

**KARAKTERISTIK IBU BERSALIN DENGAN PREEKLAMPSIA
DAN EKLAMPSIA DI RSUD Dr. R. SOETIJONO BLORA
2013**

Karya Tulis Ilmiah

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ahli Madya Kebidanan**



Oleh
Erika Widya Ertanti
M11.02.0010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MADANI
YOGYAKARTA
2014**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemberian Kolostrum pada Bayi Baru Lahir di Wilayah Kerja Puskesmas Banguntapan 1” ini telah mendapatkan persetujuan pada tanggal 30 Juni 2014

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Darmasta Maulana, S.Kep, M.Kes

NIK. 01.281080.09.0001

Kusmayra Ambarwati, S.ST, M.Kes

NIK. 02.040588.11.0011

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MADANI Yogyakarta

Nining Sulistyawati, S.ST., M.Kes

NIK. 02.051082.12.0013

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

KARAKTERISTIK IBU BERSALIN DENGAN PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA DI RSUD Dr. R SOETIJONO BLORA 2013

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal
5 Juli 2014

Oleh :

ERIKA WIDYA ERTANTI

MII.02.0010

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Darmasta Maulana, S.Kep., M.Kes (.....)
NIK. 01.281080.09.0001

Ery Fatmawati, S.Farm, Apt., S.ST., M.Kes (.....)
NIK. 02. 070180.09.0009

Kusmayra Ambarwati, S.ST., M.Kes (.....)
NIK. 02.040588.11.0011

Mengetahui,

Ketua
Stikes Madani Yogyakarta

Kaprodi DIII Kebidanan
STIKes Madani Yogyakarta

Darmasta Maulana, S.Kep., M.Kes
NIK. 01.281080.09.0001

Nining Sulistyawati, S.ST., M.Kes
NIK. 02.051082.12.0013

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah robbilalamin untuk semua nikmat dan karunia yang diberikan Allah subhanahu wata'ala karena telah memberikan kesehatan, kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang-orang yang sangat kusayangi dan selalu mendukungku,

Bapak Suwikin dan mama Saniyati, terima kasih atas segala do'a, dukungan, nasihat, pengertian, perhatian, cinta, kasih, semuanyaaa. Terima kasih karena aku telah lahir dari rahimmu mama dan dibesarkan dengan baik karena kerja kerasmu bapak... terima kasih mama... terima kasih bapak..

Mas ku tersayang Euri Ertanto terima kasih karena selalu memberikan semangat, do'a, dukungan, nasihat, perhatian untukku dari awal kuliah sampai sekarang.

Mbak Ratna kakak iparku sayang terima kasih untuk semua semangat, doa, nasihat yang telah diberikan.

Endi Singgih Pramono terima kasih untuk semangat, do'a, nasihat, dukungan, perhatian, pengertianmu sampai saat ini.

Teman-teman seperjuanganku yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Kamar Fatimah, kamar Umayo, dan khusus kamar Asiyah terima kasih kalian sudah menjadi teman, sahabat, bahkan keluarga selama aku disini. Sukses yaa untuk kita semua...

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga tugas penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Karakteristik Ibu Bersalin dengan Preeklamsia dan Eklamsia Di RSUD Dr. R Soetijono Blora 2013“.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, arahan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada :

1. dr. Nugroho Adiwarso, SpOG, selaku Direktur RSUD Dr. R Soetijono Blora.
2. Darmasta Maulana, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua STIKes Madani Yogyakarta.
3. Nining Sulistyawati, S.ST, M.Kes, selaku Ketua Prodi Kebidanan STIKes Madani Yogyakarta.
4. Ery Fatmawati, S.Farm, Apt, S.ST, M.Kes, selaku Pembimbing I yang telah membimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Kusmayra Ambarwati, S.ST, selaku Pembimbing II yang telah membimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

Penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak untuk memperbaiki kekurangan dan keterbatasan dalam Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat.

Yogyakarta, Juni 2014

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
INTISARI.....	x
ABSTRACT.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusa Masalah	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teoritis	8
B. Kerangka Teori.....	27
C. Pertanyaan Penelitian	28
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	29
B. Design Penelitian.....	29
C. Variabel Penelitian	29
D. Definisi Operasional Variabel	29
E. Populasi dan Sampel.....	32
F. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	33
G. Tehnik Pengumpulan Data	33
H. Instrumen Penelitian	34

I. Pengolahan dan Analisis Data	35
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	38
B. Pembahasan	46
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	62
B. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Kerangka Teoritis Penelitian.....	27
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Tabel Bantu Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Pengantar Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Konsul
- Lampiran 5 : Surat Keterangan Melakukan Penelitian
- Lampiran 6 : Anggaran penelitian

INTISARI

Latar Belakang: Kasus preeklamsia dan eklamsia di Indonesia merupakan salah satu penyebab langsung kematian ibu hamil dan bersalin dengan persentase 24%. Penyebab terjadinya preeklamsia dan eklamsia masih belum diketahui pasti, tapi ada beberapa faktor risiko preeklamsia dan eklamsia, yaitu umur <20 dan >35 tahun, paritas dengan primigravida, riwayat hipertensi, dan lain-lain.

Tujuan : Mengetahui karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia.

Metode : Jenis dan desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Penelitian yang dilakukan menggunakan data sekunder sebanyak 126 responden menggunakan metode total sampel. Analisis penelitian adalah analisis univariat menggunakan persentase.

Hasil : Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora, yaitu pada preeklamsia didapatkan umur 20-35 (67,8%), primigravida (66,9%), riwayat hipertensi (51,7%), tidak memiliki riwayat preeklamsia (74,6%), tidak memiliki riwayat eklamsia (100%), jumlah janin tunggal (98,3%), pada eklamsia didapatkan umur <20 dan >35 tahun (75%), primigravida (50%), tidak memiliki riwayat hipertensi (62,5%), tidak memiliki riwayat preeklamsia (100%), tidak memiliki riwayat eklamsia (100%), jumlah janin tunggal (75%).

Kesimpulan : Penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia adalah umur 20-35 tahun, paritas primigravida, riwayat hipertensi, tidak memiliki riwayat preeklamsia, tidak memiliki riwayat eklamsia, jumlah janin tunggal, dan pada eklamsia adalah umur <20 dan >35 tahun, paritas primigravida, tidak memiliki riwayat hipertensi, tidak memiliki riwayat preeklamsia, tidak memiliki riwayat eklamsia, jumlah janin tunggal.

Kata Kunci : Ibu Bersalin, preeklamsia dan eklamsia

ABSTRACT

Background: The case of preeclampsia and eclampsia in Indonesia were one of the direct cause of pregnant women and maternity death with a percentage 24%. The incident cause of preeclampsia and eclampsia still unknown, but there were some risk factors of preeclampsia and eclampsia, age with <20 and >35 years old, parity with primigravida, history of hipertensia, and others.

Purpose: To knew the characteristic of a mother maternity with preeclampsia and eclampsia.

Methods: The research design used descriptive quantitative. Research conducted using secondary data as much as 126 respondents. The method sample used total sample. The research analysis used univariate analysis.

Results: The characteristic of mother maternity with preeclampsia and eclampsia in Dr. R. Soetijono Blora hospital that preeclampsia obtained age 20-35 years old (67.8%) primigravida (66.9%), and history of hipertensia (51.7%) didn't have history of preeclampsia (74.6%) didn't have history of eclampsia (100%), the number of single fetus (98.3%) on eclampsia obtained age <20 and >35 years old (75%), primigravida (50%), didn't have history of hipertensia (62.5%) didn't have history of preeclampsia (100%), didn't have history of eclampsia (100%), the number of single fetus (75%).

Conclusion: The research indicates that the characteristic of mother maternity with preeclampsia was aged 20-35 years old, parity with primigravida, history of hipertensia, didn't have history of preeclampsia, didn't have history of eclampsia, the number of single fetus, and in eclampsia was age <20 and >35 years old, parity with primigravida, didn't have history of hipertensia, didn't have history of preeclampsia, didn't have history of eclampsia, the number of single fetus.

Keywords: Mother maternity, preeclampsia and eclampsia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan, di Indonesia angka kematian ibu sampai saat ini masih tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara lain. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan *Millenium Development Goals* (MDG's) pada tujuan kelima yaitu: meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai pada tahun 2015 adalah mengurangi sampai tiga per empat risiko jumlah kematian ibu. Menurut WHO (2010), angka kematian ibu karena persalinan sebanyak 536.000, sedangkan di negara-negara berkembang kematian ibu akibat masalah persalinan sebanyak 99%. Kematian ibu di negara-negara berkembang tertinggi adalah sebanyak 450 per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan kematian ibu di 9 negara maju dan 51 negara persemakmuran (WHO, 2010).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 AKI Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara Target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) adalah sebesar 226 kematian per 100.000 orang, dan target MDG's 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Upaya untuk mewujudkan target MDG's tersebut membutuhkan komitmen dan usaha keras (DepKes RI, 2012).

Angka kematian ibu Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 berdasarkan laporan dari kabupaten/kota sebesar 116,34 per 100.000 kelahiran hidup, mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2011 sebesar 116,01 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu terbanyak adalah di Kabupaten Brebes sebanyak 51 kematian ibu dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu paling sedikit adalah Kota Salatiga dengan 2 kematian ibu, sedangkan Kabupaten Blora sebanyak 22 kematian ibu, dan angka kematian ibu di RSUD Dr. R Soetijono Blora sebanyak 3 kematian ibu (Dinkes Jateng, 2012).

Menurut Depkes pada tahun 2010, penyebab langsung kematian ibu di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan 28%, sebab lainnya yaitu eklamsia 24%, infeksi 11%, partus lama 5%, dan abortus 5%. Preeklamsia dan eklamsia merupakan kesatuan penyakit yang termasuk dalam komplikasi sebagai akibat langsung kehamilan. Preeklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. Penyebab pasti penyakit ini belum diketahui tetapi ada beberapa faktor risiko yang dapat memicu terjadinya preeklamsia/eklamsia, antara lain: primigravida, usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi, riwayat preeklamsia dan eklamsia, kehamilan ganda, obesitas, dan lain-lain. Penyakit ini dikatakan penyebab langsung kematian karena komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu, seperti: solusio plasenta, perdarahan otak, edema paru, nekrosis hati, kelainan ginjal, kejang, dan lain-lain. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada

tanggal 7 Februari 2014, angka kejadian ibu preeklamsia dan eklamsia tahun 2012 sebanyak 109 kasus preeklamsia dan 2 kasus eklamsia per 1.275 kelahiran hidup (8,7%), angka kematian ibu karena eklamsia sebanyak 1 ibu (0,08%) tahun 2012. dan tahun 2013 terdapat 111 kasus preeklamsia dan 4 kasus eklamsia per 1.039 kelahiran hidup (11%), angka kematian ibu karena eklamsia sebanyak 2 ibu (0,2%) tahun 2013.

Berdasarkan paparan tentang meningkatnya angka kejadian preeklamsia dan eklamsia dari tahun 2012-2013, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang “Karakteristik Ibu Bersalin dengan Preeklamsia dan Eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora 2013”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas penulis merumuskan masalah, yaitu: “Bagaimana Karakteristik Ibu Bersalin dengan Preeklamsia dan Eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan umur

- b. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan paritas
- c. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat hipertensi
- d. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat preeklamsia
- e. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat eklamsia
- f. Diketuainya karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan jumlah janin

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan perkembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan, terutama pada ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan preeklamsia dan eklamsia.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah sakit

Sebagai sarana informasi dalam penanganan ibu dengan preeklamsia dan eklamsia

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sarana informasi bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan penelitian kebidanan selanjutnya yang berkaitan dengan preeklamsia dan eklamsia

c. Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman dan memperdalam pengetahuan peneliti tentang ibu preeklamsia dan eklamsia

d. Bagi Bidan

Bagi bidan agar dapat melakukan skrining atau deteksi dini pada ibu hamil sebagai pencegahan terjadinya preeklamsia dan eklamsia.

E. Keaslian Penelitian

Sepanjang pengetahuan penulis, ada beberapa penelitian serupa yang pernah dilakukan, sebagai berikut:

1. Murni (2004) dengan judul “Hubungan Faktor Risiko Preeklamsia/Eklamsia dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Tahun 2002-2003”. Menggunakan jenis penelitian deskriptif dan analitik dengan rancangan *cross sectional*, data di ambil dari rekam medik RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2002-2003. Kesimpulan penelitian adalah bahwa tidak ada satupun dari faktor resiko preeklamsia/eklamsia yang mempengaruhi kejadian asfiksia pada bayi baik menit ke 1 maupun menit ke 5. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian, waktu, tempat, dan metode penelitian.

2. Langelo (2013) dengan judul “Faktor Risiko Kejadian Preeklamsia di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Tahun 2011-2012”. Menggunakan jenis penelitian uji regresi logistik. Kesimpulan penelitian adalah bahwa umur, paritas, dan pemeriksaan kehamilan (ANC) merupakan faktor risiko terhadap kejadian preeklamsia. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah waktu, tempat, metode penelitian.
3. Indriani (2012) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklamsia/Eklamsia pada Ibu Bersalin di RSUD Kardinah Tegal Tahun 2011”. Menggunakan jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan kasus kontrol (*case control*). Kesimpulan penelitian adalah faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kejadian preeklamsia di RSUD Kardinah Tegal antara lain faktor umum, usia gestasi, dan status pekerjaan ibu. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian, waktu, tempat, metode penelitian.
4. Rozikhan (2007) dengan judul “Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Berat di Rumah Sakit Dr. H Soewondo Kendal”. Menggunakan jenis penelitian analitik observasional dengan rancangan kasus kontrol (*case control*). Kesimpulan penelitian adalah faktor yang mempengaruhi preeklamsia frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibanding dengan multigravida, terutama primigravida muda. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian, waktu, tempat, metode penelitian.
5. Harefa (2005) dengan judul “Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklamsia/Eklamsia di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Tahun 2003-2004”. Menggunakan jenis penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian kasus kelola. Kesimpulan penelitian adalah semua karakteristik berhubungan dengan kejadian preeklamsia/eklamsia yaitu: umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, paritas, dan usia kehamilan. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian, waktu, tempat, metode penelitian.

6. Sari (2008) dengan judul “Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2007”. Menggunakan jenis penelitian survei analitik dengan metode *cross sectional*. Kesimpulan penelitian adalah bahwa usia dan paritas mempunyai nilai negatif terhadap kejadian preeklamsia. Kehamilan ganda dan penyakit yang ada sebelum hamil memiliki nilai positif terhadap kejadian preeklamsia. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian, waktu, tempat, metode penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Pengertian Preeklamsia dan Eklamsia

Cunnigham (2006), Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktifitas endotel yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester III kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Wiknjosastro, 2007).

Eklamsia merupakan kasus akut pada penderita preeklamsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma. Sama dengan preeklamsia, eklamsia dapat timbul pada ante, intra dan postpartum. Eklamsia postpartum umumnya hanya terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan (Prawirohardjo, 2011), sedangkan menurut Leveno (2009), Eklamsia adalah timbulnya kejang pada wanita preeklamsia yang tidak dapat dikaitkan dengan kuasa lain. Kejang bersifat *grand mal* dan mungkin terjadi sebelum, selama atau sesudah persalinan. Eklamsia dapat terjadi hingga 10 hari pasca postpartum.

Eklamsia adalah keadaan paling berbahaya setelah preeklamsia yang ditandai oleh kejang atau koma, selain tanda dan gejala preeklamsia.

Preeklamsia yang tidak terkontrol dapat berkembang menjadi eklamsia dan dapat berakibat kecacatan menetap atau kematian (Benson, 2009).

2. Etiologi Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia dan Eklamsia sampai sekarang belum diketahui penyebab pastinya. Namun ada beberapa literatur menjelaskan tentang faktor risiko yang dapat memicu terjadinya preeklamsia dan Eklamsia. Beberapa faktor risiko tersebut adalah sebagai berikut:

a. Faktor genetik

Preeklamsia dan eklamsia merupakan penyakit yang diturunkan, karena lebih sering penyakit ini ditemukan pada ibu yang memiliki riwayat preeklamsia dan eklamsia sebelumnya atau dari keluarga. Beberapa bukti menunjukkan peran faktor genetik pada preeklamsia dan eklamsia antara lain: preeklamsia hanya terjadi pada manusia, terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsia dan eklamsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsia dan eklamsia, kecenderungan meningkatnya preeklamsia dan eklamsia pada anak cucu ibu hamil dengan riwayat preeklamsia dan eklamsia, dan peran *renin-angiotensin-aldosteron sistem* (RAAS) (Rukiyah, 2010).

b. Faktor protasiklin dan tromboksin

Pada preeklamsia dan eklamsia didapatkan kerusakan pada endotel vaskular, sehingga terjadi penurunan produksi prostsiklin (PGI₂) yang pada kehamilan normal meningkat, aktivasi pengumpulan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin, trombin akan

mengonsumsi anti trombin III, sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA2) dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel (Rukiyah, 2010).

c. Faktor imunologik antara ibu dan janin

Pada plasenta ibu yang memiliki hipertensi dalam kehamilan, terjadi penurunan ekspresi HLA-G (*Human Leukocyte Antigen Protein*). Berkurangnya HLA-G di desidua daerah plasenta, mengakibatkan terhambatnya invasi trofoblas ke dalam desidua. Invasi trofoblas sangat penting agar jaringan desidua menjadi lunak, dan gembur sehingga memudahkan terjadinya reaksi inflamasi. Akibat terhambatnya invasi trofoblas ke dalam desidua maka kemungkinan terjadi maladaptasi imun pada preeklamsia (Rukiyah, 2010).

d. Faktor defisiensi gizi

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penelitian terakhir membuktikan bahwa konsumsi minyak ikan dapat mengurangi resiko preeklamsia. Minyak ikan banyak mengandung asam lemak tidak jenuh yang dapat menghambat produksi tromboksan, menghambat aktivasi trombosit, dan mencegah vasokonstriksi pembuluh darah (Prawirohardjo, 2011).

e. Faktor kelainan vaskularisasi plasenta

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapatkan aliran darah dari cabang–cabang arteri uterina dan arteri ovarika yang menembus

miometrium dan menjadi arteri arkuata, yang akan bercabang menjadi arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis memberi cabang arteri spiralis. Ibu dengan kehamilan mengalami invasi trofoblas kedalam lapisan otot arteri spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi distensi dan vasodilatasi arteri spiralis, yang akan memberikan dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskular, dan peningkatan aliran darah pada utero plasenta. Akibatnya aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan *remodelling* arteri spiralis. Ibu yang menderita preeklamsia dapat mengalami kegagalan *remodelling* menyebabkan arteri spiralis menjadi kaku dan keras sehingga arteri spiralis tidak mengalami distensi dan vasodilatasi, sehingga aliran darah uteri plasenta menurun dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta (Prawirohardjo, 2011).

f. Faktor iskemia plasenta, radikal bebas, disfungsi endotel

1) Iskemia plasenta dan pembentukan radikal bebas

Kegagalan *Remodelling arteri spiralis* akan berakibat terjadinya iskemia plasenta, yang akan merangsang pembentukan radikal bebas, yaitu radikal hidroksil (-OH) yang dianggap sebagai toksin. Radikal hidroksil akan merusak membran sel yang banyak mengandung asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak juga akan merusak nukleus dan protein sel endotel (Prawirohardjo, 2011).

2) Disfungsi endotel

Akibat sel endotel terpapar peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membran sel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut disfungsi endotel. Disfungsi endotel ini dapat menyebabkan terjadinya:

- a) Gangguan metabolisme prostaglandin, yaitu menurunnya produksi prostasiklin (PGE₂) yang merupakan suatu vasodilator kuat.
- b) Agregasi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi trombosit memproduksi tromboksan (TXA₂) yaitu suatu vasokonstriktor kuat. Dalam keadaan normal kadar prostasiklin lebih banyak dari pada tromboksan. Sedangkan pada preeklamsia kadar tromboksan lebih banyak dari pada prostasiklin, sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah.
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Perubahan khas pada sel endotel kapiler glomerulus (*glomerular endotheliosis*)
- e) Peningkatan produksi bahan – bahan vasopresor, yaitu endotelin. Kadar NO menurun sedangkan endotelin meningkat.
- f) Peningkatan faktor koagulasi (Prawirohardjo, 2011)

g. Faktor inflamasi

Faktor inflamasi ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Pada kehamilan normal, jumlah debris trofoblas masih dalam batas wajar, sehingga reaksi inflamasi juga masih dalam batas normal. Berbeda dengan proses apoptosis pada preeklamsia, dimana pada preeklamsia terjadi peningkatan stres oksidatif, sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat. Makin banyak sel trofoblas plasenta, misalnya pada plasenta besar, pada hamil ganda, maka reaksi stres oksidatif akan sangat meningkat, sehingga jumlah sisa debris trofoblas juga makin meningkat. Keadaan ini menimbulkan beban reaksi inflamasi dalam darah ibu menjadi jauh lebih besar, dibanding reaksi inflamasi pada kehamilan normal. Respon inflamasi ini akan mengaktifkan sel endotel, dan sel-sel makrofag/granulosit, yang lebih besar pula, sehingga terjadi reaksi sistemik inflamasi yang menimbulkan gejala-gejala pada preeklamsia pada ibu (Prawirohardjo, 2011).

h. Paritas

Kehamilan preeklamsia dan eklamsia terjadi pada ibu dengan primigravida atau primipara dengan persentase 5-8%. Ibu primigravida atau primipara memiliki risiko lebih besar dibandingkan dengan ibu multigravida atau multipara, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman (Leveno, 2009)

Primigravida sering mengalami stres dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan hormon CRH oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespon terhadap semua stresor dengan meningkatkan respon simpatik, termasuk respon yang ditunjukkan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah. Wanita dengan preeklamsia/eklamsia tidak terjadi penurunan sensitivitas terhadap *vasopressin*-*vasopressin* tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah (Corwin, 2009).

i. Umur

Umur reproduktif sehat adalah umur yang paling aman untuk ibu yang merencanakan kehamilan atau kelahiran. Umur reproduktif sehat tersebut adalah umur 20-35 tahun. Bila ibu hamil di umur kurang dari 20 tahun maka ibu memiliki risiko 7 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang hamil pada umur reproduktif, dan apabila ibu merencanakan kehamilan atau kelahiran pada umur lebih dari 35 tahun juga memiliki risiko 3 kali lebih besar, karena pada umur awal dan akhir reproduktif wanita rentan mengalami peningkatan terjadinya hipertensi kronis. Maka ibu yang hamil atau melahirkan pada umur <20 dan >35 lebih berisiko mengalami preeklamsia dan eklamsia. Alat reproduksi pada usia <20 tahun keadaannya belum siap untuk menerima kehamilan. Hal ini meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk hipertensi dan

preeklamsia/eklamsia, sedangkan pada usia 35 tahun atau lebih rentan terjadinya berbagai penyakit dalam bentuk hipertensi dan preeklamsia/eklamsia. Hal ini disebabkan oleh terjadinya perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Hal ini juga diakibatkan karena tekanan darah yang meningkat seiring dengan penambahan usia, sehingga pada usia >35 tahun cenderung dapat meningkatkan risiko preeklamsia/eklamsia (Canstance, 2010).

j. Riwayat preeklamsia dan eklamsia

Peningkatan risiko preeklamsia dan eklamsia dapat terjadi bila seorang ibu memiliki riwayat preeklamsia dan eklamsia sebelumnya. Ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotype lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotype janin. Telah terbukti bahwa ibu yang mengalami preeklamsia/eklamsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu yang mengalami preeklamsia/eklamsia (Angsar, 2011).

Menurut Manuaba (2008) preeklamsia/eklamsia ada kemungkinan diturunkan khususnya pada kehamilan pertama, karena terjadi pada anak perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan menantu wanita. Sifat gen resesif sama dengan teori gen resesif herediter. Kehamilan kedua preeklamsia/eklamsia sedikit berulang, kecuali mendapat suami baru.

k. Riwayat hipertensi

Sebagian besar kehamilan dengan hipertensi esensial berlangsung normal hingga kehamilan cukup bulan. Kira-kira sepertiga diantara penderita tekanan darah tinggi setelah 30 minggu tanpa disertai gejala lain. Kira-kira 20% menunjukkan kenaikan yang lebih mencolok dan dapat disertai gejala preeklamsia yaitu edema, proteinuria, nyeri kepala, nyeri epigastrium, muntah, bahkan bisa timbul eklamsia dan perdarahan otak (Prawirohardjo, 2011).

Salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi pada ibu preeklamsia/eklamsia adalah riwayat hipertensi dari keluarga. Gen berpengaruh pada terjadinya hipertensi sebesar 30-40%, ibu yang menderita hipertensi mengalami peningkatan tahanan perifer dan peningkatan volume sirkulasi, sehingga berakibat pada peningkatan kerja jantung, menyebabkan komplikasi jantung seperti hipertrofi dan iskemia, tekanan darah biasanya akan berespon terhadap vasodilator dan diuresis (Brashers, 2008).

l. Obesitas

Kegemukan dapat menyebabkan kolestrol tinggi, selain itu dapat menyebabkan kerja jantung lebih berat oleh karena jumlah darah yang berada dalam badan sekitar 15% dari berat badan. Makin gemuk seseorang maka makin banyak pula jumlah darah yang terdapat dalam tubuh, berarti makin berat pula jantung memompa darah, maka dapat menyebabkan preeklamsia dan eklamsia (Constance, 2010)

m. Diabetes

Peningkatan risiko preeklamsia/eklamsia dapat terjadi bila seorang ibu memiliki riwayat diabetes atau menderita sebelumnya (Constance, 2010)

n. Jumlah janin

Risiko tiga kali lebih besar kejadian preeklamsia dan eklamsia adalah pada ibu dengan kehamilan ganda dibandingkan dengan kehamilan tunggal (Leveno, 2009). Teori ini dibuktikan oleh penelitian Duckitt dan Harrington tahun 2005 yang menunjukkan bahwa seorang wanita dengan kehamilan kembar (ganda) memiliki risiko hampir tiga kali lipat untuk terjadinya preeklamsia. Hipertensi pada kehamilan ganda terjadi karena villi khorialis yang dalam dan jumlah yang berlimpah. Hipertensi pada kehamilan ganda timbul lebih awal dan berat. Serangan preeklamsia/eklamsia ditemukan pada kehamilan <37 minggu (70% gemelli). Pada janin tunggal hipertensi sering terjadi pada primipara dari pada multipara, tapi hal itu tidak berlaku untuk kehamilan ganda. Kehamilan ganda berpengaruh pada preeklamsia/eklamsia karena adanya distensi rahim yang berlebihan yang dapat menyebabkan iskemia uteri dan peningkatan masa plasenta sehingga bisa menyebabkan preeklamsia/eklamsia. Ketidakcocokan antara kebutuhan janin/plasenta dengan kemampuan ibu untuk memenuhi kebutuhan tersebut dapat menyebabkan terjadinya preeklamsia/eklamsia pada ibu dengan kehamilan ganda, hal ini menunjukkan bahwa janin yang kurang gizi mengirimkan

sinyal kepada ibu untuk meningkatkan perfusi plasenta, jika ibu tidak merespon sinyal tersebut, janin akan mengirim lebih banyak sinyal. Preeklamsia/eklamsia terjadi disebabkan oleh sinyal yang berlebihan ini (Heffner dan Schust 2008).

Menurut Chapman Vicky (2006) faktor risiko preeklamsia dan eklamsia sebagai berikut:

- a. Preeklamsia 10 kali lebih sering terjadi pada primigravida
- b. Kehamilan ganda memiliki risiko lebih dari 2 kali lipat
- c. Obesitas (IMT >29) meningkatkan risiko 4 kali lipat
- d. Riwayat hipertensi
- e. Diabetes
- f. Preeklamsia sebelumnya (20% risiko kekambuhan)

Menurut Mitayani (2009) faktor risiko preeklamsia dan eklamsia sebagai berikut:

- a. Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelumnya
- b. Kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklamsia dan eklamsia pada kehamilan terdahulu
- c. Biasanya mudah terjadi pada ibu yang obesitas
- d. Ibu pernah menderita ginjal kronis

Menurut Benson (2009) faktor risiko preeklamsia dan eklamsia sebagai berikut:

- a. Primigravida

- b. Dua kali lipat pada kehamilan multipel, mola hidatidosa, dan polihidramnion
- c. Umur <20,>35 tahun
- d. Penyakit vaskular atau renal
- e. Diabetes melitus
- f. Hipertensi kronis
- g. Feokromositoma
- h. Lupus eritomatosus sistemik
- i. Hidrops fetalis non imun
- j. Malnutrisi dan status sosial ekonomi rendah
- k. Riwayat preeklamsia dan eklamsia pada kehamilan sebelumnya

3. Patofisiologi Preeklamsia dan Eklamsia

Pada preeklamsia dan eklamsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada saat dilakukan biopsi ginjal, ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus, di beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah, jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, tekanan darah akan naik, dalam usaha mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat tercukupi. Kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebih dalam ruang intestinal, belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Yulaikhah, 2009)

Preeklamsia memiliki dua tahap perubahan yang mendasari patogenesisnya. Tahap 1 : spiralis hipoksia plasenta yang terjadi karena kurangnya aliran darah dalam arteri spiral. Hal ini terjadi karena kegagalan invasi sel trofoblas pada dinding arteri spiral tidak dapat melebar dengan sempurna dengan akibat penurunan aliran darah dalam ruangan intervillus di plasenta sehingga terjadilah hipoksia plasenta. Tahap 2 : stress oksidatif bersama dengan zat toksin yang beredar dapat merangsang terjadinya kerusakan sel endotel pembuluh darah yang disebut disfungsi endotel yang dapat terjadi pada seluruh permukaan endotel pembuluh darah pada organ-organ penderita preeklamsia. Disfungsi endotel terjadi ketidakseimbangan zat-zat yang bertindak sebagai vasodilator seperti protasiklin dan nitrat oksida, dibandingkan dengan vasokonstriksi seperti endotelium I, tromboksan, dan angiotensin II sehingga akan terjadi vasokonstriksi yang luas dan terjadilah hipertensi. Peningkatan kadar lipid peroksidase juga akan mengaktifkan sistem koagulasi sehingga agresi trombosit dan pembentukan trombus, secara keseluruhan setelah terjadi disfungsi endotel didalam tubuh penderita preeklamsia/eklamsia jika prosesnya berlanjut dapat terjadi disfungsi dan kegagalan organ seperti gangguan pada ginjal, dll.

4. Gambaran klinis Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia dan eklamsia dapat timbul dengan urutan tanda sebagai berikut: penambahan berat badan yang berlebihan, diikuti edema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada preeklamsia ringan tidak ditemukan gejala subyektif. Pada preeklamsia berat didapatkan sakit kepala di daerah frontal,

skotoma, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual atau muntah-muntah. Bila gejala ini sering terjadi kemudian diikuti dengan tekanan darah meningkat lebih tinggi, edema menjadi lebih umum dan protein urine bertambah banyak, maka gejala ini menunjukkan tanda eklamsia akan terjadi. (Prawirohardjo, 2007)

5. Klasifikasi Preeklamsia dan Eklamsia

Menurut Prawirohardjo (2011), klasifikasi preeklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Preeklamsia ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:
 - 1) Timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah 20 minggu
 - 2) Hipertensi: tekanan darah sistolik/diastolik $\geq 140/90$ mmhg
 - 3) Proteinuria: ≥ 300 mg/24 jam atau ≥ 1 + dipstik
 - 4) Edema: edema lokal tidak dimasukkan dalam kriteria preeklamsia, kecuali edema pada lengan, muka dan perut, edema generalisata.
- b. Preeklamsia berat, bila disertai keadaan sebagai berikut:
 - 1) Tekanan darah sistolik/diastolik $\geq 160/110$ mmhg
 - 2) Proteinuria lebih 5 g/24 jam 4 + dalam pemeriksaan kualitatif
 - 3) Oliguria, yaitu produksi urin kurang dari 500 cc/24 jam
 - 4) Kenaikan kadar kreatinin plasma
 - 5) Gangguan visus dan serebral: penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur
 - 6) Nyeri epigastrium atau nyeri pada abdomen sebelah kanan bagian atas
 - 7) Edema paru-paru dan sianosis
 - 8) Hemolisis mikroangiopatik

- 9) Trombositopenia berat/penurunan trombosit dengan cepat
- 10) Gangguan fungsi hati
- 11) Pertumbuhan janin intrauterin yang terhambat
- 12) Sindrom HELLP (*haemolysis, elevated liver enzymes, dan low platelet*)

c. Eklamsia

Kejadian eklamsia pada umumnya tidak banyak perbedaan, dengan adanya tanda dan gejala preeklamsia ringan maupun berat yang diikuti kejang pada ibu, maka ibu dapat di diagnosis mengalami eklamsia.

6. Komplikasi Preeklamsia dan Eklamsia

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu preeklamsia dan eklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Solusio plasenta. Komplikasi ini terjadi pada ibu yang menderita hipertensi akut dan lebih sering terjadi pada preeklampsia
- b. Hipofibrinogenemia. Komplikasi ini biasanya terjadi pada preeklamsia berat
- c. Hemolisis. Penderita dengan preeklamsia berat kadang-kadang menunjukkan gejala hemolisis yang di kenal dengan ikterus. Belum diketahui dengan pasti ini merupakan kerusakan sel-sel hati atau destruksi sel darah merah. Nekrosis periportal hati sering ditemukan pada autopsi penderita eklamsia.
- d. Perdarahan otak. Komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian ibu penderita eklamsia.

- e. Kelainan mata. Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung sampai seminggu.
- f. Edema paru-paru. Edema paru ini terjadi disebabkan karena payah jantung.
- g. Nekrosis hati. Nekrosis periportal hati pada preeklamsia/eklamsia merupakan akibat vasospasmus arteriol umum.
- h. Sindrom HELLP yaitu *haemolysis, elevated liver enzymes, dan low platelet*.
- i. Kelainan ginjal. Kelainan ini berupa pembengkakan sitoplasma sel endotelial tubulus ginjal. Kelainan lain yang dapat timbul adalah gagal ginjal.
- j. Komplikasi lain. Lidah tergigit, trauma dan fraktur karena jatuh akibat kejang, dan DIC (*disseminated intravascular coagulation*)
- k. Prematuritas, dismaturitas, kematian janin intruterin
- l. Kematian ibu dan janin (Prawirohardjo, 2007)

7. Penatalaksanaan Preeklamsia dan Eklamsia

a. Preeklamsia Ringan

1) Rawat Jalan

Ibu hamil dengan preeklamsia ringan dapat menjalani rawat jalan, dianjurkan untuk banyak istirahat, tetapi tidak selalu tidur. Ibu juga melakukan diet karbohidrat, lemak, garam dan banyak mengonsumsi cairan (air mineral, susu, jus). Pada ibu rawat jalan tidak diberikan obat-obatan diuretik, antihipertensi, dan sedatif. Dilakukan

pemeriksaan laboratorium Hb, hematokrit, fungsi hati, urin lengkap, dan fungsi ginjal.

2) Rawat Inap (dirawat di rumah sakit)

Kriteria ibu yang menjalani rawat inap adalah:

- a) Bila tidak ada perbaikan kondisi ibu, seperti: tekanan darah, kadar proteinuria selama 2 minggu
- b) Adanya satu atau lebih gejala dan tanda-tanda preeklamsia berat.

Selama di rumah sakit dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG (*ultrasonografi*) dan pemeriksaan kesejahteraan janin, serta melakukan konsultasi dengan bagian mata, jantung, dan lain-lain.

c) Perawatan obstetrik

Pada kehamilan preterm (<37 minggu), bila tekanan darah masih normal, maka persalinan ditunggu sampai aterm. Sedangkan pada kehamilan (>37 minggu), persalinan ditunggu sampai ibu mengalami tanda-tanda persalinan atau bisa melakukan induksi persalinan pada hari perkiraan lahir (HPL) ibu. Persalinan dapat dilakukan secara spontan, bila perlu memperpendek kala II.

b. Preeklamsia Berat

1. Pemberian Obat-obatan

- a) Penderita preeklamsia berat harus segera menjalani rawat inap di rumah sakit dan dianjurkan tidur miring kiri agar aliran darah ke jantung lancar. Perawatan yang penting pada preeklamsia berat

adalah pengelolaan cairan, karena penderita preeklamsia dan eklamsia lebih berisiko terjadi edema paru dan oliguria. Oleh karena itu, perlu untuk memantau cairan yang masuk pada ibu dari oral maupun infus dan cairan keluar melalui urin. Bila terjadi tanda-tanda edema paru, segera dilakukan tindakan. cairan yang dapat diberikan berupa 5% Ringer-dekstrose jumlah tetesan <125 cc/jam atau Infus Dekstrose 5% yang tiap liternya diganti dengan Infus Ringer Laktat (60-125cc/jam) 500 cc.

Penderita preeklamsia berat juga dipasang selang kateter untuk mengukur pengeluaran urin. Oliguria terjadi bila urin < 30 cc/jam atau < 500 cc/24 jam. Berikan antasida untuk menetralkan asam lambung untuk menghindari risiko aspirasi asam lambung bila tiba-tiba ibu kejang.

b) Pemberian obat anti kejang

Obat anti kejang adalah Magnesium Sulfat ($MgSO_4$). Contoh obat-obat kejang lain yang dipakai sebagai anti kejang, seperti: Diazepam, Fenitoin. Cara pemberian $MgSO_4$ sebagai berikut : Bila diberikan secara intravena, 4 gram $MgSO_4$ diencerkan menjadi 10 cc, dan diinjeksikan selama 15 menit. Bila diberikan secara intramuskular maka 4 atau 5 gram $MgSO_4$ diinjeksi secara intramuskular, selanjutnya diberikan lagi dengan dosis yang sama setelah 4-6 jam. Sebelum memberikan $MgSO_4$ pada ibu preeklamsia berat harus disediakan antidotum $MgSO_4$, bila terjadi

intoksikasi, yaitu kalsium glukonas 10% dalam 10 cc, berikan secara intravena selama 3 menit. Refleks patella ibu harus positif dan frekuensi pernapasannya >16 kali/menit. Pemberian MgSO₄ dapat dihentikan apabila ada tanda-tanda intoksikasi dan setelah 24 jam postpartum atau 24 jam setelah kejang berakhir.

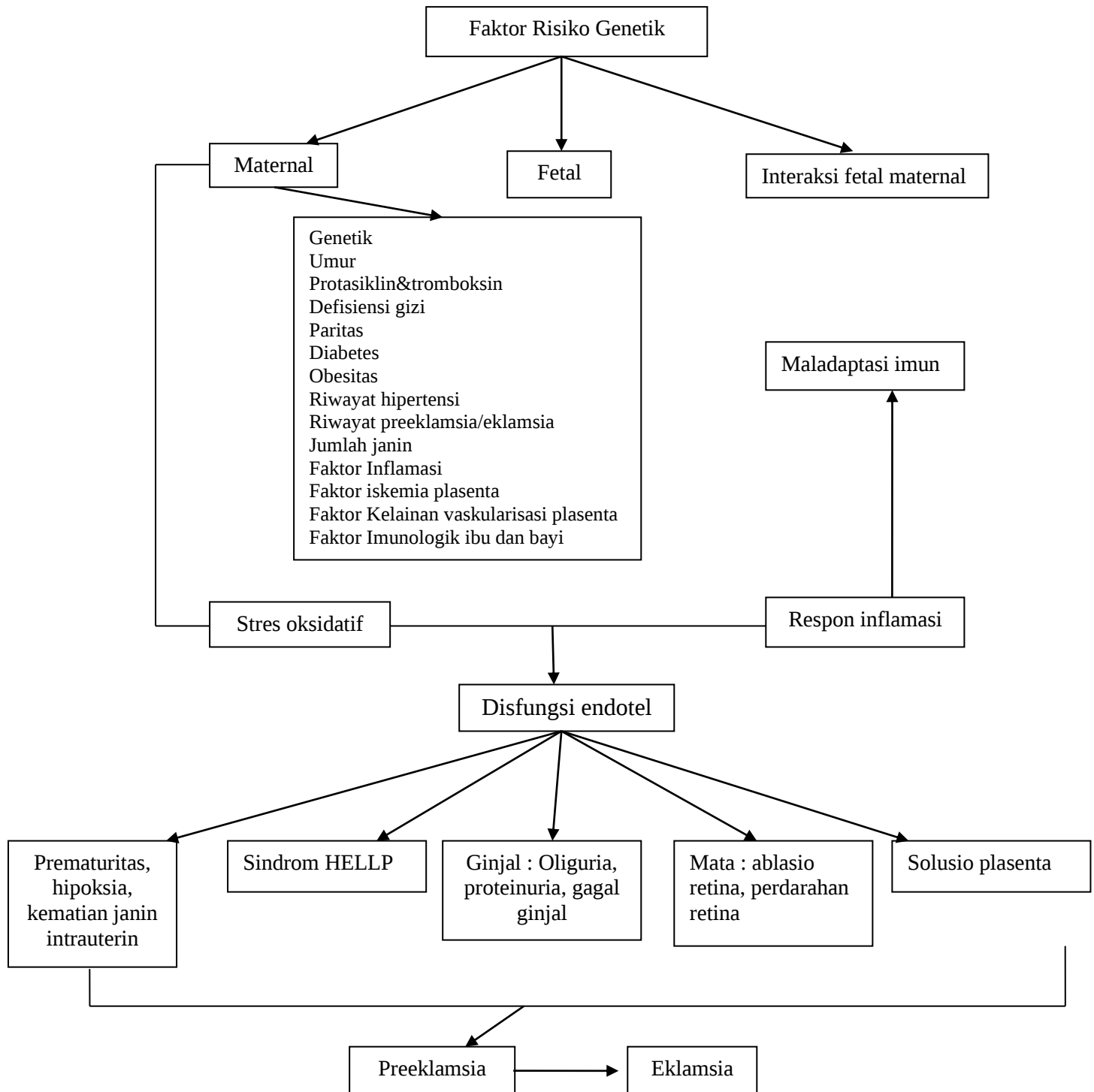
c) Antihipertensi

Obat antihipertensi yang sering digunakan adalah Nifedipin dengan dosis 10-20 mg/oral, dapat diberikan ulang setelah 30 menit, maksimal 120 mg/24 jam.

c. Eklamsia

Obat anti kejang pertama kali di berikan pada ibu yang menderita eklamsia, kemudian memberi MgSO₄, dan melakukan perawatan waktu kejang. Tujuan utama pertolongan ibu eklamsia ini adalah mencegah ibu mengalami trauma karena kejang tersebut. Ibu dengan eklamsia dirawat di ruang isolasi dengan cahaya cukup, untuk mengetahui segera bila terjadi sianosis pada ibu. Tidurkan ibu di tempat tidur lebar dan *rail* tempat tidur harus terpasang dan terkunci dengan kuat. Kemudian masukkan spatel lidah dalam mulut ibu dan jangan lepas spatel lidah yang sedang tergigit oleh ibu, karena dapat mematahkan gigi dan memutuskan lidah bila tergigit. Kepala ibu diposisikan lebih rendah dan daerah orofaring dihisap, kemudian jaga agar kepala dan ekstremitas tidak terlalu kuat menghentakkan benda keras disekitarnya. Bila kejang ibu telah berhenti, maka segera memberi oksigen pada ibu (Prawirohardjo, 2011)

B. Kerangka Teoritis



Gambar 1. Skematis karakteristik teori modifikasi Constance (2010); Leveno (2009); Prawirohardjo (2011); Rukiyah (2010)

C. Pertanyaan Penelitian

1. Apa sajakah karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 ?
2. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan umur ?
3. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan paritas ?
4. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat hipertensi ?
5. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat preeklamsia ?
6. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan riwayat eklamsia ?
7. Bagaimana karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia berdasarkan jumlah janin ?

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis dan desain penelitian deskriptif kuantitatif. Penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran atau deskripsi tentang suatu masalah kesehatan, baik yang berupa faktor risiko maupun faktor efek. Penelitian deskriptif sering dilakukan dalam program pelayanan kesehatan, terutama untuk melakukan perbaikan dan peningkatan program pelayanan kesehatan (Riyanto, 2011).

B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan gejala yang menjadi fokus dalam penelitian. Variabel menunjukkan atribut dari sekelompok orang atau objek yang mempunyai variasi antara satu dengan yang lainnya dalam kelompok itu (Setiawan dan Saryono, 2011). Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia.

C. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional adalah definisi variabel-variabel yang akan diteliti secara operasional di lapangan (Riyanto, 2011). Definisi operasional karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia adalah suatu gambaran ibu bersalin

di RSUD Dr. R Soetijono Blora yang tercatat dalam status di rekam medik dengan diagnosis preeklamsia dan eklamsia dilihat dari segi umur, paritas, riwayat hipertensi, riwayat preeklamsia dan eklamsia, jumlah janin.

1. Umur

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Umur yang dimaksud pada definisi operasional ini adalah umur berisiko antara <20 dan >35 tahun dan umur reproduksi sehat antara 20 sampai 35 tahun. Skala data yang digunakan adalah nominal.

2. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan atau jumlah anak yang telah dimiliki baik dari hasil perkawinan sekarang atau sebelumnya. Paritas yang dimaksud dalam definisi operasional ini adalah paritas dengan primigravida/primipara dan multigravida/multipara. Primigravida adalah seorang perempuan yang hamil untuk pertama kalinya, sedangkan multigravida adalah seorang perempuan yang hamil kedua atau lebih. Skala data yang digunakan adalah nominal.

3. Riwayat hipertensi

Riwayat hipertensi adalah seseorang yang sebelumnya pernah menderita hipertensi atau yang dalam keluarganya menderita hipertensi. Riwayat hipertensi yang dimaksud dalam definisi operasional ini adalah ibu yang memiliki riwayat hipertensi dan yang tidak memiliki riwayat hipertensi. Ibu yang mengalami riwayat hipertensi adalah ibu yang pernah mengalami hipertensi (>130/90mmHg) atau keturunan dari keluarga, sedangkan ibu yang

tidak memiliki riwayat hipertensi adalah yang tidak pernah mengalami hipertensi ($\leq 120/80$ mmHg) atau keturunan dari keluarga. Skala data yang digunakan adalah nominal.

4. Riwayat preeklamsia

Riwayat preeklamsia adalah seseorang yang sebelumnya pernah menderita preeklamsia atau yang dalam keluarganya pernah menderita preeklamsia. Riwayat preeklamsia yang dimaksud dalam definisi operasional ini adalah ibu yang memiliki riwayat preeklamsia dan ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia. Ibu yang memiliki riwayat preeklamsia adalah ibu yang pernah mengalami preeklamsia atau keturunan dari keluarga, sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia adalah ibu yang tidak pernah mengalami preeklamsia atau keturunan keluarga. Skala data yang digunakan adalah nominal.

5. Riwayat eklamsia

Riwayat eklamsia adalah seseorang yang sebelumnya pernah menderita eklamsia atau yang dalam keluarganya pernah menderita eklamsia. Riwayat eklamsia yang dimaksud dalam definisi operasional ini adalah ibu yang memiliki riwayat eklamsia dan ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia. Ibu yang memiliki riwayat eklamsia adalah ibu yang pernah mengalami eklamsia atau keturunan dari keluarga, sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia adalah ibu yang tidak pernah mengalami eklamsia atau keturunan keluarga. Skala data yang digunakan adalah nominal.

6. Jumlah janin

Jumlah janin adalah banyaknya janin dalam uterus. Jumlah janin dalam definisi operasional ini adalah kehamilan tunggal dan ganda. Kehamilan tunggal adalah kehamilan yang mana terdapat satu janin dalam uterus, sedangkan kehamilan ganda adalah kehamilan yang mana terdapat dua janin atau lebih dalam uterus. Skala data yang digunakan adalah nominal.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek (manusia, binatang, percobaan, data laboratorium, dan lain-lain) yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan (Riyanto, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia yang tercatat di rekam medik RSUD Dr. R Soetijono Blora pada tahun 2013 sebanyak 118 ibu preeklamsia dan 8 ibu eklamsia.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang diharapkan dapat mewakili atau representatif populasi (Riyanto, 2011). Sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampel, yaitu semua ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia pada tahun 2013 sebanyak 118 ibu bersalin preeklamsia dan 8 ibu eklamsia yang tercatat di rekam medik RSUD Dr. R Soetijono Blora.

Dari sejumlah populasi tersebut dipilih populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusinya adalah:

Data ibu bersalin dengan diagnosis preeklamsia dan eklamsia pada tahun 2013

b. Kriteria eksklusinya adalah:

Rekam medik dengan data tidak lengkap

Sampel minimal dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus solvin pada tingkat kepercayaan 95%, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$
$$n = \frac{126}{1 + 126 (0,05^2)}$$

$$n = 95,8$$

Keterangan:

n= besar sampel

N= populasi

d= taraf signifikan, dalam penelitian ini 0,05

setelah dimasukan ke rumus tersebut, diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 95,8 kemudian dibulatkan menjadi 96, dan ditambahkan *drop out* 10% menjadi 105,6 kemudian dibulatkan menjadi 106.

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Rekam Medik dan Ruang Bersalin Melati, RSUD Dr. R Soetijono Blora, yang beralamat di Jl. Dr. Soetomo No. 42 Blora, Jawa Tengah

2. Waktu penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Maret-April 2014

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data

Penelitian ini menggunakan jenis data sekunder, yaitu dengan melihat data rekam medik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia pada tahun 2013.

2. Cara pengumpulan data

- a. Melihat data dari rekam medik atau buku register ruangan dengan diagnosis preeklamsia dan eklamsia
- b. Mencari data ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia tahun 2013 sesuai dengan nomor rekam medik di ruang rekam medik.
- c. Melihat apakah data lengkap atau tidak
- d. Mengumpulkan data sesuai dengan masing-masing karakteristik
- e. Menghitung jumlah dan mempersentasekan data tiap-tiap karakteristik

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2010). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah tabel bantu penelitian yang berisi nama responden, nomor register, umur, paritas, riwayat hipertensi, riwayat preeklamsia, riwayat eklamsia, jumlah janin, dan alat tulis.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan langkah-langkah menurut Arikunto (2010), yaitu:

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Penelitian ini data yang diperoleh diteliti kembali, hal yang diteliti sebagai berikut: kelengkapan data rekam medik, tulisan-tulisan yang tertera di tabel bantu dapat dimengerti dan jelas.

b. *Coding*

Untuk memudahkan dalam pengolahan data maka setiap hasil data dari rekam medik, diberi kode sesuai dengan karakter.

1) Umur

Berdasarkan karakteristik umur, pengkodean (0) untuk umur 20-35 tahun dan pengkodean (1) untuk umur <20 dan >35 tahun.

2) Paritas

Berdasarkan karakteristik paritas, pengkodean (0) untuk multigravida dan pengkodean (1) untuk primigravida.

3) Riwayat Hipertensi

Berdasarkan karakteristik riwayat hipertensi, pengkodean (0) untuk ibu tidak memiliki riwayat hipertensi dan pengkodean (1) memiliki riwayat hipertensi.

4) Riwayat Preeklamsia

Berdasarkan karakteristik riwayat preeklamsia, pengkodean (0) untuk ibu tidak memiliki riwayat preeklamsia dan pengkodean (1) memiliki riwayat preeklamsia.

5) Riwayat Eklamsia

Berdasarkan karakteristik riwayat eklamsia, pengkodean (0) untuk ibu tidak memiliki riwayat eklamsia dan pengkodean (1) memiliki riwayat eklamsia.

6) Jumlah Janin

Berdasarkan karakteristik jumlah janin, pengkodean (0) untuk ibu yang memiliki jumlah janin tunggal dan pengkodean (1) untuk ibu yang memiliki jumlah janin ganda.

c. *Data entry*

Mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode sesuai dengan karakteristik.

d. *Tabulating*

Membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian yang diinginkan oleh peneliti.

2. Analisis Data

Penelitian ini dianalisa menggunakan analisis univariat, untuk mendeskripsikan dan mempersentasekan karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia, data tersebut disajikan melalui tabel data distribusi

frekuensi, dan grafik. Adapun rumus menghitung persentase menurut

(Machfoedz, 2008) sebagai berikut : $P = \frac{F}{N} 100\%$

Keterangan :

P : hasil persentase

F : frekuensi hasil yang didapat

N : total seluruh data yang digunakan

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUD Dr. R Soetijono Blora merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah kabupaten blora, letaknya strategis yaitu di tengah kota blora sehingga merupakan salah satu tempat pelayanan kesehatan yang digunakan warga blora dan menjadi tempat rujukan warga sekitar blora.

RSUD Dr. R Soetijono Blora merupakan salah satu rumah sakit negeri yang berada di blora dengan fasilitas yang cukup baik, yaitu: Instalasi Gawat Darurat (IGD), laboratorium, radiologi, farmasi, kamar jenazah, ambulan. Selain itu juga memiliki pelayanan spesialis, yaitu: poliklinik penyakit anak, poliklinik penyakit kebidanan dan kandungan, poliklinik penyakit mata, poliklinik penyakit bedah, poliklinik penyakit THT, poliklinik penyakit saraf, poliklinik penyakit jiwa, poliklinik penyakit dalam, poliklinik penyakit gigi, poliklinik ortopedi tulang, patologi klinis.

Jenis pelayanan dan fasilitas yang dimiliki RSUD Dr. R Soetijono Blora cukup lengkap dan menjadikan rumah sakit ini sebagai rumah sakit rujukan. Rumah sakit ini selain memberikan pelayanan kesehatan juga merupakan rumah sakit yang digunakan sebagai tempat pendidikan bagi calon dokter, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, selain itu rumah sakit ini juga dijadikan tempat penelitian dalam bidang kesehatan.

Penelitian ini dilakukan dibagian rekam medis rumah sakit dengan bantuan pegawai ruang rekam medis untuk memudahkan pencarian kasus yang menjadi bahan penelitian. Tahun 2013 terdapat 1.039 orang yang bersalin di RSUD Dr. R Soetijono Blora dan sebanyak 118 ibu mengalami preeklamsia dan 8 ibu mengalami eklamsia.

2. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan karakteristik responden sebagai berikut:

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin dengan Preeklamsia dan Eklamsia berdasarkan karakteristik responden di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Karakteristik Responden	Preeklamsia		Eklamsia	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Umur				
<20 dan >35 tahun	38	32,2	6	75
20-35 tahun	80	67,8	2	25
Paritas				
Primigravida	79	66,9	4	50
Multigravida	39	33,1	4	50
Riwayat Hipertensi				
Ya	61	51,7	3	37,5
Tidak	57	48,3	5	62,5
Riwayat Preeklamsia				
Ya	30	25,4	0	0
Tidak	88	74,6	8	100
Riwayat Eklamsia				
Ya	0	0	0	0
Tidak	118	100	8	100
Jumlah Janin				
Ganda	2	1,7	2	25
Tunggal	116	98,3	6	75

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden berumur 20-35 tahun pada kasus preeklamsia dan <20 dan >35 tahun pada kasus eklamsia. Responden sebagian besar memiliki paritas primigravida pada kasus preeklamsia dan jumlah sama banyak pada kasus eklamsia. Responden sebagian besar memiliki riwayat hipertensi pada kasus preeklamsia dan tidak memiliki riwayat hipertensi pada kasus eklamsia. Responden tidak memiliki riwayat preeklamsia pada kasus preeklamsia dan eklamsia. Responden tidak memiliki riwayat eklamsia pada kasus preeklamsia dan eklamsia. Responden sebagian besar memiliki jumlah janin tunggal pada kasus preeklamsia dan eklamsia.

3. Hasil Penelitian

Penelitian ini berjudul “Karakteristik Ibu Bersalin dengan Preeklamsia dan Eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013”. Berdasarkan data yang telah didapat oleh peneliti data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai berikut:

a. Karakteristik Ibu Bersalin dengan Preeklamsia

- 1) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Umur di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.1 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Umur

No	Umur	Frekuensi (F)	Persentase (%)	St. Deviasi
1	<20 dan >35 tahun	38	32,2	7,254
2	20-35 tahun	80	67,8	
Jumlah		118	100%	

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu bersalin yang berumur 20-35 tahun yaitu sebanyak 80 orang dengan persentase 67,8% dan standar deviasi 7,254.

2) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Paritas di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.2 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Paritas

No	Paritas	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Primigravida	79	66,9
2	Multigravida	39	33,1
Jumlah		118	100%

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa paritas ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu primigravida yaitu sebanyak 79 orang dengan persentase 66,9%.

3) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Hipertensi di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.3 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Hipertensi

No	Riwayat Hipertensi	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	61	51,7
2	Tidak	57	48,3
Jumlah		118	100%

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu bersalin yang mempunyai riwayat hipertensi sebanyak 61 orang dengan persentase 51,7%.

4) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Preeklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.4 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Preeklamsia

No	Riwayat Preeklamsia	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	30	25,4
2	Tidak	88	74,6
Jumlah		118	100%

Tabel 1.4 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak mempunyai riwayat preeklamsia sebanyak 88 orang dengan persentase 74,6%

5) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.5 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Riwayat Eklamsia

No	Riwayat Eklamsia	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	0	0
2	Tidak	118	100
Jumlah		118	100%

Tabel 1.5 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak mempunyai riwayat eklamsia sebanyak 118 orang dengan persentase 100%

- 6) Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan jumlah janin di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 1.6 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan Jumlah Janin

No	Jumlah Janin	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ganda	2	1,7
2	Tunggal	116	98,3
Jumlah		118	100%

Tabel 1.6 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang memiliki jumlah janin tunggal sebanyak 116 orang dengan persentase 98,3%

b. Karakteristik Ibu Bersalin dengan Eklamsia

- 1) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan umur di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.1 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Umur

No	Umur	Frekuensi (F)	Persentase (%)	St. Deviasi
1	<20 dan >35	6	75	8,864
2	20-35	2	25	
Jumlah		8	100%	

Tabel 2.1 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang mempunyai umur <20 dan >35 sebanyak 6 orang dengan persentase 75% dan standar deviasi 8,864.

2) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan paritas di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.2 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Paritas

No	Paritas	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Primigravida	4	50
2	Multigravida	4	50
Jumlah		8	100%

Tabel 2.2 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia memiliki paritas jumlah sama banyak antara primigravida dan multigravida yaitu sebanyak 4 orang dengan persentase 50%

3) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat Hipertensi di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.3 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat Hipertensi

No	Riwayat Hipertensi	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	3	37,5
2	Tidak	5	62,5
Jumlah		8	100%

Tabel 2.3 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebanyak 5 orang dengan persentase 62,5%

4) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat Preeklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.4 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat preeklamsia

No	Riwayat Preeklamsia	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	0	0
2	Tidak	8	100
Jumlah		8	100%

Tabel 2.4 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia sebanyak 8 orang dengan persentase 100%

5) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat Eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.5 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan Riwayat Eklamsia

No	Riwayat Eklamsia	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ya	0	0
2	Tidak	8	100
Jumlah		8	100%

Tabel 2.5 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia sebanyak 8 orang dengan persentase 100%

6) Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan jumlah janin di
RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013

Tabel 2.6 Distribusi frekuensi ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan
Jumlah Janin

No	Jumlah Janin	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Ganda	2	25
2	Tunggal	6	75
Jumlah		8	100%

Tabel 2.6 menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan eklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang memiliki jumlah janin tunggal sebanyak 6 orang dengan persentase 75%

B. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013. Hal ini dilakukan karena angka kejadian preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora tahun 2013 meningkat dari tahun sebelumnya.

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan jumlah responden 126 kasus yang menunjukkan 118 kasus preeklamsia dan 8 kasus eklamsia. Berikut dibahas mengenai karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia.

1. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia

a. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan umur di RSUD

Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 1.1 diatas dapat diketahui bahwa umur ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak berumur 20-35 tahun yaitu 67,8% dan standar deviasi 7,254. Standar deviasi dikatakan baik apabila semakin kecil nilai-nilai pada sampel data yang cenderung dekat dengan nilai rata-ratanya, sebaliknya semakin besar nilai standar deviasinya, nilai sampel semakin bervariasi. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki umur 20-35 tahun lebih berisiko dibanding dengan umur <20 dan >35 tahun, hal ini terjadi karena ibu yang memiliki faktor risiko lain seperti status ekonomi rendah. Menurut Benson (2009), status ekonomi yang rendah juga merupakan salah satu faktor predisposisi kejadian preeklamsia. Beberapa peneliti menyimpulkan bahwa sosial ekonomi yang baik mengurangi terjadinya preeklamsia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Constance (2010) yang menjelaskan bahwa bila ibu hamil pada umur kurang dari 20 tahun maka ibu memiliki resiko 7 kali lebih besar mengalami preeklamsia dan eklamsia. Ibu hamil pada umur lebih dari 35 tahun memiliki resiko 3 kali lebih besar mengalami preeklamsia dan eklamsia dibandingkan dengan ibu yang hamil pada usia 20-35 tahun. Alat reproduksi pada usia <20 tahun keadaannya belum siap untuk menerima kehamilan dan dapat meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk hipertensi

dan preeklamsia/eklamsia, sedangkan pada usia 35 tahun atau lebih rentan terjadinya berbagai penyakit dalam bentuk hipertensi dan preeklamsia/eklamsia yang disebabkan oleh terjadinya perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Kejadian ini juga diakibatkan karena tekanan darah yang meningkat seiring dengan pertambahan usia, sehingga pada usia >35 tahun cenderung dapat meningkatkan risiko preeklamsia/eklamsia.

Teori ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Harefa “Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklamsia di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2003-2004” menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara umur dengan kejadian preeklamsia/eklamsia. Ibu yang memiliki umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun memiliki risiko 2,94 kali dibanding ibu yang memiliki umur 20-35 tahun terhadap kejadian preeklamsia/eklamsia.

b. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan paritas di RSUD Dr. R Soetiono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 1.2 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu dengan primigravida sebanyak 79 orang atau 66,9%. Hasil penelitian tersebut dapat dikatakan bahwa ibu dengan primigravida lebih besar mengalami preeklamsia dibandingkan dengan ibu multigravida. Paritas dapat juga diartikan dengan kelahiran satu atau lebih bayi dengan berat >500 gram hidup atau mati. Jika berat bayi tidak diketahui maka gunakan usia kehamilan ≥ 24 minggu, kehamilan

ganda dihitung sebagai satu kali kehamilan. Faktor risiko berdasarkan paritas pada ibu preeklamsia frekuensi terjadinya lebih tinggi pada ibu primigravida (Benson, 2009).

Teori ini juga dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Rozikhan “Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Berat di Rumah Sakit Dr. H Soewondo Kendal Tahun 2007” diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan preeklamsia berat. Ibu yang mengalami hamil pertama mempunyai risiko terjadi preeklamsia 2,2 kali dibanding dengan seorang ibu yang hamil lebih dari 1 kali. Primigravida sering mengalami stres dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan hormon CRH oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespon terhadap semua stresor dengan meningkatkan respon simpatik, termasuk respon yang ditunjukkan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah. Wanita dengan preeklamsia/eklamsia tidak terjadi penurunan sensitivitas terhadap *vasopeptida-vasopeptida* tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah (Corwin, 2009).

- c. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan riwayat hipertensi di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 1.3 dapat diketahui bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia banyak terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi

sebanyak 61 orang atau 51,7%. Hasil penelitian diatas dapat dikatakan bahwa ibu bersalin dengan riwayat hipertensi sebelumnya memiliki kecenderungan mengalami preeklamsia. Salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi pada ibu preeklamsia adalah riwayat hipertensi dari keluarga. Gen berpengaruh pada terjadinya hipertensi sebesar 30-40%, ibu yang menderita hipertensi mengalami peningkatan tahanan perifer dan peningkatan volume sirkulasi, sehingga berakibat pada peningkatan kerja jantung, menyebabkan komplikasi jantung seperti hipertrofi dan iskemia, tekanan darah biasanya akan berespon terhadap vasodilator dan diuresis (Brashers, 2008).

- d. Karkteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan riwayat preeklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora 2013

Berdasarkan tabel 1.4 dapat diketahui bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan riwayat preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia sebanyak 88 orang atau 74,6%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia lebih berisiko terkena preeklamsia/eklamsia dibanding dengan ibu yang memiliki riwayat preeklamsia, hal ini terjadi karena mungkin ibu memiliki faktor risiko lain seperti faktor tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu faktor untuk menentukan tingkat peran serta masyarakat. Begitu juga partisipasi ibu dalam memelihara kesehatannya terutama pada masa kehamilannya, erat kaitannya dengan tingkat pendidikan ibu dan suaminya. Ibu dengan

tingkat pendidikan relatif tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan bila dibanding dengan ibu yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan ibu yang mengalami preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora mayoritas adalah tingkat SD dan SMP.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori menurut Mitayani (2009), yaitu menjelaskan bahwa faktor risiko ibu preeklamsia adalah yang memiliki riwayat preeklamsia/eklamsia sebelumnya. Menurut Manuaba (2008) preeklamsia/eklamsia ada kemungkinan diturunkan khususnya pada kehamilan pertama, karena terjadi pada anak perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan menantu wanita. Sifat gen resesif sama dengan teori gen resesif herediter. Kehamilan kedua preeklamsia/eklamsia sedikit berkurang, kecuali mendapat suami baru.

Teori ini dibuktikan oleh penelitian Rozikhan “Faktor-faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Berat di Rumah Sakit Dr. H Soewondo Kendal Tahun 2007” yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara ibu dengan riwayat preeklamsia dengan kejadian preeklamsia dengan risiko cukup tinggi 15,5 kali. Faktor keturunan juga terdapat hubungan yang signifikan dengan terjadinya preeklamsia dan mempunyai risiko 7,11 kali pada mereka yang memiliki keturunan dibandingkan dengan mereka yang tidak mempunyai keturunan.

e. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan riwayat eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 1.5 diatas dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia paling banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia sebanyak 118 orang atau 100%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia lebih berisiko terkena preeklamsia/eklamsia dibanding dengan ibu yang memiliki riwayat eklamsia, hal ini terjadi karena mungkin ibu memiliki faktor risiko lain seperti faktor tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu faktor untuk menentukan tingkat peran serta masyarakat. Begitu juga partisipasi ibu dalam memelihara kesehatannya terutama pada masa kehamilannya, erat kaitannya dengan tingkat pendidikan ibu dan suaminya. Ibu dengan tingkat pendidikan relatif tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan bila dibanding dengan ibu yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan ibu yang mengalami preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora mayoritas adalah tingkat SD dan SMP.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori Angsar (2011) yang menjelaskan bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia terjadi pada ibu yang memiliki riwayat preeklamsia/eklamsia sebelumnya. Ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotype lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotype janin. Telah terbukti bahwa ibu yang

mengalami preeklamsia/eklamsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu yang mengalami preeklamsia/eklamsia.

- f. Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia berdasarkan jumlah janin di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 1.6 diatas dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan preeklamsia banyak terjadi pada ibu yang memiliki janin tunggal sebanyak 116 atau 98,3%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki kehamilan dengan janin tunggal lebih berisiko dibanding dengan ibu yang memiliki janin ganda, hal ini terjadi karena faktor lain yang dimiliki ibu seperti pemeriksaan kehamilan (ANC) dan riwayat penyakit sebelumnya (diabetes melitus, penyakit ginjal, dan lain-lain). Pemeriksaan kehamilan adalah suatu proses pemeriksaan yang dilakukan mulai pertama masa kehamilan sampai saat proses persalinan pemeriksaan ini dilakukan untuk mengawasi dan memonitor kesehatan ibu dan bayi sehingga semuanya berjalan lancar seperti yang diharapkan.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori menurut Leveno (2009) yaitu risiko tiga kali lebih besar kejadian preeklamsia dan eklamsia adalah pada ibu dengan kehamilan ganda dibandingkan dengan kehamilan tunggal. Hipertensi pada kehamilan ganda terjadi karena villi khorialis yang dalam dan jumlah yang berlimpah. Hipertensi pada kehamilan ganda timbul lebih awal dan berat. Serangan preeklamsia/eklamsia ditemukan pada kehamilan <37 minggu(70% gemelli). Pada janin tunggal hipertensi

sering terjadi pada primipara dari pada multipara, tapi hal itu tidak berlaku untuk kehamilan ganda. Kehamilan ganda berpengaruh pada preeklamsia/eklamsia karena adanya distensi rahim yang berlebihan yang dapat menyebabkan iskemia uteri dan peningkatan masa plasenta sehingga bisa menyebabkan preeklamsia/eklamsia.

Teori ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Duckitt dan Harrington (2005) "*risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies*" yang menunjukkan hasil bahwa seorang wanita dengan kehamilan kembar (ganda) memiliki risiko hampir tiga kali lipat untuk terjadinya preeklamsia. Hasil penelitian Duckitt dan Harrington berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari "Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2007" yang menunjukkan hasil bahwa faktor kehamilan kembar tidak berpengaruh signifikan terhadap kejadian preeklamsia.

2. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia

- a. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan umur di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.1 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia banyak terjadi pada ibu yang memiliki umur <20 dan >35 sebanyak 6 orang dengan persentase 75% dan standar deviasi 8,864. Standar deviasi dikatakan baik apabila semakin kecil nilai-nilai pada sampel data yang cenderung dekat dengan nilai rata-ratanya, sebaliknya

semakin besar nilai standar deviasinya, nilai sampel semakin bervariasi. Hasil penelitian diatas dapat dikatakan bahwa ibu dengan umur <20 dan >35 memiliki kecenderungan mengalami eklamsia. Hal ini sesuai dengan teori Constance (2010) yang menjelaskan bahwa bila ibu hamil pada umur kurang dari 20 tahun maka ibu memiliki resiko 7 kali lebih besar mengalami preeklamsia dan eklamsia, dan ibu hamil pada umur lebih dari 35 tahun memiliki resiko 3 kali lebih besar mengalami preeklamsia dan eklamsia dibandingkan dengan ibu yang hamil pada usia 20-35 tahun.

Teori ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Harefa Sudarta Yabesman “Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Preeklamsia di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2003-2004” menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara umur dengan kejadian preeklamsia/eklamsia . ibu yang memiliki umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun memiliki risiko 2,94 kali dibanding ibu yang memiliki umur 20-35 tahun terhadap kejadian preeklamsia/eklamsia.

b. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan paritas di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.2 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia memiliki jumlah dan persentase yang sama antara primigravida dan multigravida yaitu sebanyak 4 orang dengan persentase 50%. Hasil penelitian diatas berarti ibu yang memiliki paritas primigravida dan multigravida memiliki risiko sama tinggi untuk mengalami eklamsia. Tetapi menurut teori Leveno (2009) Ibu primigravida atau primipara

memiliki risiko lebih besar dibandingkan dengan ibu multigravida atau multipara, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman.

c. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan riwayat hipertensi di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.3 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebanyak 5 orang dengan persentasi 62,5%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi lebih berisiko dibanding dengan ibu yang memiliki riwayat hipertensi, hal ini dapat terjadi karena faktor risiko lain yang dimiliki oleh ibu yang mengalami preeklamsia/eklamsia, misalnya seperti faktor pekerjaan. Bekerja ketika hamil dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia/eklamsia. Wanita yang bekerja perlu mengurangi stres akibat pekerjaan yang dilakukan, stres pada wanita hamil dapat mengakibatkan meningkatnya tekanan darah, akibatnya terjadi komplikasi, seperti terhambatnya aliran darah serta memicu terjadinya preeklamsia/eklamsia. Pekerjaan ibu yang mengalami preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora mayoritas adalah petani.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori Angsar (2011) yang menjelaskan bahwa ibu yang memiliki riwayat hipertensi atau riwayat hipertensi dalam keluarga merupakan faktor risiko terjadinya eklamsia. Salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi pada ibu eklamsia adalah

riwayat hipertensi dari keluarga. Gen berpengaruh pada terjadinya hipertensi sebesar 30-40%, ibu yang menderita hipertensi mengalami peningkatan tahanan perifer dan peningkatan volume sirkulasi, sehingga berakibat pada peningkatan kerja jantung, menyebabkan komplikasi jantung seperti hipertrofi dan iskemia, tekanan darah biasanya akan merespon terhadap vasodilator dan diuresis (Brashers, 2008).

d. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan riwayat preeklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.4 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia sebanyak 8 orang dengan persentase 100%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia lebih berisiko terkena preeklamsia/eklamsia dibanding dengan ibu yang memiliki riwayat preeklamsia, hal ini terjadi karena mungkin ibu memiliki faktor risiko lain seperti faktor tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu faktor untuk menentukan tingkat peran serta masyarakat. Begitu juga partisipasi ibu dalam memelihara kesehatannya terutama pada masa kehamilannya, erat kaitannya dengan tingkat pendidikan ibu dan suaminya. Ibu dengan tingkat pendidikan relatif tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan bila dibanding dengan ibu yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan ibu yang mengalami preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora mayoritas adalah tingkat SD dan SMP.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori Angsar (2011) yang menjelaskan bahwa ibu yang memiliki riwayat eklamsia atau keluarga yang pernah mengalami eklamsia merupakan faktor risiko terjadinya eklamsia. Ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotype lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotype janin. Telah terbukti bahwa ibu yang mengalami preeklamsia/eklamsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklamsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu yang mengalami preeklamsia/eklamsia.

- e. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan riwayat eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.5 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia sebanyak 8 orang dengan persentase 100%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia lebih berisiko terkena preeklamsia/eklamsia dibanding dengan ibu yang memiliki riwayat eklamsia, hal ini terjadi karena mungkin ibu memiliki faktor risiko lain seperti faktor tingkat pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu faktor untuk menentukan tingkat peran serta masyarakat. Begitu juga partisipasi ibu dalam memelihara kesehatannya terutama pada masa kehamilannya, erat kaitannya dengan tingkat pendidikan ibu dan suaminya. Ibu dengan tingkat pendidikan relatif tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan bila dibanding dengan ibu yang tingkat

pendidikannya lebih rendah. Tingkat pendidikan ibu yang mengalami preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora mayoritas adalah tingkat SD dan SMP.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori Rukiyah (2010) yang menjelaskan bahwa preeklamsia dan eklamsia merupakan penyakit yang diturunkan, karena lebih sering penyakit ini ditemukan pada ibu yang memiliki riwayat preeklamsia dan eklamsia sebelumnya atau dari keluarga. Beberapa bukti menunjukkan peran faktor genetik pada preeklamsia dan eklamsia antara lain: preeklamsia hanya terjadi pada manusia, terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklamsia dan eklamsia pada anak-anak dari ibu yang menderita preeklamsia dan eklamsia, kecenderungan meningkatnya preeklamsia dan eklamsia pada anak cucu ibu hamil dengan riwayat preeklamsia dan eklamsia, dan peran *renin-angiotensin-aldosteron sistem (RAAS)*.

- f. Karakteristik ibu bersalin dengan eklamsia berdasarkan jumlah janin di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013

Berdasarkan tabel 2.6 dapat dilihat bahwa ibu bersalin dengan eklamsia banyak terjadi pada ibu yang memiliki jumlah janin tunggal sebanyak 6 orang dengan persentase 75%. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki kehamilan dengan janin tunggal lebih berisiko dibanding dengan ibu yang memiliki janin ganda, hal ini terjadi karena faktor lain yang dimiliki ibu seperti pemeriksaan kehamilan (ANC) dan riwayat penyakit sebelumnya (diabetes melitus, penyakit ginjal, dan lain-

lain). Pemeriksaan kehamilan adalah suatu proses pemeriksaan yang dilakukan mulai pertama masa kehamilan sampai saat proses persalinan pemeriksaan ini dilakukan untuk mengawasi dan memonitor kesehatan ibu dan bayi sehingga semuanya berjalan lancar seperti yang diharapkan.

Hasil penelitian diatas berbeda dengan teori Leveno (2009) yang menjelaskan bahwa risiko tiga kali lebih besar kejadian preeklamsia dan eklamsia adalah pada ibu dengan kehamilan ganda dibandingkan dengan kehamilan tunggal. Ketidakcocokan antara kebutuhan janin/plasenta dengan kemampuan ibu untuk memenuhi kebutuhan tersebut dapat menyebabkan terjadinya preeklamsia/eklamsia pada ibu dengan kehamilan ganda, hal ini menunjukkan bahwa janin yang kurang gizi mengirimkan sinyal kepada ibu untuk meningkatkan perfusi plasenta, jika ibu tidak merespon sinyal tersebut, janin akan mengirim lebih banyak sinyal. Preeklamsia/eklamsia terjadi disebabkan oleh sinyal yang berlebihan ini (Heffner dan Schust 2008).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari kelemahan dan keterbatasan, yaitu:

1. Penelitian ini dilakukan hanya berdasarkan karakteristik yang telah ditetapkan saja, sehingga karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia yang lainnya tidak dapat diketahui secara keseluruhan.
2. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang didapatkan dari buku register partus ruangan dan rekam medis, sehingga ada kemungkinan terjadi

kekurangan dalam pengisian rekam medis yang berpengaruh terhadap penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Dr. R Soetijono Blora dapat disimpulkan bahwa karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia adalah karakteristik berdasarkan umur, paritas, riwayat hipertensi, riwayat preeklamsia, riwayat eklamsia dan jumlah janin.

1. Berdasarkan umur jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu berumur 20-35 tahun sebanyak 67,8% ibu pada preeklamsia dan <20 dan >35 tahun sebanyak 75% ibu pada eklamsia.
2. Berdasarkan paritas jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu dengan primigravida sebanyak 66,9% ibu pada preeklamsia dan jumlah sama besar sebanyak 50% ibu pada eklamsia.
3. Berdasarkan riwayat hipertensi jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi sebanyak 51,7% ibu pada preeklamsia dan ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebanyak 62,5% ibu pada eklamsia.
4. Berdasarkan riwayat preeklamsia jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu

yang tidak memiliki riwayat preeklamsia sebanyak 74,6% ibu pada preeklamsia dan sebanyak 100% ibu pada eklamsia

5. Berdasarkan riwayat eklamsia jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat eklamsia sebanyak 100% ibu pada preeklamsia dan 100% ibu pada eklamsia
6. Berdasarkan jumlah janin jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia dan eklamsia di RSUD Dr. R Soetijono Blora Tahun 2013 banyak terjadi pada ibu yang memiliki jumlah janin tunggal sebanyak 93,8% ibu pada preeklamsia dan 75% ibu pada eklamsia

B. Saran

Saran yang dapat penulis berikan terkait dengan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit agar dapat menjadi sarana informasi dalam penanganan ibu dengan preeklamsia dan eklamsia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi agar dapat menjadi sarana informasi bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan penelitian kebidanan selanjutnya yang berkaitan dengan preeklamsia dan eklamsia.

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti agar dapat memperdalam pengetahuan dan pengalaman peneliti tentang preeklamsia dan eklamsia. Bagi peneliti selanjutnya agar dapat menjadi acuan penelitian yang berhubungan dengan preeklamsia dan eklamsia seperti hubungan antara usia dengan kejadian preeklamsia dan eklamsia, dan lain-lain.

4. Bagi Bidan

Bagi bidan agar dapat melakukan skrining atau deteksi dini pada ibu hamil sebagai pencegahan terjadinya preeklamsia dan eklamsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Angsar (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Benson, R. C. (2009). *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Biro Pusat Statistik (2012) dan ORC Macro. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta
- Brashers, V. L. (2008). *Aplikasi Klinis Patofisiologi: Pemeriksaan dan Manajemen*. Jakarta: EGC
- Constance, S. (2010). *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Chapman, V. (2006). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F.G.et.al. (2006). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI, (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Diunduh dari: <http://www.kemkes.go.id>. Tanggal 5 januari 2014 pukul 19.25 WIB.
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah, (2012). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2012*. Diunduh dari: <http://www.dinkesjateng.go.id>. Tanggal 5 Januari 2014 pukul 19.15 WIB.
- Duckitt & Harrington. (2005). *Risk Factors For Pre-Eclampsia At Antenatal Booking: Systematic Review Of Controlled Studies*. Diunduh dari: <http://www.rsc.org/ej/cp/2005/b312950k.pdf>. Tanggal 21 Juni 2014 pukul 20.45 WIB.
- Harefa, S. Y. (2005). *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklamsia/Eklamsia di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2003-2004*. Skripsi.
- Heffner, L. J & Schust, D. J. (2008). *At a Glance Sistem Reproduksi*. Jakarta: EMS, Erlangga Medical Series.
- Indriani, N. (2012). *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklamsia/Eklamsia pada Ibu bersalin di Rumah Sakit Umum daerah Kardinah Kota Tegal Tahun 2011*. Skripsi.

- Langelo, W. (2013). *Faktor Risiko Kejadian Preeklamsia di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Tahun 2011-2012*. Tesis.
- Leveno, K. J. et. al. (2009). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Machfoedz, I. (2008). *Metodelogi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, dan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Manuaba, i. B. G. (2008). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. B. G. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prawirohardjo, S. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Roeshadi R. H. (2006). *Hipertensi Dalam Kehamilan. Dalam: Ilmu Keadaan Fetomaternal. Himpunan Kedokteran Maternal Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi*. Surabaya.
- Rozikhan. (2007). *Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Berat di Rumah Sakit Dr. H Soewondo Kendal*. Tesis.
- Rukiyah, Aiyeyeh.dkk. (2010) *.Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sari, E. W. L. (2008). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2007*. Skripsi.
- Setiawan, Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian KEBIDANAN D-III, D-IV, S1, dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization. (2010). *Trends In Maternal Mortality 1990-2010*. Diunduh dari: <https://www.unfpa.org>. Tanggal 9 Februari 2014 pukul 20.30 WIB.
- Yulaikhah, L. (2009). *Seri Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.