

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) AKI adalah salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan, pada tahun 2014 wanita bersalin meninggal sebanyak 800.000 orang, tahun 2015 naik sebanyak 830.000 orang. Dari 830 kasus kematian ibu setiap hari, 550 terjadi di Afrika dan 180 di Asia Selatan. Angka kematian ibu 99% diakibatkan karena komplikasi yang diderita ibu selama kehamilan (Mukaromah, 2018).

Indikator kesehatan di Indonesia *Sustainable Development Goals* (SDGs) menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, yaitu tahun 2030 gambaran *outcome* SDGs mengurangi AKI dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (SDGs, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tergolong tinggi di *Association of Southeast Asian Nation* (ASEAN) jika dibandingkan dengan AKI di negara tetangga seperti Malaysia yaitu 31 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei yaitu 21 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam yaitu 56 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand yaitu 48 per 100.000 kelahiran hidup, Singapore 9 per 100.000 kelahiran hidup, Philipina 94 per 100.000 kelahiran hidup dan di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI,2011 dalam Yesa Febriana, 2014).

Sekitar 800 perempuan setiap hari meninggal akibat kehamilan dan persalinan. Hampir semua kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang, komplikasi utama yang menyumbang 80% dari seluruh kematian ibu adalah perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, preeklampsia, eklampsia, dan aborsi. Di negara berkembang, seorang wanita tujuh kali lebih mungkin untuk mengalami preeklampsia dibandingkan wanita di negara maju. Preeklampsia di negara berkembang didiagnosis (3 – 5%) dan di dunia di diagnosis (7.5%) (Giovanna E Lombo, dkk. 2017).

Dalam rangka upaya percepatan penurunan AKI maka pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. (Kemenkes RI, 2017).

Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) penyebab kematian ibu pada tahun 2015 adalah Preeklampsia Berat (PEB) sebanyak 36% (4 kasus), pendarahan sebesar 36% (4 kasus), TB paru 18% (2 kasus), dan emboli air ketuban 9% (1 kasus). Preeklampsia masuk ke dalam lima penyebab kematian ibu hamil. Setiap tahunnya, tercatat sepuluh juta wanita mengalami

preeklampsia dan 76.000 meninggal akibat preeklampsia dan gangguan hipertensi (Yanita Trisetyaningsih dan Annisa Smaradika, 2018).

Penyebab kematian ibu di Provinsi Riau pada tahun 2016 yang tertinggi adalah karena perdarahan 50 kasus, hipertensi 26 kasus, sistem peredaran darah 8 kasus, infeksi 1 kasus, gangguan metabolisme 1 kasus dan lain – lain 44 kasus. Untuk itu perlu upaya yang lebih keras lagi dari semua pelaksana kegiatan, penanggung jawab, lintas sektor dan lintas program terkait dalam menurunkan jumlah kematian ibu di masa yang angka datang (Dinkes Provinsi Riau, 2016)

Penyebab kematian ibu di Kabupaten Kampar tahun 2017 ada sebanyak 12 orang yaitu Perdarahan 1 kasus, pre eklamsia 2 kasus, gangguan sistem peredaran darah 1 kasus, gangguan metabolik 2 kasus, kasus lain 6 kasus. Penyebab kematian akibat kasus lainnya secara persentase cukup besar, hal ini disebabkan masih belum diketahuinya defenisi operasional penyebab kematian oleh pemberi pelayanan kesehatan (Dinkes Kabupaten Kampar, 2017).

Preeklampsia merupakan keadaan dimana tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg disertai dengan protein dalam urin pada usia kehamilan diatas 20 minggu, pada wanita yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya. Tidak semua kasus preeklampsia ditemukan bersamaan dengan gejala edema, sehingga diagnosa preeklampsia ditentukan dari peningkatan tekanan darah dan hasil pemeriksaan protein urine (Alladin, 2012 dalam Nurchasanah Retno Pangesti, 2017).

Preeklampsia dibagi dengan dua golongan yaitu ringan dan berat. Preeklampsia berat merupakan suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Anik Maryunani, 2016)

Preeklampsia dapat disebabkan oleh banyak faktor (*multiple causation*). Hal yang sering menjadi faktor risiko antara lain nulipara, kehamilan ganda, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, punya riwayat keturunan, obesitas dan penyakit kronis seperti hipertensi, dan diabetes mellitus (DM). Selain itu, peningkatan jarak antar kehamilan, paritas, status sosial rendah, ras, faktor lingkungan, defisiensi nutrisi, infeksi dan proses inflamasi, dan faktor parental juga merupakan faktor risiko dari Preeklampsia. Risiko Preeklampsia meningkat pada kehamilan 1,5 atau 5 tahun antara kehamilan pertama dengan kehamilan kedua. (Kadek Budi Juliantari dan Nyoman Hariyasa Sanjaya, 2015).

Preeklampsia dalam kehamilan menimbulkan dampak yang bervariasi. Mulai dari yang ringan hingga berat. Seperti menyebabkan kematian ibu, mengganggu organ ginjal ibu hamil, menyebabkan rendahnya berat badan bayi ketika lahir, melahirkan sebelum waktunya, dan Intra Uterine Growth Retardation (IUGR). Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk dapat menegakkan diagnosis dini diperlukan pengawasan hamil yang teratur dengan memperhatikan pembengkakan pada muka dan ekstremitas, kenaikan

berat badan, kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan urine untuk menentukan proteinuria (Susanti, 2012 dalam Widuri Ambarwati, 2017).

Karakteristik ibu hamil yang preeklampsia berdasarkan diabetes mellitus (DM) hampir 50% yang terjadi pada wanita hamil berkembang menjadi preeklamsi (Varney,2006). Hal ini terjadi karena saat hamil, plasenta berperan untuk memenuhi semua kebutuhan janin. Pertumbuhan janin dibantu oleh hormon dari plasenta, namun hormon-hormon ini juga mencegah kerja insulin dalam tubuh ibu hamil. Hal ini disebut dengan resistensi insulin atau kebal insulin (Devi Kurniasari dan Fiki Arifandini, 2015).

Karakteristik ibu hamil yang preeklampsia berdasarkan riwayat hipertensi menurut Irianti, dkk (2014) merupakan salah satu dari faktor penyebab terjadinya preeklampsia. Preeklampsia pada hipertensi kronik yaitu preeklampsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil (Nurchasanah Retno Pangesti, 2017).

Karakteristik ibu hamil yang preeklampsia berdasarkan jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya merupakan jarak kehamilan yang terlalu dekat dan terlalu jauh dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu hamil. Hal ini dikarenakan setelah melahirkan rahim memerlukan waktu yang cukup lama untuk pemulihan sebelum terisi lagi oleh janin. Kehamilan yang berulang menyebabkan keadaan rahim tidak sehat lagi untuk kehamilan berikutnya pada jarak waktu yang berdekatan (Yudia Gustri,2016).

Berdasarkan data dari RSUD Bangkinang pada tahun 2018 angka kejadian preeklamsia adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1 Daftar 10 Besar Penyakit Obstetri/Diagnosa di RSUD Bangkinang Tahun 2017 dan 2018

No.	Diagnosa/ Penyakit	2017	%	2018	%
1.	Kelahiran tunggal di RS	157	33,6	12	31,8
2.	Pre eklamsi berat	54	11,6	38	9,9
3.	Hiperemesis gravidarum dengan gangguan metabolisme	49	10,5	38	9,9
4.	Ketuban pecah dini, timbulnya persalinan dalam waktu 24 jam	30	6,4	35	9,1
5.	POST PARTUM	35	7,3	32	8,4
6.	Kelahiran spontan tunggal, tidak spesifik	34		28	7,3
7.	Kehamilan yang berkepanjangan (post-term)(post-dates)	27	5,8	26	6,7
8.	Aborsi lainnya, tidak lengkap, rumit oleh hemorum yang tertunda atau berlebihan	32	6,9	25	6,5
9.	Perdarahan uterus dan vagina abnormal, tidak spesifik	25	5,4	21	5,4
10.	Kematian janin karena penyebab yang tidak spesifik	24	5,1	18	4,7
Jumlah Total :		467	100	383	100

Sumber : Rekam Medis RSUD Bangkinang tahun 2018

Berdasarkan tabel 1.1, dapat diketahui adanya penurunan pada tahun 2017 yaitu 22,6% sedangkan pada tahun 2018 yaitu 9,9%. Namun angka preeklamsia berat masih menduduki posisi kedua dari 10 besar penyakit obstetri di RSUD Bangkinang. Kita sebagai tenaga kesehatan juga mengetahui bahwa preeklamsia berat juga merupakan salah satu penyebab tingginya AKI dan AKB, sehingga kita harus menurunkan frekuensi kejadian preeklamsia berat.

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD Bangkinang dan permasalahan yang ada, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “**Karakteristik Ibu Hamil Yang Mengalami Preeklamsia Berat (PEB) Di RSUD Bangkinang Kota Tahun 2018**”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apa Sajakah Karakteristik Ibu Hamil yang Mengalami Preeklamsia Berat (PEB) di RSUD Bangkinang tahun 2018 ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik Ibu Hamil yang Mengalami Preeklamsia Berat (PEB) di RSUD Bangkinang tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat berdasarkan diabetes mellitus (DM) di RSUD Bangkinang tahun 2018.
- b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat berdasarkan riwayat hipertensi ibu hamil di RSUD Bangkinang tahun 2018.
- c. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat berdasarkan jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya di RSUD Bangkinang tahun 2018.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi ilmiah tentang karakteristik ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat.
- b. Penelitian ini bermanfaat untuk menambah pengetahuan dalam riset kebidanan, yang berhubungan dengan kesehatan khususnya yang berkaitan tentang ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat.

2. Aspek Praktis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan pada ibu hamil dalam upaya mengatasi dan menurunkan angka kejadian Preeklamsia Berat.
- b. Memberikan masukan kepada RSUD Bangkinang dan khususnya bidan untuk melakukan deteksi dini dengan cara melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) pada ibu hamil agar dapat mencegah terjadinya Preeklamsia Berat, sehingga dapat membantu untuk memaksimalkan kesehatannya baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Preeklampsia

a. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia adalah sekumpulan gejala yang secara spesifik hanya muncul selama kehamilan dengan usia lebih dari 20 minggu dan dapat di diagnosis dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Ada peningkatan tekanan darah selama kehamilan (sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg), yang sebelumnya normal, disertai proteinuria ($\geq 0,3$ gram proteinuria selama 24 jam atau ≥ 30 mg/dl).
- 2) Apabila hipertensi selama kehamilan muncul tanpa proteinuria, perlu dicurigai adanya preeklampsia seiring kemajuan kehamilan, jika muncul gejala nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri pada abdomen, nilai trombosit rendah dan kadar enzim ginjal abnormal (Incesmi Sukarni dan Sudarti, 2014).

Preeklampsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi pada ante partum, intra partum dan post partum. Dari gejala-gejala klinik preeklampsia dapat dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Pembagian preeklampsia menjadi berat dan ringan tidaklah berarti adanya dua penyakit yang berbeda, sebab seringkali ditemukan penderita dengan preeklampsia ringan dapat mendadak mengalami preeklampsia berat (Sarwono, 2010).

Preeklampsia adalah kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil dan bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias yaitu hipertensi, proteinuria, dan edema yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma, ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya (Anik Maryunani, 2016).

b. Etiologi Preeklampsia

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Tetapi ada teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklampsia, yaitu : Bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramion, dan mola hidatidosa. Bertambahnya frekuensi yang makin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus. Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang, dan koma (Incesmi Sukarni dan Sudarti, 2014).

Beberapa teori yang mengatakan bahwa perkiraan etiologi dari kelainan tersebut sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai *The Diseases Of Theory*. Adapun teori-teori tersebut antara lain :

1) Peran Prostaglandin dan Trombosit.

Pada preeklampsia dan eklampsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostaglandin (PGI₂) yang pada kehamilan normal meningkat, aktivasi penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti thrombin dan plasmin. Thrombin akan mengkonsumsi antitrombin III, sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit

menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA₂) dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel (Ai Yeyeh Rukiyah dan Lia Yulianti, 2011).

2) Peran Faktor Immunologis

Beberapa studi juga mendapatkan adanya aktivasi sistem komplemen pada preeklampsia /eklampsia (Incesmi Sukarni dan Sudarti, 2014).

3) Peran Faktor Genetik/Familial

Terdapatnya kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia/eklampsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklampsia/eklampsia. Kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia/eklampsia pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklampsia/eklampsia dan bukan pada ipar mereka. Peran rennin-angiotensin-aldosteron system (RAAS).

4) Faktor Predisposisi

a) Molahidatidosa

b) Diabetes melitus

c) Kehamilan ganda

d) Hidrops fetalis

e) Obesitas

f) Umur yang lebih dari 35 tahun (Incesmi Sukarni dan Sudarti, 2014).

g) Riwayat Hipertensi

- h) Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya
- i) Nulipara
- j) Riwayat pre-eklampsia, eklampsia pada kehamilan sebelumnya
- k) Riwayat dalam keluarga pernah menderita pre-eklampsia
(Rozikhan,2009).

c. Manifestasi Klinik

Biasanya tanda-tanda preeklampsia timbul dalam urutan: penambahan berat badan yang berlebihan, di ikuti edema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada preeklampsia ringan tidak didapatkan gejala-gejala subyektif. Pada preeklampsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklampsia akan timbul (Incesmi Sukarni dan Sudarti, 2014).

d. Gejala Preeklampsia

1. Gejala penting preeklampsia :

Dua gejala yang sangat penting pada preeklampsia yaitu hipertensi dan proteinuria yang biasanya disadari oleh hamil.

1) Kenaikan Berat Badan dan Edema

- a) Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklampsia dan bahkan kenaikan berat badan yang berlebihan merupakan tanda pertama preeklampsia pada sebagian wanita.

- b) Peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan dan selalu dapat ditemukan sebelum timbul gejala edema yang terlihat jelas, seperti kelopak mata yang bengkak atau jari tangan yang membesar.
- 2) Hipertensi / tekanan darah
- a) Peningkatan tekanan darah merupakan tanda awal yang penting pada preeklampsia.
 - b) Tekanan diastolik merupakan tanda prognostic yang lebih andal dibandingkan dengan tekanan sistolik.
 - c) Tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.
- 3) Proteinuria
- a) Pada preeklampsia ringan, proteinuria hanya minimal dan positif satu, positif dua atau tidak sama sekali.
 - b) Pada kasus berat, proteinuria dapat ditemukan dan dapat mencapai 10 g/dl.
 - c) Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi dan kenaikan berat badan.
2. Gejala-gejala Subyektif yang dirasakan pada preeklampsia yakni sebagai berikut :
- 1) Nyeri kepala : jarang ditemukan pada kasus ringan, tetapi akan sering terjadi pada kasus-kasus berat.

- 2) Nyeri epigastrium :
 - a) Merupakan keluhan yang paling sering ditemukan pada preeklampsia berat.
 - b) Keluhan ini disebabkan karena tekanan pada kapsula hepar akibat edema atau perdarahan.
3. Gangguan penglihatan : keluhan penglihatan yang terdiri dapat disebabkan oleh spasme arterial, iskemia, dan edema retina (Anik Maryunani, 2016).

e. Klasifikasi Preeklampsia

Dibagi menjadi dua golongan yaitu :

1) Preeklampsia Ringan

Preeklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera persalinan. Penyebab preeklampsia ringan belum diketahui secara jelas. Penyakit ini dianggap sebagai *Maladaptation Syndrome* akibat vasospasme general dengan segala akibatnya.

Gejala klinis preeklampsia ringan meliputi :

- a) Kenaikan tekanan darah sistol 30 mmHg atau lebih, diastol 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih atau sistol 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg, diastol 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg.
- b) Proteinuria : secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+2).

c) Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan.

d) Kenaikan berat badan ibu 1 kg atau lebih per minggu.

Pemeriksaan preeklampsia ringan meliputi :

a) Kehamilan lebih 20 minggu.

b) Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan pemeriksaan 2 kali selang 6 jam dalam keadaan istirahat (untuk pemeriksaan dilakukan 2 kali setelah istirahat 10 menit).

c) Edema tekan pada tungkai (pretibial), dinding perut, lumbosakral, wajah atau tungkai.

d) Proteinuria lebih 0,3 gram/liter/24 jam, kualitatif (++)

2) Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Sujiyatini dkk, 2009).

Gejala Klinis preeklampsia berat meliputi :

a) Tekanan darah 160/110 mmHg.

b) Oligouria, urin kurang dari 400cc/24 jam.

c) Proteinuria lebih dari 3 gr/liter.

d) Keluhan subjektif seperti nyeri epigastrium, gangguan penglihatan, nyeri kepala, edema paru dan sianosis, gangguan kesadaran.

- e) Pemeriksaan kadar enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina, trombosit kurang dari 100.000/mm.

f. Patofisiologi

Menurut Lenovo (2009), semua teori mengenai patofisiologi preeklampsia harus mempertimbangkan pengamatan bahwa gangguan hipertensif akibat kehamilan jauh lebih besar kemungkinan terjadi pada wanita:

- 1) Terpajan ke vilus korion pertama kali
- 2) Terpajan ke vilus korion dalam jumlah besar, seperti pada kehamilan kembar atau mola hidatidosa.
- 3) Telah mengidap penyakit vascular
- 4) Secara genetis memiliki predisposisi mengalami hipertensi yang timbul selama kehamilan (Nita Norma dan Mustika Dwi, 2013).

g. Pencegahan

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia, dan dalam hal itu harus dilakukan penanganan semestinya. Kita perlu lebih waspada akan timbulnya preeklampsia dengan adanya faktor faktor predisposisi seperti apa yang telah diuraikan diatas. Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pelaksanaan pengawasan yang baik pada wanita hamil (Wiknjosastro, 2010 dalam Arifin Ariyanti, 2018).

h. Penanganan

Pada dasarnya penanganan preeklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Pada preeklampsia ringan penanganan sistomatis dan berobat jalan masih mungkin ditangani di puskesmas dan di bawah pengawasan dokter. Tindakan yang diberikan yaitu :

1) Rawat Jalan

- a) Ibu hamil dengan preeklampsia ringan dianjurkan untuk banyak istirahat (berbaring atau tidur miring), tetapi tidak harus mutlak selalu tirah baring.
- b) Pada umur kehamilan diatas 20 minggu, tirah baring dengan posisi miring untuk menghilangkan tekanan rahim vena kava inferior, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung darah ke organ-organ vital. Peningkatan curah jantung akan meningkatkan aliran darah rahim, menambah oksigenasi plasenta dan memperbaiki kondisi janin dalam rahim.
- c) Diet yang mengandung 2 g natrium atau 4-6 g NaCl (garam dapur) adalah cukup. Kehamilan sendiri lebih banyak membuang garam lewat ginjal, tetapi pertumbuhan janin justru membutuhkan lebih banyak konsumsi garam. Bila konsumsi garam hendak dibatasi maka harus diimbangi dengan konsumsi cairan yang banyak, berupa susu atau air buah.

d) Tidak diberikan obat-obat diuretik, anti hipertensi dan sedativ. Melainkan pemeriksaan laboratorium Hb, hematokrit, fungsi hati, urin lengkap, dan fungsi ginjal.

2) Rawat inap (di rumah sakit)

Kriteria ibu hamil dengan preeklampsia ringan yang perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit yaitu bila tidak ada perbaikan tekanan darah, kadar proteinuria selama 2 minggu dan adanya satu atau lebih gejala dan tanda-tanda preeklampsia berat.

Selama di rumah sakit dilakukan anamnesis, pemeriksaan USG dan Doppler khususnya untuk evaluasi pertumbuhan janin dan jumlah cairan amnion. Pemeriksaan nonstress test dilakukan 2 kali seminggu dan konsultasi dengan bagian mata, jantung dan lain-lain.

Perawatan obstetrik yaitu sikap terhadap kehamilannya yaitu :

- a) Pada kehamilan preterm (<37 minggu), bila tekanan darah mencapai normotensif, selama perawatan, persalinannya, persalinan ditunggu sampai aterm.
- b) Pada kehamilan aterm (>37 minggu), persalinan ditunggu sampai terjadi onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan (Angsar, 2009).

Penanganan preeklampsia berat segera dimasukkan di rumah sakit atau merujuk penderita dan memperhatikan hal berikut yaitu bila tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, protein urin 1 plus atau

lebih. Kenaikan berat badan 11,2 kg atau lebih dalam seminggu, odeme bertambah dengan mendadak. Terdapat gejala dan keluhan subyektif. Penderita di usahakan agar :

- a) Terisolasi sehingga tidak mendapat rangsangan suara ataupun sinar
- b) Dipasang infus glukosa 5%
- c) Dilakukan pemeriksaan : Pemeriksaan umum yaitu pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Pemeriksaan kebidanan : pemeriksaan leopard, denyut jantung janin, pemeriksaan dalam (evaluasi pembukaan dan keadaan janin dalam rahim), pemasangan kateter, evaluasi keseimbangan cairan.
- d) Setelah keadaan preeklampsia berat dapat diatasi pertimbangakan mengakhiri kehamilan berdasarkan kehamilan cukup bulan, mempertahankan kehamilan sampai mendekati cukup bulan, kegagalan pengobatan preeklampsia berat, kehamilan diakhiri tanpa memandang umur, merujuk penderita ke rumah sakit untuk pengobatan yang adekuat (Manuaba, 2009).

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 (Artikasari, 2009). 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 paah jantung. Pemberian obat anti kejang pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia). Obat yang digunakan sebagai antikejang antara lain diazepam, fenitoin, dan magnesium sulfat (MgSO₄). MgSO₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang) (Kemenkes RI, 2013).

2. Karakteristik Ibu yang Mengalami Preeklampsia

a. Diabetes Melitus (DM)

Diabetes melitus adalah penyakit kelainan metabolisme dimana tubuh penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darah. Penderita diabetes melitus tidak bisa memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup sehingga terjadi kelebihan gula dalam tubuh (Rukiyah, 2010).

Penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes melitus berpengaruh terhadap preeklampsia. Penyakit ini merupakan kelainan herediter dengan ciri berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes

dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang juga dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaliknya, diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan (Mochtar, 2012). Menurut Saifudin (2009), diabetes melitus gestasional merupakan gangguan metabolisme pada kehamilan yang ringan, tetapi hiperglikemia ringan dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklampsia (Devi Kurniasari dan Fiki Arifandini, 2015)

Menurut hasil penelitian Devi Kurniasari (2015), diabetes melitus pada ibu hamil dengan kejadian preeklampsia diperoleh dari 29 ibu dengan diabetes melitus yang mengalami preeklampsia berat sebanyak 86,2% (25 ibu hamil) sedangkan ibu hamil yang tidak diabetes melitus yang mengalami preeklampsia berat sebanyak 30,3% (10 ibu hamil). Artinya ibu dengan diabetes melitus memiliki resiko untuk kejadian preeklampsia lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang tidak diabetes melitus.

b. Riwayat Hipertensi

Salah satu faktor predisposisi terjadinya pre-eklampsia atau eklampsia adalah adanya riwayat hipertensi kronis, atau penyakit vaskuler hipertensi sebelumnya, atau hipertensi. Sebagian besar kehamilan dengan hipertensi esensial berlangsung normal sampai cukup bulan. Pada kira-kira sepertiga diantara para wanita penderita tekanan darahnya tinggi setelah kehamilan 30 minggu tanpa disertai gejala lain.

Kira-kira 20% menunjukkan kenaikan yang lebih menonjol dan dapat disertai satu gejala preeklampsia atau lebih, seperti edema, proteinuria, nyeri kepala, nyeri epigastrium, muntah, bahkan dapat timbul eklampsia dan perdarahan otak (Rozikhan, 2009).

Wanita yang mengalami tekanan darah tinggi (hipertensi) sebelum hamil lebih berisiko mengalami masalah serius dalam kehamilan. Masalah-masalah ini termasuk preeklampsia, tekanan darah tinggi yang memburuk, janin yang berkembang tidak sesuai dengan seharusnya, pelepasan plasenta sebelum waktunya dan kematian janin saat lahir (Medicastore, 2012 dalam Yessa Febriana 2014).

Menurut hasil penelitian Nuning Saraswati (2014), bahwa ibu yang memiliki riwayat hipertensi sebelumnya mempunyai risiko lebih tinggi mengalami kejadian preeklampsia berat dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi.

Menurut hasil penelitian Mariza dan Siregar (2016), riwayat hipertensi memiliki peluang mengalami preeklampsia lebih besar 9,81 kali dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi karena angka kejadian preeklampsia akan meningkat pada ibu yang menderita riwayat hipertensi dan menyebabkan pembuluh plasenta mengalami gangguan.

c. Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya

Jarak kehamilan yang pendek secara langsung akan memberikan efek pada kesehatan wanita maupun janin yang dikandung. Wanita setelah melahirkan membutuhkan waktu 2 sampai 3 tahun untuk memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan diri untuk kehamilan dan persalinan selanjutnya. Bila jarak kehamilan terlalu dekat maka cenderung menimbulkan kerusakan pada system reproduksi wanita baik secara fisiologis ataupun patologi sehingga memberi kemungkinan terjadi kematian (Sawitri dkk, 2014 dalam Izfa Rifdiani, 2016).

Menurut hasil penelitian Siswi Wulandari (2015), penyebab terjadinya preeklamsi bisa disebabkan oleh jarak kehamilan. Jarak kehamilan ideal pada ibu hamil yaitu 2-5 tahun, karena merupakan jarak kehamilan yang sangat aman untuk melangsungkan kehamilan dan persalinan bagi seorang wanita. Sehingga responden lebih banyak terjadi pada jarak kehamilan ideal 2-5 tahun dibandingkan jarak kehamilan tidak ideal <2 tahun dan >5 tahun yang memiliki resiko lebih besar.

Pada jarak kehamilan <2 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik masih belum siap untuk kehamilan dan persalinan sehingga dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada rahim atau organ-organ reproduksi ibu yang belum kembali ke kondisi semula dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Sedangkan jarak kehamilan >5 tahun beresiko besar terjadinya preeklamsi dan eklamsi, hal tersebut

dikarenakan terjadinya kelemahan kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi.

Menurut hasil penelitian Yudia Gustri Di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2016, jarak kehamilan yang terlalu dekat dan terlalu jauh dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu hamil. Hal ini dikarenakan setelah melahirkan rahim memerlukan waktu yang cukup lama untuk pemulihan sebelum terisi lagi oleh janin. Kehamilan yang berulang menyebabkan keadaan rahim tidak sehat lagi untuk kehamilan berikutnya pada jarak waktu yang berdekatan.

B. Penelitian Terkait

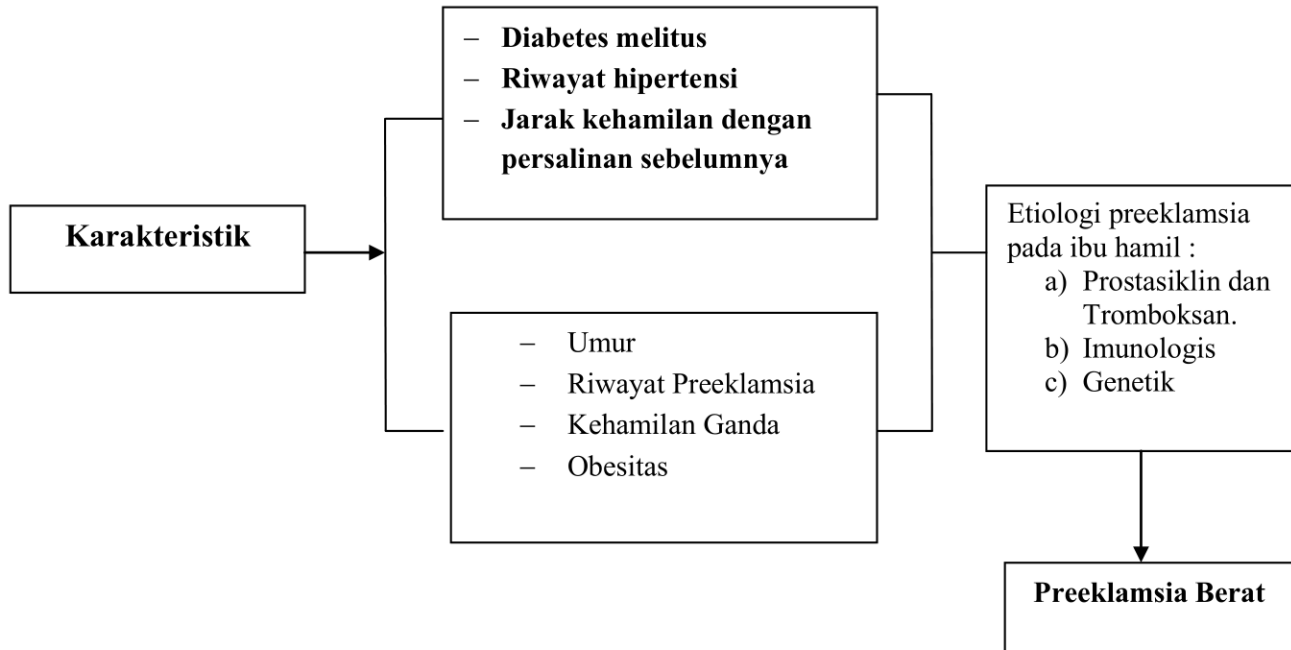
1. Menurut hasil penelitian Dian Kartika Irnayanti dengan judul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di RSUD Pasar Rebo Tahun 2007-2009. Rancangan penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik. Jenis desain penelitian ini adalah case control (kasus kontrol) yang bertujuan untuk menguji hipotesis mengenai hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Data yang digunakan penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang bersalin dan tercatat dalam formulir rekam medik di bagian Obstetri dan Ginekologi selama tahun 2007-2009 dengan jumlah sampel 266 orang dari 421 ibu hamil yang mengalami preeklampsia berat tahun 2007 sampai 2009. Adapun hasil penelitiannya adalah ibu hamil preeklampsia berat dari sebagian berada

pada kategori umur 20-34 tahun (69,6%), baru pertama kali mengalami kehamilan (45,5%), tidak pernah memiliki riwayat aborsi (85,3%), memiliki jarak kehamilan 2-10 tahun (71,1%) dan hamil anak tunggal (99,2%). Persamaan dalam penelitian ini sama-sama melihat dan mencatat kembali rekam medik dari pasien. Sedangkan perbedaannya adalah judul, waktu penelitian, variabel dan jumlah sampel peneliti.

2. Menurut hasil penelitian Rozikhan dengan judul Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklampsia Berat Di Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal. Penelitian tentang penyakit pre-eklampsia berat merupakan penelitian analitik observasional, dengan pendekatan atau desain studi kasus kontrol (case control study) dengan menggunakan data rekam medik. Data yang digunakan adalah data bulan Agustus 2004. Adapun hasil penelitian kategori umur nilai OR yang besarnya 3,58 (1,11-11,54), Pada usia > 35 tahun nilai $p=0,059$, risiko preeklampsia berat ($p=0,031$), jarak kehamilan ($p=1,00$).

C. Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian dapat dijabarkan pada skema berikut ini :



Skema 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif* secara *retrospektif* yaitu untuk melihat dan mencatat kembali data rekam medik khusus ibu hamil dengan preeklamsia berat di RSUD Bangkinang tahun 2018.

B. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan bagian rekam medik RSUD Bangkinang pada tanggal 9 - 10 Juli 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penilaian ini adalah seluruh data rekam medik ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat di RSUD Bangkinang yang berjumlah 38 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Sampel data penelitian ini adalah semua ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat pada catatan rekam medik di RSUD Bangkinang tahun 2018 yang berjumlah 38 orang.

a. Kriteria sampel

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai berikut :

Semua catatan rekam medik ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat yang memiliki informasi tentang variabel yang dibutuhkan dalam penelitian di RSUD Bangkinang tahun 2018.

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili syarat sebagai sampel penelitian yaitu : catatan rekam medik ibu yang mengalami preeklamsia berat yang memiliki catatan rekam medik, hilang, dan sobek yang akan diteliti di RSUD Bangkinang.

b. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *Total Sampling* yaitu pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Subagio, 2013)

c. Jumlah sampel

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 38 orang.

D. Etika Penelitian

1. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, penelitian tidak akan mencatumkan nama responden pada lembaran alat ukur, dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

2. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian , baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

3. Bebas dari eksploitasi

Informasi yang telah didapatkan tidak akan digunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subjek dalam bentuk apapun.

E. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan menggunakan data sekunder yaitu data rekam medik ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat di RSUD Bangkinang. Alat pengumpulan data yang dipakai adalah lembar *checklist*.

F. Prosedur Penelitian

- a. Mengajukan surat permohonan izin kepada ketua Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk mengadakan penelitian ini di RSUD Bangkinang.
- b. Setelah mendapatkan izin, peneliti memohon izin kepada direktur RSUD Bangkinang .

- c. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSUD Bangkinang maka penelitian memohon izin kepada Kepala ruangan rekam medik untuk mendapatkan izin melaksanakan penelitian.
- d. Setelah mendapatkan izin dari Kepala ruangan rekam medik maka peneliti melakukan penelitian diruangan rekam medik RSUD Bangkinang dengan cara melihat dan mencatat status pasien, sesuai variabel yang dibutuhkan dengan jumlah 38 sampel.
- e. Setelah lembar checklist terisi maka di cek kembali kelengkapannya dan penelitian melakukan pengolahan data hasil penelitian.

G. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 : Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Skala	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Diabetes Melitus (DM)	Diabetes melitus pada ibu hamil yang terdapat di rekam medik RSUD Bangkinang	Nominal	Lembar check list	1.Berisiko : (bila ibu mengalami diabetes melitus). 0.Tidak Berisiko : (bila ibu tidak mengalami diabetes melitus).
2	Riwayat Hipertensi	Riwayat hipertensi pada ibu hamil yang terdapat di rekam medik RSUD Bangkinang.	Nominal	Lembar check list	1.Berisiko : (bila ibu pernah mengalami hipertensi). 0.Tidak Berisiko : (bila ibu tidak pernah mengalami hipertensi).
3	Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya	Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya ibu yang terdapat di rekam medik RSUD Bangkinang	Ordinal	Lembar check list	1. Berisiko : (jika jarak kehamilan <2 dan >5 tahun). 0.Tidak Berisiko : (jika jarak kehamilan 2-5 tahun)

H. Analisa Data

Setelah data dikumpulkan maka langkah-langkah selanjutnya ditempuh adalah melakukan penerapan penelitian yang sudah ditentukan sehingga dalam penyusunan laporan penelitian ini bisa terarah dan mudah dipahami.

Dengan melihat presentase data dan disajikan dalam bentuk tabel lalu di persentasekan dari tiap-tiap variabel, sehingga diketahui variabel dari masing-masing variabel, dengan rumus :

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

Keterangan :

P : Persentase

F : Frekuensi kejadian berdasarkan hasil penelitian yang dikategorikan

N : Jumlah sampel