DEWI SARTIKA TAHUN 2017

NO	NAMA	No. Register	Umur	Graviditas			Kejadian
				Jumlah	Kategori	Kriteria Objektif	Preeklampsia
1	Ny. Siti Salma	02 26 02	32 tahun	III	tidak berisiko	2	1
2	Ny. Noviyanti	01 27 58	28 tahun	III	tidak berisiko	2	1
3	Ny. Rosmawati	02 28 69	41 tahun	IV	Berisiko	1	1
4	ny. Nisrawati	02 29 50	31 tahun	II	tidak berisiko	2	1
5	Ny. Rosna	02 30 28	31 tahun	V	Berisiko	1	1
6	Ny Haryani	01 61 76	32 tahun	III	tidak berisiko	2	1
7	Ny Rosyna	02 61 13	24 tahun	II	tidak berisiko	2	1
8	Ny Isma Ningsi	02 33 91	31 tahun	V	Berisiko	1	1
9	Ny. Ari Kusmira	01 39 83	31 tahun	V	Berisiko	1	1
10	Ny. Nani	02 34 33	32 tahun	III	tidak berisiko	2	1
11	Ny. Hurniah	02 35 47	42 tahun	VI	Berisiko	1	1
12	Ny Septi	02 36 14	20 tahun	II	tidak berisiko	2	1
13	Ny. Haryani	02 18 50	32 tahun	V	Berisiko	1	1
14	Ny. Romsiti	02 24 09	32 tahun	V	Berisiko	1	1
15	Ny. Tri Astuti	02 42 52	32 tahun	III	tidak berisiko	2	1
16	Ny Indrawati	685	35 tahun	V	Berisiko	1	1
17	Ny. Ernita	323	35 tahun	II	tidak berisiko	2	1
18	Ny. Siti Asma	1390	36 tahun	VI	Berisiko	1	1
19	Ny. Tuti	1509	30 tahun	III	tidak berisiko	2	1
20	Ny. Rosmini	00 24 01	39 tahun	IV	Berisiko	1	1
21	Ny. Feni	00 26 56	37 tahun	V	Berisiko	1	1
22	Ny. Titin Asriant	00 28 74	28 tahun	II	tidak berisiko	2	1
23	Ny. Feliyanti	00 28 83	18 tahun	I	Berisiko	1	1
24	Ny. Sri Utami	19 46	20 tahun	I	Berisiko	1	1
25	Ny. Hasna Fais	2337	25 tahun	I	Berisiko	1	1
26	Ny. Narni	1/17/1906	26 tahun	I	Berisiko	1	1
27	Ny. Ekarni	1965	31 tahun	II	tidak berisiko	2	1
28	Ny. Suhira	00 57 74	32 tahun	IV	Berisiko	1	1
29	Ny. Maulana	00 55 74	32 tahun	IV	Berisiko	1	1
30	Ny. Sarlia	00 57 92	32 tahun	V	Berisiko	1	1
31	Ny. Filda	00 56 96	24 tahun	III	tidak berisiko	2	1

MASTER TABEL KONTROL							
HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN PREEKLAMPSI							
DI RSU DEWI SARTIKA TAHUN 2017							
NO	NAMA	No. Register	Umur	Graviditas			Kejadian
				Jumlah	Kategori	Kriteria Objektif	Bukan Preeklampsia
1	Ny. Sitti Saimu	02 24 77	24 tahun	I	Berisiko	1	2
2	Ny. Noviyanti	02 24 80	22 tahun	I	Berisiko	1	2
3	Ny. Darliani	02 24 38	25 tahun	II	tidak berisiko	2	2
4	Ny. Asniwati	02 10 32	28 tahun	II	tidak berisiko	2	2
5	Ny. Sitti Salma	02 22 29	30 tahun	V	Berisiko	1	2
6	Ny. Nisbuyu	02 24 51	27 tahun	III	tidak berisiko	2	2
7	Ny. Ni Wayan Mutia	02 24 52	28 tahun	III	tidak berisiko	2	2
8	Ny. Saidar Ulub	02 21 14	32 tahun	V	Berisiko	1	2
9	Ny. Sitti Hanifa	02 24 63	24 tahun	I	Berisiko	1	2
10	Ny. Indrayani	02 24 28	24 tahun	II	tidak berisiko	2	2
11	Ny. Rositi	00 30 42	21 tahun	III	tidak berisiko	2	2
12	Ny. Sarni	02 24 84	34 tahun	III	tidak berisiko	2	2
13	Ny. Nurhayati	01 54 41	24 tahun	II	tidak berisiko	2	2
14	Ny. Cici Indrawati	02 24 46	27 tahun	II	tidak berisiko	2	2
15	Ny. Irma Kurniati	02 24 87	31 tahun	II	tidak berisiko	2	2
16	Ny. Muliani	02 24 84	34 tahun	V	Berisiko	1	2
17	Ny. Harniaty	02 24 89	28 tahun	II	tidak berisiko	2	2
18	Ny. Marawati	02 24 99	32 tahun	IV	tidak berisiko	2	2
19	Ny. Ayu Lestari	02 25 01	22 tahun	I	Berisiko	1	2
20	Ny. Linawati	02 18 66	25 tahun	II	tidak berisiko	2	2
21	Ny. Arnita	02 25 05	32 tahun	III	tidak berisiko	2	2
22	Ny. Rosmiaty	02 25 18	31 tahun	III	tidak berisiko	2	2
23	NyHastati	02 18 36	25 tahun	I	Berisiko	1	2
24	Ny. Irma	02 25 20	30 tahun	II	tidak berisiko	2	2
25	Ny. Wa Ode Herlina	02 20 37	24 tahun	II	tidak berisiko	2	2
26	Ny. Darmawati	02 25 22	30 tahun	II	tidak berisiko	2	2
27	Ny Arni Dwi Astuti	01 95 82	23 tahun	II	tidak berisiko	2	2
28	Ny. Kartinuni	02 25 35	21 tahun	II	tidak berisiko	2	2
29	Ny. Nengah Arti	01-79 36	32 tahun	III	tidak berisiko	2	2
30	Ny. Haslianti	2/3/1987	28 tahun	III	tidak berisiko	2	2
31	Ny. Sarmiatin	02 25 55	24 tahun	I	Berisiko	1	2

```

FREQUENCIES VARIABLES=PREEKLAMPSIA GRAVIDITAS
/STATISTICS=SUM

/ORDER=ANALYSIS.

```

## Frequencies

		Statistics	
		KEJADIAN PREEKLAMPSI A	GRAVIDITAS
N	Valid	62	62
	Missing	3	3
	Sum	93	95

## Frequency Table

KEJADIAN PREEKLAMPSIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PREEKLAMPSIA	31	47.7	50.0	50.0
	BUKAN PREEKLAMPSIA	31	47.7	50.0	100.0
	Total	62	95.4	100.0	
Missing	System	3	4.6		
	Total	65	100.0		

**GRAVIDITAS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	GRAVIDA BERISIKO	29	44.6	46.8	46.8
	GRAVIDA TIDAK BERISIKO	33	50.8	53.2	100.0
	Total	62	95.4	100.0	
Missing	System	3	4.6		
Total		65	100.0		

```

CROSSTABS
  /TABLES=GRAVIDITAS BY PREEKLAMPSIA
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CORR RISK
  /CELLS=COUNT

  /COUNT ROUND CELL.
  
```

```

CROSSTABS
  /TABLES=GRAVIDITAS BY PREEKLAMPSIA
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CORR RISK
  /CELLS=COUNT

  /COUNT ROUND CELL.
  
```

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GRAVIDITAS * KEJADIAN PREEKLAMPSIA	62	95.4%	3	4.6%	65	100.0%

**GRAVIDITAS \* KEJADIAN PREEKLAMPSIA Crosstabulation**

Count		KEJADIAN PREEKLAMPSIA		Total
		PREEKLAMPSI	BUKAN PREEKLAMPSI	
		A	A	
GRAVIDITAS	GRAVIDA BERISIKO	18	9	27
	GRAVIDA TIDAK BERISIKO	13	22	35
Total		31	31	62

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.314 <sup>a</sup>	1	.021		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.199	1	.040		
Likelihood Ratio	5.399	1	.020		
Fisher's Exact Test				.040	.020
Linear-by-Linear Association	5.229	1	.022		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	62				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.293	.121	2.372	.021 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.293	.121	2.372	.021 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		62			

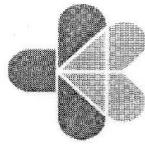
a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for GRAVIDITAS (GRAVIDA BERISIKO / GRAVIDA TIDAK BERISIKO)	3.385	1.180	9.708
For cohort KEJADIAN PREEKLAMPSIA =	1.795	1.081	2.980
PREEKLAMPSIA For cohort KEJADIAN PREEKLAMPSIA = BUKAN	.530	.294	.958
PREEKLAMPSIA N of Valid Cases	62		



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232  
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



**SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA**

**NO: 428/PP/2018**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

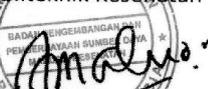
Nama : Sri Maulaba  
NIM : P00324015076  
Tempat Tgl. Lahir : Baito, 17 Agustus 1995  
Jurusan : D III Kebidanan  
Alamat : Jln Tunggal, BTN Permata Anawai, Blok E2. No. 13

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.III Kebidanan Tahun 2018

Kendari, 16 Agustus 2018

Kepala Unit Perpustakaan  
Politeknik Kesehatan Kendari

  
Amaluddin, S. Sos  
NIP. 1961123119820310



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari  
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes\_kendari@yahoo.com*

Nomor : DL.11.02/1/ 2240 /2018  
Lampiran : 1 (satu) eks.  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,  
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra  
di-  
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Sri Maulaba  
NIM : P00324015076  
Jurusan/Prodi : D-III Jurusan Kebidanan  
Judul Penelitian : Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Pre Eklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2017

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 14 Mei 2018

**Ah. Direktur**  
**Pudir.**  
  
**A k h m a d, SST., M.Kes**  
NIP. 196802111990031003



**KEMENTERIAN KESEHATAN R I**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari*  
*Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes\_kendari@yahoo.com*

Nomor : DL.11.02/1/3292 /2017  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,  
Direktur RSUD Dewi Sartika  
di-  
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

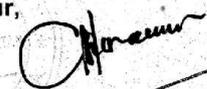
Nama : Sri Maulaba  
NIM : P00324015076  
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan  
Judul Penelitian : Hubungan Graviditas dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2017

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di RSUD Dewi Sartika Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 8 Desember 2017.

R. Direktur,

  
Askrening, SKM., M.Kes  
NIP. 196909301990022001



## RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

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

### SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA NOMOR : 282 / TU / RSU DS / I / 2018

Dengan ini menyetujui :

Nama : Sri Maulaba  
Nim : P00324015076  
Program Studi : DIII Kebidanan  
Pekerjaan : Mahasiswa

Telah melakukan pengambilan data pada tanggal 18 Januari 2017, untuk digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

Dengan judul : “ **Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Preeklamsia Di RSU Dewi Sartika Tahun 2017** “

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya .

Kendari, Januari 2018

Direktur RSU Dewi Sartika

An.Kepala Tata Usaha

Administrasi



RUMAH SAKIT UMUM  
DEWI SARTIKA

**Erni Majid**



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

Kendari, 15 Mei 2018

Nomor : 070/2477/Balitbang/2018  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada  
Yth. Gubernur Sulawesi Tenggara  
di-  
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL. 11.02/II/2290/2018 Tanggal 14 Mei 2018 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : SRI MAULABA  
NIM : P00324015076  
Prog. Studi : D-III Kebidanan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : RSUD Dewi Sartika

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

**"HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PRE EKLAMPSIA  
DI RSUD DEWI SARTIKA TAHUN 2017"**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 15 Mei 2018 sampai selesai.

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

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

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

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



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

**Tembusan :**

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari
2. Walikota Kendari di Kendari
3. Direktur RSUD Dewi Sartika di Kendari
4. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari
5. Ketua Jurusan Kebidanan di Kendari
6. Ketua Prodi D-III Kebidanan Poltekkes Kendari di Kendari
7. Mahasiswa yang Bersangkutan



## RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

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

### SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

NOMOR : 188 / TU/RSU DS / VII / 2018

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Edy Kurniawan Y, S. Kep

Jabatan : Ka. Tata Usaha Rumah Sakit Umum Dewi Sartika

Dengan ini menyetujui :

Nama : Sri Maulaba

Nim : P00324015076

Program Studi : DIII Kebidanan

Pekerjaan : Mahasiswa

Telah Melakukan Penelitian Pada Tanggal 02 Juli 2018 sampai selesai.

Dengan Judul : “ **Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Pre Eklampsia Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Tahun 2017** “

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, Juli 2018  
Direktur RSU Dewi Sartika  
An.Kepala Tata Usaha  
Administrasi



**Erni Majid**

