

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia merupakan keadaan yang khas pada kehamilan yang ditandai dengan gejala edema, hipertensi, serta proteinuria yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan belum diketahui penyebabnya. Tetapi ada faktor tertentu sebagai predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada primigravida, overdistensi uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi essensial, diabetes, dan disfungsi plasenta (Bobak, 2012).

World Health Organization (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. Setiap tahun, 303.000 wanita diseluruh dunia meninggal selama hamil dan persalinan. WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa pada tahun 2017, 40% kematian ibu di negara berkembang berkaitan dengan preeklampsia. Preeklampsia dan eklampsia diperkirakan menjadi penyebab kematian ibu 14% tiap tahun dan dihubungkan dengan angka mortalitas dan morbiditas neonatal serta angka maternal yang tinggi. Di beberapa negara maju seperti di Australia dan Inggris, preeklampsia merupakan penyebab utama kematian maternal. Angka kejadian preeklampsia di Australia sebesar 10-25%, di Inggris sebesar 100 per 1 juta kehamilan. Di Amerika Serikat

preeklampsia juga menjadi penyebab 15% kelahiran prematur dan 17,6% kematian maternal (WHO, 2014).

Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Hasil SDKI tahun 2007 Angka Kematian Ibu yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2012 yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2017 Angka Kematian Ibu yaitu 305/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, penyebab langsung AKI di Indonesia antara lain: perdarahan 42%, eklampsia/preeklampsia 13%, abortus 11%, infeksi 10%, partus lama 9%, dan penyebab lain 15 % (SDKI, 2017). Kejadian preeklampsia pada negara berkembang berkisar antara 0,3 persen sampai 0,7 persen, sedangkan pada negara maju angka preeklampsia lebih kecil yaitu berkisar antara 0,05 persen sampai 0,1 persen. Di Indonesia preeklampsia berat dan eklampsia merupakan penyebab kematian ibu 1,5 persen sampai 25 persen, sedangkan kematian bayi antara 45 persen sampai 50 persen (SDKI, 2017).

Jumlah angka kematian ibu di Propinsi Riau cenderung meningkat, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Propinsi Riau bahwa jumlah kematian ibu yang disebabkan kejadian preeklampsia di Provinsi Riau yaitu pada tahun 2016 sebanyak 2 dari 131 angka kematian ibu (1,5%), tahun 2017 sebanyak 3 orang dari 119 angka kematian ibu (2,5%) dan tahun 2018 sebanyak 5 dari 119 angka kematian ibu (4,2%). Pada tahun 2019, angka kematian ibu di Provinsi Riau meningkat menjadi 125 kasus (Profil Kesehatan Provinsi Riau, 2019).

Di Kabupaten Rokan Hilir, jumlah ibu hamil pada tahun 2018 yaitu 18.579 ibu hamil, tahun 2019 yaitu 18.773 ibu hamil dan pada bulan Januari-Juni 2020

sebanyak 15.492 ibu hamil. Angka kematian ibu di Kabupaten Rokan Hilir pada tahun 2016 yaitu 14 orang ibu, tahun 2017 sebanyak 15 orang ibu, tahun 2018 jumlah kematian ibu yaitu 13 orang ibu. Tahun 2019 angka kematian ibu di Kabupaten Rokan Hilir sebanyak 13 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir, 2019). Di Rumah Sakit Ibunda Kabupaten Rokan Hilir, angka kejadian preeklampsia pada tahun 2018 yaitu 78 kasus, tahun 2019 yaitu 78 kasus dan pada bulan Januari-Juni 2020 yaitu 72 kasus.

Frekuensi preeklampsia untuk tiap negara berbeda-beda karena banyak faktor yang mempengaruhinya: jumlah primigravida, keadaan sosial ekonomi, perbedaan kriteria dalam penentuan diagnosis dan lain-lain. Dalam kepustakaan frekuensi dilaporkan berkisar antara 3-10%. Pada primigravida frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda. Diabetes mellitus, molahidatidosa, kehamilan ganda, umur lebih dari 35 tahun, hipertensi dan obesitas merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia (Wiknjosastro, 2012).

Penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti. Tetapi ada faktor tertentu sebagai predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada primigravida, overdistensi uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi essensial, diabetes, dan disfungsi plasenta. Preeklampsia ditandai dengan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Wiknjosastro, 2012).

Hipertensi memiliki bahaya yang spesifik pada kehamilan maupun persalinan adalah risiko timbulnya preeklampsia yang mungkin hampir dijumpai

25% pada wanita ini. Hipertensi dapat menyebabkan hipertropi ventrikel dan dekompensatio kordis, cedera serebrovaskular, atau kerusakan intrinsik ginjal (Cunningham, 2015). Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15 % penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Hipertensi dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil, biasanya terjadi kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan diastolik ≥ 15 mmHg (Manuaba, 2012).

Pada ibu hamil dengan hipertensi akan mengalami penyempitan vaskuler yang menyebabkan hambatan aliran darah dan menerangkan proses terjadinya hipertensi arteriol. Kemungkinan vasospasme membahayakan pembuluh darah sendiri, karena peredaran darah dalam vasa vasorum terganggu, sehingga terjadi kerusakan vaskuler. Pelebaran segmental, yang biasanya disertai penyempitan arteriol segmental, mungkin mendorong lebih jauh timbulnya kerusakan vaskuler mengingat keutuhan endotel dapat terganggu oleh segmen pembuluh darah yang melebar dan teregang. Lebih lanjut, angiotensin II tampaknya mempengaruhi langsung sel endotel dengan membuatnya berkontraksi. Semua faktor ini dapat menimbulkan kebocoran sel antar endotel, sehingga melalui kebocoran tersebut, unsurunsur pembentuk darah, seperti trombosit dan fibrinogen, tertimbun pada lapisan subendotel. Perubahan vaskuler yang disertai dengan hipoksia pada jaringan setempat dan sekitarnya, diperkirakan menimbulkan terjadinya preeklampsia (Cunningham, 2015).

Penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti. Tetapi ada faktor tertentu sebagai predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada paritas, overdistensi uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, abnormalitas

janin), penyakit ginjal, hipertensi essensial, diabetes, dan disfungsi plasenta. Preeklampsia ditandai dengan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Wiknjosastro, 2012).

Paritas adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup. Titik ini dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Suatu peningkatan pada paritas seorang wanita dicapai hanya jika kehamilan menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup (Wulanda, 2011). Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua adalah persalinan yang paling aman. Paritas yang berisiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir.

Paritas 1 sampai 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 3 dan paritas tinggi >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan dan nifas.

Penelitian yang dilakukan oleh Laila (2019) menunjukkan ada hubungan antara usia, paritas, riwayat hipertensi dan frekuensi pemeriksaan antenatal care

dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di Ruang Paus RSUD dengan P-value $0,00-0,01 < 0,05$. Penelitian oleh Asmana (2013) berdasarkan analisis dengan *chi-square test*, disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan preeklampsia berat ($p = 0,014 < 0,05$).

Dari uraian latar belakang maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu “Bagaimanakah hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui distribusi frekuensi serta hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi paritas ibu hamil di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- c. Menganalisis hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di

Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk menambah variabel serta cakupan wilayah penelitian yang lebih luas agar penelitian selanjutnya dapat menjadi bahan perbandingan dalam masalah yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia.

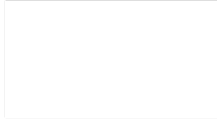
2. Aspek Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan dalam pembelajaran dan juga sebagai studi untuk menambah perpustakaan dan menjadi bahan bacaan untuk mahasiswa tentang preeklampsia.

b. Bagi Instansi Terkait

Sebagai bahan rujukan bagi tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan yang ada di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir agar memberikan penanganan ibu hamil dengan riwayat hipertensi dalam rangka menurunkan kejadian preeklampsia.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Preeklampsia

a. Pengertian

Preeklampsia merupakan keadaan yang khas pada kehamilan yang ditandai dengan gejala edema, hipertensi, serta proteinuria yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan belum diketahui penyebabnya. Tetapi ada faktor tertentu sebagai predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada overdistensi uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi essensial, diabetes, dan disfungsi plasenta (Bobak, 2012).

Preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias: hipertensi, proteinuria dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya. Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan tetap dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Wiknjosastro, 2012).

Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain untuk menegakkan diagnosis preeklamsia, kenaikan tekanan sistolik harus 30 mm Hg atau lebih diatas tekanan yang biasanya ditemukan, atau mencapai 140 mm Hg atau lebih. Kenaikan tekanan diastolic sebenarnya lebih dapat dipercaya. Apabila tekanan diastolik naik dengan 15 mm Hg atau lebih, atau menjadi 90 mm Hg atau lebih, maka diagnosis hipertensi dapat dibuat. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat (Wiknjosastro, 2012)

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosis preeklamsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ Kg setiap minggu dalam kehamilan masih dapat dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 Kg seminggu beberapa kali hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan pada timbulnya preeklamsia (Wiknjosastro, 2012)

Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1 atau 2 + atau 1 g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dalam kateter yang diambil minimal 2 kali dalam jarak 6 jam. Biasanya proteinuria timbul lebih lambat dari hipertensi dan kenaikan berat badan, karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius (Wiknjosastro, 2012).

b. Gejala Klinis Preeklampsia

Terjadinya peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mm Hg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mm Hg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mm Hg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mm Hg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosa. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklampsia berat. Berikut ini merupakan tanda-tanda atau gejala preeklampsia (Rozikhan, 2017):

- 1) Sakit kepala yang keras karena vasospasmus atau oedema otak.
- 2) Sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh haemorrhagia atau edema, atau sakit kerana perubahan pada lambung.
- 3) Gangguan penglihatan: Penglihatan menjadi kabur malahan kadangkadangkang pasien buta. Gangguan ini disebabkan vasospasmus, edema atau ablatio retinae. Perubahan ini dapat dilihat dengan ophtalmoscop.
- 4) Gangguan pernafasan sampai sianosis
- 5) Pada keadaan berat akan diikuti gangguan kesadaran

Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi dan protenuria. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali. Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Tekanan darah $\geq 140/90$ mm hg atau tekanan sistolik meningkat > 30 mm

Hg atau tekanan diastolik > 15 mm Hg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mm Hg patut dicurigai sebagai bakat preeklamsia. Pada preeklamsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subjektif. Pada preeklamsia berat didapatkan sakit kepala didaerah frontal, skotoma, diplopia, penglihatan kabur nyeri didaerah epigastrium, mual dan muntah-muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklamsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklamsia akan timbul. Tekanan darahpun meningkat lebih tinggi, edema menjadi lebih umum dan proteinuria bertambah banyak (Wiknjosastro, 2012)

Hipertensi karena kehamilan dan preeklamsia ringan sering ditemukan tanpa gejala, kecuali meningkatnya tekanan darah. Prognosis menjadi lebih buruk dengan terdapatnya proteinuria (Manuaba, 2012) Gejala dan tanda preeklamsia ringan jika tekanan darah tidak lebih dari 140/90 mmHg, proteinuria +1 dan edema minimal. Gejala dan tanda preeklamsia berat (Wiknjosastro, 2012):

- 1) Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg
- 2) Tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg
- 3) Peningkatan kadar enzim hati atau / dan iterus
- 4) Trombosit $< 100.000/mm^3$
- 5) Oliguria < 400 mm/24 jam
- 6) Proteinuria $> 3g/$ liter
- 7) Nyeri epigastrium
- 8) Skotomas dan gangguan visus atau nyeri frontal yang berat

9) Perdarahan retina

10) Edema pulmonum

11) Koma

Preeklampsia ini dibagi dalam preeklampsia ringan dan berat. Preeklampsia ringan masih dapat berobat jalan dengan diet rendah garam dan kontrol setiap minggu. Disamping itu diberikan nasihat bila keluhan makin meningkat disertai gangguan subjektif maka disarankan untuk segera kembali memeriksakan diri. Preeklampsia berat merupakan kelanjutan preeklampsia ringan (Armagustini, 2010). Preeklampsia dibagi menjadi beberapa golongan yaitu (Indriani, 2012):

1) Preeklampsia ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:

- a) Tekanan darah 140/90mmHg atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih pada usia kehamilan 20 minggu dengan riwayat tekanan darah sebelumnya normal.
- b) Proteinuria $\geq 0,3$ gr per liter atau kuantitatif 1+ atau 2+ pada urine keteter atau *midstream*

2) Preeklampsia berat, bila disertai keadaan sebagai berikut:

- a) tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- b) Proteinuria 5gr per liter atau lebih dalam 24 jam atau kuantitatif 3+ atau 4+
- c) Oliguri, yaitu jumlah urine < 500 cc per 24 jam
- d) Adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, dan rasa nyeri di epigastrium

- e) Terdapat edema paru dan sianosis hati
 - f) Pertumbuhan janin terhambat
- 3) Eklampsia : pada umumnya gejala eklampsia didahului dengan semakin memburuknya preeklampsia. Apabila keadaan ini tidak dikenali dan diobati segera maka akan timbul kejang terutama pada saat persalinan. Eklampsia merupakan keadaan langka yang tidak dapat terjadi mendadak tanpa didahului preeklampsia, yang ditandai dengan terjadinya kejang. Kejang biasanya didahului adanya peningkatan intensitas pre-eklampsia, gejala majemuk yang bertambah, mata yang berputar-putar, kedutan, dan pernapasan yang tidak teratur (Cunningham, 2015).

c. Dampak Preeklampsia

Menurut Winkjosastro (2012), dampak preeklampsia yaitu:

- 1) Dampak Preeklampsia pada Ibu
 - a) Perubahan Anatomi Patologik
 - (1) Plasenta

Pada preeklampsia terdapat spasmus arteriola spiralis desidua dengan akibat menurunnya aliran darah ke plasenta. Perubahan plasenta normal sebagai akibat tuanya kehamilan, seperti menipisnya sinsitium, menebalnya dinding pembuluh darah vili karena fibrosis dan konfeksi mesoderm menjadi jaringan fibrotik, dipercepat prosesnya pada preeklampsia dan hipertensi. Pada preeklampsia yang jelas ialah atrofi sinsitium, sedangkan pada hipertensi menahun terdapat terutama

perubahan pada pembuluh darah dan stroma. Arteriaspiralis mengalami konstriksi dan penyempitan, akibat aterosclerosis akut disertai *necrotizing arteriopathy*.

(2) Ginjal

Alat ini besarnya normal atau dapat membengkak pada simpai ginjal dan pada pemotongan mungkin ditemukan perdarahan-perdarahan kecil. Pada preeklamsia ditemukan adanya gagal ginjal.

(3) Hati

Alat ini besarnya normal pada permukaan dan pembelahan tampak tempat perdarahan yang tidak teratur. Pada pemeriksaan mikroskopik dapat ditemukan perdarahan dan nekrosis pada tepi lobulus, disertai trombosis pada pembuluh darah kecil, terutama disekitar venaporta. Walaupun umumnya lokasi ialah periportal, namun perubahan tersebut dapat di temukan di tempat-tempat lain. Dalam pada itu, rupanya tidak ada hubungan langsung antara berat penyakit dan luas perubahan pada hati.

(4) Otak

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

(5) Retina

Kelainan yang sering ditemukan pada retina ialah spasmus pada arteriola terutama yang dekat pada diskus optikus. Vena tampak lekuk pada persimpangan dengan arteriola. Dapat terlihat edema pada diskus optikus dan retina. Ablasio retina juga dapat terjadi, tetapi komplikasi ini prognosisnya baik, karena retina akan melekat lagi beberapa minggu postpartum. Perdarahan dan eksudat jarang ditemukan pada preeklamsia; biasanya kelainan tersebut menunjukkan adanya hipertensi menahun.

(6) Paru-paru

Paru-paru menunjukkan berbagai tingkat edema dan perubahan karena bronkopneumonia sebagai akibat aspirasi. Kadang-kadang ditemukan abses paru-paru.

(7) Jantung

Pada sebagian besar penderita yang mati karena eklamsia jantung biasanya mengalami perubahan degeneratif pada miokardium. Sering ditemukan degenerasi dan lemak *an cloudy awelling* serta nekrosis dan perdarahan. Perdarahan subendokardial disebelah kiri septum interventrikular pada kira-kira dua pertiga penderita eklamsia yang meninggal dalam 2 hari pertama setelah timbulnya penyakit.

(8) Kelenjar adrenal

Kelenjar adrenal dapat menunjukkan kelainan berupa perdarahan dan nekrosis dalam berbagai tingkat.

b) Perubahan patofisiologi (Wiknjastro, 2012)

a. Perubahan pada plasenta dan uterus.

Menurunnya aliran darah ke plasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu.; pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat-janin sampai kematiannya karena kekurangannya oksigenisasi. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapatkan pada preeklamsia dan eklamsia, sehingga mudah terjadi partus prematurus.

b. Perubahan pada ginjal

Perubahan pada ginjal disebabkan oleh aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan pada ginjal yang penting ialah yang berhubungan dengan proteinuri dan mungkin sekali dengan retensi garam dan air.

Fungsi ginjal pada preeklamsia tampaknya agak menurun bila dilihat dari *clearance* asam urik. Filtrasi glomerulus dapat turun sampai 50% dari normal, sehingga menyebabkan diuresis turun; pada keadaan lanjut dapat terjadi oliguria atau anuria.

2) Akibat pada Janin

Janin yang dikandung ibu hamil pengidap preeklamsia akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen dibawah normal. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit.

Karena buruknya nutrisi, pertumbuhan janin akan terhambat sehingga akan terjadi bayi dengan berat yang rendah. Bisa juga bayi dilahirkan prematur, biru saat dilahirkan (asfiksia) dan sebagainya. Pada kasus preeklamsia yang berat, janin harus segera dilahirkan jika sudah menunjukkan kegawatan (Manuaba, 2012).

d. Pencegahan Preeklampsia

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, dapat menemukan tanda-tanda bahaya sedini mungkin, lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia. Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi sepenuhnya, namun frekuensi terjadinya masih dapat dikurangi dengan pelaksanaan pengawasan yang baik pada ibu hamil (Indriani, 2012).

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklamsia, dan dalam hal itu harus dilakukan penanganan semestinya. Walaupun timbulnya preeklamsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian penerangan secukupnya dan pelaksanaan pengawasan yang baik

pada wanita hamil. Penerangan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berbaring ditempat tidur, namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi, dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein, protein makan rendah lemak karbohidrat garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan perlu dianjurkan (Wiknjosastro, 2012).

Mengenal secara dini preeklamsia dan segera merawat penderita tanpa memberikan diuretika dan obat antihipertensif, memang merupakan kemajuan yang penting dari pemeriksaan antenatal (Wiknjosastro, 2012).

e. Penanganan Preeklamsia

Konsep pengobatannya harus dapat mematahkan mata rantai iskemia regio uteoplasenter sehingga gejala hipertensi dalam kehamilan dapat diturunkan (Manuaba, 2012). Tujuan dasar penatalaksanaan untuk setiap kehamilan dengan penyulit preeklamsia adalah (Cunningham, 2012):

- 1) Terminasi kehamilan dengan trauma sekecil mungkin bagi ibu dan janinnya
- 2) Lahirnya bayi yang kemudian dapat berkembang
- 3) Pemulihan sempurna kesehatan ibu

Berikut merupakan penanganan preeklamsia sesuai dengan jenis preeklamsianya:

- 1) Preeklamsia ringan

Penderita preeklamsia ringan biasanya tidak dirawat dan harus lebih sering melakukan pemeriksaan antenatal dengan memantau tekanan

darah, urine (untuk proteinuria), dan kondisi janin. Selain itu Pasien diminta untuk istirahat, dan juga konseling pasien dengan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya. Obat anti hipertensi dan diuretik belum direkomendasikan untuk digunakan pada penderita preeklampsia ringan kecuali jika terdapat edema paru, dekompensatio kordis atau gagal ginjal akut (Artikasari, 2019).

2) Preeklampsia berat

Penanganan preeklampsia berat dan eklampsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklampsia. Semua kasus preeklampsia berat harus ditangani secara aktif. Pengelolaan preeklampsia berat mencakup pencegahan kejang, pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan supportif terhadap penyulit organ yang terlibat dan saat yang tepat untuk persalinan. Pengelolaan cairan pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya edema paru dan oliguria. Diuretikum diberikan jika terjadi edema paru dan payah jantung. Pemberian obat antikejang pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia). Obat yang digunakan sebagai antikejang antara lain diazepam, fenitoin, dan magnesium sulfat ($MgSO_4$). $MgSO_4$ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang) (Kemenkes RI, 2013).

2. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklampsia

Menurut Prawirohardjo (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi preeklampsia yaitu:

a. Umur

Kehamilan bagi wanita dengan umur muda maupun umur tua merupakan suatu keadaan yang dapat menimbulkan risiko komplikasi dan kematian ibu. Pada Umur 20-35 tahun adalah periode yang aman untuk melahirkan dengan risiko kesakitan dan kematian ibu yang paling rendah.

Pada umur kurang dari 20 tahun, rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya ibu hamil pada umur itu berisiko mengalami penyulit pada kehamilannya dikarenakan belum matangnya alat reproduksinya. Keadaan tersebut diperparah jika ada tekanan (stress) psikologi saat kehamilan (Sukaesih, 2012).

Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun akibatnya ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan. Disamping itu, pada wanita usia >35 tahun sering terjadi kekakuan pada bibir rahim sehingga menimbulkan perdarahan hebat yang bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan kematian ibu (Armagustini, 2010). Royston & Armstrong dalam Indriani (2012) menyatakan bahwa wanita usia remaja yang hamil untuk pertama kali dan wanita yang hamil pada usia >35 tahun akan mempunyai risiko yang sangat tinggi untuk mengalami preeklampsia.

Usia wanita mempengaruhi risiko kehamilan. Berdasarkan statistik usia muda dianggap berisiko bagi kehamilan yaitu di bawah usia 20 tahun

dan diatas 35 tahun. Risiko kehamilan pada ibu yang terlalu muda biasanya timbul mereka belum siap secara psikis maupun fisik. Beberapa organ reproduksi seperti rahim belum cukup matang untuk menanggung beban kehamilan. Bagian panggul juga belum cukup berkembang sehingga bisa mengakibatkan kelainan letak janin. Kemungkinan komplikasi lainnya adalah terjadinya preeklamsia (Armagustini, 2010). Jika usia ibu di atas 35 tahun maka kehamilannya diaanggap rawan, sebab tingkat morbiditas dan mortalitasnya memang meningkat. Risiko kehamilan yang akan dihadapi pada premigravida tua hampir mirip pada primigravida muda. Hanya saja, karena faktor kematangan fisik yang dimiliki maka ada beberapa faktor risiko yang akan berkurang pada premigravida tua. Panggulnya juga sudah berkembang baik. Bahaya yang mengancam premigravida tua justru berkaitan dengan fungsi organ reproduksi di atas usia 35 yang sudah mulai menurun, sehingga bias mengakibatkan perdarahan pada proses persalinan dan preeklamsia (Armagustini, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Langelo, dkk (2013), menunjukkan bahwa wanita umur <20 tahun dan >35 tahun memiliki risiko 3,37 kali dibandingkan wanita umur 20-35 tahun. Selain itu, hasil penelitian Asrianti (2009) menyimpulkan bahwa umur ibu hamil <20 tahun dan >35 tahun berisiko 3,144 kali mengalami preeklampsia, penelitian Salim (2012) juga menyebutkan usia ibu hamil < 20 tahun atau ≥ 35 tahun berisiko 3,615 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia, serta hasil penelitian Ferida (2007) menyimpulkan, ibu hamil dengan usia yang sama berisiko 3,659 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia.

b. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Oleh karena itu, Pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap dan perilaku seseorang. (Sulistiyani, 2013).

Menurut hasil penelitian Nuryani, dkk (2012) menunjukkan bahwa ibu yang mengalami preeklampsia 63,1% memiliki pendidikan kurang dan ibu yang memiliki pendidikan rendah 2,190 akan mengalami kejadian preeklampsia dari pada ibu yang memiliki pendidikan tinggi. Pendidikan seseorang berhubungan dengan kesempatan dalam menyerap informasi mengenai pencegahan dan faktor-faktor risiko preeklampsia. Tetapi pendidikan ini akan dipengaruhi oleh seberapa besar motivasi, atau dukungan lingkungan seseorang untuk menerapkan pencegahan dan faktor risiko preeklampsia/eklampsia (Djannah, 2010)

c. Hipertensi

Hipertensi atau penyakit darah tinggi terjadi karena adanya pembuluh darah yang menegang sehingga membuat tekanan darah meningkat. Gejala yang umum dialami menurut Winkjosastro (2012):

- 1) Pusing dan sakit kepala
- 2) Kadang disertai bengkak di bagian tungkai
- 3) Bila dilakukan pemeriksaan laboratorium, akan ditemui adanya protein yang tinggi dalam urinnya. Tekanan darah bisa mencapai 140/90 sementara tekanan darah atas antara 100-120 dan tekanan darah bawah 70-85.

Pada preeklamsia hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain. Menurut Callaham Riwayat menderita hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya preeklamsia.

d. Status pekerjaan ibu

Faktor pekerjaan ibu dapat mempengaruhi terjadinya resiko preeklampsia/eklampsia. Wanita yang bekerja diluar rumah memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu rumah tangga. Pekerjaan dikaitkan dengan adanya aktifitas fisik dan stress yang merupakan faktor resiko terjadinya preeklampsia (Indriani, 2012).

Pekerjaan dikaitkan dengan adanya aktifitas fisik dan stress yang merupakan faktor resiko terjadinya preeklampsia. Akan tetapi, pada kelompok ibu yang tidak bekerja dengan tingkat pendapatan yang rendah akan menyebabkan frekuensi ANC berkurang di samping dengan pendapatan yang rendah menyebabkan kualitas gizi juga rendah. Kecuali

itu pada kelompok buruh/tani biasanya juga dari kalangan pendidikan rendah kurang sehingga pengetahuan untuk ANC maupun gizi juga berkurang. Sosial ekonomi rendah menyebabkan kemampuan daya beli berkurang sehingga asupan gizi juga berkurang terutama protein. Akibatnya kejadian atau masalah-masalah dalam kehamilan seperti preeklampsia, molahidatidosa, partus prematurus, keguguran dan lain-lain (Djannah, 2010).

e. Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum 2 tahun sejak kelahiran anak terakhir seringkali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan.

Ibu dengan jarak kehamilan yang dekat atau kurang dari 24 bulan mempunyai risiko terjadi preeklampsia berat yaitu 0,92 kali dibandingkan dengan seorang ibu dengan jarak kehamilan 24 bulan atau lebih. Wanita dengan jarak kelahiran <2 tahun juga mempunyai risiko dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan jarak kelahiran yang lebih lama (Armagustini, 2010).

f. *Antenatal Care*

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Pelayanan Antenatal yang diberikan sesuai dengan Standar Asuhan Kebidanan sangat mempengaruhi kondisi ibu dan janin, baik pada saat kehamilan, persalinan, maupun masa nifas (0-42 hari) dan neonatus (0-28 hari). Faktor resiko juga dapat terdeteksi sehingga penanganan dan rujukan dapat dilakukan sedini mungkin (Pritasari dkk, 2012).

g. Primigravida

Yang perlu diketahui, kategori rawan ternyata hanya berlaku pada kehamilan anak pertama. Sedangkan pada kehamilan kedua dan ketiga, risiko akan menurun dengan sendirinya. Namun, bahaya akan kembali meningkat saat kehamilan keempat dan berikutnya karena ibu menghadapi risiko perdarahan pada proses persalinan. Kehamilan pertama dianggap berisiko karena belum adanya catatan medis tentang perjalanan persalinan ibu. Kehamilan pertama dianggap berisiko. Pada usia rawan, risiko kehamilan anak pertama tersebut meningkat karena ada beberapa faktor ancaman tambahan. Menurut Wiknjastro (2012) pada primigravida frekuensi preeklamsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida terutama primigravida muda.

h. Paritas

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua adalah persalinan yang paling aman. Pada *The New England Journal of Medicine* tercatat bahwa pada kehamilan pertama risiko terjadi preeklampsia 3,9% , kehamilan kedua 4,7%. Paritas yang berisiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir (Lockhart, 2014). Paritas 1 sampai 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 3 dan paritas tinggi >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas (Sukaesih, 2012).

i. Kejadian Kehamilan ganda

Kehamilan ganda disebut juga dengan kehamilan kembar. Jika pada ovulasi dilepaskan lebih dari 1 sel telur dan kemudian diikuti dengan pembuahan, maka akan terjadi kehamilan ganda. Pada kehamilan kembar berat badan bayi lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Sampai dengan usia kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan janin tunggal. Setelah itu

kenaikan berat badannya lebih kecil, mungkin karena regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah plasenta mengurang.

Berat badan janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan daripada janin kehamilan tunggal. Berat badan bayi yang baru lahir umumnya pada kehamilan kembar kurang dari 2500 gram. Selain itu berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50 sampai 1000 gram. Pada hamil kembar, peregangan rahim berlebihan, sehingga melewati batas toleransinya dan seringkali terjadi lahir prematur. Terjadinya preeklamsia lebih sering pada kehamilan kembar/ganda, karena peregangan uterus yang berlebihan menyebabkan aliran darah ke uterus berkurang (Wiknjosastro, 2012).

j. Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal di mana hampir semua vili korialisnya mengalami perubahan hidrofik. Mola hidatidosa berasal dari plasenta dan/atau jaringan janin sehingga hanya mungkin terjadi pada awal kehamilan. Massa biasanya terdiri dari bahan-bahan plasenta yang tumbuh tak terkendali. Sering tidak ditemukan janin sama sekali. Mola hidatidosa terbagi menjadi mola Hidatidosa komplet, jika tidak ditemukan janin dan mola hidatidosa inkomplet (parsial), jika disertai janin atau bagian janin. Kebanyakan mola sudah dapat dideteksi lebih awal pada trimester awal sebelum terjadi onset gejala klasik tersebut, akibat terdapatnya alat penunjang USG yang beresolusi tinggi. Gejala mola parsial tidak sama seperti komplet mola. Penderita biasanya hanya mengeluhkan gejala seperti terjadinya abortus inkomplet atau *missed abortion*, seperti adanya

perdarahan vaginal dan tidak adanya denyut jantung janin. Dari pemeriksaan fisik pada kehamilan mola komplet didapatkan umur kehamilan yang tidak sesuai dengan besarnya uterus (tinggi fundus uteri). Pembesaran uterus yang tidak konsisten ini disebabkan oleh pertumbuhan trofoblastik yang ekssesif dan tertahannya darah dalam uterus. Didapatkan pula adanya gejala preeklamsia yang terjadi pada 27% kasus dengan karakteristik hipertensi (TD > 140/90 mmHg), proteinuria (>300 mg.dl), dan edema dengan hiperefleksia (Sukrisno, 2015).

Penyebab terjadinya mola belum diketahui secara pasti. Ada yang menyatakan bahwa mola disebabkan oleh infeksi, defisiensi makanan dan faktor genetika. Teori yang paling mendekati adalah teori Acosta Sison, yang menyatakan bahwa penyebab terjadinya mola adalah adanya defisiensi (kekurangan) protein pada tubuh. Faktor resiko terjadinya mola terdapat pada golongan sosio-ekonomi rendah, dengan usia di bawah 20 tahun dan mempunyai riwayat paritas yang tinggi (Sukrisno, 2015).

k. Diabetes

Diabetes merupakan suatu penyakit di mana tubuh tidak menghasilkan insulin dalam jumlah cukup atau sebaliknya, tubuh kurang mampu menggunakan insulin secara maksimal (walaupun jumlah insulin sudah cukup). Insulin adalah hormon yang dihasilkan pankreas, yang berfungsi mensuplai glukosa dari darah ke sel-sel tubuh untuk dipergunakan sebagai bahan bakar tubuh (Sukrisno, 2015).

Kehamilan dapat mempengaruhi timbulnya penyakit diabetes pada seseorang. Sejak kehamilan terjadilah perubahan tingkat karbohidrat

dalam tubuh ibu. Hal itu terjadi selama dalam kehamilan diperlukan energi yang lebih dari biasanya bagi pertumbuhan janin. Namun, intake atau asupan karbohidrat yang meningkat dapat membuat persediaan hormon insulin dalam tubuh tidak mencukupi. Peran hormon ini adalah mengendalikan kadar gula dalam darah yang diubah dari karbohidrat tersebut. Akibatnya terjadilah penimbunan kadar gula yang tinggi dalam darah yang menyebabkan kenaikan kadar gula darah. Gejala keluhan yang paling khas adalah banyaknya kencing, banyak minum, dan banyak makan. Diabetes bawaan maupun diabetes yang didapat selama hamil bisa berakibat buruk bagi kehamilan yaitu hidramnion (cairan ketuban terlalu banyak), distosia (persalinan macet), *hipoglicemia* (penurunan kadar gula secara drastis) juga beresiko terjadi preeklamsia (Wiknjosastro, 2012).

1. Obesitas

Wanita yang sedang hamil akan mengalami perubahan-perubahan dalam komposisi baik hormonal, sistem kardiovaskular, system tragus urinarius, dan lainnya berbeda dengan wanita tidak hamil. Pada minggu ke-6 akan terjadi peningkatan volume cairan dan mencapai titik maksimal pada minggu ke-36 sebanyak satu setengah kali lipat disertai dengan peningkatan berat badan. Pertambahan berat badan yang berlebihan pada wanita hamil kelak dapat menimbulkan masalah (Wiknjosastro, 2012).

Wanita yang berlebihan berat badan akan gemuk (obesitas) biasanya akan menghadapi risiko lebih besar dibanding wanita yang pertambahan berat badannya normal. Wanita dengan obesitas kemungkinan menghadapi masalah medis tertentu, misal munculnya gejala diabetes pada kehamilan

dan tekanan darah tinggi. Wanita yang menderita tekanan darah tinggi beresiko terjadi preeklamsia disertai edema. Pada keadaan ini tekanan darah naik dengan tajam dan dalam air kencing terdapat protein. Kalau tidak segera diatasi, keadaan ini dapat berkembang menjadi eklamsia yang disertai gejala kejang-kejang (Budi RST, 2012). Obesitas tentu saja sangat beresiko bagi keselamatan ibu dan janinnya. Obesitas pada ibu hamil bisa beresiko keguguran, preeklamsia, dan tindakan caesar saat bersalin. Menurut Wiknjastro (2012), obesitas merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia.

Penambahan berat badan yang normal bagi ibu hamil adalah sekitar 10-15 kg. Secara sederhana, hitungannya adalah 3kg untuk bayi, ari-ari dan air ketuban sekitar 4-5 kg. Sedangkan sisanya adalah penambahan volume dan penambahan lemak yang didepositkan. Kenaikan berat badan ini umumnya terjadi saat memasuki trimester kedua, kala kehamilan berusia 4-6 bulan. Karena di trimester ini biasanya nafsu makan sudah mulai meningkat karena ibu hamil sudah beradaptasi dengan segala perubahan di tubuh. Keluhan mual sudah berlalu seiring dengan pertumbuhan plasenta yang sudah berfungsi penuh. Bersamaan dengan itu, janin mulai tumbuh pesat yaitu 10 gram perhari. Tubuh ibu juga mengalami perubahan dan adaptasi dengan pembesaran payudara dan mulai berfungsinya rahim serta plasenta. Untuk itu, peningkatan kualitas gizi sangat penting karena pada tahap ini ibu mulai menyimpan lemak dan zat gizi lainnya untuk cadangan sebagai bahan pembentuk ASI saat menyusui kelak. Sedangkan pada trimester ketiga, ketika usia kehamilan

mencapai usia 7-9 bulan, dibutuhkan vitamin dan mineral untuk mendukung pesatnya pertumbuhan janin dan pembentukan otak (Wiknjosastro, 2012).

Bila berat badan sebelum hamil dan kenaikan berat badannya selama hamil adalah berlebih, maka bayi akan berisiko terhambat pertumbuhannya akibat penyempitan pembuluh darah. Ibu juga berisiko mengalami komplikasi, baik selama kehamilan maupun persalinan, seperti perdarahan, tekanan darah tinggi atau preeklamsia. Selain itu, ibu juga akan sulit menghilangkan kelebihan berat badannya setelah melahirkan (Wiknjosastro, 2012).

3. Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup. Titik ini dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Suatu peningkatan pada paritas seorang wanita dicapai hanya jika kehamilan menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup (Wulanda, 2011).

Primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Primigravida yaitu wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Seorang wanita yang kehamilannya tidak mencapai titik bertahan hidup disebut nulipara (Pritasari, 2012).

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua adalah persalinan yang

paling aman. Pada *The New England Journal of Medicine* tercatat bahwa pada kehamilan pertama risiko terjadi preeklampsia 3,9% , kehamilan kedua 1,7%. Paritas yang berisiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir (Lockhart, 2014). Paritas 1 sampai 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 3 dan paritas tinggi >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas (Sukaesih, 2012).

4. Penelitian Terkait

- a. Penelitian oleh Asmana (2013) yang berjudul “Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Preeklampsia Berat di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2012 – 2013” Penelitian menggunakan metode analitik dengan desain *cross sectional study*. Analisis penelitian menggunakan *ratio prevalence* dan *chi-square test* dengan derajat kepercayaan 95%. Penelitian ini menemukan 162 kasus (4,99%) preeklampsia berat. Proporsi kasus terbesar ditemukan pada kelompok usia ekstrem (9,90%) dan kelompok multiparitas (8,68%). Analisis *ratio prevalence* menyimpulkan bahwa usia ekstrem merupakan faktor risiko preeklampsia berat (RP=

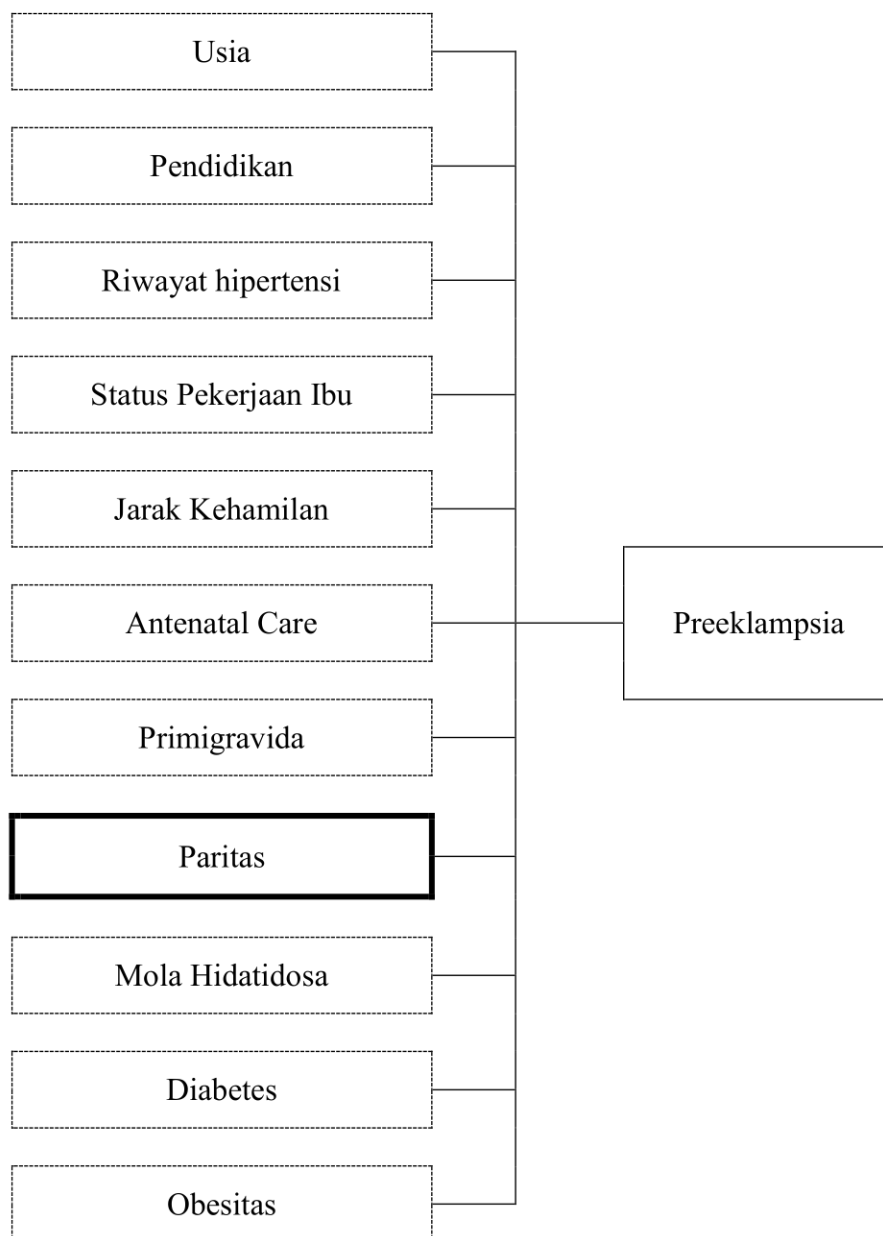
1,476; CI= 1,094 – 1,922), dan nuliparitas belum dapat ditentukan apakah merupakan faktor risiko atau faktor protektif (RP= 0,765; CI= 0,565 – 1,034). Berdasarkan analisis dengan *chi-square test*, disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan preeklampsia berat ($p= 0,014 < 0,05$).

- b. Penelitian oleh Laila (2019) yang berjudul “Hubungan Usia, Paritas, Riwayat Hipertensi dan Frekuensi Pemeriksaan ANC Terhadap Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil”. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan pada penelitian ini menggunakan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang dirawat di Ruang Paus RSUD Palabuhan Ratu Kabupaten Sukabumi dengan diagnosa medis preeklampsia, pada bulan Februari-Juli 2016 dan sampel dalam penelitian ini berjumlah 45 responden atau pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariabel dan bivariabel, analisis data bivariabel menggunakan *chi-square*. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan Ada hubungan antara usia, paritas, riwayat hipertensi, frekuensi pemeriksaan ante natal care dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD R Syamsudin SH dengan nilai *p value* (0,000-0,001) $< 0,05$ dengan keeratan hubungan lemah-cukup kuat.
- c. Penelitian oleh Setiawan (2016) yang berjudul “Hubungan Paritas dan Kontrasepsi dengan Preeklampsia Ringan di Puskesmas Jagir”. Penelitian ini merupakan penelitian *non reactive research* dengan desain studi *case-*

control. Penelitian ini menggunakan data sekunder Puskesmas Jagir tahun 2014 yaitu kartu kesehatan ibu dan anak serta kohort ibu hamil. Pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Variabel yang diteliti adalah usia, perubahan berat badan, paritas, riwayat keluarga preeklampsia, kontrasepsi, riwayat keluarga diabetes melitus, riwayat keluarga hipertensi kronis, dan pemberian suplementasi kalsium. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan variabel yang signifikan dengan preeklampsia adalah paritas ($p=0,001$; OR 0,17) dan kontrasepsi ($p=0,019$; OR=5,636). Terdapat hubungan antara paritas dan kontrasepsi dengan terjadinya preeklampsia ringan di Puskesmas Jagir.

B. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini adalah :

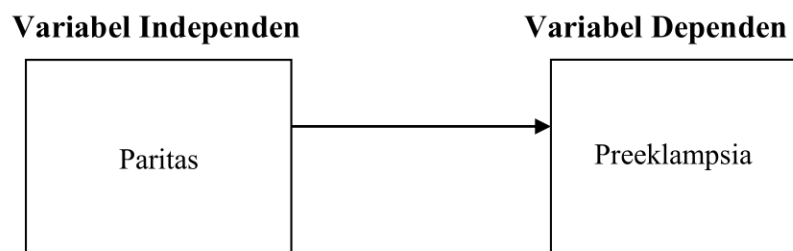


Sumber: Manuaba (2012)

Skema 2.1
Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah :



Skema 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

Ha : Ada hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.



BAB III

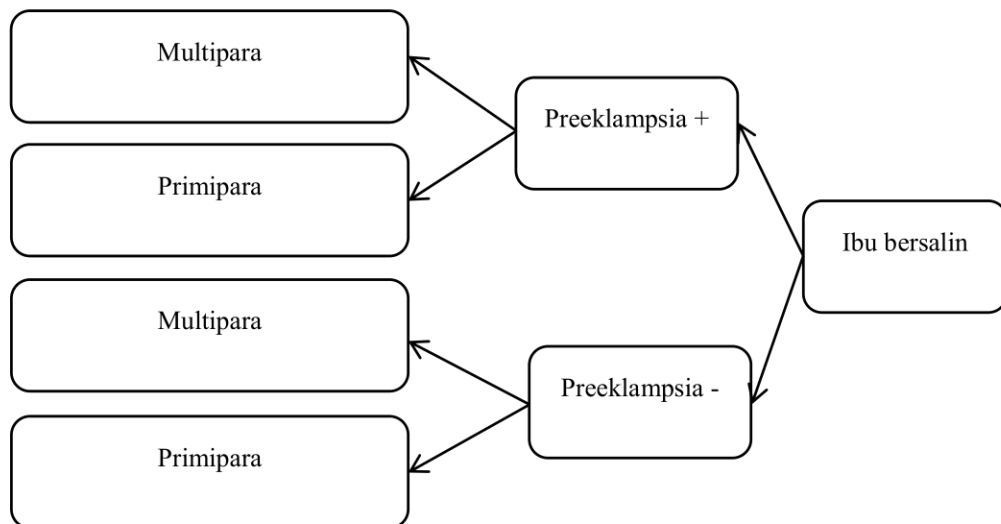
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan pendekatan desain *case control* yaitu suatu penelitian (*survey*) analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Dengan kata lain, efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi atau ada terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2012).

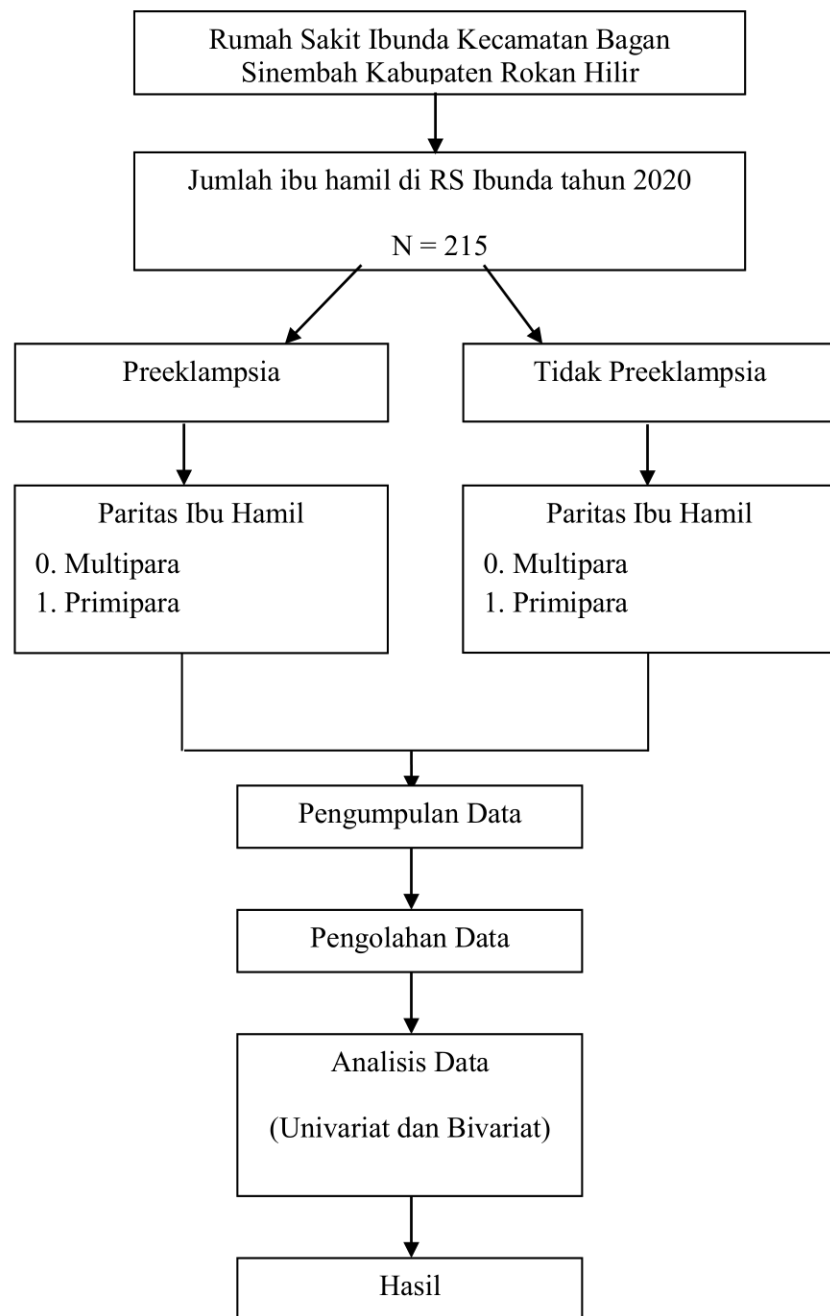
Rancangan penelitian kasus kontrol:



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

2. Alur Penelitian

Alur penelitian ini dapat dijelaskan seperti Skema 3.2 berikut ini :



Skema 3.2. Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

- a. Mengurus surat izin pengambilan data dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau.
- b. Mengajukan surat permohonan rekomendasi penelitian Pra Riset di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau.
- c. Mengajukan surat permohonan rekomendasi Pra Riset di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hilir.
- d. Mengajukan surat permohonan pengambilan data di Rumah Sakit Ibunda.
- e. Mengurus surat izin melakukan penelitian dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau.
- f. Mengajukan surat permohonan penelitian di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- g. Melakukan penelitian dengan mencatat rekam medis pasien di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.
- h. Mengolah data hasil penelitian.
- i. Seminar hasil penelitian.

4. Variabel Penelitian

- a. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu paritas.

b. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu kejadian preeklampsia.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 18-23 November 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi kasus

Populasi kelompok kasus pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan preeklampsia di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir bulan Januari-Juni 2020 sebanyak 72 ibu.

b. Populasi kontrol

Populasi kelompok kontrol pada penelitian ini adalah ibu hamil di Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir bulan Januari-Juni 2020 tanpa preeklampsia sebanyak 143 ibu hamil.

2. Sampel

Sampel adalah sebuah gugus atau sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Supardi, 2013). Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 72 sampel kasus dan 72 sampel kontrol.

a. Kriteria Sampel

Kriteria sampel adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil penelitian yang bias (Arikunto, 2010).

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek penelitian atau populasi agar dapat diikutsertakan dalam penelitian (Hamid, 2010).

- a) Ibu hamil di Rumah Sakit Ibunda.
- b) Ibu yang memiliki catatan rekam medik yang lengkap.

2) Kriteria Eksklusi

- a) Ibu dengan disfungsi jantung, hati atau ginjal.
- b) Ibu dengan penyakit lain dalam kehamilan seperti Diabetes Melitus (DM), mioma, korioamnionitis dan kematian janin intrauterine (IUFD).

b. Pengambilan Sampel

1) Kasus

Teknik pengambilan sampel pada kelompok kasus dilakukan dengan cara *total sampling* yaitu 72 ibu.

2) Kontrol

Pengambilan sampel kontrol dilakukan dengan cara *sistematik random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak atau random yaitu berjumlah 72 dari 143 ibu.

3. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

a. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian dilakukan. Hal ini dilakukan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

b. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Anonymity adalah suatu jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

c. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Confidentiality adalah suatu jaminan kerahasiaan hasil penelitian. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset.

D. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar *checklist* yang berisi tentang data yang diperlukan sesuai dengan variabel peneliti yaitu paritas dan preeklampsia.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut:

1. Mengajukan surat permohonan kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk pengambilan data di Rumah Sakit Ibunda.
2. Setelah mendapat surat izin pengambilan data dari bagian Program Studi DIV Kebidanan untuk diberikan kepada kepala Rumah Sakit Ibunda.

3. Setelah mendapatkan izin penelitian kemudian peneliti melakukan pengumpulan data di rekam medik Rumah Sakit Ibunda yaitu data jumlah ibu bersalin dan data ibu dengan preeklampsia pada tahun 2020.
4. Setelah semua data didapatkan kemudian dilanjutkan dengan pembuatan proposal penelitian.
5. Melakukan seminar proposal penelitian.
6. Setelah proposal penelitian disetujui, kemudian mengajukan surat permohonan izin kepada Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Rumah Sakit Ibunda.
7. Meminta izin kepada Kepala Rumah Sakit Ibunda untuk melakukan penelitian.
8. Peneliti menentukan meminta data ibu hamil di rekam medis Rumah Sakit Ibunda untuk melakukan penelitian.
9. Mengolah data hasil penelitian
10. Seminar hasil penelitian.

Untuk keperluan analisa data, peneliti memerlukan sejumlah data yaitu data sekunder yang diambil peneliti dari dokumen atau data rekam medis Rumah Sakit Ibunda Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir.

Data yang diperoleh terlebih dahulu dilakukan pengolahan data sebagai berikut:

1. *Editing*

Dilakukan pengecekan akan kelengkapan data yang telah terkumpul. Bila terdapat kesalahan atau kekurangan dalam pengumpulan

data maka akan diperbaiki dengan memeriksanya serta dilakukan pendataan ulang.

2. Coding

Memberikan tanda pada data yang telah lengkap sesuai dengan variabelnya masing-masing.

3. Tabulating

Data yang telah lengkap dihitung sesuai dengan variabel yang diberitahukan lalu dimasukkan kedalam tabel distribusi frekuensi.

4. Entry

Untuk memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master data tabel atau data *base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat table kontigensi (Notoatmodjo, 2012).

5. Analizing

Dalam penelitian ini menggunakan analisa secara univariat dan bivariat.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi dari variabel untuk membatasi ruang lingkup variabel-variabel yang akan diamati atau diteliti.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Preeklampsia	Timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan	Lembar <i>checklist</i>	Nominal	0. Preeklampsia 1. Tidak Preeklampsia
2	Paritas	Jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi lebih dari usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram	Lembar <i>checklist</i>	Nominal	0. Multipara 1. Primipara

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan sistem komputerisasi dengan menggunakan komputer. Analisa data yang dilakukan yaitu:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Masing-masing variabel menghasilkan distribusi frekuensi ukuran penyebaran dan nilai rata-rata. Kegunaan analisis univariat adalah untuk mempersiapkan analisis selanjutnya.

Analisa univariat dilakukan menggunakan rumus:

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

Keterangan:

P : Persentase

f : Frekuensi

N : Jumlah seluruh responden

2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Untuk uji yang digunakan adalah menggunakan uji *chi square* yang digunakan untuk mengevaluasi atau menganalisa hasil observasi untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kepercayaan 95% menggunakan bantuan sistem komputerisasi yaitu nilai ($\alpha = 0.05$) dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

Keterangan:

X^2 : *Chi-Square* jumlah baris dalam kolom

O : Frekuensi yang di observasi (frekuensi empirial)

E : Frekuensi yang diharapkan (frekuensi teoritis)

Dasar pengambilan keputusan yaitu dengan cara probabilistik dimana membandingkan nilai *P value* dengan α (0.05), sebagai berikut:

- a. Jika $p \text{ value} \leq \alpha$ (0.05), maka H_a ditolak (signifikan) atau terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
- b. Jika $p \text{ value} \geq \alpha$ (0.05), maka H_a gagal ditolak (tidak signifikan) atau tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Arikunto, 2010).