

**HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI
PROVINSI SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2016**



KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH

ANITA SAFITRI
P00324014042

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

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2016


Diajukan Oleh:

ANITA SAFITRI
P00324014042


Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian karya tulis ilmiah dihadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.

Kendari, Juli 2017

Pembimbing I


Halimah, SKM, M.Kes
Nip.196209201987022002

Pembimbing II


Nasrawati, S.Si.T, MPH
Nip.197405281992122001

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Halimah, SKM, M.Kes
Nip.196209201987022002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA
DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI
PROVINSI SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2016**

Diajukan Oleh:

ANITA SAFITRI
P00324014042

Telah Diuji dan Disahkan Dalam Ujian Karya Tulis Ilmiah Pada Tanggal
29 Juli 2017 Di Hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Politeknik
Kesehatan Kendari Jurusan DIII Kebidanan

TIM PENGUJI

Penguji I : Hendra Yulita, SKM, MPH (.....)

Penguji II : Sultina Sarita, SKM, M.Kes (.....)

Penguji III : Elyasari, SST, M.Kes (.....)

Penguji IV : Halijah, SKM, M.Kes (.....)

Penguji V : Nasrawati, S.Si.T, MPH (.....)

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Halijah, SKM, M.Kes
Nip. 196209201987022002

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Anita Safitri
2. Tempat tanggal lahir : Andoolo Utama, 02 Juli 1997
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
6. Alamat : Btn. La Cinta 2 Kel. Baruga Kec.Baruga

B. Pendidikan

1. SD N Silea Jaya, Kabupaten Konawe Selatan tamat tahun 2008
2. MTS N 4 Konawe Selatan, Kabupaten Konawe Selatan tamat tahun 2011.
3. MA N 2 Konawe Selatan, Kabupaten Konawe Selatan tamat tahun 2014
4. Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan, masuk tahun 2014 sampai dengan sekarang

INTISARI

HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA KENDARI TAHUN 2016

Anita Safitri¹ Halijah² Nasrawati²

Latar Belakang: Preeklamsia adalah masalah kesehatan yang dialami saat hamil ditandai dengan tekanan darah tinggi (hipertensi), disertai protein dalam urine (proteinuria) dengan atau tanpa edema

Tujuan Penelitian: penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan graviditas dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

Metode Penelitian: Desain penelitian yang digunakan ialah analitik dengan rancangan *case control study*. Sampel penelitian adalah ibu hamil yang mengalami preeklamsia dan yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:1 (33:33). Instrumen pengumpulan 66 data berupa ceklist tentang kejadian preeklamsia dan graviditas. Data dianalisis dengan uji *Chi Square* dan untuk melihat besarnya risiko menggunakan uji *Odds Ratio* (OR).

Hasil Penelitian: Hasil penelitian menunjukkan dari 2622 ibu hamil terdapat 33 kasus (1,3%) kejadian preeklamsia, dari 66 responden terdapat 37 ibu (56,1%) dengan graviditas tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Ada hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklamsia ($p=0,001$; $\chi^2=10,4$). Ibu dengan graviditas berisiko memiliki risiko 5,5 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan graviditas tidak berisiko.

Kata kunci : preeklamsia, graviditas

¹ Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Poltekkes Kendari

² Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari

KATA PENGANTAR

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

Dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada kedua orangtuaku tercinta Bapak Ngadino dan Ibu Sholeha atas segala kasih sayang dan motivasinya sehingga peneliti mampu menyelesaikan tugas akhir ini dan kepada Ibu Halijah, SKM, M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu Nasrawati, S.Si.T, MPH selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Petrus, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Halijah, SKM, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari.
3. Ibu Hendra Yulita, SKM, MPH, Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kes, Ibu Elyasari, SST, M.Keb selaku penguji dalam karya tulis ilmiah ini.

4. Direktur Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Bapak dr. H. M. Rinvil Amiruddin, M.Kes
5. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan selama mengikuti pendidikan yang telah memberikan arahan dan bimbingan.
6. Seluruh teman-teman D-III Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari, yang senantiasa memberikan bimbingan, dorongan, pengorbanan, motivasi, kasih sayang serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis menempuh pendidikan.

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

Kendari, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
INTISARI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	26
B. Landasan Teori.....	28
C. Kerangka Teori.....	42
D. Kerangka Konsep.....	29
E. Hipotesis Penelitian.....	29
BAB III METODE PENELITIAN.....	30
A. Jenis Penelitian.....	30
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	30
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
D. Variabel Penelitian.....	31
E. Definisi Operasional.....	31
F. Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	32

G. Instrumen Penelitian.....	32
H. Pengolahan dan Analisis Data.....	32
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Hasil Penelitian.....	36
B. Pembahasan.....	46
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
A. Kesimpulan.....	51
B. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Kerangka teori.....	29
Gambar 2.1 Kerangka Konsep.....	30
Gambar 3.1 Skema rancangan penelitian.....	31

DAFTAR TABEL

- Tabel 1. Jumlah tempat tidur RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016
- Tabel 2. Jumlah SDM RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016
- Tabel 3. Distribusi Kehamilan dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016
- Tabel 4. Distribusi graviditas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016
- Tabel 5. Hubungan graviditas dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Master table

Lampiran 2 SPSS

Lampiran 3 Surat penelitian

Lampiran 4 Surat keterangan penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah sebuah anugerah terindah bagi setiap wanita dewasa yang sudah menikah. Kehamilan bisa dikatakan salah satu perwujudan identitas sebagai calon ibu. Merupakan suatu kebanggaan tersendiri bagi seorang wanita untuk menjalani kehamilan sebagai sebuah bagian dari siklus hidupnya. Dimana pada tahap ini terdapat kehidupan baru dalam tubuh seorang ibu berupa janin yang akan tumbuh menjadi bayi. (Manuaba, 2014). Selama masa kehamilan, sang ibu harus memperhatikan kondisi kesehatannya dengan baik agar tidak mempengaruhi kesehatan ibu dan janin dalam kandungannya. Mengingat banyaknya resiko yang perlu ibu ketahui dalam masa kehamilan. Salah satu resiko tinggi yang dialami yaitu preeklamsia. Preeklamsia adalah masalah kesehatan yang dialami saat hamil ditandai dengan tekanan darah tinggi (hipertensi), disertai protein dalam urine (proteinuria) dengan atau tanpa edema. Preeklamsia umumnya terjadi dalam trimester ketiga kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan (Sarwono, 2014).

Preeklamsia sebagai salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas. Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas merupakan masalah kesehatan utama bagi kesehatan wanita, karena

merupakan penyebab terbesar kematian ibu dan bayi. *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 dinegara berkembang dibanding negara maju. Hal ini karena dinegara maju perawatan kehamilannya lebih baik.

Angka kejadian preeklamsi dan eklamsi di dunia sebesar 38,4% (WHO, 2012). Angka kejadian preeklamsi dan eklamsi di Indonesia sangat bervariasi. 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).

Angka kejadian preeklampsia di Propinsi Sulawesi Tenggara tidak ada jumlah kejadian preeklampsia, namun berdasarkan profil Sulawesi Tenggara bahwa jumlah kematian ibu sebanyak 84 kematian dimana penyebab utama kematian adalah keracunan kehamilan dan infeksi. Hal ini diperburuk dengan status gizi yang buruk, persalinan muda, paritas tinggi dan anemia (Dinkes Sultra, 2016).

Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia

disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2012). Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primigravida atau >10 tahun sejak kelahiran terakhir, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2011).

Graviditas diartikan sebagai jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibu (Saifuddin, 2012). Pada primigravida dapat terjadi preeklampsi karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat plasenta mulai terbentuk akan terjadi iskemia, implantasi plasenta, bahan trofoblast akan diserap ke dalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, rennin dan aldosteron, sehingga dapat menyebabkan spasme pembuluh darah.

Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil maupun ibu bersalin (Saifuddin, 2012).

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

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

preeklamsia mengalami penurunan, namun perlu adanya kewaspadaan karena diketahui preeklamsia merupakan salah satu faktor risiko kesakitan dan kematian pada ibu dan janinnya. Ibu hamil yang mengalami preeklamsia memerlukan pengelolaan dan pemantauan yang ketat terhadap kondisinya dan janinnya sehingga penyakit tidak berkembang lebih berat agar tidak membahayakan jiwa ibu dan janin yang dikandungnya.

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

B. Perumusan Masalah

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

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan graviditas dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

- b. Mengetahui distribusi frekuensi graviditas di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
- c. Menganalisis hubungan graviditas dengan kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Ibu Hamil

Untuk menambah wawasan ibu tentang preeklamsia sehingga faktor risiko kejadian preeklamsia dapat dihindari.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dapat mengetahui hubungan graviditas dengan kejadian preeklamsia sehingga dapat mengantisipasi kejadian preeklamsia.

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

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

E. Keaslian Penelitian

Penelitian Abdul dkk (2012) yang berjudul hubungan primigravida dengan kejadian preeklamsia di Beberapa Rumah Sakit di Makassar Tahun 2011. Perbedaan penelitian Abdul dengan penelitian ini adalah jenis penelitian. Jenis penelitian Abdul adalah *kohor retrospektif*, sedangkan jenis penelitian ini adalah *case control*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

F. Tinjauan tentang Preeklampsia

1. Pengertian Preeklampsia.

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipetensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan. ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012). Preeklampsia adalah kumpulan gejala penyakit yang terdiri dari trias HPE atau disebut dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Saifuddin, 2012).

2. Etiologi

Penyebab pre-eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab penyakit tersebut, tetapi tidak ada yang memberi jawaban yang memuaskan. Ada teori yang menyebutkan tentang penyebab pre-eklampsia yaitu iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu (Saifuddin, 2012).

3. Gejala-gejala pre-eklampsia

Pre-eklamsia digolongkan preeklampsia ringan dan pre-eklamsia berat dan gejala serta tanda sebagai berikut (Saifuddin, 2012):

a. Pre-eklamsia ringan.

- 1) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mm Hg dengan interval pemeriksaan 6 Jam.
- 2) Tekanan darah diastole 90 atau kenaikan 15 mm Hg dengan interval periksaan jam.
- 3) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam satu minggu.
- 4) Proteinuria (protein dalam urin) 0,3 gr setelah kehamilan 20 minggu dimana partikel protein yang padat ditemukan dalam urin sesudah urin dididihkan, sebagai akibat dari kerusakan yang sebenarnya pada ginjal, proteinuria merupakan tanda bahwa peristiwa preeklamsia tersebut serius.
- 5) Edema pada wajah, tangan (menggunakan cincin yang terlalu ketat).

b. Pre-eklamsia berat

Sakit kepala, pandangan kabur, tidak dapat melihat cahaya yang terang, Kelelahan, mual/muntah, Sedikit buang air kecil (BAK), Sakit di perut bagian kanan atas, napas pendek dan cenderung mudah cedera.

4. Patofisiologi

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

1) Plasenta dan uterus

Menurunnya darah keplasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta, kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapatkan pada pre-eklamsia dan eklamsia sehingga mudah terjadi partus prematurus.

2) Ginjal

Perubahan pada ginjal disebabkan aliran darah pada ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan pada ginjal yang penting ialah dalam hubungan dengan proteinuria dan mungkin sekali juga dengan retensi garam dan air.

3) Retina

Tampak edema retina, spasmus setempat/menyeluruh pada satu/beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan/eksudat.

4) Paru-paru

Terjadi edema paru-paru yang disebabkan oleh dekompensasio kordis kiri.

5) Metabolisme air dan elektrolit

Terjadi hemokonsentrasi yang menyertai pre-eklamsia. terjadi pergeseran cairan dari ruang intra vaskuler ke ruang interstisial yang diikuti oleh kenaikan hematokrit, peningkatan protein serum, dan sering bertambahnya edema, menyebabkan volume darah berkurang, fiskositet darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. jumlah air dan natrium dalam badan lebih banyak pada penderita preeklamsia.

5. Diagnosis

Pada umumnya diagnosis pre-eklampsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda utama yaitu hipertensi, edema dan proteinuria. Hal ini berguna untuk kepentingan statistik, akan tetapi dapat merugikan penderita karena tiap tanda dapat merupakan bahaya kematian. Adanya sesuatu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, apalagi oleh karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak dapat diramalkan, dan bila eklampsia terjadi, maka prognosis bagi ibu maupun janin menjadi jauh lebih buruk. Tiap

kasus pre-eklampsia oleh sebab itu harus ditangani dengan sungguh-sungguh diagnosis deferensial antara preeklampsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran.pada hipertensi menahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil dan kehamilan muda (Saifuddin, 2012).

6. Klasifikasi Preeklampsia

Pre-eklampsia digolongkan dalam pre-eklampsia ringan dan pre- eklampsia berat dengan gejala dan tanda (Saifuddin, 2012) sebagai berikut:

1) Preeklampsia ringan

- a) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- b) Tekanan darah diastolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- c) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu.
- d) Edema umum, kaki, jari tangan dan muka.
- e) Proteinuria 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.

2) Pre-eklampsia berat

Diagnosa PEB ditegakkan apabila pada kehamilan >20 minggu didapatkan satu/lebih gejala/tanda di bawah ini:

- a) Tekanan darah 160/110 mmHg Ibu hamil dalam keadaan relaksasi (pengukuran tekanan darah minimal setelah istirahat 10 menit).
- b) Ibu hamil tidak dalam keadaan his.
- c) Oligouria, urin kurang dari 500 cc/24 jam.
- d) Proteinuria 5 gr/liter atau lebih atau 4+ pada pemeriksaan secara kuantitatif.
- e) Terdapat edema paru dan sianosis.
- f) Gangguan visus dan serebral.
- g) Keluhan subjektif Nyeri epigastrium.
- h) Gangguan penglihatan Nyeri kepala.
- i) Gangguan pertumbuhan janin intrauteri.
- j) Pemeriksaan trombosit.

7. Pencegahan kejadian Pre-eklampsia

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang berkelanjutan dengan penyebab yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk mencegah kejadian pre eklampsia ringan dapat dilakukan nasehat tentang dan berkaitan dengan (Saifuddin, 2012):

a) Diet-makanan

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak. Kurangi garam apabila berat badan

bertambah atau edema. Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna. Untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahan satu butir telur setiap hari.

b) Cukup istirahat

Istirahat yang cukup pada saat hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya disesuaikan dengan kemampuan. Lebih banyak duduk atau berbaring kearah kiri sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

c) Pengawasan antenatal

Bila terjadi perubahan perasaan dan gerak janin dalam rahim segera datang ke tempat pemeriksaan. Keadaan yang memerlukan perhatian:

1. Uji kemungkinan Pre eklampsia: (1) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya. (2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri (3) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau edema. (4) Pemeriksaan protein dalam urin. (5) Kalau mungkin dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal, fungsi hati, gambaran darah umum dan pemeriksaan retina mata.
2. Penilaian kondisi janin dalam rahim. (1) Pemantauan tinggi fundus uteri. (2) Pemeriksaan janin: gerakan janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban.

8. Penatalaksanaan

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

1) Pre-eklamsia ringan ada 2 cara yaitu:

a) Dengan rawat jalan dilakukan dengan banyak tirah baring, diet cukup protein rendah karbohidrat lemak dan garam, sedative ringan yaitu diberikan tablet phenobarbital 3x30 mg/deazepam 3x2 mg per oral selama 7 hari, roborantia, kunjungan ulang setiap 1 minggu sekali, pemeriksaan laboratorium.

b) preeklamsia ringan dengan rawat inap, setelah 2 minggu pengobatan rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan dari gejala preeklamsia meliputi kenaikan berat badan ibu naik 1 kg/lebih per minggu selama 2 minggu berturut-turut (2 minggu).

2) Pre-eklampsia berat

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

a) perawatan aktif yaitu kehamilannya harus segera diakhiri dimana ada beberapa indikasi:

(1) Dari ibu antara lain usia kehamilan 37 minggu atau lebih, adanya tanda dan gejala impending eklamsia, kegagalan konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan

medikasi terjadi kenaikan desakan darah atau setelah 24 jam setelah perawatan medisinal.

(2) Dari janin antara lain adanya tanda IUGR, hasil fetal assesment jelek (NST&USG).

b) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal dengan indikasi bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.

(1) MgSO₄ tidak diberikan intravenous cukup hanya intramuskuler dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.

(2) Pengobatan obstetri selama perawatan konservatif yaitu dengan observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi/pengakiran kehamilan, MgSO₄ dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda preeklamsia ringan selambat-lambatnya 24 jam, bila setelah 24 jam tidak ada perubahan maka pengobatan medisial dianggap gagal dan harus terminasi, bila sebelum 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberi lebih dahulu MgSO₄ 20% 2 gram intravenios (Saifuddin, 2012).

G. Tinjauan tentang Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

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

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

1) Tanda presumtif

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

a) *Amenorrhoea*

Gejala pertama kehamilan ialah haid tidak datang pada tanggal yang diharapkan. Bila seorang wanita memiliki siklus haid teratur dan mendadak berhenti, ada kemungkinan hamil. Tetapi meskipun demikian sebaiknya ditunggu selama 10 hari sebelum memeriksakan diri ke dokter. Karena sebelum masa itu sulit untuk memastikan adanya kehamilan. Haid yang terlambat pada wanita berusia 16-40 tahun, pada umumnya memang akibat adanya kehamilan.

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

b) Perubahan pada payudara

Banyak wanita merasakan payudara memadat ketika menjelang haid. Bila terjadi kehamilan, gejala pemadatan bersifat menetap dan semakin bertambah. Payudara menjadi lebih padat, kencang dan lebih lembut, juga dapat disertai rasa berdenyut dan kesemutan pada puting susu. Perubahan diatas disebabkan oleh tekanan kelamin wanita, estrogen dan progesterone yang dihasilkan oleh uri (plasenta).

Hormon-hormon ini menyebabkan saluran dan kantong kelenjar susu membesar, dan tertimbun lemak di daerah payudara. Rasa kesemutan dan berdenyut disebabkan oleh bertambahnya aliran darah yang mengalir payudara.

c) Mual dan muntah (Emesis Gravidarum)

Kira-kira separuh dari wanita yang mengandung mengalami mual dan muntah, dengan tingkat yang berbeda-beda, biasanya cukup ringan dan terjadi dipagi hari. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi juga disebabkan oleh peningkatan kadar hormon kelamin yang diproduksi selama hamil. Sesudah 12 minggu gejala-gejala itu biasanya menghilang, karena tubuh sudah menyesuaikan diri.

d) Sering kencing

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

e) Obstipasi

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

f) Pigmentasi kulit

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

g) Varises

Dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada

multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda.

- 2) Tanda-tanda kemungkinan hamil, yaitu a) Perut membesar, b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi rahim, c) Tanda hegar, d) Tanda Chadwick, e) Tanda Piscaseck, f) Kontraksi kecil uterus bila dirangsang, g) Teraba Ballotement Reaksi kehamilan positif.
- 3) Tanda Pasti kehamilan (tanda positif)
 - a) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasakan atau diraba, juga bagian-bagian janin.
 - b) Denyut jantung janin: (1) Didengar dengan stetoskop, (2) Monoral dicatat dan dengar dengan alat dopler, (3) Dicatat dengan foto-elektro kardiogram, (4) Dilihat pada ultrasonografi
 - c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen

3. Perubahan Selama Kehamilan

Proses Kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan

pemeliharaan bayi. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester (Saifuddin, 2012):

1) Perubahan Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

a) Trimester Pertama (konsepsi sampai 12 minggu)

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

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

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

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

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

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang meningkatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir kalau bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu sering kali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada

trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

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

H. Tinjauan tentang Graviditas

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

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

angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria. Sedangkan yang tidak mengalami preeklampsia lebih banyak terjadi pada paritas multigravida dan grande multigravida sebesar 85% dibandingkan dengan primigravida sebesar 69,23%. Hal ini dikarenakan baik pada ibu hamil dengan multigravida dan grande multigravida maupun paritas primipara yang tidak terjadi pre eklampsia bila ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya preeklampsia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sudinaya (2013) di RS Cipto Mangunkusumo bahwa hipertensi merupakan penyulit yang tersering dijumpai pada primigravida (24,45 %), gravida 2-4 (9,89 %) dan gravida 5 ke atas (28,31%). Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil studi pendahuluan oleh Rahayu, di VK IRD RSU Dr. Soetomo Surabaya (2012) yang menyatakan bahwa pada kelompok paritas angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok primigravida (59,11 %). Hasil ini didukung dengan uji Chi-Square didapatkan bahwa χ^2 hitung (3,99) > χ^2 tabel (3,84), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara graviditas ibu bersalin dengan kejadian pre eklampsia pada ibu hamil. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi ibu hamil primigravida maka semakin tinggi kejadian pre eklampsia. Menurut Manuaba, (2015) primigravida, terutama primigravida muda

merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian pre eklampsia.

I. Hubungan Graviditas dengan Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan. ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012).

Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2007).

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

mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium.pada pre-eklamsia, permeabelitas pembuluh darah terhadap protein meningkat (Saifuddin, 2012).

Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2011). Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primigravida atau >10 tahun sejak kelahiran terakhir, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2011).

Menurut 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 grande multigravida disebabkan karena terlalu sering rahim teregang saat kehamilan dan terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron sehingga dijumpai oedema, hipertensi dan proteinuria. Sedangkan yang tidak mengalami

preeklampsia lebih banyak terjadi pada paritas multigravida dan grande multigravida sebesar 85% dibandingkan dengan primigravida sebesar 69,23%. Hal ini dikarenakan baik pada ibu hamil dengan multigravida dan grande multigravida maupun paritas primipara yang tidak terjadi pre eklampsia bila ibu periksa kehamilan secara teratur, sehingga mampu mendeteksi secara dini tanda dan gejala terjadinya preeklampsia. Sehingga ada hubungan antara Graviditas dengan preeklampsia.

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

J. Landasan Teori

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

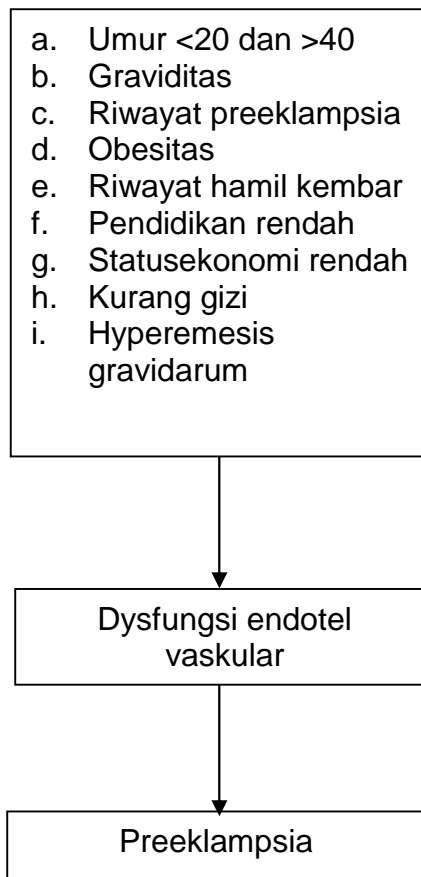
Penyebab utama terjadinya preeklampsia belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*, 2007). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2011).

Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primigravida atau >10 tahun sejak kelahiran terakhir, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas,

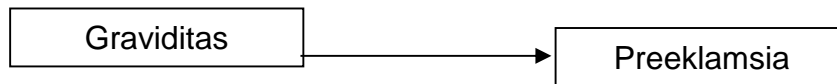
fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, hiperemesis gravidarum juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2011).

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

K. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori dimodifikasi dari Saifuddin (2012); Silomba (2011); Robson dan Jason (2012); Manuaba (2011)

L. Kerangka konsep

Keterangan

Variabel bebas: graviditas

Variable terikat: preeklamsia

M. Hipotesis Penelitian

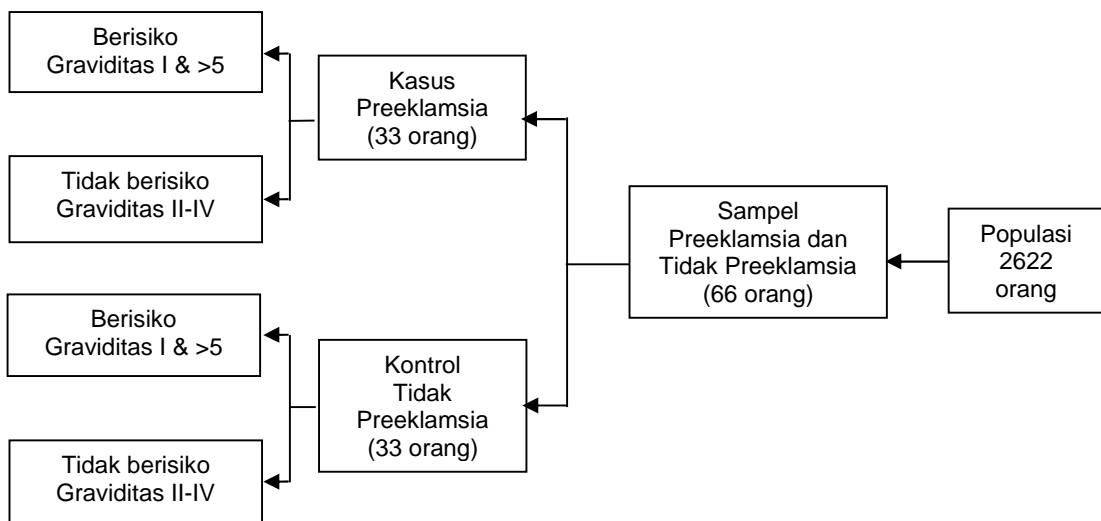
Ada hubungan graviditas dengan preeklamsia.

BAB III

METODE PENELITIAN

N. Jenis Penelitian

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



Gambar 3. Skema rancangan penelitian

O. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari pada bulan Juli hingga selesai tahun 2017.

P. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil di ruang Poli KIA Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016 berjumlah 2622 orang.

2. Sampel dalam penelitian adalah ibu hamil yang mengalami preeklamsia dan yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah 66 orang. Perbandingan sampel kasus kontrol 1:1 (33:33).
 - a. Kasus: ibu hamil yang mengalami preeklamsia pada tahun 2016 yang berjumlah 33 orang. Teknik pengambilan sampel kasus secara Total sampling, dimana seluruh ibu hamil yang mengalami preeklamsia diambil sebagai kasus.
 - b. Kontrol: ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia yang berjumlah 33 orang. Teknik pengambilan sampel kontrol secara sistematis random sampling, dimana seluruh ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia diurut memakai nomor, lalu dari 2589 orang ibu hamil yang tidak mengalami preeklamsia dibagi jumlah kontrol yang diambil $2589:33 = 78,4$, sehingga sampel untuk kontrol adalah kelipatan 78.

Q. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat (*dependent*) yaitu Preeklamsia.
2. Variabel bebas (*independent*) yaitu graviditas.

R. Definisi Operasional

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

Kriteria objektif

- a. Preeklamsia
 - b. Tidak preeklamsia
2. Graviditas adalah jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibu sesuai dengan status ibu. Skala ukur adalah nominal. Kriteria objektif:
- a. Berisiko: graviditas 1 dan 5
 - b. Tidak berisiko: graviditas 2-4

S. Jenis dan Sumber Data Penelitian

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

T. Instrumen Penelitian

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

U. Pengolahan dan Analisis Data

- a. Pengolahan Data

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

1. Editing

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

2. Coding

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

3. Tabulating

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

- b. Analisis data

1. Univariat

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

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

Keterangan :

f : variabel yang diteliti

n : jumlah sampel penelitian

K: konstanta (100%)

X : Persentase hasil yang dicapai

2. Bivariat

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

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

Keterangan :

: Jumlah

χ^2 : Statistik Shi-Square hitung

f_o : Nilai frekuensi yang diobservasi

f_e : Nilai frekuensi yang diharapkan

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

Untuk mendeskripsikan risiko *independent variable* pada *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah perhitungan *Odds Ratio* (OR). Mengetahui besarnya OR

dapat diestimasi factor risiko yang diteliti. Perhitungan OR menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

Tabel 1
Tabel Kontegensi 2 x 2 *Odds Ratio* Pada Penelitian *Case Control Study*

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

Keterangan :

a : jumlah kasus dengan risiko positif

b : jumlah kontrol dengan risiko positif

c : jumlah kasus dengan risiko negatif

d : jumlah kontrol dengan risiko negatif

Rumus Odds ratio:

Odds case : $a/(a+c) : c/(a+c) = a/c$

Odds control : $b/(b+d) : d/(b+d) = b/d$

Odds ratio : $a/c : b/d = ad/bc$

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

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

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

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

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

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

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Letak Geografis

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

- a. Sebelah utara : Perumahan penduduk
- b. Sebelah selatan : Jalan raya Kapten Piere Tendean
- c. Sebelah timur : Perumahan penduduk
- d. Sebelah barat : Perumahan penduduk

b. Lingkungan fisik

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

c. Status

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

d. Organisasi dan Manajemen

Pemimpin RSU Dewi Sartika Kendari disebut Direktur. Direktur dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab penuh kepada pemilik rumah sakit dalam hal ini ketua Yayasan Widya Ananda Nugraha dan dibantu oleh Kepala Tata Usaha

dan 4 (empat) orang Kepala Bidang yakni ; Kepala Bidang Keuangan dan Klaim, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Penunjang Medik, dan Kepala Bidang Perlengkapan dan sanitasi.

a. Kepala Bidang Keuangan dan Klaim

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

b. Kepala Bidang Pelayanan Medik

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

c. Kepala Bidang Penunjang Medis

- 1) Laboratorium
- 2) Radiologi

d. Kepala Bidang Perlengkapan dan Sanitasi

- 1) Perlengkapan
- 2) Keamanan

3) Kebersihan

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

- 1) Komite Medik, dan
- 2) Satuan Pengawasan Intern

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

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

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

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

Sarana dan prasarana RSUD Dewi Sartika Kendari adalah sebagai berikut :

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

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

a. Pelayanan medis

1) Instalasi Gawat Darurat

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

3) Instalasi Rawat Inap

a) Dewasa/Anak/Umum

b) Persalinan

1) Kamar Operasi

a) Operasi Obsgyn

b) Bedah umum

2) HCU

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

c. Pelayanan Non Medis, yaitu sterilisasi dan laundry

h. Fasilitas Tempat Tidur

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

Tabel 1.
Jumlah Tempat Tidur RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Jenis Ruangan	Jumlah
VIP	14
Kelas I	10
Kelas II	12
Kelas III/Bangsral/Internal	37
UGD	11
Ruang Bersalin	7
Jumlah	91

Sumber : Data Primer

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

Tabel 2
Jumlah SDM RSUD Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Jenis Tenaga	Status Ketenagaan		Jenis Kelamin	
	Tetap	Tidak Tetap	L	P
Tenaga Medis				
Dokter Spesialis Obgyn	1	1	2	-
Dokter Spesialis Bedah	-	1	1	-
Dokter Spesialis Interna	-	1	1	-
Dokter Spesialis Anastesi	-	1	1	-
Dokter Spesialis PK	-	1	-	1
Dokter Spesialis Anak	-	1	-	1
Dokter Spesialis Radiologi	-	1	1	-
Dokter Spesialis THT	-	1	-	1
Dokter Spesialis Mata	-	1	1	-
Dokter Spesialis Jantung	-	1	1	-
Dokter Gigi Anak	-	1	-	1
Dokter Umum	-	3	3	-
Paramedis				
1. S1 Keperawatan/Nurse	25	-	10	16
2. D IV Kebidanan	5	2	-	7
3. D III Bidan	43	-	-	43
4. D III Keperawatan	56	-	11	45

Tenaga Kesehatan Lainnya	-			
1. Master Kesehatan	1	-	-	-
2. SKM	1	1	1	1
3. Apoteker	1	2	1	1
4. D III Farmasi	1	1	-	2
5. S1 Gizi	3	-	-	1
6. D3 Analisis Kesehatan		-	1	2
Non Medis				
1. DII/Keuangan	1	-	-	1
2. Diploma Komputer	1	-	-	1
3. SLTA/SMA/SMU	11	-	2	9
Jumlah	67	19	24	60

Sumber : Data Primer

j. Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan RSUD Dewi Sartika Kendari

berasal dari :

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

2. Analisis Univariabel

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

- a. **Distribusi Kehamilan dengan Kejadian Preeklampsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016**

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

Tabel 3
Distribusi Kehamilan dengan kejadian preeklamsia di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

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

Sumber : Data Sekunder 2016

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

b. Distribusi Graviditas Ibu di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Graviditas adalah jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibu. graviditas pada penelitian ini dibagi menjadi berisiko dan tidak berisiko. Hasil penelitian tentang graviditas dapat dilihat pada tabel 4.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4 diperoleh data bahwa responden dengan graviditas berisiko sebanyak 29 orang (43,9%) dan graviditas tidak berisiko sebanyak 37 orang (56,1%), sehingga dapat

disimpulkan bahwa sebagian besar graviditas responden dalam kategori tidak berisiko.

Tabel 4
Distribusi Graviditas di RSUD Dewi Sartika Tahun 2016

Graviditas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Berisiko	29	43,9
Tidak Berisiko	37	56,1
Total	66	100

Sumber : Data Sekunder 2016

3. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk menganalisis hubungan dua variabel. Analisis bivariabel bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dapat digunakan *Uji Kai Kuadrat* atau *Chi Square*. Untuk melihat besarnya risiko, uji yang digunakan adalah *Odds Ratio* (OR). Analisis bivariabel pada penelitian ini yaitu analisis hubungan graviditas dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016. Hasil analisis bivariabel dapat dilihat pada tabel 5.

Setelah dilakukan analisis data diperoleh hasil penelitian bahwa dari 33 kasus preeklampsia sebagian besar graviditas responden dalam kategori berisiko sebanyak 21 orang (66,6%) sedangkan dari 33 kasus tidak preeklampsia sebagian besar graviditas responden dalam kategori tidak berisiko sebanyak 25 orang (75,8%). Hasil analisis *Chi Square* dan nilai OR diperoleh hasil bahwa ada hubungan

antara graviditas dengan kejadian preeklamsia ($p=0,001$; $X^2=10,4$; $OR=5,5$; $CI95%=1,88-15,88$). Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 5
Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari Tahun 2016

Graviditas	Preeklamsia				X^2	p	OR (CI95%)
	Preeklamsia		Tidak Preeklamsia				
	n	%	n	%			
Berisiko	21	63,6	8	24,2	10,4	0,001	5,5
Tidak Berisiko	12	36,4	25	75,8			(1,88-15,88)

Sumber: Data Sekunder 2016
 $p < 0,05$

Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah ada hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan graviditas berisiko memiliki risiko 5,5 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan graviditas tidak berisiko.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang di laksanakan di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara mulai Maret hingga April 2017, dari total 66 responden diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara graviditas dengan preeklampsia. Ibu dengan graviditas berisiko memiliki risiko 5,5 kali mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan graviditas tidak berisiko. Hasil penelitian ini sesuai dengan

penelitian Abdul dkk (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklampsia.

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipetensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Saifuddin, 2012). Preeklampsia adalah kumpulan gejala penyakit yang terdiri dari trias HPE atau disebut dengan hipertensi, proteinuria dan edema. Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Saifuddin, 2012).

Penyebab pre-eklampsia sampai sekarang belum diketahui. Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab penyakit tersebut, tetapi tidak ada yang memberi jawaban yang memuaskan. Ada teori yang menyebutkan tentang penyebab pre-eklampsia yaitu iskemia plasenta. Akan tetapi, dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit itu (Saifuddin, 2012).

Beberapa teori menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh kelebihan sekresi plasenta atau hormon adrenal, namun bukti dasar hormonalnya belum mencukupi. Teori lain menyatakan bahwa preeklampsia diawali oleh insufisiensi suplai darah ke plasenta yang mengakibatkan disfungsi endotel vascular ibu yang luas (Guyton *et al*,

2012). Oleh karena belum pastinya penyebab preeklampsia, sehingga salah satu upaya untuk menurunkan kejadian preeklampsia dengan memberikan penanganan dini hingga melakukan pencegahan pada ibu hamil berisiko dan faktor risiko kejadian preeklampsia (Silomba, 2013).

Beberapa faktor risiko kejadian preeklampsia yaitu primigravida atau >10 tahun sejak kelahiran terakhir, riwayat preeklampsia sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklampsia, kehamilan kembar, kondisi medis tertentu, usia <20 atau >40 tahun, obesitas, fertilitas in vivo (Bothamley dan Maureen, 2012). Ibu yang memiliki banyak faktor risiko dan menderita preeklampsia sebelumnya memiliki risiko 20% untuk mengalami preeklampsia (Robson dan Jason, 2012). Pendidikan rendah, status ekonomi rendah, gizi kurang juga merupakan faktor predisposisi kejadian preeklampsia (Manuaba, 2011) dan hiperemesis gravidarum (Bolin *et al*, 2013).

Graviditas diartikan sebagai jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibu (Saifuddin, 2012). Pada primigravida dapat terjadi preeklampsi karena semula rahim kosong tanpa ada janin kemudian terjadi kehamilan sehingga tubuh ibu menyesuaikan terutama pada saat plasenta mulai terbentuk akan terjadi iskemia, implantasi plasenta, bahan trofoblast akan diserap ke dalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, rennin dan aldosteron, sehingga dapat menyebabkan spasme pembuluh darah.

Hal ini yang dapat menimbulkan terjadinya pre eklampsia pada ibu hamil maupun ibu bersalin (Saifuddin, 2012).

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

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sudinaya (2013) di RS Cipto Mangunkusumo bahwa hipertensi merupakan penyulit yang tersering dijumpai pada primigravida (24,45 %), gravida 2-4 (9,89 %) dan gravida 5 ke atas (28,31%). Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil studi pendahuluan oleh Rahayu, di VK IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya (2012) yang menyatakan bahwa pada kelompok paritas angka kejadian tertinggi didapat pada kelompok

primigravida (59,11 %). Hasil ini didukung dengan uji Chi-Square didapatkan bahwa χ^2 hitung (3,99) > χ^2 tabel (3,84), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara graviditas ibu bersalin dengan kejadian pre eklampsia pada ibu hamil. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi ibu hamil primigravida maka semakin tinggi kejadian pre eklampsia. Menurut Manuaba, (2015) primigravida, terutama primigravida muda merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian pre eklampsia.

Melihat masih tingginya kejadian preeklampsia pada kehamilan, maka sangat diperlukan upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia sejak dini, yaitu ibu hamil harus melakukan pemeriksaan antenatal sejak diketahui adanya kehamilan dan periksa ulang secara rutin dan teratur, serta teliti dalam mengenali tanda-tanda pre eklampsia sedini mungkin. Ibu hamil dapat menerima pengobatan yang sesuai supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, yang dapat memengaruhi kesejahteraan ibu maupun janin. Apabila terjadi pre eklampsia saat inpartu, tenaga kesehatan terutama bidan harus sigap dalam menghadapi dan menangani kasus tersebut guna untuk menyegah terjadinya komplikasi pada ibu bersalin dan bayi.

Peranan petugas kesehatan terutama bidan sangatlah penting didalam memberikan penyuluhan tentang pemenuhan nutrisi pada ibu hamil dengan pre eklampsia (seperti diet rendah garam), tanda dan gejala preeklampsia, komplikasi preeklampsia baik bagi ibu

maupun janin apabila pre eklampsia tersebut bila tidak segera diatasi. Diharapkan ibu hamil mengetahui tanda dan gejala serta komplikasi dari preeklampsia, dan mengerti betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan, sehingga segera dapat terdeteksi apabila terjadi pre eklampsia pada kehamilan. Oleh karena itu apabila ibu hamil secara teratur memeriksakan kehamilannya maka pre eklampsia pada ibu hamil dan bersalin dapat berkurang dan segera dapat diatasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari 2622 ibu hamil terdapat 33 kasus (1,3%) kejadian preeklamsia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
2. Dari 66 responden terdapat 37 responden (56,1%) dengan graviditas tidak berisiko di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kendari tahun 2016.
3. Ada hubungan antara graviditas dengan kejadian preeklamsia. Ibu dengan graviditas berisiko memiliki risiko 5,5 kali mengalami preeklamsia dibandingkan ibu dengan graviditas tidak berisiko.

B. Saran

1. Bagi petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan dan penanganan secara cepat dan tepat bagi ibu hamil atau bersalin yang mengalami *preeklampsia*, yaitu peningkatan pelayanan ANC, melakukan penyuluhan-penyuluhan mengenai pre eklampsia, serta mampu mendeteksi dan mencegah lebih dini terjadinya *preeklampsia* pada kehamilan maupun persalinan.
2. Bagi ibu hamil diharapkan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, ikut berpartisipasi dalam mengatur kehamilannya sehingga kesehatan reproduksi ibu dapat terjaga dengan baik, tetap

memperhatikan gizi keluarga dan mengonsumsi makan makanan yang mengandung gizi seimbang serta tetap memperhatikan.

3. Bagi ibu hamil yang mengalami preeklampsia dengan Graviditas I dan >5 agar lebih sesering mungkin memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan jika ada tanda-tanda bahaya, untuk Graviditas >5 dianjurkan untuk melakukan pemberhentian Kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, Kantor Menteri Negara Kependudukan/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, & Macro International Inc. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta.
- Bennet, V. R., Brown, L. K. (2014). *Miles Textbook of Midwives*. Toronto: Churchill Livingstone.
- Boejang, RF. (2012) Neonatus dari ibu preeklamsi dan eklamsi di RSCM. *Seminar dan lokakarya penanganan preeklamsi*. Jakarta: RSCM.
- Gardner, D.K., Pharm. (2014). Hyperemesis Gravidarum. *Gastroenterol Clin N Am*, 21: 835-849.
- Guyton AC, Hall JE. (2012) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11*. Penerjemah: Irawati, Ramadani D, Indriyani F. Jakarta: EGC.
- Hidayati, R. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jones, D. L. (2015). *Setiap Wanita*. Jakarta: Delapratasa Publishing.
- Kramer, M.S. (2013) The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *J Nutr*, 133(5 Suppl 2):1592S–1596S.
- Mansjoer, A., (2011) *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapsius.
- Manuaba, IBG, (2011) *Ilmu Kebinanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Maulana, M. (2008) *Penyakit Kehamilan dan Pengobatannya*. Jogjakarta: KATA HATI.
- Mesics, S. (2008). Hyperemesis Gravidarum. http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10939, diperoleh tanggal 28 Januari 2017.

- Medical Record RSUD Dewi Sartika (2017) *Rekapitulasi Kejadian Preeklampsia Dan Hiperemesis Gravidarum Tahun 2016*. Kendari: RSUD Dewi Sartika.
- National Health Standard. National Institute for Clinical Excellence. (2010) Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. *Clin Guideline*. August;29:163–79.
- Robson.S.E., Waugh, J. (2012) *Patologi Pada Kehamilan*, Alih Bahasa: Devi Yulianti. Jakarta: EGC.
- Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, (2016) *Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2014 s/d periode Januari sd. September 2016*. Kendari: RSUD Dewi Sartika.
- Saifuddin, (2012) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Silomba, Wahyuni (2013). Karakteristik dan Luaran Preeklampsia di RSUP Prof. Dr. Kandau Manado. <http://jurnal.preeklampsia.co.id>. diakses tanggal 9 Oktober 2016.
- Smith, (2015). Treatment Option for Nausea and Vomiting During Pregnancy. *Pharmacotherapy*: 26(9) 1273-1287.
- Taber, B. (2014). *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- The World Health Report, (2013) *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- Tiran, D. (2013). *Mual dan Muntah dalam Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Wegierek, D.S (2014) Intrauterine nutrition: long-term consequences for vascular health. *International Journal of Women's Health*;6: 647–656.
- Wesson, N. (2012). *Morning Sickness: Panduan Lengkap Memahami Penyebab dan Perawatan Mual dan Muntah Ketika Hamil*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Williams. (2014). *Williams Obstetrics, 21 Ed, Vol 2*. Jakarta: EGC.

WHO Study Group. (2013) The hypertensive disorders of pregnancy. *WHO technical report series no 758*. Geneva: World Health Organisation.

Zhang, Z., Kris-Etherton, P.M., Hartman, T.J. (2013) Birth weight and risk factors for cardiovascular disease and type 2 diabetes in US Children and adolescents: 10 year results from NHANES. *Matern Child Health J*. Epub.

LAMPIRAN

MASTER TABEL

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

36.	Ny.S	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
37.	Ny.I	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
38.	Ny.S	4	TIDAK PREEKLAMPSIA
39.	Ny.I	4	TIDAK PREEKLAMPSIA
40.	Ny.H	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
41.	Ny. H	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
42.	Ny. F	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
43.	Ny. A	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
44.	Ny. R	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
45.	Ny. F	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
46.	Ny. L	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
47.	Ny. L	4	TIDAK PREEKLAMPSIA
48.	Ny. I	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
49.	Ny. R	4	TIDAK PREEKLAMPSIA
50.	Ny. I	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
51.	Ny. W	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
52.	Ny. N	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
53.	Ny. D	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
54.	Ny. T	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
55.	Ny.A	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
56.	Ny. F	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
57.	Ny. R	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
58.	Ny. U	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
59.	Ny. A	4	TIDAK PREEKLAMPSIA
60.	Ny. B	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
61.	Ny. L	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
62.	Ny. J	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
63.	Ny. E	1	TIDAK PREEKLAMPSIA
64.	Ny. N	3	TIDAK PREEKLAMPSIA
65.	Ny. E	2	TIDAK PREEKLAMPSIA
66.	Ny. M	1	TIDAK PREEKLAMPSIA


```

FREQUENCIES VARIABLES=PREEKLAMPSIA GRAVIDITAS
/STATISTICS=SUM
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

		Statistics	
		PREEKLAMPSIA	GRAVIDITAS
		A	
N	Valid	66	66
	Missing	0	0
Sum		66,00	103,00

Frequency Table

PREEKLAMPSIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PREEKLAMPSIA	33	50,0	50,0	50,0
	TIDAK_PREEKLAMPSIA	33	50,0	50,0	100,0
Total		66	100,0	100,0	

GRAVIDITAS					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BERSIKO	29	43,9	43,9	43,9
	TIDAK_BERSIKO	37	56,1	56,1	100,0
Total		66	100,0	100,0	

```

CROSSTABS
/TABLES=GRAVIDITAS BY PREEKLAMPSIA
/FORMAT=VALUE TABLES
/STATISTICS=CHI-SQ KAPPA
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/CONT ROUND CELLS.

```

Crosstabs

	Case Processing Summary					
	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GRAVIDITAS * PREEKLAMPSIA	66	100,0%	0	0,0%	66	100,0%

GRAVIDITAS * PREEKLAMPSIA Crosstabulation

		PREEKLAMPSIA	
		PREEKLAMPSIA	TIDAK_PREEK LAMPSIA
GRAVIDITAS	BERISIKO	A	
	Count	21	8
	% within GRAVIDITAS	72,4%	27,6%
	% within PREEKLAMPSIA	63,6%	24,2%
	% of Total	31,0%	12,1%
	TIDAK BERISIKO	Count	12
	% within GRAVIDITAS	32,4%	67,6%
	% within PREEKLAMPSIA	36,4%	75,8%
	% of Total	18,2%	37,9%
Total	Count	33	33
	% within GRAVIDITAS	50,0%	50,0%
	% within PREEKLAMPSIA	100,0%	100,0%
	% of Total	50,0%	50,0%

GRAVIDITAS * PREEKLAMPSIA Crosstabulation

		Total
GRAVIDITAS	BERISIKO	Count
	% within GRAVIDITAS	29
	% within PREEKLAMPSIA	100,0%
	% of Total	43,9%
	TIDAK BERISIKO	Count
	% within GRAVIDITAS	37
	% within PREEKLAMPSIA	100,0%
	% of Total	56,1%
Total	Count	98
	% within GRAVIDITAS	100,0%
	% within PREEKLAMPSIA	100,0%
	% of Total	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided) ^a	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	10,395 ^b	1	.001		
Continuity Correction ^c	8,857	1	.003		
Likelihood Ratio	10,707	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.001
Linear-by-Linear Association	10,239	1	.001		
N of Valid Cases	66				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Data Ratio for GRAVIDITAS (BERISIK/ TIDAK BERISIK)	5,460	1,883	15,884
For cohort PREEKLAMPSIA = PREEKLAMPSIA	2,233	1,332	3,742
For cohort PREEKLAMPSIA = TIDAK_PREEKLAMPSIA	.408	.217	.787
N of Valid Cases	66		



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



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. C 14 Ansonoka, Kota Kendari
Telp. (0431) 3190403 Fax. (0431) 3123339 e-mail: pparekkes.kemkes@jember.com*

Nomor : DL.11.02/1/ 1549 /2017
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Pemohonan 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 : Anita Safitri
NIM : P00324014042
Jurusan/Prodi : D-III Kebidanan
Judul Penelitian : Hubungan Graviditas dengan Kejadian Preeklamsia di
RSU Dewi Sartika Provinsi Sulawesi Tenggara
Tahun 2017

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

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

15 Juni 2017

A.n. Direktur
Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat

Rosnah, STP., MPH.
NIP. 19710522 200112 2 001



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

Kendari, 15 Juni 2017

Nomor : 090/2501/Balitbang/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur RSUD Dewi Sartika Kota Kendari
di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/1543/2017 tanggal 15 Juni 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini

Nama : ANITA SAFITRI
NIM : P00324014042
Prog Studi : DIII Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Dewi Sartika Kota Kendari

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

"HUBUNGAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI DI RSUD DEWI SARTIKA PROV. SULTRA TAHUN 2017"

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 15 Juni 2017 sampai selesai

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

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-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 Cd.Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI
Irs. **SUKANTO TODING, MSP, MA**
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
Nip. 19880720 199301 1 003

Tembusan:

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari,
2. Walikota Kendari di Kendari,
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari,
4. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari,
5. Kepala Dinkes Kota Kendari di Kendari,
6. Mahasiswa yang bersangkutan.



RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

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

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

NOMOR : 165 / TU/RSU DS / VII / 2017

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Edy Kurniawan Y, S. Kep
Jabatan : Ka. Tata Usaha Rumah Sakit Umum Dewi Sartika

Dengan ini menyetujui :

Nama : Anita Sofitri
Nim : P00324014042
Program Studi : DIII Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa

Telah Melakukan Penelitian Pada Tanggal 03 Juli 2017 sampai selesai.

Dengan Judul : " Hubungan Graviditas Dengan Kejadian Preeklamsia Di RSUD Dewi Sartika Prov. Sultra Tahun 2017 "

Dari surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

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

Erni Majid