

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang membutuhkan kenaikan proses metabolisme dan nutrisi untuk kebutuhan janin. Kehamilan adalah masa seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu mensruasi terakhir dan kelahiran 38 minggu dari pembuahan (Kusmiyati, 2009).

b. Periode kehamilan

Periode kehamilan menurut Winkjosastro (2007) dapat dibagi menjadi 3 trimester :

1) Trimester 1

Masa ini merupakan masa embrionik yaitu masa dari mulai pembuahan dimana terjadi diferensiasi yang cepat dari sel telur yang telah dibuahi menjadi organisme yang secara anatomi telah berbentuk manusia (masa organogenesis). Panjang fetus usia 8 minggu adalah 2,5 cm. Ciri – ciri yang terjadi yaitu hidung, telinga, jari – jari, mulai terbentuk dan kepala membungkuk dada. Umur 12 minggu panjang fetus menjadi 9 cm dan daun telinga lebih jelas, kelopak mata masih melekat satu sama lain, leher dan alat genetalia eksterna mulai terbentuk. Masa ini merupakan masa paling rawan karena mordibitas dan mortalitas pada masa ini paling tinggi.

2) Trimester 2

Masa ini di tandai dengan mulai berfungsinya beberapa organ dan janin tumbuh dengan cepat khususnya ukuran panjang. Panjang janin usia 16 minggu adalah 16 – 18 cm. Perkembangan yang terjadi adalah genitalia eksterna telah terbentuk dan dapat dikenali serta adanya kulit merah tipis. Panjang janin usia 20 minggu adalah 25 cm dan kulit yang terbentuk lebih tebal. Panjang janin usia 24 minggu sekitar 30 – 32 cm, kelopak mata sudah terpisah, alis, bulu mata, dan kulit sudah ada tetapi kulit masih keriput karena lemak subkutan sedikit.

3) Trimester 3

Pertumbuhan janin selama trimester ke tiga terutama adalah pertumbuhan ukuran, khususnya penambahan jaringan otot dan lemak subkutan sebagai persiapan kelahiran. Kemajuan kehamilan dan kesehatan ibu serta tumbuh kembang bayi selama kehamilan berlangsung dapat di pantau melalui antenatal care, sehingga dapat mengenali secara dini adanya ketidaknormalan dalam kehamilan (Kusmiyati, 2009).

c. Kehamilan normal

Kehamilan normal biasanya berlangsung kira – kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari, dengan kondisi ibu normal, tidak mempunyai riwayat obstetrik rusuk, tinggi fundus uteri sesuai kehamilan, denyut jantung janin normal 121 – 160 x/menit, gerakan janin terasa setelah 18 – 20 minggu hingga melahirkan, tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Penambahan berat badan minimal 9 kg selama kehamilan, edema hanya pada ekstremitas (Kusmiyati, 2009). Kehamilan dan persalinan beresiko besar bagi perempuan termasuk yang tidak mempunyai masalah kesehatan sebelumnya. Faktor resiko pada ibu hamil antara lain :

- a) Kehamilan pertama kali (Primigravida) pada usia <20 tahun atau >35 tahun.

Kehamilan pada usia < 20 tahun, rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik, hingga perlu diwaspadai kemungkinan mengalami persalinan yang sulit dan keracunan kehamilan. Sedangkan usia diatas 35 tahun kesehatan ibu sudah menurun sehingga perlu diwaspadai terjadinya persalinan lama, perdarahan dan resiko cacat bawaan/ kelainan genetik. (Manuaba, 2007)

- b) Jumlah anak lebih dari 4

Jumlah anak yang banyak dapat meningkatkan resiko kelainan kehamilan. Jumlah anak lebih dari 4 perlu di waspadai kemungkinan terjadinya persalinan lama, karena semakin banyak anak kondisi rahim ibu semakin lemah (Manuaba, 2007)

- c) Jarak kehamilan terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun

Jarak kehamilan terakhir dengan awal kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun perlu diwaspadai terjadinya penyulit persalinan karena bila jarak terlalu dekat maka rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Pada kondisi seperti ini terdapat kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama, atau perdarahan (Depkes, 2010)

- d) Tinggi badan kurang dari 145 cm

Tinggi badan kurang dari 145 cm atau tampak pendek di dibandingkan rata – rata ibu, maka persalinan perlu di waspadai. Pada ibu yang tinggi badannya kurang dari 145 perlu di perhatikan mengenai kemungkinan panggul yang sempit sehingga menyulitkan dalam persalinan.

- e) Penambahan berat badan kurang dari 9kg atau Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23, 5 cm.

Pertambahan berat badan ibu hamil dapat digunakan sebagai indikator pertumbuhan janin dalam rahim ibu, dan jika berat badan tidak bertambah serta LILA kurang dari 23,5 cm menunjukkan ibu mengalami kurang gizi (Mufdlilah, 2009)

f) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi, atau riwayat cacat kongenital (Depkes, 2010)

g) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainantulang belakang atau panggul (Depkes, 2010)

d. Kehamilan abnormal

Kelainan abnormal yaitu kehamilan dengan masalah khusus, dapat berupa kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama dengan tenaga kesehatan yang menangani (disertai hipertensi, anemia berat, preeklampsia, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, dan kondisi lainnya yang dapat memperburuk kehamilan) maupun kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan (disertai dengan pendarahan, preeklampsia/eklampsia, ketuban pecah dini, muntah berlebih, dan kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan janin) (Kusmiyati, 2009).

2. Pre-eklampsia

a. Definisi

Pre-eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda khas tekanan darah tinggi (hipertensi), pembengkakan jaringan (edema), dan ditemukannya protein dalam urin (proteinuria) yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan. Pre-eklampsia berasal dari dua kata yaitu "Pre" artinya sebelum dan Perkataan

“eklampsia” berasal dari Yunani yang berarti “halilintar” karena gejala eklampsia datang dengan mendadak dan menyebabkan suasanagawat dalam kebidanan. Dikemukakan beberapa teori yang dapat menerangkan kejadian preeklampsia dan eklampsia sehingga dapat menetapkan upaya promotif dan preventif (Wibowo, 2006).

Preeklampsia adalah masalah kesehatan yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan proteinuria (Rahma, 2008). Pre-eklampsia merupakan keadaan dimana tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg di sertai dengan protein dalam urine pada usia kehamilan diatas 20 minggu, pada wanita yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya. Tidak semua kasus pre-eklampsia ditemukan bersamaan dengan gejala oedema, sehingga diagnosa keperawatan. Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kesatuan penyakit, yakni yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal ini terjadi, istilah kesatuan penyakit diartikan bahwa kedua peristiwa dasarnya sama karena eklampsia merupakan peningkatan dari pre-eklampsia yang lebih berat dan berbahaya dengan tambahan gejala-gejala tertentu (Wibowo, 2006).

Preeklampsia/eklampsia merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan. Preeklampsia tidak semata-mata terjadi pada wanita muda pada kehamilan pertamanya. Preeklampsia ini paling sering terjadi selama trimester terakhir kehamilan.

b. Etiologi

Penyebab preeklampsia/eklampsia sampai sekarang belum diketahui secara pasti. Banyak teori yang menerangkan namun belum dapat memberi jawaban yang memuaskan. Teori yang dewasa ini banyak dikemukakan adalah iskemia plasenta. Namun teori ini tidak dapat menerangkan semua hal yang berkaitan dengan kondisi

ini. Hal ini disebabkan karena banyaknya faktor yang menyebabkan terjadinya preeklampsia/eklampsia (Wibowo, 2006).

c. Manifestasi Klinis dan gejala

1) Manifestasi

Pada preeklampsia/eklampsia terjadi vasokonstriksi sehingga menimbulkan gangguan metabolisme endorgan dan secara umum terjadi perubahan patologi-anatomi (nekrosis, perdarahan, edema). Perubahan patologi-anatomi akibat nekrosis, edema dan perdarahan organ vital akan menambah beratnya manifestasi klinis dari masing-masing organ vital (Manuaba, 2010).

Preeklampsia/eklampsia dapat mengganggu banyak sistem organ, derajat keparahannya tergantung faktor medis atau obstetri. Gangguan organ pada preeklampsia/eklampsia meliputi (Wibowo, 2006) :

a) Perubahan pada plasenta dan uterus

Menurunnya aliran darah ke plasenta dapat mengakibatkan solutio plasenta. Pada hipertensi yang lama akan terjadi gangguan pertumbuhan janin. Pada hipertensi yang terjadi lebih pendek bisa menimbulkan gawat janin sampai kematian janin, dikarenakan kurang oksigenasi. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan tanpa perangsangan sering didapatkan pada preeklampsia/eklampsia, sehingga mudah terjadi partus prematurus.

b) Perubahan pada ginjal

Perubahan ini disebabkan oleh karena aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan ginjal berhubungan dengan terjadinya proteinuria dan retensi garam serta air. Pada kehamilan normal penyerapan meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi akibat spasme arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium

menurun yang menyebabkan retensi garam dan juga terjadi retensi air. Filtrasi glomerulus pada preeklamsi dapat menurun sampai 50% dari normal sehingga menyebabkan diuresis turun. Pada keadaan yang lanjut dapat terjadi oliguria sampai anuria.

c) Perubahan pada retina

Tampak edema retina, spasme setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri. Jarang terjadi perdarahan atau eksudat atau spasme. Retinopatia arteriosklerotika pada preeklamsi akan terlihat bilamana didasari penyakit hipertensi yang menahun. Spasme arteri retina yang nyata menunjukkan adanya preeklamsi berat. Pada preeklamsi pelepasan retina oleh karena edema intraokuler merupakan indikasi untuk pengakhiran kehamilan segera. Biasanya retina akan melekat kembali dalam dua hari sampai dua bulan setelah persalinan. Gangguan penglihatan secara tetap jarang ditemui. Skotoma, diploopia dan ambliopia pada preeklamsia merupakan gejala yang menjurus akan terjadinya eklamsia. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan aliran darah didalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau dalam retina.

d) Perubahan pada paru-paru

Edema paru-paru merupakan sebab utama kematian penderita preeklamsi/eklamsia. Komplikasi biasanya disebabkan oleh dekompensatio cordis.

e) Perubahan pada otak

Resistensi pembuluh darah dalam otak pada hipertensi dalam kehamilan lebih tinggi, terutama pada preeklamsi

f) Metabolisme air dan elektrolit

g) Hemokonsentrasi yang menyertai preeklampsia dan eklampsia tidak diketahui sebabnya. Terjadi pergeseran cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial, diikuti oleh kenaikan hematokrit, protein serum meningkat dan bertambahnya edema menyebabkan volume darah berkurang, viskositas darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. Aliran darah diberbagai aliran tubuh mengurang dan berakibat hipoksia. Dengan perbaikan keadaan, hemokonsentrasi berkurang sehingga turunya hematokrit dapat dipakai sebagai ukuran tentang perbaikan keadaan penyakit dan tentang berhasilnya pengobatan. Jumlah air dan natrium pada penderita preeklampsia lebih banyak daripada wanita hamil biasa. Kadar kreatinin dan ureum pada preeklampsia tidak meningkat kecuali jika terjadi oliguria atau anuria. Protein serum total, perbandingan albumin globulin dan tekanan osmotik plasma menurun pada preeklampsia, kecuali pada penyakit berat dengan hemokonsentrasi.

2) Gejala

Preeklampsia mempunyai gejala - gejala sebagai berikut (Wibowo, 2006) :

Biasanya tanda-tanda preeklampsia timbul dalam urutan: penambahan berat badan yang berlebihan, diikuti edema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada preeklampsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif. Pada preeklampsia berat gejala-gejalanya adalah:

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg
- b. Tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg
- c. Peningkatan kadar enzim hati/ ikterus
- d. Trombosit $< 100.000/mm^3$
- e. Oligouria < 400 ml/24 jam
- f. Proteinuria > 3 g/liter

- g. Nyeri epigastrium
- h. Skotoma dan gangguan visus lain atau nyeri frontal yang berat
- i. Perdarahan retina
- j. Edema pulmonum
- k. Koma

d. Patofisiologi

Preeklampsia dapat terjadi dari spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha-usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi, sedangkan kenaikan berat badan dan oedema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Mochtar, 2007).

Pada pemeriksaan darah kehamilan normal terdapat peningkatan angiotensin, renin, dan aldosteron, sebagai kompensasi sehingga peredaran darah dan metabolisme dapat berlangsung. Pada pre-eklampsia dan eklampsia, terjadi penurunan angiotensin, renin, dan aldosteron, tetapi dijumpai edema, hipertensi, dan proteinuria. Berdasarkan teori iskemia implantasi plasenta, bahan trofoblas akan diserap ke dalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteriol dan tertahannya garam dan air (Robson, 2012).

Menurut Robson (2012), Teori iskemia daerah implantasi plasenta, didukung kenyataan sebagai berikut:

1. Pre-eklamsi dan eklamsi lebih banyak terjadi pada primigravida, hamil ganda, dan mola hidatidosa.
2. Kejadiannya makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan
3. Gejala penyakitnya berkurang bila terjadi kematian janin.

Dampak terhadap janin, pada pre-eklamsi terjadi vasospasmus yang menyeluruh termasuk spasmus dari arteriol spiralis deciduae dengan akibat menurunnya aliran darah ke placenta. Dengan demikian terjadi gangguan sirkulasi fetoplacental yang berfungsi baik sebagai nutritive maupun oksigenasi. Pada gangguan yang kronis akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin didalam kandungan disebabkan oleh mengurangnya pemberian karbohidrat, protein, dan faktor-faktor pertumbuhan lainnya yang seharusnya diterima oleh janin (Sibai BM, 2006).

e. **Klasifikasi Pre-eklamsi**

Pembagian preeklamsi sendiri dibagi dalam golongan ringan dan berat. Berikut ini adalah penggolongannya (Rahma, 2008) :

1) Preeklamsi ringan

Dikatakan preeklamsi ringan bila :

- a) Tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-110 mmHg
- b) Proteinuria minimal ($< 2\text{g/L}/24\text{ jam}$)
- c) Tidak disertai gangguan fungsi organ

2) Preeklampsia berat

Dikatakan preeklampsia berat bila :

- a) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau tekanan darah diastolik > 110 mmHg
- b) Proteinuria (> 5 g/L/24 jam) atau positif 3 atau 4 pada pemeriksaan kuantitatif

Hal ini Bisa disertai dengan :

- a) Oliguria (urine \leq 400 mL/24jam)
- b) Keluhan serebral, gangguan penglihatan
- c) Nyeri abdomen pada kuadran kanan atas atau daerah epigastrium
- d) Gangguan fungsi hati dengan hiperbilirubinemia
- e) Edema pulmonum, sianosis
- f) Gangguan perkembangan intrauterine
- g) Microangiopathic hemolytic anemia, trombositopenia

f. Faktor – Faktor Kejadian Preeklampsia

Pre-eklampsia berhubungan dengan kehamilan pertama (primigravida), umur kehamilan yang makin tua, primigravida usia muda, umur lebih dari 35 tahun, sosial ekonomi, usia kehamilan lebih dari 28 minggu, serta kehamilan ganda, dan hipertensi kronik. Kehamilan dan persalinan yang terjadi pada usia remaja berisiko komplikasi (partus macet, pre-eklampsia) 20% (Farrer, 2001). Preeklampsia dapat bermula pada masa antenatal, intrapartum, atau postnatal (Robson, 2012). Beberapa penelitian menyebutkan ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya preeklampsia dan eklampsia. Faktor-faktor tersebut antara lain, gizi buruk, kegemukan dan gangguan aliran darah ke rahim. Faktor risiko terjadinya preeklampsia, umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama kali, kehamilan di usia remaja dan kehamilan pada wanita diatas 35 tahun. Faktor risiko lainnya adalah riwayat preeklampsisebelumnya, riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan,

kegemukan, mengandung lebih dari satu orang bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus, atau rematoid arthritis (Robson, 2012). Faktor risiko preeklampsia adalah paritas, usia, kehamilan ganda, riwayat preeklampsia, riwayat preeklampsia dalam keluarga, riwayat penyakit (hipertensi, ginjal dan diabetes) dan obesitas (Kurniawati, 2009).

Berbagai faktor risiko preeklampsia (American Family Physician, 2004) :

1) Faktor yang berhubungan dengan kehamilan

- a) Kelainan kromosom
- b) Mola hydatidosa
- c) Hydrops fetalis
- d) Kehamilan multifetus
- e) Inseminasi donor atau donor oosit
- f) Kelainan struktur kongenital

2) Faktor spesifik maternal

- a) Primigravida
- b) Usia > 35 tahun
- c) Usia < 20 tahun
- d) Ras kulit hitam
- e) Riwayat preeklampsia pada keluarga
- f) Nullipara
- g) Preeklampsia pada kehamilan sebelumnya
- h) Kondisi medis khusus : diabetes gestational, diabetes tipe 1, obesitas, hipertensi kronis, penyakit ginjal, trombofilia
- i) Stress

Faktor – faktor preeklampsia dapat dipengaruhi sebagai berikut ini:

1) Umur

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia tahun 2014 menyatakan bahwa umur merupakan lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau di adakan). Preeklampsia sering mengenai wanita muda dan nulipara, sedangkan wanita yang lebih tua lebih beresiko mengalami hipertensi kronis yang bertumpang tindih dengan preeklampsia (Cunningham, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nanien (2012) di RSUD Tegal menunjukkan hasil bahwa ibu yang mengalami preeklampsia terjadi pada ibu yang berusia 20-35 tahun sebanyak 50 orang (62,5%) dari 80 sampel penelitian, dengan hasil *Uji Chi-Square* 0,002 yang berarti menunjukkan adanya hubungan umur pada ibu bersalin dengan kejadian preeklampsia.

2) Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. faktor paritas merupakan salah satu faktor resiko preeklampsia (Kusmiyati, 2009).

Penelitian yang telah dilakukan Hanum Huda, dkk (2013) bahwa ada hubungan paritas dengan kejadian preeklampsia pada ibu bersalin di RSUD Padang, didapatkan *Chi-Square* $P < 0,05$ yaitu sebesar 0.017 dari 94 responden.

3) Jarak Kehamilan

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya di butuhkan waktu 2- 4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti sebelumnya. Apabila terjadi kehamilan sebelum 2 tahun,

kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang sama bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun (Pritasari, 2012).

Hasil penelitian Rozikhan (2007), menunjukkan bahwa ibu dengan jarak kehamilan yang dekat atau kurang dari 24 bulan mempunyai resiko terjadi preeklampsia yaitu 0,92 kali di bandingkan ibu dengan jarak kehamilan 24 bulan.

4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang di ketahui oleh manusia atau pekerjaan manusia menjadi tahu. Pengetahuan itu milik atau isi pikiran dari manusia yang merupakan hasil dari proses usaha manusia untuk tahu. (Nashrulloh, 2009).

Pengetahuan di bagi menjadi menjadi 3 kategori (notoatmodjo, 2010) :

1. Baik (76% - 100%)
2. Cukup (56% - 75%)
3. Kurang (<56 %)

Hasil analisis yang di lakukan oleh Tigor H, 2016 bahwa hubungan antara pengetahuan dengan kejadian *preeklampsia* diperoleh bahwa ada sebanyak 15 responden (71,4 %) yang pengetahuannya baik dengan *preeklampsia*, dan non *preeklampsia* sebanyak 6 (28,6%). Sedangkan responden yang pengetahuannya kurang baik dengan *preeklampsia* sebanyak 1(6,7 %) dan yang non *preeklampsia* sebanyak 14 (93,3 %). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,00$ ($p > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian *preeklampsia*.

5) Indeks Massa tubuh

Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan cara termudah untuk memperkirakan obesitas serta berkorelasi tinggi dengan massa lemak tubuh (Lisbet, 2004). Hubungan antara berat badan ibu dan resiko preeklampsia bersifat

progresif. Obesitas lebih beresiko terkena preeklampsia dikarenakan adanya peningkatan peredaran darah di jantung, karena kerja jantung lebih berat untuk mengalirkan oksigen dalam tubuh sehingga tekanan jantung meningkat dan mengakibatkan hipertensi. Orang yang menderita hipertensi belum tentu menderita preeklampsia karena ditandai dengan tiga hal yaitu hipertensi, protein urine positif, dan oedem (Sugondo, 2006).

Rumus menghitung IMT

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Tabel 2.1 Distribusi kategori ambang batas IMT

No	Klasifikasi	IMT (kg/m ²)
1.	Berat badan kurang	< 18,5
2.	Berat badan normal	18,5-22,9
3.	Kelebihan berat badan	> 23,0
4.	Beresiko menjadi obes	23,0-24,9
5.	Obesitas I	25,0-29,9
6.	Obesitas II	> 30,0

6) Antenatal Care(ANC)

Antenatal care adalah pelayanan kesehatan yang di berikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan di lakukan sesuai dengan standar pelayanan yang di tetapkan dalam Standar Operasional Prosedur (SOP). Pelayanan ANC yang di berikan sesuai dengan SOP dapat berpengaruh terhadap kondisi ibu dan janin, baik pada saat kehamilan, maupun masa nifas (0-42 hari) dan neonatus (0-28 hari). Faktor resiko juga dapat terdeteksi sehingga penanganan dan rujukan dapat di lakukan sedini mungkin (Pritasari, 2012).

7) Riwayat Penyakit

T. A. Jido, I. A yakasai (2013) dalam *Annals of African Medicine Journal* mengatakan bahwa keadaan kesehatan seseorang menjadi faktor resiko yang mempengaruhi kejadian preeklampsia diantaranya yaitu obesitas, diabetes, kelainan sistem vaskular, hipertensi kronis, dan riwayat preeklampsia/eklampsia sebelumnya, serta penyakit trombophilia.

8) Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan manusia dengan tujuan tertentu, dan pekerjaan sering dianggap dengan profesi seseorang . Aktifitas pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi kerja otot dan peredaran darah, begitu juga bila terjadi pada ibu hamil akan mengalami perubahan seiring dengan bertambahnya usia kehamilan (Nila, 2010).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Retno W, 2010 bahwa terdapat hubungan pekerjaan dengan kejadian preeklampsia dari 44 responden dimana $p (0,001 < 0,05)$ dengan nilai $QR = 4,173$ yang artinya seorang ibu yang bekerja beresiko sebesar 4,173 kali dibandingkan ibu hamil yang tidak bekerja.

9) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang

semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang kesehatan. Oleh karena itu, pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap dan perilaku seseorang (Sulistiyani, 2013).

Pendidikan seseorang berhubungan kesempatan dalam menyerap informasi mengenai pencegahan dan faktor – faktor risiko preeklamsi. Tetapi pendidikan ini akan di pengaruhi oleh seberapa besar motivasi, atau dukungan lingkungan seseorang untuk menerapkan pecegahan dan faktor – faktor risiko preeklamsi (Djannah, 2010)

g. Penanganan Pre-eklamsi

Tujuan dasar penatalaksanaan untuk setiap kehamilan dengan penyulit preeklamsi adalah (Cunningham, 2013) :

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

Penanganan preeklamsi/ eklamsia menurut Saifuddin (2008)yaitu:

- 1) Preeklamsi ringan
 - a) Kehamilan kurang dari 37 minggu
 1. Pantau tekanan darah, urine (untuk proteinuria), reflex dan
 2. kondisi janin.
 3. Konseling pasien dengan keluarganya tentang tanda-tanda
 4. bahaya preeklamsia dan eklamsia.
 5. Lebih banyak istirahat.

6. Diet biasa (tidak perlu diet rendah garam).
7. Tidak perlu diberi obat-obatan.
8. Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit:

b) Diet biasa.

1. Pantau tekanan darah 2 kali sehari, dan urine (untuk proteinuria) sehari sekali.
2. Tidak perlu obat-obatan.
3. Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru,
4. dekompensatio kordis atau gagal ginjal akut.
5. Jika tekanan diastolic turun sampai normal pasien dapat
6. dipulangkan.
7. Jika tidak ada tanda perbaikan, tetap dirawat. Lanjutkan
8. penanganan dan observasi kesehatan janin.
9. Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat,
10. pertimbangkan terminasi kehamilan. Jika tidak, rawat
11. sampai aterm.
12. Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai preeklamsia
13. berat.

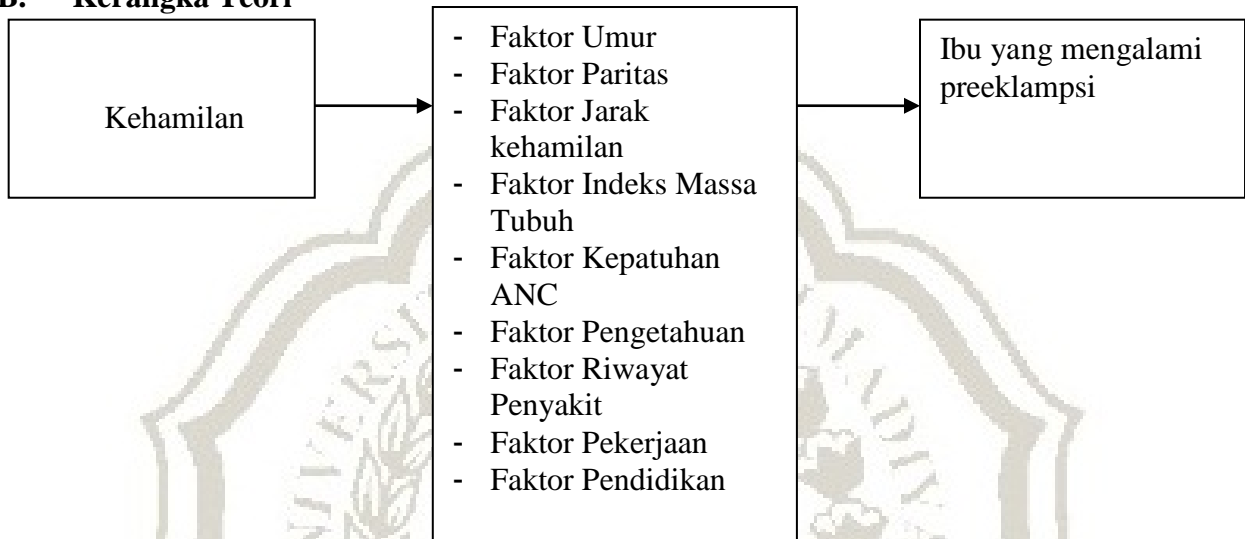
c) Kehamilan lebih dari 37 minggu

1. Jika serviks matang, pecahkan ketuban dan induksi persalinan
2. dengan oksitoksin atau prostaglandin.
3. Jika serviks belum matang, lakukan pematangan dengan prostaglandin atau kateter folley atau lakukan seksio sesaria.

2) Preeklamsi berat dan eklamsia

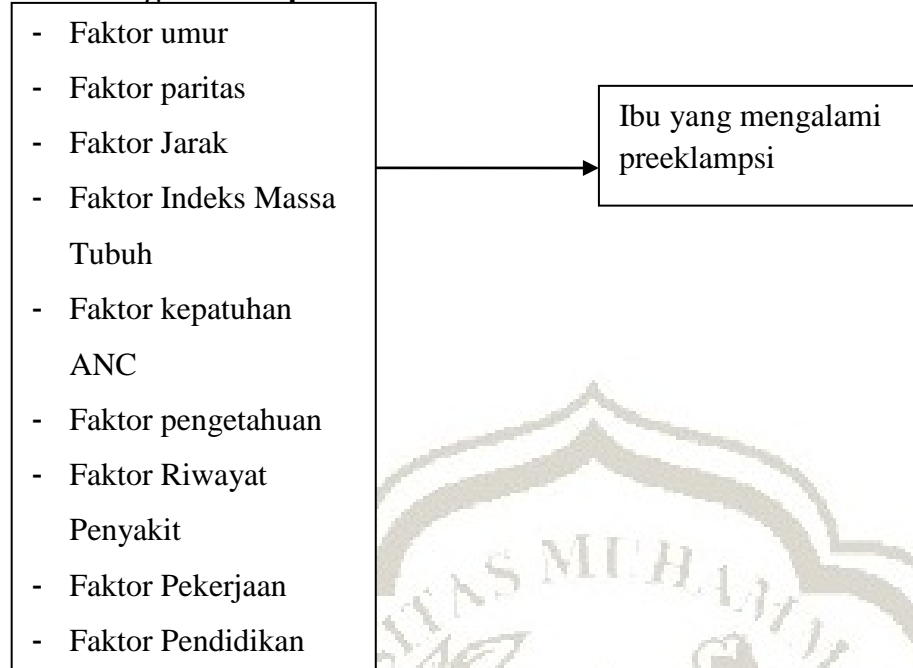
Penanganan preeklamsia berat dan eklamsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklamsia. Semua kasus preeklamsia berat harus ditangani secara aktif. Penanganan konservatif dan gangguan penglihatan sering tidak sah.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Teori

D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian (Notoatmojo, 2012). Hipotesis ini sebagai berikut :

Ha : Ada hubungan dari faktor-faktor (umur, paritas, jarak kehamilan, indeks massa tubuh, kepatuhan anc, pengetahuan, riwayat penyakit, pekerjaan dan pendidikan) dengan kejadian preeklampsia.

Ho : Tidak ada hubungan dari faktor-faktor (genetik, umur, paritas, IMT, riwayat penyakit,kerjaan dan pendidikan) dengan resiko terjadinya preeklampsia di wilayah puskesmas Baturaden I