



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) secara sistematis dinegara maju menurut World Health Organization (WHO) beberapa dikarenakan penyakit hipertensi 16 %, preeklamsia dan eklamsia 12 %, dan 72 % disebabkan oleh penyakit lain. (Cunningham, Leveno,Bloom Hauth dkk,2013;h.740 Zgang, 2008) Preeklamsia dan eklamsia merupakan penyebab kedua setelah perdarahan sebagai penyebab langsung spesifik terhadap kematian maternal (Kelly,2011). Kejadian eklamsia pada negara berkembang sekitar 1 kasus / 100 kehamilan. Di negara Afrika Selatan, Mesir, Tanzania dan Etiopia bervariasi sekitar 1,8 % - 7,1 %, di Nigeria sekitar 2 % - 16,7 % (Osungbade,2011). Selain itu Indonesia juga memiliki angka kematian yang cukup tinggi penyebabnya karena perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. *Rangking* pertama penyebab kematian ibu tahun 2013 hipertensi dalam kehamilan yaitu lebih dari 30 %, *rangking* kedua perdarahan dan infeksi 20 % (Departemen Kesehatan RI, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Tengah berdasarkan laporan dari Kabupaten atau Kota pada tahun 2011 sebesar 11,01 / 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 116,34 / 100.000 kelahiran hidup. Sejumlah 57,93 % kematian maternal terjadi pada masa nifas, pada waktu hamil 24,74 % dan pada waktu persalinan 17,33 %. Penyebab angka kematian di Jawa Tengah antara lain pre-eklamsi dan eklamsi , perdarahan dan faktor

lain. Tahun 2014 terjadi 711 kasus kematian ibu melahirkan di Jawa Tengah.(Profile dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2012)

Provinsi Jawa tengah terdiri dari beberapa kabupaten yang tentunya setiap kabupaten menyumbangkan angka kematian ibu. Salah satunya di daerah Kabupaten Banyumas. Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Banyumas tahun 2014 sebesar 114,7 / 100.000 kelahiran hidup mengalami penurunan bila dibandingkan dengan Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2013 sebesar 126 / 100.000 kelahiran hidup. (Bidang PP Yankes Seksi KIA.Hal.3. 2014) Jumlah kasus kematian ibu mencapai 23 kasus, angka tersebut lebih kecil dari tahun 2013 yang pada bulan yang sama mencapai 30 kasus kematian ibu terjadi karena perdarahan, 2 kasus karena penyakit jantung, hepatitis dan emboli air ketuban masing-masing 1 kasus, 7 kasus preeklamsia berat,2 kasus karena kanker. (Sugihanto, 2014)

Jumlah kematian ibu di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto pada tahun 2014 sejumlah 4 kasus, penyebabnya yaitu preeklamsia berat, ketuban pecah dini (KPD), *fetal distres*, perdarahan dan suspek hepatitis. (Rekam Medik RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto,2014).

Angka kejadian preeklamsia 3,9 % pada ibu bersalin di Yogyakarta tahun 2009, terdiri dari 19 kasus preeklamsia (16,1 %) (Djannah, 2010). Kejadian preeklamsia pada tahun 2012 di RSUD Dr.Moewardi Surakarta sebanyak 206 pasien dari seluruh pasien bersalin yang ada, kejadian preeklamsia pada tahun 2014 di RSUD Dr.Soedirman Kebumen sebanyak 178 kasus (8,10 %) dari 1980 persalinan yang ada (Rekam Medik RSUD Dr.Soedirman,2014) di RSUD Ajibarang pada tahun 2012 kejadian preeklamsia sebanyak 95 dari total ibu bersalin yang ada (Rekam Medik

RSUD Ajibarang,2012), di RSUD Banyumas kejadian preeklamsia pada tahun 2011 sejumlah 171 pasien (9,5 %) dari 1801 ibu bersalin (Rekam Medik RSUD Banyumas, 2011) Kejadian preeklamsia di kabupaten Banyumas pada tahun 2010,dari 276 responden terdapat 76 (27,5 %) paritas termasuk kategori resiko tinggi dengan total 105 (38,1 %) ibu, dari 138 responden yang mengalami preeklamsia terbanyak adalah paritas primigravida 56 (40,6 %) responden (Adi Isworo, 2010) , di RSUD Kardinah Tegal kejadian preeklamsia tahun 2011 sejumlah 5,4 % dari seluruh persalinan yang ada (Rekam Medik RSUD Kardinah Tegal,2011). Kejadian preeklamsia di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto pada tahun 2014 yaitu 483 kasus (10,23 %) dari 4720 persalinan. (Rekam Medik RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto, 2014)

Menurut Manuaba (2001;h.403), preeklamsia adalah suatu penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, proteinuria, dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke 3 yaitu pada kehamilan diatas 20 minggu, tetapi dapat terjadi pula pada antepartum, intrapartum dan postpartum. Faktor-faktor penyebab dari preeklamsia diantaranya adalah nulipara, primipara, genetik, kehamilan ganda, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi dan obesitas. Preeklamsia atau eklamsia sebagian besar terjadi pada primigravida sebanyak 69,5 persen (Djannah, 2009). Pada ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam mengalami persalinan sehingga dapat terjadi hipertensi dalam kehamilan atau yang biasa disebut dengan preeklamsia atau eklamsia. Pada primigravida frekuensi preeklamsia atau eklamsia meningkat dibandingkan pada multigravida

terutama pada primigravida muda disebabkan oleh berbagai faktor. Berdasarkan faktor imunologis preeklamsia sering terjadi pada primigravida dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya, karena pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya (Rukiyah, 2010).

Berdasarkan data diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “ Gambaran Paritas Pada Kejadian Preeklamsia Pada Persalinan di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto Pada Tahun 2014 “ .

B. Perumusan Masalah

Untuk mengetahui gambaran paritas pada kejadian preeklamsia pada persalinan di RSUD Prof.Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada Tahun 2014 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis gambaran paritas pada kejadian preeklamsia pada persalinan di RSUD Prof.Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada Tahun 2014.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi kejadian preeklamsia di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto pada tahun 2014.
- b. Untuk mengetahui gambaran paritas pada preeklamsia pada ibu bersalin di RSUD Prof.Dr.Soekarjo Purwokerto pada tahun 2014.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Untuk dijadikan sumber bacaan dan referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Aplikatif

Bagi RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto dapat dijadikan alat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap ibu dengan preeklampsia.

3. Manfaat Metodologi

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan bacaan untuk gambaran penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan berbeda dengan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan yang terletak pada variabel, populasi, waktu dan tempat penelitian yaitu ditabel 1.1 sebagai berikut :

Tabel 1.1 Perbedaan penelitian dengan penelitian yang lain

No	Nama Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
1.	Adi Isworo	Hubungan antara kecemasan dengan kejadian preeklamsia di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah tahun 2010	Preeklamsia terjadi berdasarkan paritas dari 138 responden adalah paritas primigravida 56 (40,6 %) responden
2.	Idil Fitriani	Hubungan antara umur dan paritas dengan kejadian preeklamsia di rumah sakit Dr.Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2004	Proporsi ibu dengan paritas rendah ≤ 2 71,0% mengalami preeklamsia berat lebih besar dari pada preeklamsia ringan 29,0%, sedangkan proporsi ibu dengan paritas tinggi 75,0% mengalami preeklamsia berat juga lebih besar dari pada preeklamsia ringan 25,0%

3.	Nurmalichatun	Hubungan antara primipara dan penyakit diabetes mellitus pada kehamilan dengan kejadian preeklamsia pada ibu hamil di RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal pada tahun 2012	574 ibu hamil pada primipara mengalami preeklamsia sebanyak 81 orang (14,1%) lebih besar dibandingkan dari 534 ibu hamil tidak primipara yang mengalami preeklamsia sebanyak 48 orang (9,0%)
4.	Sitti Nur Djannah	Gambaran epidemiologi kejadian preeklamsia / eklamsia di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2007-2009	Berdasarkan paritas terhadap kejadian preeklamsia lebih dominan ibu primigravida dengan jumlah 82 orang (69,5%) dan angka terendah terjadi pada kelompok multigravida dengan jumlah 36 orang (30,5%)
5.	Wahyuni Langelo	Faktor resiko kejadian preeklamsia di RSKD ibu dan anak Siti Fatimah Makasar pada tahun 2011-2012	Responden yang mempunyai paritas dalam kategori resiko tinggi lebih banyak terjadi pada kelompok kasus (61,8%) dibandingkan pada kelompok kontrol (32,1%) nilai OR 3,42 (1,73-6,77) dengan p value 0,00 (p < 0,05)
6.	Gilles Guerrier	Factor Associated with severe preeclampsia and eclampsia in Jahun, Nigeria 2013	Faktor resiko besar pada preeklamsia berat yaitu primipara (OR = 2,15 ; P = 0,001)



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melauai jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 2013;h.164)

2. Tanda dan Gejala Inpartu

Menurut Manuaba (2013;h.169) tanda persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Terjadinya his yang semakin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
- b. Pengeluaran lendir, lendir bercampur darah
- c. Pengeluaran cairan ketuban
- d. Dalam pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).

3. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari pembukaan 0-10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan, kala II disebut kala pengeluaran, kala III disebut juga kala pengeluaran urie, sedangkan kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. (Sumarah. 2009: 4-5)

1. Kala satu persalinan.

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

2. Kala dua persalinan.

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

3. Kala tiga persalinan.

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

4. Kala empat persalinan

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. (Manuaba. 2013;h.174)

4. Komplikasi pada Persalinan

Kasus kegawatdaruratan obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu dan janinya. Kasus ini penyebab utama kematian ibu, janin dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri ada 4 penyebab utama kematian ibu, janin dan bayi baru lahir yaitu :

- a. Perdarahan
- b. Infeksi dan sepsis
- c. Hipertensi dan preeklamsia / eklamsia
- d. Persalinan macet (distosia) (Sarwono, 2009;h. 391)

B. Preeklamsia

1. Pengertian

Menurut Manuaba (2001;h.403), dikatakan preeklampsia adalah suatu penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, proteinuria, dan edema yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke 3 yaitu pada kehamilan diatas 20 minggu, tetapi dapat terjadi pula pada antepartum, intrapartum dan pascapartus.

Preeklamsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu (Obgynacea, 2009).

Preeklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi pada saat antenatal , intranatal dan postpartum. Dari gejala-gejala klinik preeklamsia dapat dibagi menjadi preeklamsia ringan dan preeklamsia berat (Sarwono, 2009).

2. Epidemiologi Preeklamsia

Preeklamsia merupakan gangguan hipertensi yang paling sering terjadi pada kehamilan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (Zhang, 2008) bahwa diseluruh dunia, preeklamsia dan eklamsia menyebabkan 12 % dari semua kematian maternal. Di Indonesia kejadian preeklamsia mencapai angka 32 % yang mengakibatkan kematian pada ibu. Kejadian preeklamsia sering terjadi pada perempuan muda dan nulipara, sedangkan perempuan tua lebih beresiko mengalami hipertensi kronis yang disertai dengan preeklamsia dan kejadian lainnya

dipengaruhi oleh ras dan etnis, faktor lingkungan sosial ekonomi dan musim. (Cunningham, Leveno, Bloom Hauth dkk, 2013; h.743). Disamping faktor tersebut paritas juga mempengaruhi terjadinya preeklamsia.

3. Etiologi

Gejala yang timbul pada preeklamsia adalah edema, hipertensi, dan terakhir proteinuria sehingga bila gejala-gejala ini timbul tidak dalam urutan diatas, dapat dianggap bukan preeklamsia, dan gejala yang paling utama adalah timbulnya hipertensi dan proteinuria (Sarwono,2009). Penyebab preeklamsia saat ini tidak bisa diketahui dengan pasti semua baru didasarkan pada teori yang dihubungkan oleh sebab itu preeklamsia disebut, tetapi merupakan multifaktor (teori) yang menggambarkan berbagai manifestasi klinik yang kompleks “ *disease of theory*” (Zweifel,1922) dalam buku (Manuaba,2013). Gejala klinis preeklamsia ringan menurut (Nugroho Taufan, 2012) meliputi :

- a. Hipertensi : sistolik / diastolik 140/90 mmHg.
- b. Proteinuria : secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24 jam atau secara kualitatif positif 2 (+ 2).
- c. Edema pada pretibia, dinding abdomen, lumbosakral, wajah atau tangan.
- d. Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda-tanda preeklamsia dan eklamsia.

Teori yang dapat diterima haruslah dapat menerangkan hal-hal berikut :

- a. Sebab bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa
- b. Sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan
- c. Sebab dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus
- d. Sebab jarang terjadi eklamsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya
- e. Sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma (Hanifa W, 2005)

Dari hal-hal tersebut diatas, jelas bahwa bukan hanya satu faktor, melainkan beberapa faktor yang menyebabkan preeklamsia dan eklamsia. Adapun teori-teori yang dihubungkan dengan terjadinya preeklamsia adalah : (Manuaba, 2013; h. 406)

1) Teori genetik

Preeklamsia kemungkinan dapat diturunkan, khususnya pada kehamilan pertama terjadi preeklamsia pada anak perempuan lebih tinggi, dibandingkan dengan menantu wanita. Sifat "gen" resesif berhubungan dengan gen resesif herediter. Pada kehamilan kedua preeklamsia sampai eklamsia sedikit berulang, kecuali mendapatkan suami baru.

2) Teori Immunologik

- a) Janin " benda asing " yang relatif karena unsur benda asingnya berasal dari suami

b) Adaptasi dapat terjadi dengan aman karena :

- 1) Janin bukan benda asing khusus dan dapat diterima
- 2) Rahim tidak dipengaruhi oleh sistem imunologi normal
- 3) Terjadi modifikasi respon imunologi sehingga dapat terjadi adaptasi

c) Penolakan total rahim karena bersifat benda asing terjadi “ abortus “ yang sebabnya sulit diterangkan- abortus spontan

d) Setelah plasenta lengkap :

- 1) Sel trofoblas tidak sanggup secara total bertindak sebagai dilator pembuluh darah
- 2) Janin dalam perkembangannya berindung dibelakang trofoblas.

3) Teori Iskhemia regio uteroplacental

a) Invasi sel trofoblas dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah pada kehamilan normal, sehingga dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dan O₂ serta plasenta berfungsi normal

b) Pada preeklamsia terjadi inversi sel trofoblas, hanya sebagian pada arteri spiralis didaerah endometrium sampai desidua

c) Akibatnya terjadi gangguan fungsi plasenta karena sebagian besar arteri spiralis didaerah miometrium, tetap dalam keadaan kontriksi sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk nutrisi dan O₂

d) Karena terjadi iskemia regio uteroplacenter, dianggap terjadi pengeluaran toksin khusus yang menyebabkan terjadi gejala preeklamsia - eklamsia sehingga disebut teori dan nama “toksemia gravidarum”, tetapi toksinya belum dapat dibuktikan

4) Teori radikal bebas dan kerusakan endotel

- a) Oksigen yang labil distribusinya, menimbulkan “produk metabolisme” samping radikal bebas, dengan ciri terdapat “elektron bebas”
- b) Elektron bebas ini akan mencari pasangan “ dengan merusak “ jaringan, khususnya endotel pembuluh darah
- c) Antiradikal bebas yang dapat dipakai untuk menghalangi kerusakan membran sel, sebagai antiaksi dan vitamin C dan E
- d) Radikal bebas adalah proksidase lemak-asam lemak jenuh (kuning)
- e) Kerusakan membran sel kan merusak dan membunuh sel endotel
- f) Sumber radikal bebas terutama plasenta yang “ iskemia “

5) Teori kerusakan endotel

- a) Pembentukan “ proksidase lemak “ dalam tubuh seimbang karena terbentuk oleh beberapa enzim
- b) Bila produksi “ proksidase lemak “ berlebih, akan menjadi toksin yang akan merusak “sel membran” dan akan berlanjut, bersumber dari keadaan iskemia plasenta

- c) Kerusakan khas dari endotel pembuluh darah, terutama pada ginjal menimbulkan *glomerulo capillary-endotheliosis* yang menyebabkan “proteinuria”
- d) Dengan teori kerusakan endotel pembuluh darah sekitar plasenta diterangkan sindrom HELLP

- 1) H : hemolisis eritrosit
- 2) EL : peningkatan enzim lever
- 3) LP : Low platelets (turunnya kadar trombosit)

e) Yang menunjukkan beratnya preeklamsia sekitar 4 sampai 8 persen

6) Teori trombosit

Plasenta kehamilan normal membentuk derivat prostaglandin dari asam arakidonik secara seimbang, yang menjamin aliran darah menuju janin. Iskhemia regio uteroplasenter menimbulkan gangguan metabolisme, yang menghasilkan “radikal bebas asam lemak tak jenuh dan jenuh” radikal bebas ini dapat menimbulkan kerusakan pembuluh darah yang kaya akan “fosfolipid”. Keadaan iskemia regio uteroplasenter yang terjadi menurunkan pembentukan derivat prostaglandin (tromboksan dan prostasiklin), tetapi kerusakan trombosit meningkatkan pengeluaran tromboksan sehingga tromboksan dibandingkan prostasiklin, yaitu 7 : 1. Akibat tingginya pengeluaran tromboksan, terjadi vasokonstriksi pembuluh darah an vasovasorum, yang menimbulkan tekanan darah meningkat dan

makin terjadi kerusakan pembuluh darah karena gangguan sirkulasi pada vasovasorum serta makin besar agregasi-adhesi trombosit, makin banyak terjadi kerusakan trombosit dengan akibat mata rantainya.

7) Teori diet ibu hamil

Kebutuhan kalsium ibu hamil cukup tinggi, untuk pembentukan tulang dan organ lain janin 2 sampai 2½ gram / hari. Bila terjadi kekurangan kalsium, kalsium ibu hamil akan dikuras untuk memenuhi kebutuhan sehingga terjadi pengeluaran kalsium dari jaringan otot. Kekurangan kalsium yang terlalu lama, menyebabkan dikeluarkannya kalsium jaringan otot sehingga menimbulkan manifestasi. Dengan demikian dapat diterangkan bahwa ibu hamil memerlukan 2 sampai 2½ gram kalsium untuk mempertahankan agar konsentrasi dalam darah menjadi konstan, akibatnya tidak akan menimbulkan tekanan darah atau hipertensi.

4. Patofisiologi

Penyebab preeklamsia ringan belum diketahui jelas, preeklamsia ini dianggap sebagai “ *maladaptation syndrome* “ akibat vasospasme general dengan segala akibatnya. Menurut Prawirohardjo (2009;h.285) perubahan pokok yang didapatkan pada preeklamsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Spasmus yang hebat terjadi pada arteri glomerulus, kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruang interstitial belum diketahui sebabnya, telah diketahui bahwa preeklamsia

dijumpai kadar aldosteron yang rendah dan konsentrasi prolaktin yang tinggi dari pada kehamilan yang normal. Aldosteron penting untuk mempertahankan volume plasma dan mengatur retensi air dan natrium pada pre-eklamsia, permiabelitas pembuluh darah terhadap protein meningkat. (Prawirohardjo,2009;h.285) Selain itu perubahan fisiologi juga terjadi pada :

1) Plasenta dan uterus

Menurunnya darah keplasenta mengakibatkan gangguan fungsi plasenta, kenaikan tonus dan kepekaan terhadap perangsangan sering didapatkan pada preeklamsia dan eklamsia sehingga mudah terjadi partus prematurus.

2) Ginjal

Perubahan pada ginjal disebabkan aliran pada ginjal menurun, sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus. Kelainan pada ginjal yang penting ialah dalam hubungan dengan proteinuria dan mungkin sekali juga dengan retensi garam dan air.

3) Retina

Tampak edema retina, spasmus setempat atau menyeluruh pada satu atau beberapa arteri, jarang terlihat perdarahan atau eksudat.

4) Paru-Paru

Terjadi edema paru-paru yang disebabkan oleh dekompensasio kordis kiri.

5) Metabolisme air dan elektrolit

Terjadi hemokonsentrasi yang menyertai pre-eklamsia terjadi pergeseran cairan dari ruang intra vaskular ke ruang interstisial yang diikuti oleh kenaikan hematokrit, peningkatan protein serum, dan sering bertambahnya edema, menyebabkan volume darah berkurang, fiskoset darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. Jumlah air dan natrium dalam badan lebih banyak pada penderita pre-eklamsia.

Faktor yang berhubungan dengan terjadinya preeklamsia yaitu faktor usia dan paritas. Sedangkan berdasarkan penelitian (Djannah,2010) di RSUD.PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2007 sampai 2009 beberapa faktor yang memiliki hubungan dengan terjadinya preeklamsia adalah faktor pengetahuan, usia, paritas, riwayat preeklamsia, genetik dan pemeriksaan kehamilan (ANC).

5. Klasifikasi Preeklamsia

Preeklamsia dibagi menjadi dua golongan, yaitu sebagai berikut :

a. Preeklamsia ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang ; atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih ; atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam.
- 2) Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka ; atau kenaikan berat 1 kg atau lebih per minggu.

- 3) Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter ; kualitatif 1 + atau 2 + pada *urin kateter* atau *midstream*.

b. Preeklamsia berat

- 1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- 2) Proteinuria 5 gr atau lebih per liter
- 3) Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam
- 4) Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri pada epigastrium
- 5) Terdapat edema paru dan sianosis (Nurarifah A H, 2013)

6. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Preeklamsia

Walaupun penyebab preeklamsia belum dapat dipastikan, namun beberapa faktor berikut ini memiliki hubungan dengan terjadinya preeklamsia.

1) Umur ibu

Usia adalah usia individu terhitung mulai saat dia dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir (Nursalam, 2009).Insiden tertinggi pada kasus preeklamsia pada usia remaja atau awal usia 20 tahun,tetapi prevalensinya meningkat pada wanita diatas 35 tahun. Dengan bertambahnya usia seseorang, maka kematangan dalam berfikirnya akan semakin baik.

Usia sangat mempengaruhi kehamilan, usia yang baik untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun. Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun

kurang baik untuk hamil. Karena kehamilan pada usia ini memiliki resiko tinggi, seperti terjadinya keguguran atau kegagalan persalinan, bahkan bisa menyebabkan kematian. Wanita yang usianya lebih tua memiliki resiko komplikasi melahirkan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia diatas 35 tahun, selain fisik mulai lelah, juga kemungkinan munculnya berbagai resiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes, dan berbagai penyakit lainnya termasuk preeklamsia. Tinggi rendahnya usia seseorang memengaruhi terjadinya preeklamsia (Sarwono, 2009).

2) Usia Kehamilan

Menurut (Dollar, 2008) preeklamsia biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Gejalanya adalah kenaikan tekanan darah, Jika terjadi dibawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronis. Sebagian besar kasus preeklamsia terjadi pada usia kehamilan > 37 minggu dan makin tua kehamilan makin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

3) Paritas

Paritas adalah keadaan seorang ibu yang melahirkan janin lebih dari satu. *Sucheilitif* paritas adalah status seorang wanita sehubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkannya. Menurut (Manuaba ,2013;h.166) paritas adalah wanita yang pernah melahirkan. Paritas dibagi menjadi beberapa istilah :

a. Primipara : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin untuk pertama kali

b. Multipara : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin lebih dari satu kali

c. Grande multipara : adalah wanita yang telah melahirkan janin lebih dari lima kali.

Pada primipara frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multipara, terutama primipara muda (Sarwono, 2009).

4) Bad Obstetric History

Seorang wanita yang pernah memiliki riwayat preeklampsia, kehamilan molahidaridosa dan kehamilan ganda kemungkinan akan mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan berikutnya, terutama jika diluar kehamilan menderita tekanan darah tinggi menahun. (Manuaba,2013)

7. Diagnosis

Menurut Kelompok Kerja NHBPEP - *National High Blood Pressure Education* (2010) (Cunningham, Leveno, Bloom Hauth dkk ,2013; h. 740),, mengklasifikasikan pembagian hipertensi menjadi empat kelompok. Konsep ini penting sebagai dasar yang digunakan untuk menentukan sebuah diagnosis. Pembagian ini juga dipisahkan karena preeklampsia dan eklampsia karena keduanya lebih berpotensi membahayakan jiwa, selain itu akan lebih mudah dalam menginterpretasikan dan memahami penelitian mengenai etiologi, patogenesis, dan tatalaksana klinis penyakit hipertensi terkait dengan kehamilan.(Cunningham, Leveno, Bloom Hauth dkk ,2013; h. 740).

Hipertensi didiagnosis secara empiris apabila :

- a. Kehamilan 20 minggu atau lebih
- b. Kenaikan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan pemeriksaan 2 kali selang 6 jam dalam keadaan istirahat (untuk pemeriksaan pertama dilakukan 2 kali setelah istirahat 10 menit).
- c. Edema pada tungkai (pretibial, dinding perut, lumbosakral, wajah atau tungkai.
- d. Proteinuria lebih 0,3 gram/liter24 jam, kualitatif (++) (Nugroho Taufan, 2012)

Kriteria diagnostik preeklamsia ringan :

- a. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg - $< 160/110$ mmHg
- b. Proteinuria : proteinuria ≥ 300 mg / 24 jam atau dipstick $\geq + 1$
- c. Edema : lokal pada tungkai tidak dimasukan dalam kriteria diagnostik

Kriteria diagnostik : preeklamsia disertai salah satu lebih gejala dan tanda :

- a. Tekanan darah $\geq 160 / 110$ mmHg
- b. Proteinuria : proteinuria ≥ 5 gram / 24 jam atau dipstick $\geq + 4$
- c. Oligouria : produksi urine $\leq 400 - 500$ cc/ 24 jam
- d. Kenaikan kreatinin serum
- e. Edema paru dan sianosis
- f. Nyeri epigastrium dan nyeri kuadran atas abdomen : disebabkan teregangnya kapsula gilsone. Nyeri sebagai gejala awal ruptur hepar
- g. Gangguan otak dan visus : perubahan kesadaran, nyeri kepala, skotomata, dan pandangan kabur

- h. Gangguan fungsi hepar : peningkatan SGOT dan SGPT
- i. Hemolisis mikroangiopatik
- j. Trombositopenia : < 100.000 sel/mm³
- k. Sindroma HEELP (*Hemolysis Liver Enzyme, Low Platelete Count*)
(Nugroho Toufan, 2012)

8. Anamnesis Preeklamsia

- a. Adanya gejala : nyeri kepala, gangguan visus, rasa panas dimuka, dyspneu, nyeri dada, mual muntah, kejang.
- b. Penyakit terdahulu : adanya hipertensi dalam kehamilan, penyulit pada pemakaian kontrasepsi hormonal, penyakit ginjal, dan infeksi saluran kencing
- c. Riwayat penyakit keluarga : riwayat kehamilan dan penyulitnya pada ibu dan saudara perempuannya.
- d. Pemeriksaan fisik
- e. Kardiovaskular : evaluasi tekanan darah, suara jantung, pulsasi perifer
- f. Paru : auskultasi paru untuk mendiagnosis edema paru
- g. Abdomen : palpasi untuk menentukan adanya nyeri pada hepar. Evaluasi keadan rahim dan janinya.
- h. Ekstermitas : menentukan adanya klonus.
- i. Funduskopi : menentukan adanya restinopati grade I – III
- j. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2.1 Pemeriksaan Laboratorium
(Nugroho Taufik, 2012)

No	Tes Diagnostik	Penjelasan
1.	Hemoglobin dan hematokrit	Peningkatan Hb dan Hematokrit berarti : a. Adanya hemokonsentrasi yang mendukung diagnosis preeklamsia b. Menggambarkan adanya hipovolemia Penurunan Hb dan Hematokrit bila terjadi hemolisis
2.	Trombosit	Trombositopenia menggambarkan preeklamsia berat
3.	Kreatinin serum, asam urat serum, nitrogen urea darah (BUN)	Peningkatannya menggambarkan : a. Beratnya hipovolemia b. Tanda menurunnya aliran darah ke ginjal c. Oligouria d. Tanda preeklamsia berat
4.	Transaminasi serum (SGOT, SGPT)	Peningkatan transaminase serum menggambarkan preeklamsia berat dengan gangguan fungsi hepar
5.	Lactid acid dhydrogenase	Menggambarkan adanya hemolisis
6.	Albumin serum, dan faktor koagulasi	Menggambarkan kebocoran endotel dan kemungkinan koagulopati

9. Komplikasi

Apabila preeklamsia tidak datangi akan menjadi eklamsia yang memiliki dampak buruk bagi ibu yaitu dapat mengakibatkan perdarahan otak, dekompensasi kordis, edema paru, payah ginjal dan masuknya isi lambung kedalam saluran pernafasan pada saat kejang. Pada janin dapat terjadi intrauterine fetal growth restriction, solusio plasenta, prematuritas, sindroma distres nafas, kematian janin intrauterine, kematian neonatal perdarahan intraventrikuler, necrotizing enterocolitis, sepsis, cerebal palsy. (Wiknjosastro, 2010; h.550)

Menurut Anik Mayunani dan Yulianingsih (2012) komplikasi ibu dengan preeklamsia meliputi : Cerebral vascular accident, kardiopulmonarari edema, retardasi pertumbuhan, kematian janin intra uterine yang disebabkan oleh hipoksia dan premature. Komplikasi preeklamsia yang lain adalah : ablatio retinae, gagal ginjal, perdarahan otak, gagal jantung dan edema paru.

C. Paritas

1. Pengertian

Paritas adalah jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. (Harry Oxorn, William R. Forte, 2010; h. 58.)

2. Klasifikasi Paritas

Menurut Manuaba (2013) paritas dibagi menjadi beberapa istilah :

- a. Primipara : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin untuk pertama kali
- b. Multipara : adalah seorang wanita yang telah melahirkan janin lebih dari satu kali
- c. Grande multipara : adalah wanita yang telah melahirkan janin lebih dari lima kali.

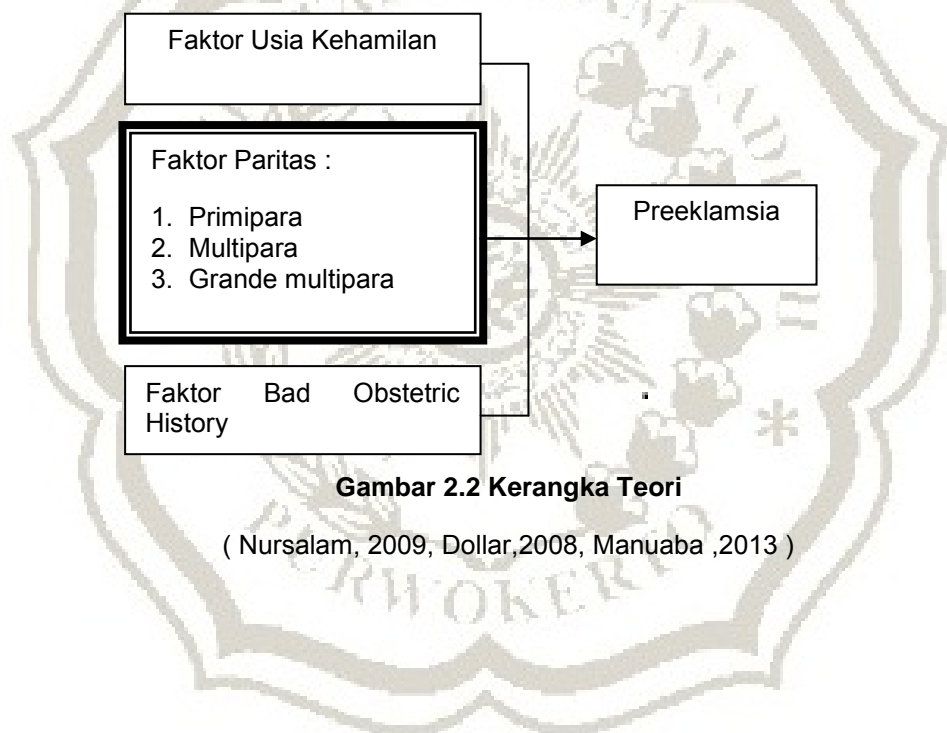
3. Gambaran Paritas dengan Preeklamsia

Faktor paritas merupakan salah satu faktor risiko preeklamsia, dari beberapa faktor lainnya seperti faktor genetik, umur, usia gestasi, riwayat penyakit dan pekerjaan, untuk paritas seperti dikutip oleh Cunningham dkk, (2013; h.743) bahwa preeklamsia sering berhubungan dengan perempuan muda dan nulipara sedangkan pada perempuan yang lebih tua lebih beresiko mengalami hipertensi kronis yang bertumpang tindih dengan preeklamsia.

D. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah penjabaran dari tinjauan teori serta disusun untuk memecahkan masalah penelitian (Notoatmodjo, 2012). Terdapat

banyak faktor resiko untuk terjadinya preeklamsia dalam persalinan seperti faktor genetik, usia, paritas,usia gestasi, riwayat penyakit. Dalam karya tulis ini penulis lebih tertarik untuk membahas gambaran paritas yaitu primipara, multipara dan grandemultipara yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia pada persalinan dikarenakan penulis ingin mengetahui dari 483 kasus preeklamsia pada tahun 2014 di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto lebih banyak pada paritas apa, sehingga kerangka teori pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Teori

(Nursalam, 2009, Dollar,2008, Manuaba ,2013)