



**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO TINGGI
PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI PUSKESMAS MARGADANA KOTA TEGAL
TAHUN 2020**

**Karya Tulis Ilmiah
Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Kebidanan**

**Disusun Oleh:
IRFA' ZAHROTUN NA'IM
NIM: 18070029**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA
TAHUN 2021**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

**“GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO TINGGI
PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI PUSKESMAS MARGADANA TAHUN 2020”**

**Adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip telah
saya nyatakan dengan benar.**

Nama : IRFA' ZAHROTUN NA'IM

NIM : 18070029

Tegal, Mei 2021

Penulis



(IRFA' ZAHROTUN NA'IM)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah degan judul

**GAMBARAN KARAKTERISTIK PADA IBU HAMIL RESIKO TINGGI
DENGAN PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) DI PUSKESMAS MARGADANA TAHUN 2020**

Disusun oleh :

Nama : IRFA' ZAHROTUN NA'IM

NIM : 18070029

Telah mendapat persetujuan pembimbing dan siap dipertahankan didepan tim
pengampu Karya Tulis Ilmiah Program Studi D III Kebidanan Politeknik Harapan
Bersama Tegal.

Tegal, April 2021

Pembimbing I : UMI BAROROH, SSiT.M.Kes  (.....)

Pembimbing II : DWI HARYATI, SST.M.Kes  (.....)

HALAMAN PENGESAHAN

KTI ini diajukan oleh

Nama : IRFA' ZAHROTUN NA'IM

NIM : 18070029

Program Studi : D III KEBIDANAN

Judul : **“GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO
TINGGI PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN
PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI PUSKESMAS
MARGADANA TAHUN 2020”**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal.

Tegal, 2021

DEWAN PENGUJI

Penguji I : NILATUL IZAH, SST., M.Keb

(.....)

Penguji II : UMI BAROROH, SSiT.M.Kes

(.....)

Penguji III : DWI HARYATI, SST.M.Kes

(.....)

**Ketua Program Studi D III Kebidanan
Politeknik Harapan Bersama Tegal**



(Nilatul Izah, SST. M.Keb)
NIPY 11.11.009.061

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Politeknik Harapan Bersama Tegal, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : IRFA' ZAHROTUN NA'IM

Nim : 18070029

Jurusan / Program Studi : DIII Kebidanan

Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Dengan ini menyetujui untuk memberikan kepada Politeknik Harapan Bersama Tegal **Hak Bebas Royalty Noneksklusif** (None Exclusive Royalty Free Right) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul : **GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO TINGGI PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI PUSKESMAS MARGADANA TAHUN 2020** Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan). Dengan Hak bebas Royalty / Noneksklusif Politeknik Harapan Bersama Tegal berhak menyimpan mengalih medikan / formatkan. Mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan karya. Tulis Ilmiah saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Tegal

Pada tanggal :

Yang menyatakan



IRFA' ZAHROTUN NA'IM

MOTTO

- *Kunci kesuksesan adalah doa, usaha, ikhtiar dan tawakal*
- *Tidak ada masalah yang tidak dapat diselesaikan selama ada komitmen bersama untuk menyelesaikannya*
- *Sabar dalam mengatasi kesulitan dan bertindak bijaksana dalam mengatasinya adalah sesuatu yang utama*
- *Berhenti mencemaskan masa lalumu ataupun masa depanmu, fokuskan dirimu untuk saat ini, karena ia yang menciptakan masa depanmu*
- *Musuh yang paling berbahaya diatas dunia ini adalah rasa takut dan bimbang*
- *Teman yang paling setia hanyalah kebenaran dan keyakinan yang teguh*
- *Teman sejati adalah ia yang meraih tangan anda dan menyentuh hati anda*
- *MAN, ADDA WA, ADA*

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk:

- Kepada Allah SWT yang telah memberikan hidayah, kesehatan, dan kesabaran dalam menjalankan tugas ini.
- Kedua orangtuaku yang saya hormati, bapak dan ibu yang senantiasa memberikan dukungan, kasih sayang serta do'a yang mengalir setiap waktu dalam bimbingannya.
- Kakak dan adikku yang tersayang, dan telah memberikan motivasi dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
- Kepada Ibu Tina yang telah memberikan dukungan dan motivasi.
- Bu Umi dan bu Dwi dosen pembimbingku yang bersedia membimbing dengan sabarnya dalam meluangkan waktu serta pikiran untuk membimbing, Terima kasih...
- Kepada sahabat – sahabatku yaitu Riska Hayu, Tri Ulfa, Elfa, Resti, Iklimatun (Ika), Mas Agi, Mas Zul, Mas Sofyan, Mas Sukron, dan Mas Arfan dkk, yang telah memberikan support kepada saya.

KATA PENGANTAR

Seraya memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Resiko Tinggi Preeklampsia Ringan (PER) dan Preeklampsia Berat (PEB) Di Puskesmas Margadana Tegal”.

Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini banyak sekali kesalahan dan kekeliruan, tapi berkat bimbingan dan arahan dari semua pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Nizar Suhendra, SE., MPP selaku Direktur Politeknik Harapan Bersama Tegal.
2. Ibu Nilatul Izah, SST. M.Keb selaku ka. Prodi DIII Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal.
3. Ibu Umi Baroroh, SSiT. M. Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Dwi Haryati, SST. M. Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Kedua orang tua dan keluarga tercinta, terima kasih atas do'a dan restunya.

Semoga Allah SWT berkenan memberikan pahala-Nya kepada semua pihak atas budi dan jasa yang telah diberikan kepada penulis. Penulis ini menyadari sepenuhnya bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, disebabkan keterbatasan pengetahuan penulis. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Tegal,

.

Penulis

**POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA TEGAL
KARYA TULIS ILMIAH, APRIL 2020**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO TINGGI
PREEKLAMPSIA RINGAN DAN PREEKLAMPSIA BERAT DI
PUSKESMAS MARGADANA KOTA TEGAL TAHUN 2020**

**IRFA' ZAHROTUN NA'IM, DIBAWAH BIMBINGAN UMI BAROROH,
SSiT,M.Kes. DAN DWI HARYATI, SST.M.Kes.**

xiv, 5 bab, 8 tabel, 2 gambar, 4 lampiran

ABSTRAK

Preeklampsia berat (PEB) merupakan salah satu komplikasi yang ditandai dengan adanya hipertensi TD 160/100 mmHg atau lebih yang disertai dengan proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik ibu hamil dengan PER dan PEB di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif.

Rancangan dan jenis penelitian ini adalah survey rancangan cross sectional, jenis data yaitu data sekunder yang diperoleh dari kohort. Populasi dalam penelitian ini, seluruh ibu hamil dengan PER dan PEB yang berjumlah 15 orang dan pengambilan sampel secara total sampling. Hasil penelitian yang didapat bahwa dari segi karakteristik ibu hamil yang mengalami resiko tinggi sebagian besar ibu hamil yang beresiko umur 20-35 tahun (6,67%), multigravida (0,8%), Trimester III 28-40 minggu (0,47%), dan yang berpendidikan SD (0,6%).

Disarankan agar ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin oleh tenaga kesehatan supaya mendeteksi secara dini tanda-tanda dan gejala pada komplikasi kehamilan terutama preeklampsia.

| | |
|----------------|--|
| Kata Kunci | : Usia ibu, Status Gravida, Usia Kehamilan, Pendidikan |
| Daftar Pustaka | : 38 (1998-2020) |
| Daftar Bacaan | : 6 buku + 10 jurnal + 2 skripsi |

POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA TEGAL
SCIENTIFIC PAPER, APRIL 2020

**DESCRIPTION OF THE CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN AT
HIGH RISK OF MILD PREECLAMPSIA AND SEVERE PREECLAMPSIA AT
THE PUSKESMAS MARGADANA, TEGAL CITY IN 2020**

**IRFA' ZAHROTUN NA'IM, UNDER THE GUIDANCE OF UMI BAROROH,
SSiT,M.Kes. DAN DWI HARYATI, SST.M.Kes.**

xiv, 5 chapter, 8 table, 2 picture, 4 appendix

ABSTRACT

Severe preeclampsia is the one of complication which is characteristics by the presence of hypertension TTD 160/100 mmHg or more accompanied by proteinuria and edema in pregnancy 20 weeks or more.

This research aim to determine the characteristics of pregnant women with mild preeclampsia and severe preeclampsia in public health center in Margadana at Tegal on 2020, this research using descriptive metode.

The design an type at this research is a cross section design survey, type of data, namely secondary data obtained by kohort. Populasi in this research all pregnant women with mild preeclampsia and severe preeclampsia amounting to 15 people and total sampling. The results showe that in terms of the characteristics of pregnant women who experience high risk, most of the pregnant women who are at risk are aged 20 to 35 years (6,67%), Multigravida (0,8%), Trimester III 28-40 weeks (0,47%) and those with primary school education (0,6%).

It is recommended that pregnant women carry out regular pregnancy examinations by health personnel so that they can detect signs and symptoms of pregnancy complications, especially preeclampsia early.

Key Word : Maternal Age, Gravida Status, Gestational Age, Education Level.

Literature : 38 (1998-2020)

Reading List : 6 Books + 10 Journals + 2 Theses

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| HALAMAN JUDUL..... | xi |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | xi |
| HALAMAN PERSETUJUAN | xi |
| HALAMAN PENGESAHAN | xi |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI..... | xi |
| MOTTO | xi |
| PERSEMBAHAN..... | xi |
| KATA PENGANTAR | xi |
| ABSTRAK | xi |
| ABSTRAK..... | x |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL..... | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| BAB I PENDAHULUAN..... | xi |
| A. Latar Belakang | xi |
| B. Rumusan Masalah | xi |
| C. Tujuan Penelitian | xi |
| D. Manfaat Penelitian | xi |
| E. Keaslian Penelitian..... | xi |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | xi |
| A. Tinjauan Teori..... | xi |
| B. Konsep dasar kehamilan normal | xi |
| C. Kehamilan resiko tinggi dengan Preeklampsia Berat (PEB) | xi |
| D. Kerangka Teori..... | xi |
| E. Kerangka Konsep | xi |

| | |
|---|-----|
| BAB III METODE PENELITIAN | xii |
| A. Ruang Lingkup Penelitian..... | xii |
| B. Rancangan dan Jenis Penelitian | xii |
| C. Populasi dan sampel penelitian | xii |
| D. Variabel penelitian dan definisi operasional | xii |
| E. Jenis dan cara pengumpulan data..... | 58 |
| F. Pengolahan data dan Analisa data..... | 58 |
| G. Etika Penelitian..... | xii |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | xii |
| A. Keadaan Umum Lokasi Penelitian..... | xii |
| B. Hasil Penelitian | 62 |
| C. Pembahasan..... | 66 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 72 |
| A. Kesimpulan | 72 |
| B. Saran..... | xii |
| JURNAL | 74 |
| DAFTAR PUSTAKA | 80 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|------|
| Tabel 1.1 Keaslian Penelitian | xiii |
| Tabel 2.1 Usia Kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri | xiii |
| Tabel 2.2 Pemberian vaksin TT untuk ibu yang belum pernah imunisasi (DPT/TT/Td) atau tidak tahu status imunisasinya..... | xiii |
| Tabel 2.3 Pemberian vaksin tetanus untuk ibu yang sudah pernah dimunisasi (DPT/TT/Td) | xiii |
| Tabel 3.1 Definisi Operasional | xiii |
| Tabel 4.1 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan umur di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020 | xiii |
| Tabel 4.2 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan status gravida responden di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020 | xiii |
| Tabel 4.3 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan usia kehamilan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020 | xiii |
| Tabel 4.4 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan tingkat pendidikan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020..... | 65 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|------------|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori..... | xiv |
| Gambar 2.2 Kerangka Konsep | xiv |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Rekomendasi Izin Pengambilan Data dari Kebidanan Politeknik

Harapan Bersama Tegal

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Izin Pengambilan Data dari Dinas Kesehatan

Tegal

Lampiran 3 Master Tabel

Lampiran 4 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia merupakan salah satu keadaan hipertensi yang dapat terjadi pada ibu hamil. Preeklampsia merupakan toksemia pada kehamilan lanjut yang dapat ditandai oleh preeklampsia penyebab lain diantaranya: hipertensi, edema, dan proteinuria. Preeklampsia merupakan gangguan kehamilan akut yang dapat terjadi saat ante, intra, atau bahkan postpartum. Preeklampsia dan eklampsia yaitu suatu penyebab kematian ibu hamil dan perinatal yang tertinggi terutama di Negara berkembang. Kematian akibat eklampsia meningkat lebih tajam dibandingkan pada tingkat preeklampsia berat. Kejadian preeklampsia dan eklampsia sangat bervariasi di setiap Negara bahkan di setiap daerah. Dijumpai berbagai preeklampsia yang dapat mempengaruhinya termasuk: jumlah primigravida, terutama pada primigravida muda, hidramnion, hamil kembar, mola hidatidosa, diabetes mellitus, kegemukan, jumlah usia ibu lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010).

Preeklampsia merupakan suatu penyebab kematian kedua terbesar pada kehamilan di dunia. Di Negara maju angka kejadian preeklampsia sekitar 6-7%, sedangkan angka kejadian eklampsia di Indonesia sekitar 3,4-8,5%. Tingginya angka kejadian eklampsia sebagai akibat perkembangan dari PEB yang tidak terkontrol maka dari itu mengantisipasi terhadap resiko preeklampsia dan eklampsia (Retno, 2012).

Upaya penanganan preeklampsia dan kualitasnya di Indonesia masih beragam diantara praktisi dan rumah sakit. Hal ini disebabkan bukan karena belum ada teori yang mampu menjelaskan pathogenesis penyakit ini secara jelas, namun juga dapat mengakibatkan kurangnya kesiapan sarana dan prasarana di daerah tersebut. Peran bidan dalam mencegah preeklampsia pada kehamilan untuk mengurangi faktor risiko dengan melakukan deteksi dini faktor resiko, memberikan konseling kepada ibu untuk mengatur usia reproduksi sehat ibu (20-35 tahun), mengatur berat badan ibu, serta memberikan pemeriksaan ibu hamil (ANC) minimal 4 kali (Trimester I = 1 kali, Trimester II = 1 kali, Trimester III = 2 kali), melakukan rujukan bila terjadi kegawatdaruratan pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas sedangkan untuk persalinan dan nifas bidan juga memiliki peran penting yaitu mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi, memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf. Melakukan pemantauan masa nifas dengan melakukan kunjungan rumah sampai masa nifas selesai (KemenKes, 2015).

Untuk keberhasilan upaya kesehatan ibu, dapat dilihat dari suatu preeklampsia Angka Kematian Ibu (AKI) ini mencerminkan suatu resiko yang dihadapi oleh ibu-ibu selama kehamilan sampai dengan pasca persalinan yang dapat dipengaruhi oleh status gizi pada ibu, keadaan ekonomi, keadaan sehat yang kurang baik pada saat menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan persalinan, tersedianya dan penggunaan fasilitas kesehatan termasuk suatu pelayanan prenatal dan preeklampia. Tingginya angka kematian ibu dapat menunjukkan keadaan preeklampsia

ekonomi yang rendah dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk juga pelayanan prenatal dan preeklampsia yang rendah. Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambatnya mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan serta terlambat mencapai fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga merupakan salah satu dari kriteria 4 “Terlalu” yaitu terlalu muda <20 tahun, terlalu banyak (>4 anak), terlalu tua (>35 tahun), terlalu rapat dengan jarak kelahiran (<2 tahun) (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007 angka kematian ibu adalah 233 per 100.000 kelahiran hidup, yang disebabkan karena salah satunya adalah preeklampsia dan eklampsia (Djuwita, 2011). Di Indonesia preeklampsia berat dan eklampsia merupakan penyebab kematian ibu sekitar 1,5 sampai 25% sedangkan kematian bayi antara 45 sampai 50%. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan otak, payah jantung atau payah ginjal, dan aspirasi cairan lambung atau edema paru-paru. Sedangkan kematian bayi adalah asfiksia intrauterine dan persalinan prematuritas (Manuaba, 2010).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017 sebanyak 475 kasus, yang mengalami penurunan dibandingkan dengan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 602 kasus. Dengan demikian Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah mengalami penurunan dari 109,65 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017.

Penyebab kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah yaitu perdarahan sebesar 30,37%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 32,97%, lain-lain 19,09%, gangguan sistem peredaran darah sebesar 12,36%, infeksi 4,34% dan gangguan preeklampsia 0,87%. Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 sebesar 99,99% per 100.000 kelahiran hidup, sama dengan AKB pada tahun 2016. Kabupaten / kota dengan AKB yang paling terendah adalah kota Surakarta yaitu 3,36 kasus per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Jumlah angka kematian bayi (AKB) di Kota Tegal sebanyak 94 kasus atau 2.310 kasus per 1000 kelahiran hidup, jumlah ini meningkat dibandingkan dengan jumlah kematian bayi pada tahun 2019 yaitu sejumlah 8,22 kasus atau 4.461 kasus per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan jumlah angka kematian ibu (AKI) di Kota Tegal tahun 2020 sebesar 14 kasus atau 238 kasus per 100.000 kelahiran hidup, angka ini juga meningkat drastis dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 76,93 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2019).

Data Puskesmas Margadana tahun 2020, total ibu hamil selama 1 tahun yaitu 478 orang, ibu hamil yang mengalami kehamilan beresiko tinggi yaitu 96 orang dan urutan ke-5 di Kota Tegal. Antara lain usia ibu <20 tahun yaitu 14 orang, hamil setelah menikah >4 tahun yaitu 1 orang, jarak kehamilan <2 tahun yaitu 5 orang, hamil usia >35 tahun yaitu 10 orang, KEK yaitu 10 orang, anemia yaitu 9 orang, TB Paru yaitu 2 orang, PEB yaitu 15 orang, IUFD yaitu 2 orang, serotinus yaitu 9 orang, perdarahan yaitu 2 orang,

eklampsia 4 orang dan lain-lain sebanyak 13 orang (Puskesmas Margadana Tegal, 2020).

Melihat tingginya angka morbiditas dan mortalitas ibu maka peneliti tertarik untuk mengetahui tentang gambaran karakteristik yang mempengaruhi preeklampsia berat pada ibu hamil di Puskesmas Margadana.

Berdasarkan data dan fenomena tersebut di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Resiko Tinggi Dengan Preeklampsi Ringan dan Preeklampsia Berat di Puskesmas Margadana Tahun 2020”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Resiko Tinggi Dengan Preeklampsia Ringan dan Preeklampsia Berat di Wilayah Puskesmas Margadana Kota Tegal Tahun 2020?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran karakteristik ibu hamil resiko tinggi dengan preeklampsia berat di Wilayah Puskesmas Margadana Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik pada ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat berdasarkan usia ibu.
- b. Mengetahui gambaran karakteristik pada ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat berdasarkan gravida.
- c. Mengetahui gambaran karakteristik pada ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat berdasarkan usia kehamilan.

- d. Mengetahui gambaran karakteristik pada ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat berdasarkan pendidikan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Institusi

Bagi institusi diharapkan bahwa hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai tambahan informasi dan referensi bagi perpustakaan dan mahasiswa yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut, baik penelitian serupa ataupun penelitian yang lebih kompleks mengenai gambaran karakteristik pada ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

Memberikan informasi kepada mahasiswa untuk bahan referensi dan menambah pengetahuan tentang resiko pada ibu hamil.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan agar masyarakat terutama bidan atau keluarga untuk memberikan motivasi pada ibu hamil untuk dapat lebih memanfaatkan pelayanan, sarana dan prasarana di bidang kesehatan (Puskesmas/RS) untuk meningkatkan kemampuan yang dalam menyikapi suatu tanda gejala yang dialami dalam diri sendiri, terutama preeklampsia sehingga akan terpacu dalam memeriksakan diri lebih dini.

c. Bagi Masyarakat

Diharapkan ini menjadi masukan terutama untuk kader atau bidan agar dapat meningkatkan suatu mutu pelayanan pada masyarakat khususnya melalui program penyuluhan sehingga masyarakat tahu tanda gejala terjadinya preeklampsia pada kehamilan.

d. Bagi Peneliti

Menambahkan ilmu pengetahuan dan wawasan yang memadai tentang gambaran karakteristik pada ibu hamil dengan resiko tinggi PEB dan dapat memberikan data untuk peneliti selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| Nama | Judul | Desain Penelitian | Variabel | Hasil |
|-----------------------|---|---|---|--|
| Pratiwi, Ika (2014) | Hubungan paritas dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Wonosari. | Deskriptif korelasional | Variabel bebas yaitu Paritas. | Paritas bu yang tidak beresiko sebanyak 33 responden, paritas beresiko 27 responden. Yang mengalami preeklampsia 30 responden dan tidak preeklampsia 30 responden. |
| Yogi, ED, dkk, (2011) | Hubungan antara usia dengan preeklampsia pada ibu hamil di Poli KIA RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah Utara. | Analitik korelasi dengan pendekatan retrospektif. | Variabel dependent : Preeklampsia. Variabel independent : Umur. | Sebagian besar ibu berumur > 35 tahun (63%) dan sebagian menderita preeklampsia (83%). |

Lanjutan Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| Nama | Judul | Desain Penelitian | Variabel | Hasil |
|------------------------|--|-------------------------|--|--|
| Warouw, PC,dkk, (2014) | Karakteristik preeklampsia di RSUP Prof. Dr. R. D. | Deskriptif retrospektif | Variabel bebas: mengetahui karakteristik penderita preeklampsia. | Jumlah ibu hamil dengan preeklampsia 201 orang. PER dan PEB terbanyak ditemukan pada kelompok usia 20-35 tahun (70% dan 61,46%) sedangkan superimposed preeklampsia pada kelompok usia >35 tahun (78,13%). |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Karakteristik ibu hamil

a. Umur

Umur adalah lama waktu hidup sejak dilahirkan atau diadakan (Purwodarminto, 2009). Pengertian umur adalah umur pada saat ulang tahun terakhir (statistik kesehatan, 2010). Umur seseorang ibu berkisaran dengan alat-alat reproduksi yang sehat dan aman adalah umur 20-35 tahun. Kehamilan di usia kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun dapat menyebabkan anemia karena diusia kurang dari 20 tahun secara biologis belum optimal, emosinya lebih cenderung sangat labil, mentalnya juga belum matang sehingga mudah mengalami goncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilan. Sedangkan pada umur 35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai macam penyakit yang menimpa, di usia ini semakin tua umur ibu maka akan semakin terjadi jika kemunduran yang progresif dari endometrium sehingga untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin yang diperlukan untuk pertumbuhan plasenta agar lebih luas.

Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada umur dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada

kematian maternal meningkat sesudah umur 20-35 tahun (Wiknjosastro, 2002).

Umur seseorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau yang lebih dari 35 tahun dapat beresiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, mental, psikologi, sosial, dan ekonomi (Ruswana, 2006).

1) Umur ibu hamil kurang dari 20 tahun

Wanita disebut siap secara fisik ia telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar umur 20 tahun. Ketika berhenti tumbuh, sehingga umur 20 tahun bisa dijadikan pedoman fisik. Kehamilan pada umur kurang dari 20 tahun akan cenderung mengalami komplikasi, demikian pula anak yang dilahirkannya. Salah satu adalah kelahiran bayi prematur. Hal ini terjadi karena dari segi biologis pertumbuhan dan perkembangan alat-alat reproduksi belum seluruhnya normal.

2) Umur ibu lebih dari 35 tahun

Wanita yang hamil pada umur 35 tahun atau lebih harus waspada terhadap resiko-resiko yang mungkin terjadi sehingga sangat penting bagi ibu yang berumur lebih dari 35 tahun ke atas mendapat perawatan selama kehamilan lebih dini yang tepat, sehingga kelainan tersebut tidak menyebabkan resiko besar baik bagi ibu atau bayinya. Kehamilan resiko tinggi pada umur 35 tahun keatas adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum persalinan

berlangsung. Banyak faktor resiko ibu hamil dan salah satu faktor yang penting adalah umur (Sinsin,2008).

Kendala yang mungkin dapat terjadi pada kehamilan dengan umur kurang dari 20 tahun, yaitu (BKKBN, 2011) :

- a) Ibu muda pada waktu hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol kehamilan yang tidak rutin. Ini akan meningkatkan pada resiko kehamilan. Bahaya yang di timbulkan pada ibu hamil dengan resiko yang tinggi diantaranya adalah bayi prematur.
- b) Ibu muda pada waktu hamil sering mengalami ketidakaturan tekanan darah yang berdampak pada keracunan kehamilan serta kejang yang berakibat kematian.
- c) Kehamilan umur muda (dibawah 20 tahun) berkaitan dengan munculnya kanker rahim. Resiko-resiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil yang berumur 35 tahun atau lebih, antara lain (Saleh, Abdul, 2004) : munculnya masalah kesehatan yang kronis wanita yang hamil diatas umur 35 tahun, akan rawan dibandingkan yang berumur 20 tahun untuk menderita tekanan darah tinggi.

b. Gravida

Status gravida adalah jumlah kehamilan yang dihitung sejak hamil pertama sampai penelitian berlangsung yang dilihat dari data rekam medik.

Primigravida merupakan salah satu faktor resiko yang terjadinya preeklampsia berat, karena pada primigravida sering mengalami stress

dalam menghadapi persalinan dan memiliki adaptasi psikososial maternal yang lebih rendah daripada multigravida. Stress emosi yang terjadi pada primigravida dapat menyebabkan peningkatan pelepasan Corticotropinreleasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol mempersiapkan tubuh untuk berespons terhadap semua stressor dengan meningkatkan respons simpatik, termasuk respon yang ditujukan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah (Joseph, 2010).

Ibu hamil dengan kehamilan multigravida lebih banyak dan sering mengalami preeklampsia. Status gravida dalam kehamilan merupakan salah satu faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian tingginya preeklampsia pada saat hamil (Sarawati & Mardiana, 2016).

Menurut Rizkah & Mahmudiono, 2018 mengatakan bahwa ibu hamil dengan kehamilan multigravida memiliki resiko tinggi untuk menderita preeklampsia lebih besar dibandingkan dengan primigravida ataupun grandemultigravida.

c. Usia Kehamilan

Usia kehamilan merupakan faktor yang menyebabkan ibu menderita preeklampsia. Usia kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yaitu trimester pertama usia kehamilan 0 sampai 13 minggu, trimester kedua 14 sampai 28 minggu, dan trimester ketiga 28 sampai 40 minggu. Dianggap rentan untuk terjadinya preeklampsia berat adalah usia kehamilan trimester ketiga (Wiknjosastro, 2010). Menurut

Hasmawati (2012), kejadian preeklampsia pada trimester kedua bisa saja terjadi bahkan mempunyai peluang yang sama dengan kehamilan pada trimester ketiga. Oleh karena itu, deteksi dini sangat penting pada ibu hamil dengan pelaksanaan antenatal yang teratur dan berkualitas. Deteksi dini preeklampsia harus dilaksanakan setelah ibu memasuki trimester kedua. Kejadian preeklampsia meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi pada trimester ketiga kehamilan tetapi dapat terjadi sebelumnya. Preeklampsia adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasopasme pembuluh darah dan aktivitas endotel yang ditandai dengan tingginya tekanan darah dan kelebihan kadar protein dalam urin setelah kehamilan 20 minggu (Hasmawati, 2012).

d. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha yang mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam atau di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pada pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Oleh karena itu, pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek

yaitu : aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang menentukan sikap dan perilaku seseorang (Sulistiyawati, 2013).

Hasil penelitian Supriandono (2001) menyebutkan bahwa 93,9% penderita preeklampsia berpendidikan kurang dari 12 tahun. Menurut hasil penelitian Nuryati, dkk (2012) menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia 63,1% memiliki pendidikan kurang dan ibu memiliki pendidikan rendah 2.190 akan mengalami kejadian preeklampsia dari pada ibu yang memiliki pendidikan tinggi. Pendidikan seseorang berhubungan dengan kesempatan dalam menyerap informasi mengenai pencegahan dan faktor-faktor resiko preeklampsia. Tetapi pendidikan ini akan dipengaruhi oleh seberapa besar motivasi, atau dukungan lingkungan seseorang untuk menerapkan pencegahan dan faktor resiko preeklampsia / eklampsia (Djannah, 2010).

B. Konsep dasar kehamilan normal

1. Definisi Kehamilan Normal

Menurut federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan dapat diidentifikasi yaitu sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dapat dilanjutkan dengan nidasi atau implantansi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, dengan kehamilan normal akan berlangsung dalam kurung waktu 40 minggu atau 10 bulan 7 hari atau 9 bulan 7 hari (Adriaansz dan Hanafiah, 2009). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010).

2. Proses Kehamilan

Pada proses kehamilan yang merupakan mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Setiap bulan pada saat ovulasi, seorang wanita melepaskan 1 atau 2 sel telur (ovum) dari hidung telur (ovarium), yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan dapat masuk ke dalam saluran telur. Sewaktu persetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani (sperma) akan bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke dalam saluran telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasanya akan terjadi di bagian tuba uterine yang menggembung.

Disekitar sel telur ini, banyak yang berkumpul mengeluarkan ragi untuk mencairkan zat-zat yang melindungi dari ovum ini. Kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani untuk bersatu dengan sel telur. Maka terjadilah suatu peristiwa yang disebut pembuahan atau fertilisasi (hasil dari konsepsi menjadi fertilisasi). Ovum yang telah dibuahi akan segera membelah diri sambil bergerak dengan bantuan dari rambut getar tuba kehamilan menuju ruang rahim. Ovum yang sudah dibuahi kemudian akan melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang di ruang rahim, peristiwa tersebut disebut nidasi (implantasi). Dari hasil pembuahan sampai dengan nidasi, sangat memerlukan waktu sekitar 6-7 hari. Untuk menyuplai darah dan zat-zat makanan bagi mudigah dan janin, perlu dipersiapkan uri (plasenta). Jadi, dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel

telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan (konsepsi = fertilisasi), nidasi dan plasenta (Sofian, 2011).

3. Tanda - tanda Kehamilan

Menurut (Manuaba, 2010) tanda - tanda kehamilan digolongkan menjadi 3 bagian yaitu : tanda tidak pasti hamil, tanda dugaan hamil, dan tanda pasti hamil.

1) Tanda tidak pasti hamil

a) Amenorhe (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari haid pertama haid terakhir dapat ditentukan hari perkiraan persalinan dengan rumus naegle.

b) Mual dan Muntah (Emesis)

Pengaruh dari estrogen dan progesterone dapat terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness, akibat mual dan muntah nafsu makan mulai berkurang.

c) Mengidam

Wanita hamil yang sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) yang menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dapat menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini dapat hilang setelah usia kehamilannya 16 minggu.

e) Payudara Tegang

Pengaruh dari estrogen, progesterone serta somatomamotrofin dapat menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Maka terjadi payudara menjadi besar dan tegang. Juga ujung syaraf tertekan yang menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.

f) Sering miksi

Desekan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dengan sering miksi. Pada trimester kedua gejala ini lebih mudah menghilang.

g) Konstipasi

Pengaruh dari progesterone dapat menghambat peristaltik usus, yang menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (BAB).

h) Pigmentasi Kulit

Keluarnya melanopore stimulasi hormone hipofisis anterior yang menyebabkan terjadinya pigmentasi kulit sekitar pipi, dinding perut, dan sekitar payudara.

i) Epulis

Pembengkakan pada gusi yang disebabkan karena peningkatan pembuluh darah.

j) Varises

Karena pengaruh estrogen dan progesterone dapat terjadi jika ada penampakan pembuluh darah vena. Sering terjadi disekitar genetalia eksterna, ekstermitas bawah, serta payudara.

2) Tanda dugaan hamil

- a) Rahim membesar, sesuai umur kehamilan.
- b) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai dengan tanda hepar, tanda Chadwick, tanda piskaseck, kontraksi braxton hick, dan teraba ballotement.
- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi
- d) Sebagian kemungkinan positif palsu.

3) Tanda pasti hamil

- a) Gerakan janin dalam rahim.
- b) Terlihat / teraba pada gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
- c) Denyut jantung janin. Didengarkan dengan stetoskop leanec, alat kardiotokografi, alat doppler. Dilihat dari ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka konsep.

4. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Saat Hamil

Menurut (Sulin, 2009) terdapat beberapa anatomi dan fisiologi yang dapat terjadi pada ibu hamil, antara lain :

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a)

U

terus

Selama kehamilan uterus ini akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, dan amnion) sampai dengan persalinan.

b) Serviks

Selama satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan juga kebiruan. Perubahan ini dapat terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks ini.

c) Ovarium

Pada proses ovulasi selama kehamilan akan berhenti dan terjadi pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan pada ovarium.

d) Vagina dan perineum

Selama kehamilan dapat terjadi peningkatan pada vaskularisasi dan hyperemia terlihat sangat jelas pada kulit dan otot-otot diperineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keungunan yang dikenal dengan sebutan Chadwick.

e) Kulit

Terletak pada kulit dibagian dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai pada daerah payudara dan paha.

f) Payudara

Pada awal terjadinya kehamilan, perempuan akan merasakan ada perubahan pada bagian payudaranya menjadi lebih lunak, setelah bulan kedua payudara akan menjadi

bertambah terutama ukurannya dan vena-vena bagian bawah kulit juga akan lebih terlihat.

2) Perubahan Sistem Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan vagina beserta isinya, kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Dapat diperkirakan selama berat badan akan semakin meningkat menjadi 12,5%.

3) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output dapat meningkat dan perubahan ini dapat terjadi untuk mengurangi resistensi vaskuler sistemik. Selain itu, juga dapat terjadi peningkatan pada detak jantung.

4) Perubahan Sistem Endokrin

Perubahan Sistem Endokrin selama kehamilan normal terutama pada kelenjar hipofisis akan membesar $\leq 135\%$. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting.

5) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pada lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis akan menggeser pada pusat daya berat ke arah dua tungkai.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Kebutuhan fisik ibu hamil akan oksigen

Pada kebutuhan oksigen yang berhubungan dengan perubahan sistem pernafasan pada masa kehamilan ini. Kebutuhan selama

kehamilan peningkatan sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme rate yang perlu untuk menambahkan masa jaringan pada payudara, hasil konsepsi masa uterus.

b. Basal Metabolisme Rate (BMR)

Basal metabolisme rate (BMR) mengalami peningkatan yaitu 15%-20%, vasolidatasi perier dan akselerasi aktifitas kelenjar keringat sangat membantu menghilangkan panas yang berlebihan dan dihasilkan dari peningkatan pada metabolisme selama kehamilan.

c. Nutrisi Dalam Kehamilan

Pada wanita hamil yang harus betul-betul mendapatkan perhatian dari susunan dietnya, terutama mengenai jumlah kalori, protein yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Zat-zat yang diperlukan antara lain yaitu : protein, karbohidrat, zat lemak, mineral, atau bermacam-macam garam terutama kalsium, fosfor, dan zat besi, serta vitamin dan air.

d. Personal Hygiene

Pada personal hygiene ini yang berkaitan dengan perubahan sistem pada ibu hamil. Hal ini yang disebabkan selama kehamilan PH vagina menjadi asam berubah dari 3-4 menjadi 5-6,5% akibatnya vagina mudah terinfeksi, stimulus estrogen yang menyebabkan dengan adanya flour albus (keputihan), terjadi peningkatan pada vaskularisasi di perifer yang mengakibatkan keinginan wanita hamil untuk sering berkemih, mandi teratur untuk mencegah iritasi pada vagina, teknik pencucian dari depan ke belakang.

e. Pakaian Selama Hamil

Pada baju hamil yang seharusnya memakai baju longgar bukan ketat, pilihlah bahan yang tidak mudah panas dan mudah menyerap keringat. Sedangkan untuk wanita hamil tidak dianjurkan untuk menggunakan stoking yang ketat karena dapat menghambat sirkulasi darah.

f. Eliminasi (BAB atau BAK)

Pada kebutuhan ibu hamil yang sangat diperlukan untuk eliminasi yang berkaitan dengan adaptasi gastrointestinal sehingga terjadi penurunan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan obstipasi, penekanan kandung kemih karena pengaruh hormone berkeringat.

g. Seksual

Meningkatnya suatu vaskularisasi pada vagina dan visera pelvis dapat mengakibatkan meningkatnya sensitifitas seksual sehingga meningkatnya suatu hubungan intercourse sebaiknya ketakutan injuri pada ibu ataupun janin akan mengakibatkan menurunnya pola seksual.

h. Istirahat atau tidur

Pada ibu hamil sebaiknya menggunakan waktu luang sebanyak mungkin untuk istirahat dan tidur walaupun bukan tidur kebetulan hanya berbaringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah, jangan bekerja terlalu capek ataupun berlebihan karena bisa berbahaya.

6. Standar Asuhan Kebidanan

Asuhan antenatal care adalah suatu upaya preventif pada program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran program maternal juga neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Adriaanz, 2009).

a. Kebijakan Program

Pada pengawasan antenatal care dalam memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilannya secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya (Manuaba, 2010).

Secara khusus dalam pengawasan antenatal ini bertujuan untuk :

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai, terutama pada kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 3) Memberikan nasehat dan petunjuk untuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan juga perinatal.

Dengan memperhatikan batasan tersebut dan tujuan pengawasan antenatal care ini, maka jadwal pemeriksaan pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambatnya haid.

b. Pemeriksaan ulang, meliputi :

- 1) Setiap bulan sampai umur kehamilannya dari 6 – 7 bulan.
- 2) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan.
- 3) Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadinya persalinan.

c. Jadwal Kunjungan Ibu Hamil

Ibu hamil sangat memerlukan kunjungan yang dilakukan 4 kali selama pemeriksaan ibu hamil (ANC), yaitu :

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester I (<14 minggu).
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester II (14-28 minggu).
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester III (28-36 minggu).

b. Pelayanan / Asuhan standart minimal “10T”

Dalam melaksanakan Antenatal Care suatu pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009).

1) Timbang badan dan pengukuran tinggi badan

Pada pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yang berdasarkan (BMI: Body Masa Index) dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karena ini merupakan suatu hal yang penting untuk mengetahui BMT wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5-16 kg. Adapun tinggi

badan dapat menentukan ukuran panggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil yaitu >145cm.

2) Ukur tekanan darah

Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaann dapat mengindikasi protein hipertensi.

3) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Apabila pada usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari menurut teori Leopold, tetapi apabila usia kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran Mc. Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dengan skala cm dari atas simfisis ke fundus uteri.

Tabel 2.1 Usia Kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

| Tinggi Fundus Uteri | Usia Kehamilan |
|--|----------------|
| 1/3 diatas simfisis | 12 minggu |
| ½ diatas simfisis – pusat | 16 minggu |
| 2/3 dibawah pusat (20 cm) | 20 minggu |
| Setinggi pusat (24 cm) | 24 minggu |
| 1/3 diatas pusat (28 cm) | 28 minggu |
| ½ pusat-prosesus xifoideus (32 cm) | 32 minggu |
| 3 jari dibawah prosesus xifoideus (36 cm) | 36 minggu |
| Pertengahan pusat-prosesus xifoideus (40 cm) | 40 minggu |

(Sulistiyawati, 2011)

4) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (Tt)

Vaksin TT adalah vaksin yang aman dan juga tidak mempunyai kontraindikasi dalam pemberiannya. Meskipun demikian imunisasi TT jangan diberikan pada ibu dengan riwayat reaksi berat terhadap imunisasi TT pada masa lalunya (contoh : kejang, koma, demam $> 40^{\circ}\text{C}$, nyeri / bengkak, ekstensif di lokasi bekas suntikan). Ibu dengan panas tinggi dan sakit berat dapat diimunisasi segera setelah sembuh. Selalu sedia juga KIPi Kit (ADS 1ml, epinefrin 1:1000 dan infus set (NaCl 0,9% jarum suntik 23 G).

Pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur atau ibu hamil harus didahului dengan skrinning untuk mengetahui jumlah dosis dan imunisasi TT yang telah diperoleh selama hidupnya. Pemberian imunisasi TT juga tidak dapat mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antar dosis TT.

- a. Jika ibu belum pernah imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, berikan dosis vaksin (0,5 ml IM di lengan atas) sesuai tabel berikut :

Tabel 2.2 Pemberian vaksin TT untuk ibu yang belum pernah imunisasi (DPT/TT/Td) atau tidak tahu status imunisasinya.

| Pemberian | Selang Waktu Minimal |
|-----------|--|
| TT 1 | Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan) |
| TT 2 | 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan) |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi) |
| TT 4 | 1 tahun setelah TT3 |
| TT 5 | 1 tahun setelah TT4 |

- b. Dosis booster mungkin diperlukan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM disesuaikan dengan jumlah vaksin yang pernah diterima sebelumnya seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Pemberian vaksin tetanus untuk ibu yang sudah pernah dimunisasi (DPT/TT/Td)

| Pernah | Pemberian dan selang waktu minimal |
|--------|--|
| 1 kali | TT2, 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan) |
| 2 kali | TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi) |
| 3 kali | TT4, 1 tahun setelah TT3 |
| 4 kali | TT5, 1 tahun setelah TT4 |
| 5 kali | Tidak perlu lagi |

5) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Dimulai dengan memberikan 1 tablet besi sehari sesegera mungkin setelah rasa mual mulai hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal pemberian tablet besi masing-masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh ataupun kopi, karena dapat mengganggu proses penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersama dengan mengkonsumsi tablet besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap dengan sempurna oleh tubuh.

6) Tetapkan status gizi

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini dengan adanya kurang energi kronis (KEK) ada kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrisi ke janin berkurang. Sehingga pertumbuhan janin terlambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILA $< 23,5$ cm), yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya.

7) Tentukan presentasi janin dan hitung DJJ

Pada pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat di dengar pada usia kehamilan antara 16 minggu / 4 bulan.

Klasifikasi untuk DJJ menurut (Abadi, 2009) :

- 1) Normal : Frekuensi DJJ antara 120 – 160 x/m
- 2) Takikardi : Frekuensi DJJ > 160 x/m
- 3) Bradikardi : Frekuensi antara 100 – 120 x/m

8) Tes laboratorium terhadap penyakit menular seksual

Pada wanita yang termasuk sedang hamil merupakan kelompok dari resiko tinggi terhadap PMS.

9) Tata laksana kasus

Melakukan pelaksanaan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

10) Temu Wicara (Konseling dan Pemecahan Masalah)

Temu wicara pasti dapat dilakukan dalam setiap klien atau pasien yang melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi : Biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien, memberikan konsultasi dan melakukan kerjasama penanganan.

7. Tanda Bahaya Kehamilan

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)
- d. Nyeri abdomen yang hebat
- e. Bengkak pada muka atau tangan
- f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

C. Kehamilan resiko tinggi dengan Preeklampsia Berat (PEB)

1. Pengertian Kehamilan dengan Preeklampsia Berat (PEB)

Preeklampsia dapat menimbulkan hipertensi karena disertai dengan proteinuria dan edema akibat kehamilan > 20 minggu dan segera setelah persalinan. Sedangkan preeklampsia adalah keadaan dimana hipertensi disertai dengan proteinuria, edema, atau kedua-duanya yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke-20 atau kadang-kadang timbul lebih awal bila terdapat perubahan hidatidiformis yang luas pada vili dan korialis (Mitayani, 2009).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivitas endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan dengan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuria yang baru terjadi pada kehamilan (new onset hypertension with proteinuria). Preeklampsia berat merupakan penyakit dengan timbulnya tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan atau sampai 48 jam postpartum. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke-3 kehamilan. Preeklampsia dikenal juga dengan istilah Pregnancy Induced Hypertension (PIH) gestosis atau toksemia kehamilan (Maryuni, dkk, 2012).

Gambaran klinik preeklampsia sangat bervariasi lebih luas dan sangat individual. Kadang-kadang sukar untuk menemukan gejala

preeklampsia yang muncul terlebih dahulu. Secara teoritik urutan gejala yang timbul pada preeklampsia ialah edema, hipertensi, dan proteinuria, sehingga bila gejala-gejala ini timbul tidak akan dalam urutan yang diatas maka dapat dianggap bukan gejala dari preeklampsia.

Dari semua gejala tersebut, dapat timbul suatu hipertensi dan proteinuria yang merupakan yang paling penting. Tetapi penderita sering kali tidak pernah merasakan perubahan ini. Bila penderita sudah mengeluh dengan adanya gangguan nyeri kepala, gangguan penglihatan atau nyeri epigastrium, maka penyakit ini sudah cukup lanjut.

2. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Tetapi ada teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklampsia, yaitu : bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidraamnion, dan mola hidatidosa. Dapat terjadinya frekuensi yang makin tuanya kehamilan. Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.

Faktor predisposisi :

- a. Molahidatidosa
- b. Diabetes mellitus
- c. Kehamilan ganda
- d. Hidrops fetalis
- e. Obesitas
- f. Umur yang lebih dari 35 tahun.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Preeklampsia

1. Paritas

Paritas merupakan jumlah janin dengan berat badan bisa dikatakan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan secara hidup maupun mati. Bila berat badan tidak diketahui maka di pakai umur kehamilan, yaitu 24 minggu (Siswosudarmo, 2018). Menurut Wiknjosastro (2015), paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari kasus kematian ibu. Paritas pertama berhubungan dengan kurangnya pengalaman dan pengetahuan ibu dalam perawatan kehamilan. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman. Paritas satu maupun paritas tinggi (lebih dari tiga) merupakan paritas yang dapat beresiko preeklampsia. Ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 4) sudah mengalami penurunan fungsi sistem reproduksi, selain itu biasanya ibu terlalu sibuk mengurus rumah tangga sehingga sering mengalami kelelahan dan kurang memperhatikan terhadap pemenuhan gizinya (Henderson, 2016).

Pada primigravida sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang dapat terjadinya primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespon terhadap semua stressor dengan meningkatkan respon simpatik.

Hasil penelitian lain Langeelo et al (2014) menyebutkan nullipara tingkat sirkulasi *soluble fms like tyrisine kinase 1* (sFltl) / *placental growth factor* (PlGF) yang lebih tinggi dibandingkan dengan

multipara yang berhubungan dengan ketidakseimbangan angogenik. Peran patogenik faktor anti angogenik pada preeklampsia. Berdasarkan teori imunologis, pada kehamilan pertama sehingga dapat terjadi pembentukan blocking antibodies terhadap antigen tidak sempurna. Hal ini dapat menghambat invasi arteri spiralis ibu oleh trofoblas sampai batas tertentu sehingga mengganggu fungsi plasenta. Akibatnya sekresi vasodilator prostasiklin oleh sel-sel endotel plasenta berkurang dan sekresi trobosan bertambah sehingga terjadi fase kontraksi generalisasi dan sekresi aldosteron menurun. Hal ini meningkatkan terjadinya preeklampsia (Sudhaberata, 2001) dalam Suwanti et al (Asiya Siti, 2017).

2. Kehamilan Multipel

Kehamilan kembar merupakan salah satu sebab hiperplasentosis. Wanita dengan kehamilan kembar dapat beresiko tinggi mengalami preeklampsia, hal ini biasa disebabkan oleh peningkatan masa plasenta dan produksi hormon (Varney, dkk, 2017). Preeklampsia dan eklampsia selama 3 kali lebih sering terjadi pada kehamilan ganda dari 105 kasus kembar 2 didapatkan 28,6% preeklampsia dan 1 kematian ibu karena eklampsia. Dari penelitian ini menurut Agung Supriandono dan Sulchan Sofowan menyebutkan bahwa 8 (4%) kasus yang mengalami preeklampsia berat mempunyai janin lebih dari satu, sedangkan pada kelompok kontrol, 2 (2%) kasus ini mempunyai jumlah janin lebih dari satu.

3. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan diantaranya bisa terjadi hiperplasentosis. 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 mellitus gestasional merupakan gangguan metabolisme pada kehamilan yang ringan, tetapi hiperglikemia ringan dapat memberikan penyulit pada ibu hamil berupa preeklampsia.

Preeklampsia cenderung dapat terjadi pada wanita yang menderita diabetes mellitus karena diabetes merupakan penyakit yang dapat menjadi faktor pencetus terjadinya preeklampsia (Manuaba, 2010).

Penyakit diabetes hampir 50% yang dapat terjadi pada wanita hamil berkembang menjadi preeklampsia. (Varney, 2007). Hal ini terjadi karena saat hamil, plasenta berperan untuk memenuhi semua kebutuhan janin. Pertumbuhan janin di bantu oleh hormon dari plasenta namun hormon ini juga mencegah terjadinya insulin yang membuat tubuh sulit untuk mengatur kadar gula darah. Sehingga glukosa tidak dapat diubah menjadi energi dan menumpuk didalam darah keadaan ini menyebabkan kadar gula dalam darah menjadi tinggi.

Hasil penelitian mengenai hubungan diabetes gestasional dengan preeklampsia adalah penelitian Nurmalihtum (2013) yang dapat

dilakukan berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. H. Soewono Kabupaten Kendal 2012 dari 1108 responden ibu hamil bahwa dari 27 orang ibu hamil dengan diabetes mellitus yang mengalami kejadian preeklampsia sebanyak 16 orang (59,3%) lebih besar dibandingkan yang tidak mengalami kejadian preeklampsia sebanyak 11 orang (40,7%).

4. Umur

Kejadian preeklampsia berdasarkan pada usia banyak yang ditemukan pada kelompok ibu yang usia ekstrim yaitu usia < 20 tahun dan > 35 tahun (Bobak, 2004). Menurut Potter (2005), tekanan darah meningkat seiring dengan pertambahan usia sehingga pada usia 35 tahun atau lebih dapat terjadi peningkatan resiko preeklampsia.

Pada umur 35 tahun atau lebih, pada kesehatan ibu sudah mulai menurun akibatnya ibu hamil pada usia tersebut kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan. Disamping itu, pada wanita usia > 35 tahun sering terjadi kekakuan pada bibir rahim sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang hebat apabila tidak segera di atasi maka akan menyebabkan kematian pada ibu hamil (Armagustini, 2010), Roiston Aremtown (1999) menyatakan bahwa wanita usia remaja yang hamil untuk pertama kali dan wanita yang hamil pada usia > 35 tahun mempunyai resiko yang sangat tinggi untuk mengalami preeklampsian (Indriani, 2012).

5. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia atau eklampsia

Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia akan meningkatkan resiko sebesar 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklampsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan terdahulu.

6. Riwayat Hipertensi

Angka kejadian preeklampsia / eklampsia akan mengalami peningkatan pada hipertensi kronis, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan, faktor predisposisi terjadinya preeklampsia adalah hipertensi. Apabila ibu sebelumnya sudah menderita hipertensi maka keadaan ini akan memperberatkan keadaan ibu, sehingga bagi ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi harus mewaspadai kemungkinan terjadinya dengan cara melakukan *antenatal care* yang optimal.

Hipertensi kronis merupakan hipertensi yang menetap oleh sebab apapun yang ditemukan pada usia kehamilan < 20 minggu atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca kehamilan. Semua hipertensi kronis dengan penyebab apapun pada kehamilan dapat menyebabkan terjadinya preeklampsia pada wanita yang menderita hipertensi kronis.

7. Obesitas

Obesitas merupakan suatu penyakit multifaktoral yang dapat terjadi akibat akumulasi jaringan lemak yang berlebihan, sehingga dapat mengganggu kesehatan. Indikator yang paling sering digunakan untuk

menentukan berat badan yang berlebihan dan obesita pada orang dewasa adalah indeks masa tubuh (IMT) Body Masa Index (BMI).

Obesitas akan menyebabkan terjadinya hiperinsulinemia. Beberapa penelitian memperhatikan hubungan yang kuat antara obesitas dengan hioerinsulinemia. Hipertensi tersebut akan menyebabkan terjadinya kerusakan fungsi endotel. Mekanisme tersebut didukung oleh analisis subgroup pada penelitian ini memperlihatkan bahwa rerata kadar insulin pada pasien yang mengalami preeklampsia lebih tinggi dibandingkan dengan rerata kadar insulin pada pasien yang tidak mengalami preeklampsia (Cnossens, 2007 dalam Serudji, 2014).

Obesitas dan preeklampsia memiliki persamaan dalam hal biokimia dan perubahan fisiologis, meliputi peningkatan stress oksidatif, inflamasi, hiperlifidemia, disfungsi endotel dan vasokonstriksi. Perubahan biokimia dan fisiologi tersebut dapat memperkuat konsep bahwa respon maternal yang berlebihan pada wanita obesitas bermanifestasi sebagai preeklampsia alte onset atau preeklampsia pada kehamilan aterm. Predisposisi preeklampsia dan obesitas menyebabkan gangguan palasentasi yang berhubungan dengan preeklampsia preterm dan menyebabkan faktor respon maternal yang berlebihan dan dapat terlihat pada kehamilan aterm yang mengalami preeklampsia (Anderson, 2012 dalam Serudji, 2014).

8. Jarak antara kehamilan

Menurut Rochjsti, P (2012), bahwa bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil primi tua sekunder adalah hipertensi (preeklampsia), diabetes mellitus, dan lain-lain. Pada saat persalinan bisa berjalan

tidak lancar, bahkan terjadi perdarahan pasca persalinan. Hal ini bisa terjadi jika ibu terlalu lama hamil lagi yaitu lebih dari 10 tahun dan usia ibu sudah mencapai diatas 35 tahun. Kondisi wanita seperti ini biasanya elastisitas otot dan pembuluh darah sudah mulai menurun, sehingga tekanan darah ibu bisa meningkat (hipertensi, preeklampsia/eklampsia) dan saat persalinan beresiko mengalami partus lama. Hipertensi sendiri bisa menjadi predisposisi pecahnya ketuban secara dini (Husin F, 2014).

Menurut Supriyati dkk (2010), jarak kehamilan / persalinan < 2 tahun atau > 10 tahun yang mengalami resiko 8,17 kali terjadinya preeklampsia distosia dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan antara 2-10 tahun (Siti Asiyah, 2017).

9. Status pekerjaan

Faktor pekerjaan ibu dapat mempengaruhi terjadinya faktor resiko preeklampsia / eklampsia. Wanita yang bekerja di luar rumah memiliki resiko tinggi terhadap preeklampsia dibandingkan dengan ibu rumah tangga. Pekerjaan dapat dikaitkan dengan adanya aktifitas fisik dan stress yang merupakan dari faktor resiko terjadinya preeklampsia. Akan tetapi, pada kelompok ibu yang tidak bekerja dengan tingkat pendapatan yang rendah menyebabkan kualitas gizi juga rendah. Kecuali kelompok buruh tani yang biasanya juga dari kalangan pendidikan rendah sehingga untuk pengetahuan ANC atau gizi juga kurang. Sosial ekonomi yang rendah dapat menyebabkan kemampuan daya beli berkurang sehingga asupan gizi juga berkurang terutama protein. Akibatnya, pada kejadian atau masalah-masalah

dalam kehamilan seperti : preeklampsia, molahidatidosa, partus prematurus, keguguran, dan lain-lain (Djannah, 2010).

10. Kunjungan antenatal care (ANC)

Upaya kesehatan pada ibu hamil dapat diwujudkan dalam *antenatal care* (ANC) atau perawatan antenatal (PAN) kurangnya 4 kali selama masa kehamilan dengan distribusi waktu sebagai berikut :

- a. Trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu) 1 kali
- b. Trimester II (usia kehamilan 12-24 minggu) 1 kali
- c. Trimester III (usia kehamilan 24-36 minggu) 2 kali

Pelayanan antenatal yang berkualitas (sesuai standar) dapat mendeteksi gejala dan tanda yang berkembang selama kehamilan. Jika ibu tidak memeriksakan diri hingga paruh kedua masa kehamilan, diagnosis hipertensi kronis akan sulit dibuat karena adanya tekanan darah biasanya menurun selama trimester kedua dan ketiga pada wanita yang mengalami hipertensi.

Kunjungan antenatal yang kurang dari 4 kali dengan demikian akan meningkatkan resiko yang menderita preeklampsia/eklampsia (Djannah, 2010). Pada hasil penelitian ini menurut Langeelo, dkk (2013) ibu yang melakukan pemeriksaan ANC kurang dari 4 kali beresiko 2,772 untuk yang mengalami preeklampsia, sedangkan pada hasil penelitian yang dilakukan Rozanna (2009) menunjukkan bahwa ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang tidak teratur merupakan faktor resiko pada kejadian preeklampsia dengan nilai OR 2.66 (Rostika, 2012) yang menunjukkan bahwa adanya hubungan

yang bermakna antenatal care dengan kejadian preklampsia (Sri Puji Astuti, 2015).

11. Pelayanan Standar

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komperhensif dan berkualitas yang dapat diberikan kepada semua ibu hamil. Setiap kehamilan dalam perkembangannya yang mempunyai resiko mengalami penyulit atau komplikasi terutama bisa terjadi pada preeklampsia. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil yang berkualitas meliputi pelayanan dengan 10T untuk memastikan kondisi ibu baik sebelum mengandung dan selama mengandung. Selama mengandung resiko dapat mengalami penyulitan atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal care harus dilakukan secara rutin, terpadu dan sesuai pelayanan yang berkualitas. Setiap ibu hamil harus dapat melakukan pemeriksaan tripel yang meliputi (pemeriksaan HIV/AIDS, HBSAG, SIFILIS) untuk mengetahui kondisi ibu selama hamil (Sri Puji Astuti, 2015).

4. Klasifikasi preeklampsia

Preeklampsia dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu ringan dan berat :

a. Preeklampsia ringan

Preeklampsia ringan yaitu munculnya hipertensi yang disertai dengan proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan. Gejala ini muncul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (sekumpulan penyakit yang berkaitan dengan vili korialis, terutama pada sel trofoblasnya dan berasal dari suatu kehamilan). Penyebab dari preeklampsia ringan

masih belum diketahui faktor penyebabnya. Apabila preeklampsia dikatakan ringan jika ditemukan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, yaitu kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih, dan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- 2) Edema umum, kaki, jari, tangan, dan wajah atau kenaikan BB 1 kg atau lebih per minggunya.
- 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih per liter, kualitatif 1+ atau 2+ pada urine kateter / midstream.

b. Preeklampsia berat

- 1) Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih proteinuria dan edema pada kehamilan usia 20 minggu atau lebih.
- 2) Preeklampsia bisa dikatakan berat apabila ditemukan tanda sebagai berikut :
 - a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih.
 - b) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter.
 - c) Oliguria jumlah urine ≤ 500 cc per 24 jam.
 - d) Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.
 - e) Ada edema paru dan sianosis.

5. Patofisiologis

Terjadinya spasme pembuluh darah arteriol menuju organ paling penting di dalam tubuh dapat menimbulkan.

- a. Gangguan metabolisme jaringan dapat terjadi karena metabolisme anaerobic lemak dan protein. Pembakaran yang tidak sempurna dapat menyebabkan pembentukan badan keton dan asidosis.
- b. Gangguan peredaran darah dapat menimbulkan nekrosis (kematian jaringan), perdarahan, dan edema jaringan.
- c. Mengecilnya aliran darah menuju retroplasenter sirkulasi yang dapat menimbulkan gangguan pertukaran CO_2 dan CO_2 yang menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

Perubahan pada patologi berbagai organ penting yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Perubahan hati : perdarahan yang tidak teratur, dapat terjadi nekrosis, thrombosis pada lobus hati.
- 2) Rasa nyeri di epigastrium karena perdarahan subkapsuler.
- 3) Retina : spasme arteriol, edema pada sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina), dapat menyebabkan penglihatan kabur.
- 4) Otak : spasme pembuluh darah pada arteriol otak yang menyebabkan anemia pada jaringan otak, perdarahan, dan nekrosis, dapat menimbulkan rasa nyeri pada bagian kepala yang berat.

- 5) Paru-paru : berbagai tingkat edema, bronkopneumonia sampai abses (nanah) yang dapat menimbulkan sesak nafas sampai sianosis.
- 6) Jantung : perubahan degenerasi lemak dan edema, perdarahan subendokardial dapat menimbulkan dekompensasi kardis sampai terhentinya fungsi jantung.
- 7) Aliran darah ke plasenta : spasme arteriol yang mendadak dapat menyebabkan asfiksia berat sampai terhentinya fungsi jantung.
- 8) Perubahan ginjal adalah spasme arteriol yang menyebabkan aliran darah ke ginjal dapat menurun sehingga filtrasi glomerulus menjadi berkurang, maka penyerapan air dan garam tubulus tetap terjadi pada retensi air dan garam, edema pada tungkai dan tangan ataupun paru pada orang lain.
- 9) Perubahan pembuluh darah. Permeabilitasnya terhadap protein maka protein makin tinggi sehingga terjadi vasasi protein ke jaringan; protein ekstrasvaskuler menarik air dan garam yang menimbulkan edema, hemokonsentrasi darah yang menyebabkan gangguan fungsi pada metabolisme tubuh dan thrombosis (Manuaba, 2010).

Pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah terutama penurunan plasenta, ginjal, hati, dan otak menurun sampai 40-60%. Perubahan ini dapat menyebabkan prostaglandin plasenta menjadi menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, dapat merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak

dan pelepasan rennin uterus. Bahan tropoblastik dapat menyebabkan terjadinya endotheliosis yang menyebabkan pelepasan tromboplastin.

Tromboplastin yang dilepaskan dapat mengakibatkan pelepasan tromboksan dan aktivasi agregasi trombosit deposisi fibrin. Pelepasan tromboksan akan menyebabkan terjadinya vasospasme sedangkan aktivasi / agregasi trombosit deposisi fibrin akan menyebabkan koagulasi intravascular yang mengakibatkan perfusi darah menurun dan komstitutif koagulatif. Adapun pada penurunan perfusi ginjal yakni menurunkan GFR dan dapat menimbulkan perubahan glomerulus, protein keluar melalui urine, asam urat menurun, garam dan air ditahan, tekanan osmotik plasma menurun, cairan keluar dari intravaskuler menyebabkan hemokonsentrasi, peningkatan hematokrit. Maka pada preeklampsia berat terjadi penurunan volume darah, edema berat dan berat badan naik dengan cepat. Sedangkan pada penurunan perfusi hati dapat menimbulkan gangguan fungsi hati, edema pada hepar dan hemoragik subkapsular menyebabkan ibu hamil mengalami nyeri epigastrium atau bahkan nyeri pada kuadran atas. Pada rupture hepar jarang terjadi, tetapi merupakan komplikasi SGOT dan SGPT yang meningkatkan vasospasme arteriola dan penurunan darah ke retina menimbulkan symptom visual skotoma dan pandangan kabur (Maryani & Yulianingsih, 2010).

6. Manifestasi Klinik

Biasanya tanda-tanda preeklampsia timbul dalam urutan :

pertambahan berat badan yang berlebihan, yang diikuti dengan edema, hipertensi, dan proteinuria.

Preeklampsia ringan : tidak ada gejala-gejala subjektif

Preeklampsia berat : sakit kepala didaerah frontal, diplopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, dan mual-muntah, nyeri tekan di hati.

Dengan adanya gejala seperti ini dan sering ditemukan pada preeklampsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa akan terjadi preeklampsia (Icesmi dan Margareth, 2013).

7. Diagnosis

Menurut (Angsar, 2009) preeklampsia dapat digolongkan sebagai preeklampsia berat bila ditentukan satu atau lebih gejala sebagai berikut :

1. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg.
2. Proteinuria lebih 5 g/24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif.
3. Oliguria, yaitu produksi urin < 500 cc/24jam.
4. Kenaikan kadar kreatinin plasma.
5. Penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma, dan pandangan kabur
6. Nyeri epigastrium.
7. Edema paru dan sianosis.
8. Hemolisis mikroangiopatik.
9. Trombositopenia berat.
10. Gangguan fungsi hepar.

11. Pertumbuhan janin intrauterine yang terhambat.

12. Sindrom HELPP.

8. Gambaran klinik

1. Pertambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan timbul proteinuria.

2. Gejala subjektif : sakit kepala di daerah frontal, nyeri Epigastrium, penglihatan kabur, skotoma, mual-muntah.

3. Gangguan serebral lainnya : reflek meningkat dan gelisah.

a. Pemeriksaan fisik : peningkatan tekanan darah dan reflek meningkat.

b. Pemeriksaan laboratorium, hasilnya menunjukkan proteinuria.

Adapun tes laboratorium, yang bisa dilakukan antara lain :

1) Pemeriksaan reagen urine = 1+ diikuti pemeriksaan urine 24 jam.

2) Pemeriksaan hemoglobin (wanita hamil 12-14mg/dL) dan hematokrit meningkat (normal: 37-47 vol %).

3) Hitung trombosit < 100.000 sel / mm³, programkan koagulasi di laboratorium.

4) Fibrinogen.

5) Produk pecahan fibrin.

6) PTT (Partial Prothrombin Time).

7) Tes fungsi hati :

a) Bilirubin meningkat (Normal : <1 mg/dL)

b) LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat.

c) Aspartat Aminotransferase (AST) >60 ul.

d) Serum Glutamat Oxaloacetic Transaminase (SGOT)

meningkat (Normal = <31 u/l).

e) Total protein serum menurun (Normal : 2,4-3,7 mg/dl).

8) Tes fungsi ginjal :

a) Total protein urine selama 24 jam dan kreatini klien.

b) Serum kreatinin.

c) Serum asam urat.

d) USG untuk kesejahteraan janin.

9. Pencegahan :

a. Kunci ; pemeriksaan antenatal yang teratur dan benar.

b. Pemberian penerangan / penyuluhan tentang :

1) Istirahat

2) Diet : protein tinggi, lemak rendah, karbohidrat cukup, garam rendah serta berat badan.

10. Tujuan :

Untuk mencegah terjadinya preeklampsia dan eklampsia serta janin hidup dengan trauma kecil.

11. Penanganan

Penanganan preeklampsia ringan dan berat sebagai berikut :

a. Preeklampsia ringan dapat dilakukan dengan 2 cara tindakan yaitu : dengan melakukan tindakan rawat jalan dan rawat inap serta upaya tim medis terhadap ibu hamil yang mengalami preeklampsia ringan dengan cara ibu dianjurkan untuk istirahat, diet protein, dan rendah karbohidrat. Sedangkan untuk tindakan rawat inap dengan berdasarkan kriteria : jika setelah 2 minggu tidak ada perubahan

maka preeklampsia ringan dianggap preeklampsia berat. Tetapi jika dalam masa perawatan ada perubahan sebelum 1 minggu dan kehamilan masa preterm maka si penderita tetap dirawat selama 2 hari baru dipulangkan.

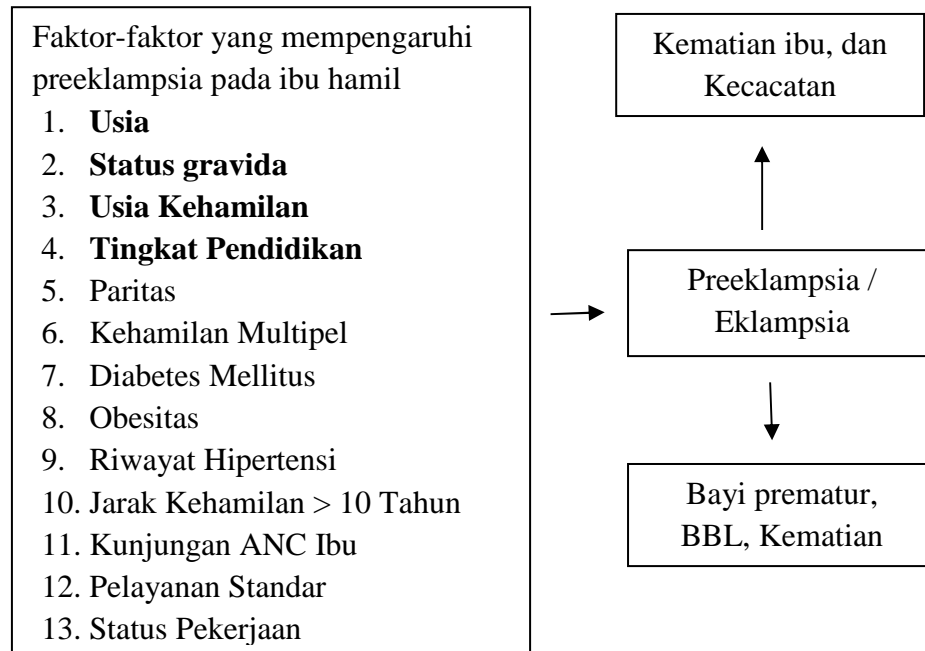
- b. Preeklampsia berat dapat dilakukan dengan 2 cara tindakan yaitu :
perawatan aktif adalah kehamilan yang harus dihentikan atau dengan cara terminasi secara medis. Sedangkan perawatan konservatif adalah kehamilan yang dipertahankan namun tetap mendapatkan bantuan medis.

12. Pemberian MgSO₄ pada preeklampsia dan eklampsia

- a. MgSO₄ 4 g I.V. sebagai larutan 40% selama 5 menit.
- b. Segera dilanjutkan dengan pemberian 10 g larutan MgSO₄ 50%, masing-masing 5 g di bokong kanan kiri pasien secara IM. Di tambah 1 ml lignokain 2% pada semprit yang sama. Pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO₄ 2 g (larutan 40%) IV selama 5 menit.
- c. Dosis pemeliharaan
 - 1) MgSO₄ 1-2 g per jam per infuse, 15 tetes / menit atau
 - 2) 5 g MgSO₄ I.M tiap 4 jam.
 - 3) Lanjutkan pemberian MgSO₄ sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang berakhir.
- d. Sebelum pemberian MgSO₄, periksa :
 - 1) Frekuensi pernafasan minimal 16x/m.
 - 2) Reflek patella (+)
 - 3) Urin minimal 30ml/jam dalam 4 jam terakhir.

- e. Hentikan pemberian MgSO_4 , periksa :
 - 1) Frekuensi pernafasan $< 16 \times / \text{m}$
 - 2) Reflek patella (-)
 - 3) Urin $< 30 \text{ ml}$ dalam 4 jam terakhir.
 - f. Siapkan antidotum : jika terjadi henti nafas lakukan ventilasi (masker dan balon, ventilator) berikan kalsium glukonat 1 g (20ml dalam larutan 10%) IV. Perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lahir.
 - g. Pemberian diazepam pada preeklampsia dan eklampsia
Pemberian melalui IV :
 - 1) Dosis awal
 - a) Diazepam 10mg IV pelan-pelan selama 2 menit.
 - b) Jika terjadi kejang berulang, ulangi dari dosis awal.
 - 2) Dosis pemeliharaan
 - a) Diazepam 40mg dalam 500ml larutan RL per infuse.
 - b) Depresi pernafasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis $> 30 \text{ mg/jam}$.
- Pemberian melalui rectum
- 1) Jika pemberian IV tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per rectal, dengan dosis awal 20mg dalam semprit 10ml.
 - 2) Jika masih terjadi kejang, maka beri tambahan 10mg/jam.
 - 3) Dapat pula diberikan melalui kateter urin yang dimasukkan kedalam rectum.

D. Kerangka Teori



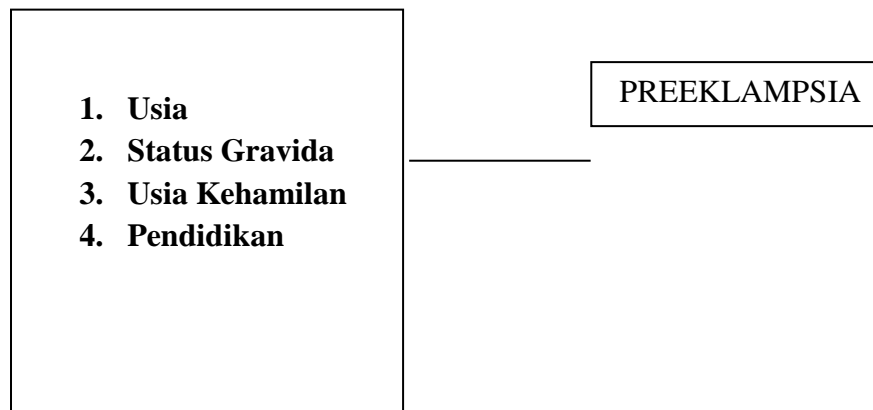
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Gambar : Bagan Kerangka Teori Gambaran Karakteristik Pada Ibu Hamil Yang Mengalami Preeklampsia Pada Ibu Hani.

Sumber : Royston & Armstrong, 2010; Taber, 2010; Zhang, 2011)

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan bahwa usia ibu hamil, gravida, usia kehamilan, dan pendidikan merupakan gambaran karakteristik pada ibu hamil resiko tinggi dengan preeklampsia berat.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Gambar : Bagan Kerangka Konsep Gambaran Karakteristik Pada Ibu Hamil Yang Mengalami Preeklampsia Pada Ibu Hamil.

Sumber : Menurut (Sinsin, 2008; Joseph, 2010; Hasmawati, 2012; Sulistiyawati, 2013)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Ruang Lingkup Penelitian

1. Ruang lingkup keilmuan

Ruang lingkup keilmuan dalam penelitian ini adalah ilmu Kebidanan.

2. Ruang lingkup materi

Ruang lingkup materi dalam penelitian ini adalah gambaran karakteristik ibu hamil resiko tinggi dengan preeklampsia berat (PEB).

3. Ruang lingkup sasaran

Dalam penelitian ini hanya dilakukan untuk ibu hamil yang mengalami preeklampsia.

4. Ruang lingkup tempat penelitian

Penelitian ini hanya dilakukan pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia di Puskesmas Margadana.

5. Ruang lingkup waktu penelitian

Peneliti melakukan penelitian pada bulan Desember 2020.

B. Rancangan dan Jenis Penelitian

1. Rancangan penelitian

Desain atau rancangan yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan metode survey rancangan cross sectional yaitu suatu penelitian dimana variable-variabel yang termasuk faktor resiko di observasi sekaligus pada waktu yang sama. Penelitian ini dimulai

dengan mengidentifikasi faktor resiko berdasarkan karakteristik, pengumpulan data, dan pengukuran data (Point Time Approach). Artinya, setiap data subjek penelitian ini hanya diobservasikan sekali saja dan pengukur ini dilakukan terhadap status karakter atau variable subjek penelitian pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010).

2. Jenis penelitian

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang akan dicapai maka dari jenis penelitian yang akan digunakan untuk penelitian adalah jenis penelitian deskriptif, yaitu dimana jenis penelitian deskriptif yang menggambarkan karakteristik pada ibu hamil resiko tinggi yang mengalami preeklampsia.

C. Populasi dan sampel penelitian

1. Populasi

Menurut Arikunto (2002), populasi adalah dari keseluruhan subjek penelitian. Populasi target yang ingin diteliti oleh peneliti, peneliti ini yaitu dari beberapa kasus ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat di Puskesmas Margadana dari hasil pemeriksaan ANC terpadu dinyatakan preeklampsia pada bulan Desember 2020 yaitu berjumlah 15 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi sehingga untuk pengambilan sampel harus menggunakan cara tertentu (Sugiyono, 2011). Pengambilan sampel dalam penelitian ini secara total sampling. Dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari register pasien pada

bulan Januari-Desember 2020, kemudian data dianalisis secara univariat.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2020 di Puskesmas Margadana dan berjumlah 15 responden.

D. Variabel penelitian dan definisi operasional

1. Variabel

Variabel merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri sifat atau ukuran yang dimiliki atau yang didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu, misalnya: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

2. Definisi Operasional (DO)

Definisi Operasional (DO) yaitu yang berisi komponen variabel yang akan diteliti, ditambah istilah yang dipakai untuk menghubungkan variabel maupun subjek penelitian yang bertujuan untuk memudahkan pengumpulan data atau pengamatan instrument yang berguna untuk menghindarkan dari perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel (Aryani, 2014).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Cara Pengukuran | Alat ukur | Hasil | Skala |
|--------------------|---|-----------------|-----------|--|---------|
| Usia Ibu | Lama hidup seseorang sejak dilahirkan. | Observasi | Kohort | 1. Usia reproduksi resiko tinggi (<20 th atau >35 th) 2. Usia reproduksi sehat (20 th -35 th) | Nominal |
| Gravida | Jumlah kehamilan yang pernah dialami responden. | Observasi | Kohort | 1. Primigravida <2x 2. Multigravida >1x 3. Grandemulti gravida >4x | Ordinal |
| Usia kehamilan | Ukuran lama waktu seorang janin berada didalam rahim ibu. | Observasi | Kohort | 1. TM III (28-40 gg) 2. TM II (12-28mgg) 3. TM I (0-12 mgg) | Ordinal |
| Tingkat pendidikan | Jenjang pendidikan terakhir yang pernah diperoleh oleh ibu. | Observasi | Kohort | 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan tinggi | Ordinal |

E. Jenis dan cara pengumpulan data

1. Jenis data

Jenis data yang digunakan dalam pengumpulan data adalah data sekunder. Data sekunder merupakan data yang diambil dari suatu sumber dan biasanya data tersebut sudah dikompilasi terlebih dahulu oleh instansi atau yang punya data. Dalam penelitian ini data yang dapat diambil adalah data tentang ibu hamil yang mengalami preeklampsia berat yang diperoleh dari hasil laporan bulanan Puskesmas Margadana Tegal.

2. Pengumpulan data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan data sekunder, atau data yang sudah ada di buku laporan dari Puskesmas Margadana Tegal.

F. Pengolahan data dan Analisa data

1. Pengolahan Data

a. *Editing* (Pengelompokkan Data)

Editing bertujuan untuk meneliti kembali jawaban yang ada agar jawaban menjadi lengkap yang dilakukan dilapangan tersebut, sehingga jika terjadi kekurangan atau ketidaksesuaian dapat segera dilengkapi dan disempurnakan.

b. *Coding* (Membuat Lembaran Kode)

Lembaran kode adalah instrument yang berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual. Lembaran yang berisi nomor responden dan nomor pertanyaan.

c. *Processing* (Memasukkan Data)

Jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program SPSS for window.

d. *Cleaning* (Pembersih Data)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau dari responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, kemudian dilakukan pembetulan.

2. Analisa Data

Dalam penelitian ini dapat menggunakan analisa univariat yaitu analisa yang dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik sebelum dilakukan analisa bivariat. Hasil penelitian ini dapat ditampilkan dengan bentuk distribusi frekuensi.

Dalam penelitian ini jenis datanya adalah kategorik yang hanya menjelaskan angka / nilai, jumlah dan presentasi masing-masing variabel, yaitu tentang karakteristik responden dan kejadian faktor yang mempengaruhi preeclampsia.

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

Keterangan : P : Presentase

f : Jumlah jawaban yang benar

n : Jumlah total pertanyaan

G. Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2014), masalah etika dalam penelitian merupakan suatu masalah yang sangat penting sehingga perlu dijelaskan dengan beberapa hal, antara lain :

1. Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan ini atau bahkan mencantumkan nama responden pada gambar atau hasil penelitian yang akan dihasilkan.

2. Confidentiality (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan suatu masalah etika yang memberikan jaminan kerahasiaan untuk hasil penelitian ini. Baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Keadaan Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Margadana merupakan salah satu dari 8 Puskesmas yang ada di Kota Tegal.

1. Batas – Batas wilayah di Puskesmas Margadana sebagai berikut :

| | |
|-----------------|--|
| Sebelah Utara | : Wilayah UPTD Puskesmas Tegal Barat |
| Sebelah Timur | : Wilayah UPTD Puskesmas Tegal Selatan |
| Sebelah Selatan | : Wilayah UPTD Puskesmas Bandung |
| Sebelah Barat | : Wilayah Puskesmas Kaligangsa |

2. Luas Wilayah

Luas wilayah kerja UPTD Puskesmas Margadana yaitu 534,145 Ha terdiri dari 4 kelurahan, yaitu :

| | |
|------------------|--------------|
| Margadana | : 241,63 Ha |
| Pesurungan Lor | : 182,625 Ha |
| Sumurpanggang | : 109,89 Ha |
| Kalinyamat Kulon | : 151,876 Ha |

Jumlah penduduk di wilayah UPTD Puskesmas Margadana Tahun 2020 sebanyak 35.942 jiwa. Penduduk laki-laki 17.275 jiwa dan penduduk perempuan 18.667 jiwa. Di wilayah UPTD Puskesmas Margadana ada 20 RW dan 118 RT, dengan jumlah Kepala Keluarga 5.120 KK.

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini disajikan dalam satu tingkatan analisis yaitu analisis univariat yang menggunakan distribusi frekuensi dari setiap variabel penelitian ini berdasarkan Usia, Status Gravida, Usia Kehamilan dan Tingkat Pendidikan.

1. Karakteristik ibu hamil berdasarkan usia ibu di Puskesmas Margadana Kota Tegal Tahun 2020

Tabel 4.1 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan usia ibu hamil di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

| Usia Ibu Hamil | PER | PEB | Jumlah | Prosentase |
|----------------------------|-----|-----|--------|------------|
| < 20 tahun atau > 35 tahun | 1 | 4 | 5 | 0,33 |
| 20 tahun – 35 tahun | 2 | 8 | 10 | 0,67 |
| Jumlah | | | 15 | 100% |

Sumber : Data sekunder

Berdasarkan tabel di atas bahwa prosentase pada karakteristik pada ibu hamil yang berdasarkan usia ibu hamil yaitu ibu hamil pada usia < 20 tahun yang mengalami PER tidak ditemukan kasus dan pada usia > 35 tahun yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 4 kasus dengan total yaitu sebanyak 5 kasus (0,33%), sedangkan ibu hamil yang usia reproduksi 20-35 tahun terutama yang mengalami PER pada usia 35 tahun sebanyak 2 kasus dan pada usia 35 tahun yang mengalami PEB sebanyak 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 10 kasus (0,67%).

2. Karakteristik ibu hamil berdasarkan status gravida di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

Tabel 4.2 Distribusi kasus ibu hamil berdasarkan status gravida di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

| Status Gravida | PER | PEB | Jumlah | Prosentase |
|------------------------|-----|-----|--------|------------|
| Primigravida < 2 | - | 2 | 2 | 0,13 % |
| Multigravida > 1 | 3 | 9 | 12 | 0,8 % |
| Grandemultigravida > 4 | - | 1 | 1 | 0,067% |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Sumber : Data sekunder

Berdasarkan tabel diatas bahwa prosentase pada karakteristik pada ibu hamil berdasarkan status gravida yaitu : ibu hamil yang primigravida < 2 dengan kasus PEB sebanyak 2 kasus (0,13%), ibu hamil yang mengalami multigravida > 1 dengan kasus PEB ada 9 kasus dan kasus dengan PER ada 3 kasus total sebanyak 12 kasus (0,8%), dan ibu hamil yang mengalami grandemultigravida >4 dengan kasus PEB sebanyak 1 kasus (0,067%).

3. Karakteristik ibu hamil berdasarkan usia kehamilan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

Tabel 4.3 Distribusi kasus berdasarkan usia kehamilan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

| Usia Kehamilan | PER | PEB | Jumlah | Prosentase |
|---------------------------|-----|-----|--------|------------|
| Trimester 3 (28-40 mgg) | 2 | 7 | 8 | 0,53 |
| Trimester 2 (12-28 mgg) | 1 | 6 | 7 | 0,47 |
| Trimester 1 (0-12 mgg) | - | - | 0 | 0 |
| Jumlah | | | 15 | 100% |

Sumber : Data sekunder

Berdasarkan tabel diatas bahwa prosentase pada karakteristik ibu hamil berdasarkan usia kehamilan yaitu ibu hamil trimester 3 (28-40 minggu) yang mengalami PER ada 2 kasus dan yang mengalami PEB ada 7 kasus dengan total yaitu sebanyak 8 kasus (0,53%), ibu hamil trimester 2 (12–28 minggu) yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 6 kasus dengan total yaitu sebanyak 7 kasus (0,47%), sedangkan ibu hamil trimester 1 (0–12 minggu) tidak ditemukan kasus (0%).

4. Karakteristik ibu hamil berdasarkan tingkat pendidikan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

Tabel 4.4 Distribusi kasus berdasarkan tingkat pendidikan Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020

| Tingkat Pendidikan | PER | PEB | Jumlah | Prosentase |
|--------------------|-----|-----|--------|------------|
| SD | 1 | 8 | 9 | 0,6 |
| SMP | - | 1 | 1 | 0,067 |
| SMA | 1 | 2 | 3 | 0,2 |
| Perguruan Tinggi | 1 | 1 | 2 | 0,13 |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Sumber : Data sekunder

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa prosentase pada karakteristik ibu hamil berdasarkan tingkat kependidikan yaitu ibu hamil yang berpendidikan SD mengalami PER ada 1 kasus dan ibu hamil yang mengalami PEB ada 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 9 kasus (0,6 %), Ibu hamil yang berpendidikan SMP mengalami PEB sebanyak 1 kasus (0,07%), dan ibu hamil yang berpendidikan SMA mengalami PER ada 1 kasus dan mengalami PEB ada 2 kasus dengan total yaitu sebanyak 3 kasus (0,2%) dan ibu hamil yang berpendidikan Perguruan Tinggi mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 1 kasus dengan total yaitu sebanyak 2 kasus (0,13%).

C. Pembahasan

Dalam penelitian ini menggambarkan tentang resiko tinggi pada preeklampsia ringan (PER) dan preeklampsia berat (PEB) dan karakteristik pada ibu hamil berdasarkan usia, gravida, usia kehamilan, dan tingkat pendidikan. Dalam penelitian ini adalah ibu-ibu hamil yang dapat diketahui melalui data sekunder dengan menggunakan kohort di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

D. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Umur, Status Gravida, Usia Kehamilan, dan Pendidikan

1. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa kelompok ibu hamil berdasarkan usia ibu terdapat pada ibu hamil sebagian besar ibu hamil pada usia < 20 tahun yang mengalami PER tidak ditemukan kasus dan pada usia > 35 tahun yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 4 kasus dengan total yaitu sebanyak 5 kasus (0,33%), sedangkan ibu hamil yang usia reproduksi 20-35 tahun terutama yang mengalami PER pada usia 35 tahun sebanyak 2 kasus dan pada usia 35 tahun yang mengalami PEB sebanyak 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 10 kasus (0,67%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutrimah (2014) yang menunjukkan bahwa prosentase umur ibu dengan kejadian preeklampsia pada umur 20-35 tahun lebih banyak yaitu 51% dibandingkan dengan umur ≤ 20 tahun atau ≥ 35 tahun yaitu sebanyak 46,7%.

Berbeda dengan penelitian Salim (2005) yang menyebutkan usia ibu hamil < 20 tahun atau > 35 tahun beresiko 3,615 kali lebih besar untuk

mengalami preeklampsia. Serta hasil penelitian Ferida (2007) menyimpulkan bahwa ibu hamil dengan usia yang sama beresiko 3,659 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia. Oleh karena itu, apabila usia ibu saat hamil termasuk usia yang beresiko maka ibu harus melakukan pemeriksaan antenatal dan juga konseling kesehatan ke petugas pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mencegah dan melakukan penanganan yang tepat apabila terjadi preeklampsia kehamilan.

Menurut saifuddin (2008), bahwa jika ingin memiliki kesehatan reproduksi yang sehat maka harus menghindari “4 Terlalu” dari 4T tersebut ada yang termasuk dengan usia ibu yang beresiko yaitu T yang pertama usia terlalu muda artinya hamil di usia yang kurang dari 20 tahun bisa terjadi keguguran, preeklampsia, bayi berat lahir rendah, dan bayi lahir sebelum waktunya. Sedangkan T yang kedua yaitu usia terlalu tua artinya hamil diatas usia 35 tahun. Kemungkinan resiko yang terjadi pada usia 35 tahun ke atas juga bisa terjadi komplikasi pada kehamilan diantaranya : keguguran, preeklampsia ringan, preeklampsia berat atau eklampsia, perdarahan, bayi berat lahir rendah dan cacat bawaan.

Usia reproduksi pada seorang wanita adalah 20-35 tahun yang merupakan periode yang paling aman untuk ibu hamil dan melahirkan karena resiko komplikasi pada usia tersebut masih rendah. Usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun sebagai usia resiko tinggi untuk mengalami komplikasi kehamilan. Pada usia kurang dari 20 tahun ukuran uterus juga belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan sehingga kemungkinan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti preeklampsia menjadi lebih besar. Sedangkan pada usia yang lebih dari 35 tahun dapat terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan

struktural dan perubahan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah sehingga lebih rentan mengalami terjadinya preeklampsia.

2. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Status Gravida

Dari tabel 4.2 dapat diketahui bahwa kelompok ibu hamil berdasarkan status gravida terdapat pada ibu hamil hampir sebagian dari ibu hamil merupakan primigravida < 2 dengan kasus PEB sebanyak 2 kasus (0,13%), ibu hamil yang mengalami multigravida > 1 dengan kasus PEB ada 9 kasus dan kasus PER ada 3 kasus jadi total sebanyak 12 kasus (0,8%), dan ibu hamil yang mengalami grandemultigravida > 4 sebanyak 1 kasus (0,067%).

Penelitian Hasmawati di tahun 2012 memperoleh hasil dari 233 orang pada multigravida yang mengalami preeklampsia sebesar 42,2% dan dari 123% orang pada primigravida sebagian besar mengalami preeklampsia sebanyak 64,2%. Status gravida sangat menentukan untuk terjadinya preeklampsia pada ibu hamil sehingga pada primigravida juga memiliki peluang yang lebih besar untuk terjadinya preeklampsia bila dibandingkan multigravida. Maka dalam hal ini pada kehamilan primigravida sangat diperlukan pengawasan yang lebih tetapi tidak mengabaikan pada kehamilan multigravida.

Penderita preeklampsia di Puskesmas Margadana Tegal berdasarkan hasil penelitian ini banyak terjadi pada multigravida, dengan kasus (0,8%) yang terdiri dari kehamilan dengan Gravida 2, Gravida 3, Gravida 4, Gravida 5. Dan (0,13%) terjadi pada primigravida (Gravida 1) tetapi secara keseluruhan kasus multigravida lebih besar dari pada kasus primigravida.

Secara teori, primigravida lebih beresiko mengalami preeklampsia dibandingkan multigravida karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Hal ini dapat terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan bloking antibody yang dilakukan oleh HLA-G (Human Leukocyte Antigen G) terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trooblas ke jaringan desidua ibu menjadi terganggu. Primigravida juga rentan mengalami stress dalam menghadapi persalinan yang akan stimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek dari kortisol adalah meningkatkan respon simpatik, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat.

3. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan

Dari tabel 4.3 dapat diketahui bahwa kelompok ibu hamil berdasarkan usia kehamilan terdapat pada ibu hamil yang trimester 3 (28-40 minggu) yang mengalami PER ada 2 kasus dan yang mengalami PEB ada 7 kasus dengan total yaitu sebanyak 8 kasus (0,53%), ibu hamil trimester 2 (12–28 minggu) yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 6 kasus dengan total yaitu sebanyak 7 kasus (0,47%), sedangkan ibu hamil trimester 1 (0–12 minggu) tidak ditemukan kasus (0%).

Usia kehamilan yang menderita preeklampsia / eklampsia pada penelitian ini terbanyak pada umur kehamilan trimester III yaitu usia 28-40 minggu. Penelitian lain menunjukkan bahwa ibu hamil yang kehamilannya > 28 minggu mempunyai peluang 26,270 kali untuk mengalami preeklampsia berat dibandingkan dengan ibu hamil yang usia kehamilannya < 28 minggu.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa PEB biasanya muncul setelah usia kehamilan 28 minggu ataupun lebih dengan gejalanya merupakan penambahan berat badan yang berlebihan, dapat diikuti oleh oedema, hipertensi dan akhirnya proteinuria. Jika dapat terjadi dibawah usia kehamilan 20 minggu dapat dikategorikan hipertensi kronis (Joseph, 2010).

4. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Dari tabel 4.4 dapat diketahui bahwa kelompok ibu hamil yang berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar ibu hamil yang berpendidikan SD mengalami PER ada 1 kasus dan ibu hamil yang mengalami PEB ada 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 9 kasus (0,6 %), Ibu hamil yang berpendidikan SMP mengalami PEB sebanyak 1 kasus (0,07%), dan ibu hamil yang berpendidikan SMA mengalami PER ada 1 kasus dan mengalami PEB ada 2 kasus dengan total yaitu sebanyak 3 kasus (0,2%) dan ibu hamil yang berpendidikan Perguruan Tinggi mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 1 kasus dengan total yaitu sebanyak 2 kasus (0,13%).

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi juga dapat memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan alasan berfikir sejauh mana keuntungan yang akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Sedangkan perempuan yang sudah lagi tidak menyakini atau sudah longgar keyakinannya dengan adat istiadat. Mereka juga lebih mudah mengadopsi informasi tentang kesehatan dari bidan atau tenaga kesehatan, media cetak, televisi dan elektronik (Juariah, 2009).

Hasil penelitian diatas sejalan dengan penelitian Nurhusna yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian preeklampsia. Pendidikan rendah yang mempunyai resiko terjadinya preeklampsia 2-3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pendidikan tinggi. Sehingga perlu adanya dukungan dari tenaga kesehatan untuk melakukan penyuluhan atau edukasi baik personal maupun kelompok kepada wanita usia subur (WUS), pasangan usia subur dan keluarga ibu hamil terkait bahaya preeklampsia dan pencegahannya serta penyakit lain yang disebabkan oleh kehamilan. Teori kehamilan mengatakan bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan atau usaha untuk meningkatkan kepribadian, sehingga proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia. Hal ini dikarenakan pendidikan bagi kaum wanita sangatlah penting terlebih lagi bagi ibu hamil. Dengan pendidikan ini yang menjadi lebih baik maka sangatlah membantu ibu hamil dalam mengetahui apa yang terjadi dalam dirinya dan janinnya sehingga kehamilan akan menjadi lebih aman. Sikap dan tingkah laku dapat berubah seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan dimana tingkat pendidikan ini merupakan salah satu indikator sosial dalam suatu masyarakat (Langelo, dkk, 2013).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian dan pembahasan tentang gambaran karakteristik pada ibu hamil terhadap resiko tinggi pada preeklampsia ringan (PER) dan Preeklampsia Berat (PEB) di Puskesmas Margadana Tegal tahun 2020.

1. Karakteristik responden berdasarkan umur ibu sebagian besar merupakan kelompok ibu hamil yang berusia 20-35 tahun sebanyak 10 kasus (6,67%).
2. Karakteristik responden berdasarkan status gravida sebagian besar merupakan kelompok ibu hamil yang multigravida > 1 yaitu sebanyak 12 kasus (0,8%).
3. Karakteristik responden berdasarkan usia kehamilan sebagian besar merupakan kelompok ibu hamil yang trimester 3 yaitu sebanyak 8 kasus (0,53%).
4. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar merupakan kelompok ibu hamil yang tingkat pendidikannya SD sebanyak 9 kasus (0,6%).

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan lebih meningkatkan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam penyusunan tugas akhir, seperti melengkapi referensi yang dibutuhkan.

2. Manfaat Praktisi

d. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa khususnya Akbid pada umumnya yang ingin melakukan penelitian serupa diharapkan menambah sampel dan variabel atau wilayah penelitian dapat diperluas sehingga semua karakteristik responden dapat tercukupi.

e. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan lebih meningkatkan kerjasama dengan tokoh masyarakat untuk memberikan penyuluhan secara rutin kepada masyarakat di wilayah binaannya.

f. Bagi Masyarakat

Diharapkan ini menjadi masukan terutama untuk kader atau bidan agar selalu memberikan penyuluhan rutin tentang kesehatan ibu agar dapat mendeteksi secara dini pada kesehatan ibu, melakukan screening hipertensi terhadap pasien hamil yang mempunyai faktor resiko terhadap kejadian preeklampsia.

g. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya agar dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi dan peneliti selanjutnya hendaknya memanfaatkan variabel bebas lebih dari satu sehingga dapat diketahui yang dominan atau variabel yang tidak dominan yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriaanz, dkk. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pusaka Sarwono Peawirohardjo.
- AiYeyehRukiyah,LiaYulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 (Patologi)* Trans Info Media,Jakarta.
- Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Aryani, Ayu putri. 2014. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bobak, Irene M, dkk, 2000. *Perawatan Maternitas dan Ginekologi*. Bandung : YIA-PKP.
- Data Puskesmas Margadana, 2020. *Angka Kematian Ibu hamil*. Puskesmas Margadana .
- Dinkes Kota Tegal, 2019. *Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Di Kota Tegal*. Dinkes Kota Tegal.
- Dinkes Provinsi Jateng, 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*.
- Depkes, 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Buku Pedoman Pelayanan Dasar*. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga,Jakarta.
- Djamil RM,Tahun P, Denantika O, Serudji J,Revilla G. *Hubungan Status Gravia dan UsiaIbuterhadapKejadian Preeklampsia*2015;4(1):212-7
- Dr.Gita Maya Koemara Sakti, MHA. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*, Jakarta.
- Elizabeth, dkk, 2016. *Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Dengan PreEklampsia Berat*. Jurnal Kesehatan, Volume 9 Nomor2, Oktober2016.
- Hasmawati, Dessy. (2012).*Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Kehamilan* di RSUD Embung Fatimah Kota Batam. Batam : Universitas Batam.Jurnal FK Unand.
- Icesmi Sukarni K- Margareth ZH. 2013. *Kehamilan Persalinan dan Nifas*. Nuha Medika, Yogyakarta, Agustus 2013.
- Juariah,2009. *Antara Bidan dan Dukun*.Jakarata : Majalah Bidan Volume XIII
- Joseph,2010.*Ginekologi & Obstetri (Obsgyn)*.Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kementrian Kesehatan RI, 2015. *Profil Kesehatan IndonesiaTahun 2015*. Jakarta: Kementrian Indonesia Kesehatan Republik Indonesia.
- Langelo, Wahyuni, 2013. *Faktor Resiko Kejadian Preeklampsia di RSDK Ibu dan Anak Siti Fatimah, Makassar Tahun 2011-2012*. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Marniati, dkk. 2016. *Analisis Hubungan Usia, Status Gravida, dan Usia Kehamilan dengan Pre Eklampsia pada Ibu Hami di Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Provinsi Aceh*. Journal of Healthcare Technology and Medicine vol. 2 No.1 April 2016 Universitas Ubudiyah Indonesia. E-ISSN : 2615-109X.
- Manuaba,I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan,Penyakit Kandungan dan Kebidanan untuk Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta.
- Maryunani Anik,dkk.,2016.*Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi Dan Komplikasi) Dalam Kebidanan/Anik Maryunani ; Jakarta. TIM, 2016.*
- Mitayani, 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*, Jakarta : Salemba Medika.
- Nasrudin A Mappaware, dkk, 2019. *Preeklampsia Berat dengan Prematuritas Pada Post Seksio Sesarea Ditinjau dari Aspek Medis, Kaidah Dasar*

- Bioetik, dan Perspektif Islam*. UMJ Medical Journal : Jurnal kedokteran, Vol.4 No.2 (Desember 2019) : P-ISSN : 2548-4079 / E-ISSN 2685-7561.
- Pratiwi, Ika. 2014. *Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Wonosari* : Skripsi D IV Bidan Pendidik Stikes Aisyiyah Yogyakarta.
- Retno, 2012. *Faktor Resiko Kejadian Pre Eklampsia Berat pada Ibu Hamil di RSUD Dr.Moewardi*. Jurnal Kesehatan, Vol 5 Nomor 1. Edisi Juni 2012.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2008). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo.
- Septiasih, 2018. *Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Wonosari Kabupaten Gunung Kidul* : Skripsi D IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta 2017.
- Shawal Aulia, 2019. *Faktor-faktor karakteristik preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Muhammdiyah Palembang*. Palembang : Universitas Muhammdiyah Palembang.
- Sinsin, lis. 2008. *Masa Kehamilan Dan Persalinan*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Sofian, 2011. *Sinopsis Obstetri Jilid1*. Jakarta : EGC.
- Sri Yun Utama, 2007. *Faktor Resikoyang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di RSD Raden Mattaher Jambi*, Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi Vol.8 No. 2 Juli 2008.
- Sri Puji Astuti, 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Pamulang Kabupaten Tangerang Selatan* 2015.
- Sulin, 2009. *Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Ibu Hamil*. Jakarta.
- Sulistiyawati, 2011. *Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri*.
- Sulistiyawati, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.
- Supriandono, Agung, 2001. *Terjadilah Preeklampsia Berat*. Jurnal RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- Telly Katharina, Katarina lit, 2015. *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Preeklampsia Rumah Sakit Bhayangkara Pontianak*. Jurnal kebidanan-ISSN 2252-B121, Vol. 6 No. 1 Mei 2016.
- Warouw, PC, dkk. 2014. *Karakteristik Preeklampsia Di RSUP Pro. Dr. R.D. Kandou Manado*. Jurnal Kedokteran Klinik, Vol. 4 No. 1, Januari-Juni 2016.
- Wiknjosastro, Hanifa, (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yogi, ED, dkk. 2011. *Hubungan Antara Usia Dengan Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah Utara*.

**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL RESIKO TINGGI
PREEKLAMPSIA RINGAN (PER) DAN PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DIPUSKESMAS MARGADANA KOTA TEGAL
TAHUN 2020**

Irfa' Zahrotun Na'im, Umi Baroroh, Dwi Haryati
Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal
Jl. Mataram No.9, Kota Tegal,
Telp : (0283)352000
Email : Irfazahrotunmustaqim2627@gmail.com

Abstrak : Preeklampsia berat (PEB) merupakan salah satu komplikasi yang ditandai dengan adanya hipertensi TD 160/100 mmHg atau lebih yang disertai dengan proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik ibu hamil dengan PER dan PEB di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Rancangan dan jenis penelitian ini adalah survey rancangan cross sectional, jenis data yaitu data sekunder yang diperoleh dari kohort. Populasi dalam penelitian ini, seluruh ibu hamil dengan PER dan PEB yang berjumlah 15 orang dan pengambilan sampel secara total sampling. Hasil penelitian yang didapat bahwa dari segi karakteristik ibu hamil yang mengalami resiko tinggi sebagian besar ibu hamil yang beresiko umur 20-35 tahun (6,67%), multigravida (0,8%), Trimester III 28-40 minggu (0,47%), dan yang berpendidikan SD (0,6%). Disarankan agar ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin oleh tenaga kesehatan supaya mendeteksi secara dini tanda-tanda dan gejala pada komplikasi kehamilan terutama preeklampsia.

Kata Kunci : Usia ibu, Status Gravida, Usia Kehamilan, Pendidikan.

Abstract : Severe preeclampsia is the one of complication which is characteristics by the presence of hypertension TTD 160/100 mmHg or more accompanied by proteinuria and edema in pregnancy 20 weeks or more. This research aim to determine the characteristics of pregnant women with mild preeclampsia and severe preeclampsia in public health center in Margadana at Tegal on 2020, this research using descriptive metode. The design an type at this research is a cross section design survey, type of data, namely secondary data obtained by kohort. Populasi in this research all pregnant women with mild preeclampsia and severe preeclampsia amounting to 15 people and total sampling. The results showe that in terms of the characteristics of pregnant women who experience high risk, most of the pregnant women who are at risk are aged 20 to 35 years (6,67%), Multigravida (0,8%), Trimester III 28-40 weeks (0,47%) and those with primary school education (0,6%). It is recommended that pregnant women carry out regular pregnancy examinations by health personnel so that they can detect signs and symptoms of pregnancy complications, especially preeclampsia early.

Keywords : Maternal Age, Gravida Status, Gestational Age, Education Level.

PENDAHULUAN

Preeklampsia merupakan salah satu keadaan hipertensi yang dapat terjadi pada ibu hamil. Preeklampsia merupakan toksemia pada kehamilan lanjut yang dapat ditandai oleh preeklampsia penyebab lain diantaranya: hipertensi, edema, dan proteinuria. Preeklampsia merupakan gangguan kehamilan akut yang dapat terjadi saat ante, intra, atau bahkan postpartum. Preeklampsia dan eklampsia yaitu suatu penyebab kematian ibu hamil dan perinatal yang tertinggi terutama di Negara berkembang. Kematian akibat eklampsia meningkat lebih tajam dibandingkan tingkat preeklampsia berat. Kejadian preeklampsia dan eklampsia sangat bervariasi di setiap Negara bahkan di setiap daerah. Dijumpai berbagai preeklampsia yang dapat mempengaruhinya termasuk: jumlah primigavida, terutama pada primigravida muda, hidramnion, hamil kembar, mola hidatidosa, diabetes mellitus, kegemukan, jumlah usia ibu lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010).

Preeklampsia merupakan suatu penyebab kematian kedua terbesar pada kehamilan di dunia. Di Negara maju angka kejadian preeklampsia sekitar 6-7%, sedangkan angka kejadian eklampsia di Indonesia sekitar 3,4-8,5%. Tingginya angka kejadian eklampsia sebagai akibat perkembangan dari PEB yang tidak terkontrol maka dari itu mengantisipasi terhadap resiko preeklampsia dan eklampsia (Retno, 2012).

Upaya penanganan preeklampsia dan kualitasnya di Indonesia masih beragam diantara praktisi dan rumah sakit. Hal ini disebabkan bukan karena belum ada teori yang mampu menjelaskan pathogenesis penyakit ini secara jelas, namun juga dapat mengakibatkan kurangnya kesiapan sarana dan prasarana di daerah tersebut. Peran bidan dalam

mencegah preeklampsia pada kehamilan untuk mengurangi faktor risiko dengan melakukan deteksi dini faktor resiko, memberikan konseling kepada ibu untuk mengatur usia reproduksi sehat ibu (20-35 tahun), mengatur berat badan ibu, serta memberikan pemeriksaan ibu hamil (ANC) minimal 4 kali (Trimester I = 1 kali, Trimester II = 1 kali, Trimester III = 2 kali), melakukan rujukan bila terjadi kegawatdaruratan pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas sedangkan untuk persalinan dan nifas bidan juga memiliki peran penting yaitu mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi, memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf. Melakukan pemantauan masa nifas dengan melakukan kunjungan rumah sampai masa nifas selesai (KemenKes, 2015).

Untuk keberhasilan upaya kesehatan ibu, dapat dilihat dari suatu preeklampsia Angka Kematian Ibu (AKI) ini mencerminkan suatu resiko yang dihadapi oleh ibu-ibu selama kehamilan sampai dengan pasca persalinan yang dapat dipengaruhi oleh status gizi pada ibu, keadaan ekonomi, keadaan sehat yang kurang baik pada saat menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan persalinan, tersedianya dan penggunaan fasilitas kesehatan termasuk suatu pelayanan prenatal dan preeklampsia. Tingginya angka kematian ibu dapat menunjukkan keadaan preeklampsia ekonomi yang rendah dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk juga pelayanan prenatal dan preeklampsia yang rendah. Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambatnya mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan serta terlambat

mencapai fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga merupakan salah satu dari kriteria 4 “Terlalu” yaitu terlalu muda (<20 tahun, terlalu banyak (>4 anak), terlalu tua (>35 tahun), terlalu rapat dengan jarak kelahiran (<2 tahun) (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007 angka kematian ibu adalah 233 per 100.000 kelahiran hidup, yang disebabkan karena salah satunya adalah preeklampsia dan eklampsia (Djuwita, 2011). Di Indonesia preeklampsia berat dan eklampsia merupakan penyebab kematian ibu sekitar 1,5 sampai 25% sedangkan kematian bayi antara 45 sampai 50%. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan otak, payah jantung atau payah ginjal, dan aspirasi cairan lambung atau edema paru-paru. Sedangkan kematian bayi adalah asfiksia intrauterine dan persalinan prematuritas (Manuaba, 2010).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017 sebanyak 475 kasus, yang mengalami penurunan dibandingkan dengan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 602 kasus. Dengan demikian Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah mengalami penurunan dari 109,65 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Penyebab kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah yaitu perdarahan sebesar 30,37%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 32,97%, lain-lain 19,09%, gangguan sistem peredaran darah sebesar 12,36%, infeksi 4,34% dan gangguan preeklampsia 0,87%. Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 sebesar 99,99% per 100.000 kelahiran hidup, sama dengan AKB pada tahun 2016. Kabupaten / kota dengan AKB yang paling terendah adalah kota Surakarta yaitu 3,36 kasus per 100.000

kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Jumlah angka kematian bayi (AKB) di Kota Tegal sebanyak 94 kasus atau 2.310 kasus per 1000 kelahiran hidup, jumlah ini meningkat dibandingkan dengan jumlah kematian bayi pada tahun 2019 yaitu sejumlah 8,22 kasus atau 4.461 kasus per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan jumlah angka kematian ibu (AKI) di Kota Tegal tahun 2020 sebesar 14 kasus atau 238 kasus per 100.000 kelahiran hidup, angka ini juga meningkat drastis dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 76,93 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Tegal, 2019).

Data Puskesmas Margadana tahun 2020, total ibu hamil selama 1 tahun yaitu 478 orang, ibu hamil yang mengalami kehamilan beresiko tinggi yaitu 96 orang dan urutan ke-5 di Kota Tegal. Antara lain usia ibu <20 tahun yaitu 14 orang, hamil setelah menikah >4 tahun yaitu 1 orang, jarak kehamilan <2 tahun yaitu 5 orang, hamil usia >35 tahun yaitu 10 orang, KEK yaitu 10 orang, anemia yaitu 9 orang, TB Paru yaitu 2 orang, PEB yaitu 15 orang, IUFD yaitu 2 orang, serotinus yaitu 9 orang, perdarahan yaitu 2 orang, eklampsia 4 orang dan lain-lain sebanyak 13 orang (Puskesmas Margadana Tegal, 2020).

Melihat tingginya angka morbiditas dan mortalitas ibu maka peneliti tertarik untuk mengetahui tentang gambaran karakteristik yang mempengaruhi preeklampsia berat pada ibu hamil di Puskesmas Margadana.

Berdasarkan data dan fenomena tersebut di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Resiko Tinggi Dengan Preeklampsia Ringan dan Preeklampsia Berat di Puskesmas Margadana Tahun 2020”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode survey rancangan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah dari beberapa kasus ibu hamil yang mengalami resiko tinggi dengan preeklampsia berat di Puskesmas Margadana dari hasil pemeriksaan ANC terpadu dinyatakan preeklampsia pada bulan Januari-Desember 2020 yaitu berjumlah 15 orang.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini adalah penelitian dengan menggunakan metode survey rancangan cross sectional. Penelitian ini dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan atau menggambarkan karakteristik sebelum dilakukan analisis bivariat. Hasil penelitian ini dapat ditampilkan dengan bentuk distribusi frekuensi.

Adapun hasil penelitiannya adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik ibu hamil berdasarkan golongan umur di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

Tabel 1 Distribusi Kasus Ibu Hamil Berdasarkan Golongan Umur Di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

| Usia ibu Hamil | PER | PEB | Jumlah | Prosentase |
|----------------------------|-----|-----|--------|------------|
| < 20 tahun atau > 35 tahun | 1 | 4 | 5 | 0,33 |
| 20 tahun-35 tahun | 2 | 8 | 10 | 0,67 |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa prosentase pada karakteristik pada ibu hamil yang berdasarkan usia ibu hamil yaitu ibu hamil pada usia < 20 tahun yang mengalami PER tidak ditemukan kasus dan pada usia > 35 tahun yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 4 kasus dengan total yaitu sebanyak 5 kasus (0,33%), sedangkan ibu hamil

yang usia reproduksi 20-35 tahun terutama yang mengalami PER pada usia 35 tahun sebanyak 2 kasus dan pada usia 35 tahun yang mengalami PEB sebanyak 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 10 kasus (0,67%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sutrimah (2014) yang menunjukkan bahwa prosentase umur ibu dengan kejadian preeklampsia pada umur 20-35 tahun lebih banyak yaitu 51% dibandingkan dengan umur ≤ 20 tahun atau ≥ 35 tahun yaitu sebanyak 46,7%.

Berbeda dengan penelitian Salim (2005) yang menyebutkan usia ibu hamil < 20 tahun atau > 35 tahun beresiko 3,615 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia. Serta hasil penelitian Ferida (2007) menyimpulkan bahwa ibu hamil dengan usia yang sama beresiko 3,659 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia. Oleh karena itu, apabila usia ibu saat hamil termasuk usia yang beresiko maka ibu harus melakukan pemeriksaan antenatal dan juga konseling kesehatan ke petugas pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mencegah dan melakukan penanganan yang tepat apabila terjadi preeklampsia kehamilan.

Menurut saifuddin (2008), bahwa jika ingin memiliki kesehatan reproduksi yang sehat maka harus menghindari “4 Terlalu” dari 4T tersebut ada yang termasuk dengan usia ibu yang beresiko yaitu T yang pertama usia terlalu muda artinya hamil di usia yang kurang dari 20 tahun bisa terjadi keguguran, preeklampsia, bayi berat lahir rendah, dan bayi lahir sebelum waktunya. Sedangkan T yang kedua yaitu usia terlalu tua artinya hamil diatas usia 35 tahun. Kemungkinan resiko yang terjadi pada usia 35 tahun ke atas juga bisa terjadi komplikasi pada kehamilan diantaranya : keguguran, preeklampsia ringan, preeklampsia berat atau eklampsia, perdarahan,

bayi berat lahir rendah dan cacat bawaan.

Usia reproduksi pada seorang wanita adalah 20-35 tahun yang merupakan periode yang paling aman untuk ibu hamil dan melahirkan karena resiko komplikasi pada usia tersebut masih rendah. Usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun sebagai usia resiko tinggi untuk mengalami komplikasi kehamilan. Pada usia kurang dari 20 tahun ukuran uterus juga belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan sehingga kemungkinan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti preeklampsia menjadi lebih besar. Sedangkan pada usia yang lebih dari 35 tahun dapat terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan struktural dan perubahan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah sehingga lebih rentan mengalami terjadinya preeklampsia.

2. Karakteristik ibu hamil berdasarkan golongan status gravida di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

Tabel 2 Distribusi Kasus Ibu Hamil Berdasarkan Golongan Status Gravida Di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

| Status gravida | PER | PEB | Kasus | Prosentase |
|-----------------|-----|-----|-------|------------|
| Primi < 2 | - | 2 | 2 | 0,13 |
| Multi > 1 | 3 | 9 | 12 | 0,8 |
| Grande Multi >4 | - | 1 | 1 | 0,067 |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas bahwa prosentase pada karakteristik pada ibu hamil berdasarkan status gravida yaitu : ibu hamil yang primigravida < 2 dengan kasus PEB sebanyak 2 kasus (0,13%), ibu hamil yang mengalami multigravida > 1 dengan kasus PEB ada 9 kasus dan kasus dengan PER ada 3 kasus total sebanyak 12 kasus (0,8%), dan ibu hamil yang mengalami

grandemultigravida >4 dengan kasus PEB sebanyak 1 kasus (0,067%).

Penelitian Hasmawati di tahun 2012 memperoleh hasil dari 233 orang pada multigravida yang mengalami preeklampsia sebesar 42,2% dan dari 123% orang pada primigravida sebagian besar mengalami preeklampsia sebanyak 64,2%. Status gravida sangat menentukan untuk terjadinya preeklampsia pada ibu hamil sehingga pada primigravida juga memiliki peluang yang lebih besar untuk terjadinya preeklampsia bila dibandingkan multigravida. Maka dalam hal ini pada kehamilan primigravida sangat diperlukan pengawasan yang lebih tetapi tidak mengabaikan pada kehamilan multigravida.

Penderita preeklampsia di Puskesmas Margadana Tegal berdasarkan hasil penelitian ini banyak terjadi pada multigravida, dengan kasus (0,8%) yang terdiri dari kehamilan dengan Gravida 2, Gravida 3, Gravida 4, Gravida 5. Dan (0,13%) terjadi pada primigravida (Gravida 1) tetapi secara keseluruhan kasus multigravida lebih besar dari pada kasus primigravida.

Secara teori, primigravida lebih beresiko mengalami preeklampsia dibandingkan multigravida karena preeklampsia biasanya timbul pada wanita yang pertama kali terpapar virus korion. Hal ini dapat terjadi karena pada wanita tersebut mekanisme imunologik pembentukan bloking antibody yang dilakukan oleh HLA-G (Human Leukocyte Antigen G) terhadap antigen plasenta belum terbentuk secara sempurna, sehingga proses implantasi trooblas ke jaringan desidua ibu menjadi terganggu. Primigravida juga rentan mengalami stress dalam menghadapi persalinan yang akan stimulasi tubuh untuk mengeluarkan kortisol. Efek dari kortisol adalah meningkatkan respon

simpatis, sehingga curah jantung dan tekanan darah juga akan meningkat.

3. Karakteristik ibu hamil berdasarkan golongan usia kehamilan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

Tabel 3 Distribusi Kasus Ibu Hamil Berdasarkan Golongan Usia Kehamilan Di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

| Usia kehamilan | PER | PEB | Kasus | prosentase |
|-----------------------|-----|-----|-------|------------|
| TM III (28-40 mgg) | 2 | 7 | 8 | 0,53 |
| TM II (12-18 mgg) | 1 | 6 | 7 | 0,47 |
| TM I (0-12 mgg) | - | - | 0 | 0 |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas bahwa prosentase pada karakteristik ibu hamil berdasarkan usia kehamilan yaitu ibu hamil trimester 3 (28-40 minggu) yang mengalami PER ada 2 kasus dan yang mengalami PEB ada 7 kasus dengan total yaitu sebanyak 8 kasus (0,53%), ibu hamil trimester 2 (12–28 minggu) yang mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 6 kasus dengan total yaitu sebanyak 7 kasus (0,47%), sedangkan ibu hamil trimester 1 (0–12 minggu) tidak ditemukan kasus (0%).

Usia kehamilan yang menderita preeklampsia / eklampsia pada penelitian ini terbanyak pada umur kehamilan trimester III yaitu usia 28-40 minggu. Penelitian lain menunjukkan bahwa ibu hamil yang kehamilannya > 28 minggu mempunyai peluang 26,270 kali Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa PEB biasanya muncul setelah usia kehamilan 28 minggu ataupun lebih dengan gejalanya merupakan pertambahan berat badan yang berlebihan, dapat diikuti oleh oedema, hipertensi dan akhirnya proteinuria. Jika dapat terjadi dibawah usia kehamilan 20 minggu dapat dikategorikan hipertensi kronis (Joseph, 2010).

4. Karakteristik ibu hamil berdasarkan golongan tingkat pendidikan di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

Tabel 4 Distribusi Kasus Ibu Hamil Berdasarkan Golongan Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Margadana Tegal Tahun 2020.

| Tingkat Pendidikan | PER | PEB | Kasus | Prosentase |
|--------------------|-----|-----|-------|------------|
| SD | 1 | 8 | 9 | 0,6 |
| SMP | - | 1 | 1 | 0,067 |
| SMA | 1 | 2 | 3 | 0,2 |
| Perguruan tinggi | 1 | 1 | 2 | 0,13 |
| Jumlah | | | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa prosentase pada karakteristik ibu hamil berdasarkan tingkat kependidikan yaitu ibu hamil yang berpendidikan SD mengalami PER ada 1 kasus dan ibu hamil yang mengalami PEB ada 8 kasus dengan total yaitu sebanyak 9 kasus (0,6 %), Ibu hamil yang berpendidikan SMP mengalami PEB sebanyak 1 kasus (0,07%), dan ibu hamil yang berpendidikan SMA mengalami PER ada 1 kasus dan mengalami PEB ada 2 kasus dengan total yaitu sebanyak 3 kasus (0,2%) dan ibu hamil yang berpendidikan Perguruan Tinggi mengalami PER ada 1 kasus dan yang mengalami PEB ada 1 kasus dengan total yaitu sebanyak 2 kasus (0,13%).

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi juga dapat memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan alasan berfikir sejauh mana keuntungan yang akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Sedangkan perempuan yang sudah lagi tidak menyakini atau sudah longgar keyakinannya dengan adat istiadat. Mereka juga lebih mudah mengadopsi informasi tentang kesehatan dari bidan atau tenaga kesehatan, media cetak, televisi dan elektronik (Juariah, 2009).

Hasil penelitian diatas sejalan dengan penelitian Nurhusna yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian preeklampsia. Pendidikan rendah yang mempunyai resiko terjadinya preeklampsia 2-3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pendidikan tinggi. Sehingga perlu adanya dukungan dari tenaga kesehatan untuk melakukan penyuluhan atau edukasi baik personal maupun kelompok kepada wanita usia subur (WUS), pasangan usia subur dan keluarga ibu hamil terkait bahaya preeklampsia dan pencegahannya serta penyakit lain yang disebabkan oleh kehamilan. Teori kehamilan mengatakan bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan atau usaha untu meningkatkan kepribadian, sehingga proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia. Hal ini dikarenakan pendidikan bagi kaum

wanita sangatlah penting terlebih lagi bagi ibu hamil. Dengan pendidikan ini yang menjadi lebih baik maka sangatlah membantu ibu hamil dalam mengetahui apa yang terjadi dalam dirinya dan janinnya sehingga kehamilan akan menjadi leih aman. Sikap dan tingkah laku dapat berubah seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan dimana tingkat pendidikan ini merupakan salah satu indikator sosial dalam suatu masyarakat (Langelo, dkk, 2013).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan bahwa disimpulkan bahwa hampir sebagian ibu hamil yang berusia 20-35 tahun sebanyak 10 kasus (6,67%). sebagian besar ibu hamil yang multigravida > 1 yaitu sebanyak 12 kasus (0,8%). sebagian besar ibu hamil yang trimester 3 yaitu sebanyak 8 kasus (0,53%). Dan hampir sebagian besar ibu hamil yang tingkat pendidikann SD yaitu sebanyak 9 kasus (0,6%).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriaanz, dkk. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pusaka Sarwono Peawirohardjo.
- Ai Yeyeh Rukiyah, Lia Yulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 (Patologi)* Trans Info Media, Jakarta.
- Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Aryani, Ayu putri. 2014. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bobak, Irene M, dkk, 2000. *Perawatan Maternitas dan Ginekologi*. Bandung : YIA-PKP.
- Data Puskesmas Margadana, 2020. *Angka Kematian Ibu hamil*. Puskesmas Margadana .
- Dinkes Kota Tegal, 2019. *Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Di Kota Tegal*. Dinkes Kota Tegal.
- Dinkes Provinsi Jateng, 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*.
- Depkes, 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Buku Pedoman Pelayanan Dasar*. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- Djamil RM, Tahun P, Denantika O, Serudji J, Revilla G. *Hubungan Status Gravia dan Usia Ibu terhadap Kejadian Preeklampsia* 2015;4(1):212-7

- Dr. Gita Maya Koemara Sakti, MHA. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*, Jakarta.
- Elizabeth, dkk, 2016. *Gambaran Karakteristik Ibu Hamil Dengan Pre Eklampsia Berat*. Jurnal Kesehatan, Volume 9 Nomor 2, Oktober 2016.
- Hasmawati, Dessy. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan*
- Juariah, 2009. *Antara Bidan dan Dukun*. Jakarata : Majalah Bidan Volume XIII
- Joseph, 2010. *Ginekologi & Obstetri (Obsgyn)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kementrian Kesehatan RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Langelo, Wahyuni, 2013. *Faktor Resiko Kejadian Preeklampsia di RSUD Ibu dan Anak Siti Fatimah, Makassar Tahun 2011-2012*. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Marniati, dkk. 2016. *Analisis Hubungan Usia, Status Gravida, dan Usia Kehamilan dengan Pre Eklampsia pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Provinsi Aceh*. Journal of Healthcare Technology and Medicine vol. 2 No.1 April 2016 Universitas Ubudiyah Indonesia. E-ISSN : 2615-109X.
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Kebidanan untuk Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Kehamilan di RSUD Embung Fatimah Kota Batam*. Batam : Universitas Batam. Jurnal FK Unand.
- Icesmi Sukarni K- Margareth ZH. 2013. *Kehamilan Persalinan dan Nifas*. Nuha Medika, Yogyakarta, Agustus 2013.
- Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta.
- Maryunani Anik, dkk., 2016. *Buku Praktis Kehamilan dan Persalinan Patologis (Resiko Tinggi Dan Komplikasi) Dalam Kebidanan / Anik Maryunani* ; Jakarta. TIM, 2016.
- Mitayani, 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*, Jakarta : Salemba Medika.
- Nasrudin A Mappaware, dkk, 2019. *Preeklampsia Berat dengan Prematuritas Pada Post Seksio Sesarea Ditinjau dari Aspek Medis, Kaidah Dasar Bioetik, dan Perspektif Islam*. UMJ Medical Journal : Jurnal kedokteran, Vol.4 No.2 (Desember 2019) : P-ISSN : 2548-4079 / E-ISSN 2685-7561.
- Pratiwi, Ika. 2014. *Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Wonosari* : Skripsi D IV Bidan Pendidik Stikes Aisyiyah Yogyakarta.
- Retno, 2012. *Faktor Resiko Kejadian Pre Eklampsia Berat pada Ibu Hamil di RSUD Dr.Moewardi*. Jurnal

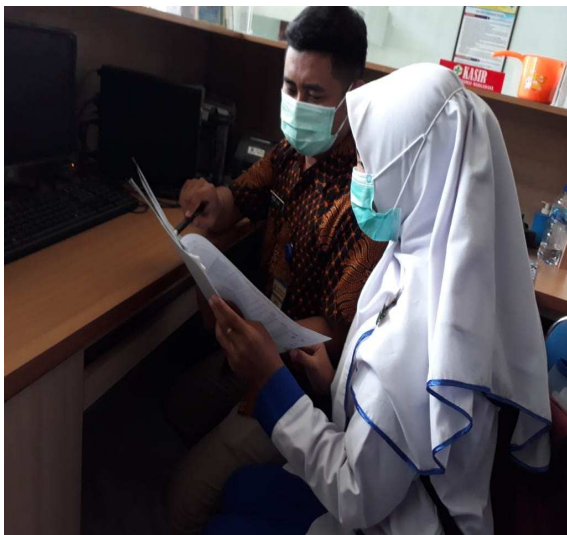
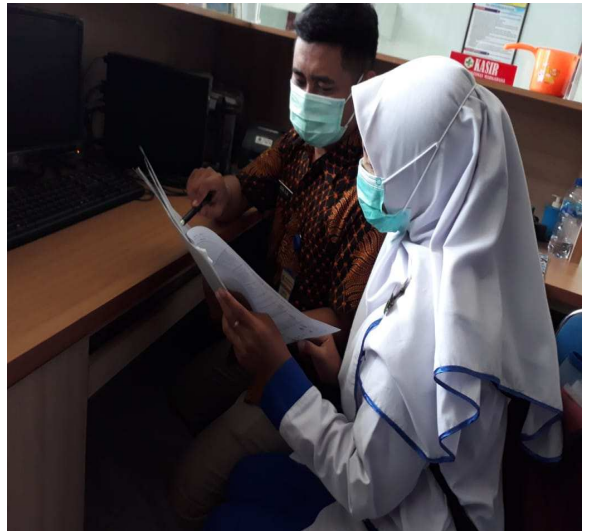
- Kesehatan, Vol 5 Nomor 1. Edisi Juni 2012.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2008). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pusaka Sarwono Prawiroharjo.
- Septiasih, 2018. *Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Wonosari Kabupaten Gunung Kidul* : Skripsi D IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta 2017.
- Shawal Aulia, 2019. *Faktor-faktor karakteristik preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Muhammdiyah Palembang*. Palembang : Universitas Muhammdiyah Palembang.
- Sinsin, lis. 2008. *Masa Kehamilan Dan Persalinan*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Sofian, 2011. *Sinopsis Obstetri Jilid 1*. Jakarta : EGC.
- Sri Yun Utama, 2007. *Faktor Resikoyang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di RSD Raden Mattaher Jambi*, Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi Vol.8 No. 2 Juli 2008.
- Sri Puji Astuti, 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Pamulang Kabupaten Tangerang Selatan* 2015.
- Sulin, 2009. *Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Ibu Hamil*. Jakarta.
- Sulistiyawati, 2011. *Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri*.
- Sulistiyawati, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.
- Supriandono, Agung, 2001. *Terjadilah Preeklampsia Berat*. Jurnal RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- Telly Katharina, Katarina lit, 2015. *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Preeklampsia Rumah Sakit Bhayangkara Pontianak*. Jurnal kebidanan-ISSN 2252-B121, Vol. 6 No. 1 Mei 2016.
- Warouw, PC, dkk. 2014. *Karakteristik Preeklampsia Di RSUP Pro. Dr. R.D. Kandou Manado*. Jurnal Kedokteran Klinik, Vol. 4 No. 1, Januari-Juni 2016.
- Wiknjosastro, Hanifa, (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yogi, ED, dkk. 2011. *Hubungan Antara Usia Dengan Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah Utara*.

LAMPIRAN

Resiko tinggi pada ibu hamil dengan PER dan PEB tahun 2020

| No. | Nama | Usia | Gravida | Usia Kehamilan | Pendidikan |
|-----|-------|----------|---------|----------------|------------|
| 1. | Ny. P | 20 tahun | G1P0A0 | 15 Minggu | SD |
| 2. | Ny. B | 40 tahun | G4P3A0 | 35 Minggu | SMA |
| 3. | Ny. W | 39 tahun | G4P3A0 | 38 Minggu | SMA |
| 4. | Ny. T | 36 tahun | G4P3A0 | 35 Minggu | SD |
| 5. | Ny. T | 28 tahun | G2P1A0 | 40 Minggu | SD |
| 6. | Ny. E | 39 tahun | G2P1A0 | 32 Minggu | SMA |
| 7. | Ny. T | 37 tahun | G5P2A2 | 18 Minggu | SD |
| 8. | Ny. E | 28 tahun | G1P0A0 | 14 Minggu | Guru |
| 9. | Ny. T | 31 tahun | G3P0A2 | 30 Minggu | SD |
| 10. | Ny. Z | 29 tahun | G2P1A0 | 28 Minggu | SI |
| 11. | Ny. N | 26 tahun | G2P1A0 | 19 Minggu | SMP |
| 12. | Ny. S | 34 tahun | G2P1A0 | 31 Minggu | SD |
| 13. | Ny. N | 31 tahun | G3P2A0 | 24 Minggu | SD |
| 14. | Ny. R | 28 tahun | G2P1A0 | 18 Minggu | SD |
| 15. | Ny. I | 25 tahun | G2P1A0 | 18 Minggu | SD |

Sumber : Data Sekunder



IK.P2M.PHB.07.d.5

Lampiran 17: Contoh Lembar Konsultasi KTI

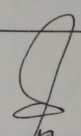
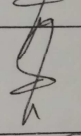
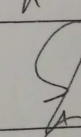
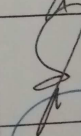
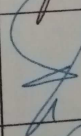
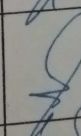
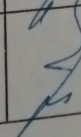
Lembar Konsultasi KTI

Nama : Ika Zahrotun Kila

Nim : 18070029

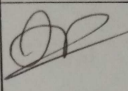
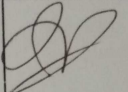
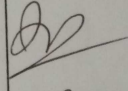
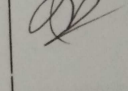
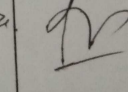
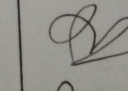
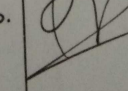
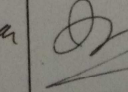
Judul KTI : Gambaran karakteristik pd ibu hamil dg resti PER & PER

Pembimbing : 1. Umi Karotih, SSi.T, M. Kes

| No | Hari/ Tanggal | Materi Konsultasi | Pembimbing | |
|----|------------------|----------------------|----------------------|---|
| | | | Saran | Paraf |
| | 1 / - 2020 10 | Jurnal | Revisi ss Saran |  |
| | 10 / - 20 10 | BAB I | Revisi ss Saran |  |
| | 21 / 21 2 | BAB II | Revisi ss Saran |  |
| | 24 / 21 2 | BAB III | Revisi ss Saran |  |
| | 23 / 21 4 | BAB IV BAB V | Revisi ss Saran |  |
| | 27 / 2021 3 | BAB VI BAB VII | Revisi ss Saran |  |
| | 29 / 2021 3 | | Gambaran Uman KTI |  |

Lembar Konsultasi KTI

Nama : Irfan Zahrota Na'im
 Nim : 18070029
 Judul KTI : Gambaran karakteristik pd the hamit dan rest per & pers
 Pembimbing : 2. Dwi Haryati, SST, M. Kes

| No | Hari/ Tanggal | Materi Konsultasi | Pembimbing | |
|----|------------------|----------------------|--|---|
| | | | Saran | Paraf |
| 1. | 2/12 - 2020 | Judul | → Ace → lanjut Bab I |  |
| 2. | 7/12 - 2020 | Bab I | → Revisi sesuai arahan. |  |
| 3 | 8/1 - 2021 | Bab I | → Revisi & lengkapi referensi. |  |
| 4 | 9/1 - 2021 | Bab I | → Revisi sesuai arahan → lanjut Bab II |  |
| 5 | 12/1 - 2021 | Bab I II III | → Angka kejadiannya lebih ↑ dan ↓ → Revisi sesuai arahan |  |
| 6 | 22/2 - 2021 | Bab I Bab II, III | → Ace → Revisi |  |
| 7 | 23/2 - 2021 | | → Siapkan uji Prop. |  |
| 8 | 21/4 - 2021 | Bab 4,5 | Revisi sesuai arahan |  |

Lampiran 17: Contoh Lembar Konsultasi KTI

Lembar Konsultasi KTI

Nama : Iffa Zahrotun Na'um
 Nim : 18070029
 Judul KTI : Gambaran karakteristik pd Ibu hamil
 Pembimbing : 2 Dusi Haryati, SST. Mikes

[illegible]



Yayasan Pendidikan Harapan Bersama
PoliTekniK Harapan Bersama
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
 Kampus I : Jl. Mataram No.9 Tegal 52142 Telp. 0283-352000 Fax. 0283-353353
 Website : www.poltektegal.ac.id Email : Kebidanan@poltektegal.ac.id

Tegal, 07 Desember 2020

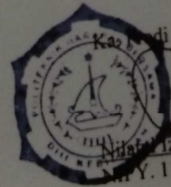
Nomor : 002.03/UAP-KTI/KBD-PHB/XII/2020
 Lampiran : -
 Hal : Surat Ijin Studi Pendahuluan

Kepada Yth:
 Ka. Puskesmas Margadana
 Di Tempat

Dengan hormat, sehubungan dengan akan dilaksanakan Karya Tulis Ilmiah (KTI) Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama Tegal, dengan ini kami mengajukan permohonan untuk dapat melaksanakan studi pendahuluan pada mahasiswa kami yaitu :

NAMA : IRFA' ZAHROTUN NA'IM
 NIM : 18070029
 JENIS PENELITIAN : DESKRIPTIF
 SEMESTER : VI (ENAM)
 JUDUL : GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL TERHADAP RESIKO TINGGI DENGAN PEB DI PUSKESMAS MARGADANA KOTA TEGAL.
 DATA YANG DIAMBIL : DATA IBU HAMIL DENGAN PEB DARI TAHUN 2019-2020

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



di Diploma III Kebidanan,

Nida Nuzah, SST, M.Keb
 NIP. 11.009.061

Tembusan:

1. Mahasiswa
2. Ka. Dinkes Kesehatan Kota Tegal
3. Arsip



PEMERINTAH KOTA TEGAL
DINAS KESEHATAN
 Jl. Proklamasi. 16 Tlpn. (0283) 353351 Tegal Fax. (0283) 353351
 Website : dinkes.tegalkota.go.id Email : dinkeskotategal@yahoo.co.id

Tegal, 30 Desember 2020

Nomor : 071/642
 Sifat : Segera
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Sumurpanggang
 Dinas Kesehatan Kota Tegal
 di -

T E G A L

Berdasarkan Surat dari Ka.Prodi Diploma III Kebidanan Politeknik Harapan
 Bersama Kota Tegal Nomor 002.03/ UAP-KTI/KBD-PHB/XII/ 2020 dengan ini
 kami hadapkan saudara :


Nama : IRFA' ZAHROTUN NA'IM
 NIM : 18070029
 Judul Penelitian : Gambaran Karakteristik Ibu Hamil terhadap Resiko
 Tinggi Dengan PEB Di Puskesmas Margadana
 Kota Tegal

Data Yang Diambil : Data Ibu Hamil Dengan PEB Dari Tahun 2019 – 2020

Mohon kiranya dapat dibantu bagi yang bersangkutan untuk melaksanakan ijin
 Pengambilan Data dan Penelitian.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

a.n.KEPALA DINAS KESEHATAN
 KOTA TEGAL
 Sekretaris
 u.b. Kasub.Bag. Umum dan Kepegawaian


 RETNO UNTARI, S.IP
 Penata Tk.I
 NIP. 19640801199002 2 003