

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
No. DAFTAR : 026/PER-UMPI 2012
TANGGAL : 29-3-2012

**KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN
PREEKLAMPSIA-EKLAMPSIA DI BAGIAN
KEBIDANAN DAN KANDUNGAN RSUD
PALEMBANG BARI PERIODE
1 JANUARI – 31 DESEMBER 2010**

Skripsi

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh :
R.A.REIZKHI FITRIYANA
NIM : 70 2008 041



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2011**



HALAMAN PENGESAHAN

**KARAKTERISTIK KLINIS IBU HAMIL DENGAN
PREEKLAMPSIA-EKLAMPSIA DI BAGIAN KEBIDANAN
DAN KANDUNGAN RUMAH SAKIT PALEMBNG BARI
PERIODE 1 JANUARI – 31 DESEMBER 2010**

Dipersiapkan dan disusun oleh
R.A.REIZKHI FITRIYANA
70.2008.041

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 8 Maret 2012

Menyetujui :


dr. Kurniawan, Sp. OG
Pembimbing Pertama


Nurindah Fitria, M.Psi, Psi
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**


Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And
NIDN.0002 064 803

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 8 Maret 2012
Yang membuat pernyataan



(R.A.Reizkhi Fitriyana)
NIM. 70 2008 041

*Dengan Izin Allah ku ucapkan
terima kasih kepada*

Ayahanda yang mulia dr. H.R.M. Yusuf Badaruddin, MM

Kakakku dr. R.A.Kusuma Andini

dan saudara kembarku R.A.Reizkhi Fitriyani, Amd. IP yang saya cintai

Kupersembahkan dihadapan :

Ibunda Felly Hartati (almarhumah) yang amat saya sayangi

“Ibu, Kasihmu sepanjang perjalanan hidupku”



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, MARET 2012

R.A.REIZKHI FITRIYANA

**Karakteristik Ibu Hamil Dengan Preeklampsia-Eklampsia Di Bagian
Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari Periode 1 Januari – 31
Desember 2010**

ix + 54 halaman + 2 gambar + 11 tabel

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka kematian ibu akibat preeklampsia belum mengalami penurunan yang begitu berarti. Dengan mengetahui karakteristik preeklampsia-eklampsia sedini mungkin diharapkan pengendalian angka kematian ibu akibat preeklampsia-eklampsia dapat tercapai.

Metode: Penelitian ini bersifat deskriptif dengan metode pengambilan data secara *cross sectional* dengan menggunakan data sekunder. Data dikumpulkan dari status rekam medik di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit Palembang Bari Periode 1 Januari – 31 Desember 2010 dari seluruh ibu yang mengalami preeklampsia-eklampsia. Kemudian data ditabulasi dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi, diagram dan narasi.

Hasil: Hasil yang didapat prevalensi Ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia adalah 22,9%, banyak terjadi pada usia 20-35 tahun (73,4%), usia kehamilan aterm (93,9%), pada ibu multiparitas (44,1%), tidak adanya riwayat preeklampsia-eklampsia pada kehamilan sebelumnya (98,7%), ditemukan edema (80,3%), dan proteinuria (72,9%), tidak adanya riwayat penyakit metabolik (0%), tingkat pendidikan rendah (71,7%), cara terminasi pastus spontan (75,8%), ibu dengan status lengkap melakukan ANC (79%), mortalitas ibu dan bayi tidak ada (0%), berat badan bayi 2500-3500 g (70,3%).

Kesimpulan: Dalam penelitian ini ibu hamil dengan usia kehamilan yang aterm, adanya edema dan proteinuria, ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan cara terminasi kehamilan secara spontan memang menggambarkan risiko terhadap angka kejadian preeklampsia, akan tetapi usia ibu, riwayat penyakit metabolik, riwayat preeklampsia, status kelengkapan ANC hasilnya tidak terlalu menggambarkan karakteristik ibu dengan preeklampsia-eklampsia karena banyak faktor yang tidak bisa dikendalikan yaitu sosial ekonomi, paritas, rendahnya pengetahuan ibu tentang ANC selama kehamilan.

Kata kunci : Preeklampsia-eklampsia, karakteristik, ibu hamil

Referensi: 29 (1995 – 2011)

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY

SKRIPSI, MARCH 2012

R.A.REIZKHI FITRIYANA

Characteristics of The pregnant Woman With Preeclampsia-Eclampsia Of The Pregnant Woman In The Obsetric and Gynecology Departement of Bari Hospital Palembang For The Period 1 January – 31 december 2010

ix + 54 page + 11 table + 2 picture

ABSTRACT

Backgorund : Maternal mortality due to preeclampsia has not significant decreased. By knowing the characteristics of preeclampsia-eclampsia as early as possible is expected to control maternal mortality due to preeclampsia-eclampsia.

Method: The method was using descriptive study with cross sectional data. Data was collected from secunder data medical record in Obsetric And Gynecology Departement at Bari Hospital Palembang for 1 January – 31 December 2010. The data taken from all the mother who had preeclampsia-eclampsia. The data was tabulated and presented in frequency tabel, diagram, and naration.

Result: Prevalence of pregnant women with preeclampsia-eclampsia was 22,9%, wich often happened in 20- 35 years old (73%), gestational age based (93,9%), in multiparity (44,1%), no history of preeclampsia-eclampsia in preeclampsia-eclampsia, (98,7%), oedema (80,3%), proteinuri (72,9%), no history metabolic disease (0%), mother with completeness of the ANC (79%), and body weight of the baby 2500-3500 gr (70,3%).

Conclusion: So in this research pregnant women with gestational age, the existence of the oedema and proteinuria, mother with the low levels of educations, and the way spontaneous termination pregnancy were become to the risk incidence preeclampsia-eclampsia. However, the age of mother, parity, metabolic disease history, preeclampsia history on previous pregnancies, the status of completeness of the ANC as a result not too describe characteristics of pregnant women with preeclampsia because a lot of factors that cannot be controlled. Socioeconomic, parity, the lack knowledge about of importance the ANC during pregnancy should be watched to controlled the prevalence of preeclampsia-eclampsia.

Reference: 23 (1995 -2011)

Key word : Preeclampsia-eclampsia, characteristics, pregnant women

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis memanjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA-EKLAMPSIA DI BAGIAN KEBIDANAN DAN KANDUNGAN RUMAH SAKIT PALEMBANG BARI PERIODE 1 JANUARI – 31 DESEMBER 2010”**, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan pertimbangan perbaikan di masa mendatang.

Dalam penyelesaian skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran dari berbagai pihak, baik yang diberikan secara lisan maupun tulisan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. dr. Kurniawan, Sp.OG, selaku pembimbing 1 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian.
3. Ibu Nurindah Fitria, M.Psi, Psi selaku pembimbing 2 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian.
4. Seluruh pihak direksi, diklat, rekam medik, dan staf RS.BARI Palembang atas saran dan informasi selama pelaksanaan penelitian.
5. Seluruh staf dosen dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang atas ilmu, bimbingan, saran, dan dukungan selama penyelesaian penelitian.
6. Orang tua dan saudaraku tercinta yang telah banyak membantu dengan doa yang tulus dan memberikan bimbingan moral maupun spiritual.
7. Rekan sejawat seperjuangan serta semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 8 Maret 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Bagi Peneliti	4
1.4.2. Bagi Masyarakat	4
1.4.3. Bagi Institusi RSUD Palembang Bari	5
1.4.4. Bagi Akademik	5
1.5. Keaslian Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan Teori	7
2.1.1. Definisi Preeklampsia-Eklampsia	7
2.1.2. Angka Kejadian Preeklampsia-Eklampsia.....	8
2.1.3. Etiologi Preeklampsia-Eklampsia.....	10
2.1.4. Patofisiologi Preeklampsia-Eklampsia	14
2.1.5. Gejala Klinis Preeklampsia-Eklampsia.....	16
2.1.6. Diagnosis Preeklampsia-Eklampsia.....	16
2.1.7. Penatalaksanaan Preeklampsia-Eklampsia	17
2.1.7.1. Perawatan Aktif.....	18
2.1.7.2. Perawatan Konservatif	20
2.1.7.3. Terapi Eklampsia	21
2.1.7.4. Terminasi Kehamilan	22
2.1.8. Komplikasi Preeklampsia-Eklampsia.....	24
2.1.9. Pencegahan Preeklampsia-Eklampsia	24
2.1.10. Prognosis Preeklampsia-Eklampsia	26
2.1.11. Kasus-Kasus Risiko Tinggi Preeklampsia-Eklampsia	26
2.2. Kerangka Teori	29

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian	30
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	30
3.2.1. Waktu Penelitian	30
3.2.2. Tempat Penelitian	30
3.3. Populasi dan Sampel	30
3.3.1. Populasi	30
3.3.1.1. Populasi Target	30
3.3.1.2. Populasi Terjangkau	31
3.3.2. Sampel Penelitian	31
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	31
3.3.3.1. Kriteria Inklusi	31
3.3.3.2. Kriteria Eksklusi	31
3.4. Variabel Penelitian	32
3.5. Definisi Operasional	32
3.6. Cara Pengumpulan Data	35
3.7. Metode Teknis Analisis data	35
3.8. Alur Penelitian	36
3.9. Rencana Kegiatan	37
3.10. Anggaran	38

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Profil RSUD Palembang Bari	39
4.2. Hasil Penelitian	39
4.2.1. Angka Kejadian Pasien Preeklampsia-eklampsia.....	40
4.2.2. Karakteristik Pasien Preeklampsia-Eklampsia.....	41
4.2.3. Karakteristik Pasien Berdasarkan Sosiodemografi.....	42
4.2.4. Upaya Penanggulangan Pasien Preeklampsia-eklampsia.....	42
4.2.5. Prevalensi Mortalitas Ibu Dan Bayi	43
4.2.6. Berat Badan Bayi lahir	44
5.1. Pembahasan	44
5.1.1. Prevalensi Pasien Preeklampsia	44
5.1.2. Usia ibu	45
5.1.3. Usia Kehamilan	45
5.1.4. Paritas	46
5.1.5. Riwayat Preeklampsia-Eklampsia	46
5.1.6. Karakteristik Klinis	47
5.1.7. Kelengkapan ANC	48
5.1.8. Riwayat Penyakit Metabolik	49
5.1.9. Tingkat Pendidikan	49
5.1.10. Cara Terminasi	50
5.1.11. Prevalensi Ibu yang meninggal	51
5.1.11. Prevalensi Bayi yang Meninggal.....	51
5.1.12. Berat Badan Bayi lahir	49

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan 53

5.2. Saran 54

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR ISTILAH

RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Penelitian Sebelumnya yang pernah dilakukan	6
2. Distribusi angka kejadian preeklampsia-eklampsia dibeberapa Rumah Sakit di Indonesia	9
3. Derajat pematangan serviks	23
4. Jadwal Kegiatan	29
5. Distribusi angka kejadian pasien preeklampsia-eklampsia berdasarkan jumlah persalinan.....	40
6. Distribusi pasien preeklampsia-eklampsia berdasarkan jumlah data.....	41
7. Distribusi karakteristik pasien preeklampsia-eklampsia.....	41
8. Distribusi karakteristik sosiodemografi pasien preeklampsia-eklampsia.....	42
9. Distribusi upaya penanggulangan pasien preeklampsia-eklampsia.....	43
10. Distribusi mortalitas ibu dan bayi pada pasien preeklampsia-eklampsia.....	43
11. Distribusi berat badan bayi lahir pada pasien preeklampsia-eklampsia.....	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori	29
2. Diagram Alur Penelitian Karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit BARI Palembang	36

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia saat ini sedang menghadapi krisis tantangan global yang tidak ringan, maka dari itu Indonesia berkomitmen mencapai MDGs dengan maksud manusia sebagai fokus utama program pembangunan. Dari semua target yang ingin dicapai MDGs (Tujuan Pembangunan Millenium), khususnya tentang kinerja penurunan angka kematian ibu secara global masih rendah, sehingga perlu target dimasa mendatang pada tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Diharapkan dengan mengetahui sedini mungkin faktor-faktor risiko untuk terjadinya komplikasi selama kehamilan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu.. Hal ini masih membutuhkan komitmen dan usaha keras yang terus menerus untuk mewujudkan target tujuan pembangunan millennium (BAPPENAS, 2010).

Berdasarkan data dari WHO tentang angka kematian ibu di seluruh dunia, ternyata terdapat 5 keadaan obsetrik yang menjadi penyebab kematian ibu, yaitu perdarahan post partum, sepsis, preeklampsia-eklampsia, jalan lahir sempit dan aborsi. Angka kejadian terjadinya preeklampsia diperkirakan 3,2% dari di setiap angka kelahiran. Angka ini memberikan total sekitar lebih dari 4 miliar kasus per tahunnya di seluruh dunia (AbouZhar, 2003). Berdasarkan studi yang dilakukan oleh WHO, (2011) dengan peserta wanita yang hamil atau wanita hamil yang mengakhiri kehamilannya di periode antara tahun 1997-2002, terdapat sekitar 14,9% wanita meninggal dengan preeklampsia. Selain itu preeklampsia merupakan pembunuh nomor satu penyebab kematian ibu di Amerika Latin sebanyak 25,7%, disusul oleh Afrika dan Asia sebanyak 9,1%. Penelitian ini menjadi salah satu bukti bahwa preeklampsia merupakan penyebab kematian ibu yang paling serius, selain perdarahan di



seluruh negara, terutama negara yang sedang berkembang. (Sarwono, 2006)

Sampai sekarang penyebab preeklampsia dan eklampsia masih tanda tanya, penyakit ini disebut *disease of theory* (Chesley, 1978). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ohonsi dan Ashimi (2008), beberapa faktor resiko yang dapat meningkatkan perkembangan dari hipertensi pada kehamilan adalah paritas, usia subur wanita yang yang berbahaya untuk melahirkan (<20 tahun dan ≥ 35 tahun), rendahnya sosial ekonomi, riwayat penyakit metabolik seperti Diabetes Melitus (DM), hipertensi dan BMI (*Body Massa Indeks*) yang tinggi selama kehamilan. Namun, diantara faktor-faktor yang ditemukan sering kali sukar ditentukan mana yang menjadi sebab dan mana yang menjadi akibat.

Dari hasil penelitian oleh Hovata dan Lipasti (1983) preeklampsia berat dan eklampsia merupakan faktor risiko yang membahayakan ibu disamping membahayakan janin. Di Indonesia sendiri tingginya angka kematian ibu menjadi agenda kesehatan yang paling utama. Berdasarkan *Maternal Mortality Ratio* (UNFPA, 2011) perkiraan terjadi 300–400 kematian ibu per 100,000 kelahiran, ini artinya wanita Indonesia meninggal setiap jamnya karena kehamilan. Hal ini juga diperkuat menurut survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2003–2004 angka kematian ibu adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan target yang ingin dicapai oleh pemerintah pada tahun 2010 sebesar 125 per 100.00 kelahiran hidup, angka tersebut masih tergolong tinggi (Dinkes, 2010)

Pada kenyataannya seiring berjalannya kemajuan dalam bidang anestesi, teknik operasi, pemberian cairan infus dan peranan antibiotik yang semakin meningkat, membuat penyebab kematian ibu karena perdarahan dan infeksi dapat diturunkan dengan nyata. Sebaliknya pada penderita preeklampsia, angka kematian ibu bersalin belum dapat diturunkan, karena ketidaktahuan dan terlambatnya pencarian pertolongan setelah gejala klinis berkembang menjadi preeklampsia berat dengan segala komplikasinya. (Haryono, 2006)

Untuk menurunkan angka kematian karena eklampsia ini, maka ketersediaan akses untuk memperoleh *Antenatal Care service* (ANC) minimal secara rutin dilakukan 4 kali selama periode masa kehamilan sangat penting. Karena hal ini dapat memberikan pengaruh positif sikap wanita terhadap *Antenatal Care Service* secara benar. Upaya pencegahan, pengamatan dini, dan terapi sangat penting untuk mencegah angka kematian pada gangguan ini (Lana K, 2004)

Melihat angka kematian ibu akibat preeklampsia-eklampsia yang terus meningkat dari waktu ke waktu, hal ini dikarenakan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan telah cukup tinggi, akan tetapi beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan tidak terlalu mendapatkan perhatian khusus dalam hal ini yaitu preeklampsia-eklampsia, maka dilakukan penelitian tentang karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia. Penelitian ini dilakukan di Bagian kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari Periode 1 Januari–31 Desember 2010. Penelitian ini dilakukan karena angka kejadian preeklampsia-eklampsia sebagai penyakit yang tidak menular di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari Palembang cukup tinggi. Dan juga pada Rumah Sakit ini sendiri belum dilakukannya penelitian tentang karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia. Padahal sebagai sebuah rumah sakit rujukan tentunya angka kejadian preeklampsia-eklampsia di Rumah Sakit ini cukup banyak. Dengan adanya penelitian ini diharapkan hasilnya dapat digunakan untuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sehingga dapat menekan angka kejadian preeklampsia-eklampsia yang dapat berujung kematian pada penderitanya jika tidak ditangani dengan baik.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah karakteristik ibu hamil yang menderita preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik ibu hamil yang menderita preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari periode 1 Januari - 31 Desember 2010.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui angka kejadian ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia, angka kematian dan prevalensi bayi lahir hidup dan lahir mati pada pasien preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari Periode 1 Januari – 31 Desember 2010.
2. Mengetahui distribusi usia ibu hamil, usia kehamilan, paritas, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, karakteristik klinis, kelengkapan ANC, riwayat penyakit metabolik dan jenjang pendidikan pada pasien preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari Periode 1 Januari – 31 Desember 2010.
3. Mengetahui distribusi cara terminasi kehamilan dan berat badan bayi yang dilahirkan oleh pasien preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari Periode 1 Januari – 31 Desember 2010.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat bagi Peneliti

Sebagai sarana pengembangan diri dan penerapan pengetahuan yang diperoleh penulis tentang metodologi penelitian, dan menjadi data awal atau penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya yang sejenis atau terkait.

1.4.2. Manfaat bagi Masyarakat

Sebagai bahan tambahan informasi yang terbaru mengenai preeklampsia – eklampsia, terutama bagi ibu hamil yang memiliki faktor risiko.

1.4.3. Manfaat bagi Institusi RSUD Palembang Bari

Sebagai bahan evaluasi yang dapat digunakan dalam upaya peningkatan tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif, sehingga dapat terjadi peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

1.4.4. Manfaat bagi Akademik

Sebagai bahan dokumentasi yang bisa bermanfaat bagi Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang.

1.5 Keaslian Penelitian

Masih belum banyak penelitian tentang Karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia. Menurut pengetahuan peneliti belum pernah dilakukannya penelitian ini di RSUD Palembang Bari. Tetapi menurut penelitian yang hampir sama dilakukan bisa dilihat pada table 1.

Tabel 1. Perbandingan penelitian sebelumnya

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Fella Halimah Pratami	Prevalensi dan Karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia Berat yang dirawat di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSMH Palembang Periode 1 Nov – 1 Nov 2009	Deskriptif	Ibu Hamil dengan preeklampsia berat banyak terjadi pada usia 21-35 tahun (24,41%), pada umur kehamilan 36-40 minggu (74,58%), (44,75%) pada ibu primigravida, ditemukan pada edema (97,24%), proteinuria (92,26%), terminasi kehamilan secara spontan (34,30%), angka kematian maternal (0%), mortalitas bayi (7,1%), berat badan bayi 2500-3500 gram (63,90%).
Rozikhan	Faktor faktor risiko terjadinya preeklampsia berat di RS Dr.H.Soewondo Kedal Periode 1 Jan – 31 Desember 2010.	<i>Case control</i>	Beberapa faktor yang mempunyai hubungan yang signifikan dengan besar risiko berbeda yakni: Umur, paritas, riwayat preeklampsia, riwayat hipertensi, keturunan, ANC,dan pengetahuan.

Sumber; (Pratami, 2009; Rozikhan, 2010)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Definisi Preeklampsia-Eklampsia

Sindrom spesifik kehamilan berupa kurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria (Cunningham, 2005). Sedangkan eklampsia adalah kejadian kejang sampai koma yang terjadi pada ibu hamil yang dibedakan dari kasus lain (gangguan neurologis) (Sarwono, 2006). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dharma, Wibowo dan Raranta (2005), menyimpulkan bahwa pada preeklampsia memang terjadi disfungsi endotel. Menurut *On The National High Blood Pressure Educations Program Working groups On high Pressure on Pregnancy*, preeklampsia juga terjadi pada umur kehamilan diatas 20 minggu, dengan tekanan darah sistolik 140 mm/Hg atau lebih dan tekanan arah diastolik 90 mm/Hg atau lebih (ACOG, 2002) .

Dikatakan sebagai preeklampsia-eklampsia apabila memiliki salah satu atau lebih dari gejala dan tanda-tanda yang ada dibawah ini (ACOG, 2002) :

1. Preeklampsia ringan, adalah suatu keadaan pada ibu hamil disertai kenaikan tekanan darah sistolik 140/90 mm/Hg atau kenaikan diastolik 15 mm/Hg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mm/Hg atau setelah 20 minggu kehamilan dengan riwayat tekanan darah normal dan adanya proteinuria kuantitatif ≥ 3 gr perliter atau kuantitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau *midstream*.
2. Preeklampsia berat, adalah suatu keadaan pada ibu hamil bila disertai kenaikan tekanan darah 160/110 mm/Hg atau lebih, adanya proteiunuria 5 gr atau lebih per liter dalam 24 jam atau kuantitatif 3+ atau kuantitatif 4+, adanya oliguria (jumlah urin kurang dari 500cc per jam, adanya



gangguan serebral, gangguan penglihatan, rasa nyeri di epigastrium, adanya tanda sianosis, edema paru, trombositopeni, gangguan fungsi hati, serta yang terakhir adalah pertumbuhan janin terhambat.

3. Eklampsia merupakan preeklampsia yang disertai kejang dan disusul dengan koma.

Sebagai informasi tambahan, *NHBPEP Working Group* (HakLim, 2011) mengklasifikasikan hipertensi dalam kehamilan dapat menjadi 4 kategori, yaitu :

- Hipertensi gestasional dengan gejala yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mm/Hg untuk pertama kalinya ketika hamil, bila tidak terdapat proteinuria, dan tekanan darah kembali normal kurang dari 12 minggu setelah melahirkan.
- Hipertensi kronis dengan gejala yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mm/Hg sebelum hamil atau didiagnosa sebelum usia gestasi 20 minggu, atau bila terdapat hipertensi didiagnosa setelah usia gestasi 20 minggu dan persisten 12 minggu setelah melahirkan.
- Preeklampsia-eklampsia dengan gejala yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mm/Hg setelah usia gestasi 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah yang normal dan adanya proteinuria (0,3 gr protein dalam specimen urin dalam 24 jam), sedangkan eklampsia didefinisikan sebagai kejang yang tidak dapat dihubungkan dengan kasus lain pada wanita dengan preeklampsia.
- *Superimposed Preeclampsia* (hipertensi kronis) dengan gejala yaitu onset baru proteinuria dengan jumlah proteinuria ≥ 300 mg/24 jam pada ibu hamil dengan hipertensi, tetapi tidak ada proteinuria sebelum usia gestasi 20 minggu.

2.1.2. Angka Kejadian Preeklampsia-Eklampsia

Angka kejadian preeklampsia-eklampsia berkisar antara 2% dan 10% dari kehamilan di seluruh dunia. Kejadian preeklampsia merupakan penanda

awal dari kejadian eklampsia, dan diperkirakan kejadian preeklampsia menjadi lebih tinggi di negara berkembang (WHO, 2011). Angka kejadian preeklampsia di negara berkembang, seperti di negara Amerika Utara dan Eropa adalah sama dan diperkirakan sekitar 5-7 kasus per 10.000 kelahiran. Disisi lain kejadian eklampsia di negara berkembang bervariasi secara luas. Mulai dari satu kasus per 100 kehamilan untuk 1 kasus per 1700 kehamilan. Rentang angka kejadian preeklampsia-eklampsia di negara berkembang seperti negara Afrika seperti Afrika selatan, Mesir, Tanzania, dan Ethiopia bervariasi dari 1,8% sampai 7,1%. Di Nigeria angka kejadiannya berkisar antara 2% sampai 16,7% (Osungbade dan Olumsimbo, 2011). Dan juga preeklampsia ini juga dipengaruhi oleh ibu nullipara, karena ibu nullipara memiliki resiko 4-5 kali lebih tinggi dari pada ibu multipara (Zhang dkk, 1997).

Table 2. Angka kejadian preeklampsia di beberapa Rumah Sakit di Indonesia

Tahun	Rumah Sakit	Persen (%)	Penulis
1992-1997	RS Pringadi Medan	5,75	Simanjutak J.
1996-1997	12 Rumah Sakit	0,84-14	Tribawono A.
1995-1998	RS Hasan Sadikin	13,0	Maiza
2002-2002	RSHAM-RSPM	7,0	Girsang E.
2002	RSCM	9,17	Priyatini

Sumber : Haryono, 2006

Angka kejadian dari preeklampsia di Indonesia sekitar 7-10%, ini merupakan bukti bahwa preeklampsia merupakan penyebab kematian nomor dua di Indonesia bagi ibu hamil, sedangkan no.1 penyebab kematian ibu di Indonesia adalah akibat perdarahan (DepKes, 2010). Bervariasinya angka kejadian preeklampsia di beberapa rumah sakit di Indonesia disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhinya, seperti perbedaan kriteria dalam menentukan diagnosis, sosial ekonomi, gizi, paritas, dan lingkungan (Siregar dan Manafar, 2003). Lebih lanjut lagi angka kejadian preeklampsia-eklampsia di Indonesia dapat dilihat pada tabel 2

2.1.3. Etiologi Preeklampsia-Eklampsia

Sampai dengan saat ini etiologi pasti dari preeklampsia-eklampsia masih belum diketahui. Ada beberapa teori yang mencoba menjelaskan perkiraan etiologi dari kelainan tersebut. Sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai "*The Disease of Theory*" (Sarwono, 2006). Adapun teori-teori yang berhubungan langsung dan dapat dijelaskan secara lengkap antara lain :

1. Iskemia Plasenta

Iskemia pada plasenta disebabkan oleh gagalnya invasi ke arteri spiral, dimana hal tersebut dicetuskan oleh meningkatnya deportasi sel tropoblast (Haryono, 2006).

2. Maladaptasi Imun

Terjadinya maladaptasi imun dapat menyebabkan invasi sel tropoblast ke arteri spiral menjadi dangkal. Dan pembentukan sitokin, enzim proteolitik dan radikal bebas dapat memicu terjadinya disfungsi endotel (Haryono, 2006).

3. Peran Faktor Immunologis

Preeklampsia sering terjadi pada kehamilan pertama dan tidak timbul lagi pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat diterangkan bahwa pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen placenta tidak sempurna, yang semakin sempurna pada kehamilan berikutnya. Fierlie FM (1992) mendapatkan beberapa data yang mendukung adanya sistem imun pada penderita preeklampsia-eklampsia (Sudhaberata, 2001) :

- a. Beberapa wanita dengan Preeklampsia-Eklampsia mempunyai kompleks imun dalam serum
- b. Beberapa studi juga mendapatkan adanya aktivasi sistem komplemen pada preeklampsia-eklampsia diikuti dengan proteinuria.

Sitrat (1986) menyimpulkan meskipun ada beberapa pendapat menyebutkan bahwa sistem imun humoral dan aktivasi komplemen

terjadi pada Preeklampsia-Eklampsia, tetapi tidak ada bukti bahwa sistem imunologi bisa menyebabkan preeklampsia-eklampsia.

4. Peran faktor genetik/familial

Beberapa bukti yang menunjukkan peran faktor genetik pada kejadian preeklampsia-eklampsia antara lain (Sudhaberata, 2001) :

- a. Preeklampsia hanya terjadi pada manusia
- b. Terdapat kecenderungan meningkatnya frekuensi preeklampsia-eklampsia pada anak dan cucu ibu hamil dengan riwayat preeklampsia-eklampsia dan bukan pada ipar mereka.

5. Peran prostasiklin dan tromboksan (gangguan reaktivitas vaskuler)

Pada preeklampsia didapatkan kerusakan pada sel endotel vaskuler, sehingga terjadi penurunan produksi prostasiklin yang pada kehamilan normal meningkat, aktivasi penggumpalan dan fibrinolisis, yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengonsumsi antitrombin III, sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA_2) dan serotonin, sehingga terjadi vasospasme dan kerusakan endotel. Dengan kata lain, pada kehamilan normal produksi prostasiklin (PGI_2) akan meningkat sedangkan terjadi penurunan tromboksan (TXA_2) sehingga terjadi vasodilatasi, sebaliknya pada preeklampsia-eklampsia terjadi penurunan produksi protasiklin (PGI_2) menyebabkan pelepasan tromboksan (TXA_2) sehingga terjadi vasospasme (Sudhaberata, 2001).

Dalam perjalanannya, ke lima faktor di atas tidak berdiri sendiri, tetapi kadang saling berkaitan dengan titik temunya pada invasi tropoblast dan terjadinya iskemia plasenta dan disfungsi endotel

- Faktor yang mungkin berperan untuk terjadinya Preeklampsia pada sosiodemografi ibu :

1. Ibu status nullipara

Menurut hasil penelitian yang (Artikasari, 2008) menemukan adanya hubungan antara status nullipara dengan angka kejadian preeklampsia. Yaitu sebesar 1, 458 kali lebih besar untuk terkena preeklampsia-eklampsia pada ibu nullipara dibanding ibu hamil tidak dengan status nullipara. Ini duga karena adanya suatu mekanisme imunologi disamping endokrin dan genetik dan pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta belum sempurna, yang makin sempurna pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2008)

2. Usia ibu hamil

Berdasarkan penelitian (Ohonsi dan Ashimi, 2008) dengan usia yang ekstrem untuk melahirkan < 20 dan > 35 tahun memiliki faktor risiko terjadinya preeklampsia. Hubungan dengan usia < 20 tahun hal ini dikarenakan insidens terjadinya preeklampsia paling banyak dijumpai pada ibu dengan status nullipara. Sedangkan Studi yang dilakukan oleh Chunlalongkorm Thailand faktor usia ≥ 35 tahun terbukti meningkatkan kejadian preeklampsia. hal ini terjadi karena usia yang tua dalam melahirkan akan cenderung memiliki banyak gangguan medis, dalam hal ini akan terjadi penyakit degeneratif atau kerusakan vaskular endothelial. Dari penelitian diketahui bahwa umur yang ideal untuk melahirkan (usia reproduksi sehat) adalah umur 20-35 tahun, dengan resiko yang makin meningkat bila umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun untuk terjadinya komplikasi kehamilan seperti eklamsi, plasenta previa, perdarahan dan gangguan pada janin.

3. Riwayat preeklampsia

Berdasarkan penelitian mostello dkk, 2005 dalam hasil meneliti menentukan risiko kejadian preeklampsia berulang pada kehamilan selanjutnya berdasarkan usia kehamilan, ternyata 14,7 % wanita hamil dari kehamilan pertama memiliki risiko terjadinya preeklampsia pada kehamilan ke dua menurut usia kehamilan ternyata terdapat sekitar 38,6 % dapat didiagnosis mulai usia kehamilan 28 minggu, 29,1% dapat didiagnosis usia kehamilan 29-32 minggu, 21,9% dapat didiagnosis pada usia kehamilan untuk 33-36minggu, dan 12,9% dapat didiagnosis pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih . Hal ini digunakan untuk mendeteksi pre-eklampsia dan direncanakan sesuai usia kehamilan.

4. Tingkat Pendidikan rendah

Dalam penelitian sebelumnya oleh silva dkk, 2008 pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah cenderung lebih besar mengalami preeklampsia pada kehamilannya karena semakin tinggi pendidikan maka kedewasaan seseorang semakin matang, sehingga mereka lebih mudah menerima dan memahami informasi yang bersifat positif.

Beberapa faktor risiko pada penyakit ini, serta perbandingannya adalah (Yulius, 2008):

1. Nullipara (3 : 1)
2. Umur di atas 40 tahun (3 : 1)
3. Riwayat preeklampsia dalam keluarga (5 : 1)
4. Penyakit ginjal kronik (20 : 1)
5. Hipertensi kronis (10 : 1)
6. Sindroma anti-fosfolipid (3 : 1)
7. Riwayat diabetes melitus (2 : 1)
8. Kehamilan ganda (4 : 1)

2.1.4. Patofisiologi Preeklampsia - Eklampsia

Jaffe dkk (1995) menyatakan ada 2 tahap yang mendasari patofisiologi dari preeklampsia. Tahap pertama adalah hipoksia plasenta yang dipicu oleh berkurangnya aliran darah dalam arteri spiralis. Gagalnya invasi sel tropoblas pada dinding arteri spiralis pada masa awal kehamilan dan masa awal trimester kedua menyebabkan arteri spiralis tidak dapat melebar dengan sempurna, sehingga menyebabkan vasokonstriksi dimana aliran darah dalam ruangan intervillus menurun dan menurunkan perfusi uteroplasenter. Hal inilah yang memicu terjadinya hipoksia plasenta (Haryono, 2006)

Lebih lanjut lagi, hipoksia plasenta ini akan menyebabkan bebasnya zat-zat toksik seperti sitokin inflamasi dan radikal bebas dalam bentuk lipid peroksidase yang masuk ke dalam sirkulasi darah ibu melalui ikatan lipoprotein. Hal ini menyebabkan terjadinya *oxidative stress*, dimana jumlah radikal bebas lebih banyak dibandingkan antioksidan. Kemudian bersamaan dengan zat toksik, *oxidative stress* yang beredar dapat memicu kerusakan sel endotel pada pembuluh darah yang disebut disfungsi endotel. Hal ini dapat terjadi pada seluruh permukaan pembuluh darah organ-organ penderita preeklampsia (Sarwono, 2006).

Disfungsi endotel ini menyebabkan ketidakseimbangan produksi prostasiklin dan nitrat oksida yang berperan sebagai vasodilator dengan zat-zat yang bersifat vasokonstriktor seperti endothelin I, tromboksan, dan angiotensin II sehingga terjadi vasokonstriksi yang luas dan berkembang menjadi hipertensi. Kadar peroksidase yang meningkat juga akan mengaktifkan sistem koagulasi sehingga memicu agregasi trombosit dan pembentukan trombus. Pada preeklampsia-eklampsia dapat terjadi perburukan patologis pada sejumlah organ dan sistem yang kemungkinan diakibatkan oleh vasospasme dan iskemia (Cunningham, 2005)

Bila disfungsi endotel ini telah terjadi di seluruh tubuh penderita preeklampsia, maka dapat terjadi disfungsi atau kegagalan organ, seperti (Benson dan Pernoll, 1995) :

1. Kardiovaskular

Pada dasarnya hipertensi dapat menyebabkan peningkatan *afterload* jantung, sehingga mengganggu fungsi kardiovaskular. Di samping itu, dapat terjadi juga perubahan hemodinamik dan perubahan volume darah berupa hemokonsentrasi.

2. Plasenta dan rahim

Pada pasien preeklampsia berat, ada 2 perubahan mikroskopis plasenta yang sangat serius, yaitu gagalnya arteri-arteri spiralis dalam miometrium dalam mengendurkan struktur muskuloelastiknya dan adanya aterosklerosis akut pada bagian miometrium arteri spiral. Hal ini menyebabkan meningkatnya resistensi vaskular dan mengecilnya lumen pembuluh darah. Oleh karena itu, lebih sedikit aliran darah intervilositas yang akan diterima janin. Gangguan plasenta juga terjadi akibat aliran darah yang berkurang ke plasenta, sehingga mengganggu pertumbuhan janin dan bisa terjadi gawat janin akibat kekurangan oksigen.

3. Otak

Berbeda dengan preeklampsia berat yang aliran darah dan pemakaian oksigen masih dalam batas normal, pada eklampsia terjadi peningkatan resistensi pembuluh darah yang juga terjadi pada pembuluh darah otak. Terjadilah edema yang menyebabkan kelainan serebral dan gangguan visus, bahkan perdarahan pada keadaan lanjut.

4. Ginjal

Menurunnya aliran darah ke ginjal menyebabkan filtrasi glomerulus berkurang sehingga filtrasi natrium melalui glomerulus juga berkurang, akibatnya terjadi retensi garam dan air. Penurunan filtrasi glomerulus ini

dapat mencapai 50% dari normal, akibatnya dapat terjadi oliguria dan anuria pada keadaan lanjut.

5. Paru-paru

Pada ibu hamil dengan preeklampsia dan eklampsia, biasanya kematian terjadi akibat adanya edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Biasanya terjadi postpartum, selain itu dapat juga berhubungan dengan kelebihan cairan dan menurunnya tekanan onkotik koloid plasma.

6. Mata

Bila terdapat edema retina dan spasme pembuluh darah, maka patut dicurigai terjadinya preeklampsia berat.

2.1.5. Gejala Klinis Preeklampsia-Eklampsia

Seperti telah banyak dipaparkan sebelumnya, para penderita preeklampsia-eklampsia memiliki gejala klinis yang sangat bervariasi, mulai dari penderita tanpa gejala klinis sampai penderita dengan gejala klinis yang sangat progresif. Umumnya, perubahan patogenik pada preeklampsia-eklampsia terjadi lebih dulu dibandingkan manifestasi klinik. Gejala gejala klinis yang khas dimiliki oleh pasien dengan preeklampsia-eklampsia adalah hipertensi, terdapat proteinuria, nyeri kepala, gangguan visus, nyeri epigastrium dan yang terakhir adalah kejang (Cunningham, 2005).

2.1.6. Diagnosis Preeklampsia-Eklampsia

Saat ini, preeklampsia sendiri dipahami sebagai hipertensi disertai proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Sedangkan eklampsia adalah timbulnya kejang pada penderita preeklampsia yang disusul dengan koma (HakLim, 2011). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh *the American college of Obstetricians and*

Gynecologists (ACOG) pada tahun 1996-2002 untuk mendiagnosis preeklampsia justru yang paling penting adalah dari hipertensi pada kehamilan, gangguan hipertensi selama kehamilan yang hebat, dapat terjadi tanpa proteinuria atau gangguan beberapa organ lainnya. Untuk standar kriteria hipertensi menurut ACOG adalah lebih dari 140mm/Hg sistolik atau 90mm/Hg diastolik dan hal ini disetujui oleh perkumpulan kesehatan internasional. (Bilhartz T.D dan Bilhartz P.A, 2010)

Penegakan diagnosis preeklampsia dilakukan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu, edema, hipertensi, dan proteinuria. Edema terlihat dalam peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan, dan wajah (Lana K, 2004). Selain itu, penegakan diagnosis juga dibagi berdasarkan hal-hal berikut, yaitu (Yulius, 2008) :

1. Gambaran Klinik

Penambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan proteinuria yang didapat dari pemeriksaan klinik.

2. Gambaran Subjektif

Nyeri kepala di daerah frontal, gangguan visus, penglihatan kabur, skotoma, diplopia, mual, dan muntah.

Tidak hanya identifikasi dari segi gejala, pemeriksaan penunjang juga diperlukan untuk menegakkan diagnosa preeklampsia, seperti pemeriksaan urin meliputi protein, reduksi, bilirubin, sedimen urin, pemeriksaan darah seperti trombosit, ureum, kreatinin, SGOT, LDH, bilirubin, dan USG.(Masjoer dkk, 2011).

2.1.7. Penatalaksanaan Preeklampsia-Eklampsia

Tujuan penatalaksanaan preeklampsia adalah (Haryono, 2006) :

1. Mencegah komplikasi yang dapat terjadi pada ibu, serta melahirkan bayi yang cukup bulan dan dapat hidup diluar.
2. Mencegah terjadinya kejang/eklampsia yang akan memperburuk keadaan ibu hamil.

Pengelolaan preeklampsia-eklampsia pada dasarnya adalah sebisa mungkin mempertahankan kehamilan sampai aterm. Persalinan pervaginam adalah langkah terbaik yang dilakukan dibandingkan seksio sesarea, bila kehamilan mencapai aterm. Terminasi kehamilan harus segera dilakukan bila progresifitas penyakit memburuk dan menunjukkan tanda-tanda *impending* preeklampsia (Haryono, 2006).

Terapi pada preeklampsia-eklampsia dibedakan menjadi 2 yaitu perawatan aktif dan konservatif.

2.1.7.1. Perawatan Aktif

Perawatan aktif yaitu kehamilan yang harus segera diakhiri. Dan pada perawatan aktif ini, dilakukan dengan berbagai pertimbangan medis (Pangeman, 2009). Dalam hal ini indikasi dilakukannya perawatan aktif bila didapatkan satu atau lebih keadaan ibu jika kehamilan lebih dari 37 minggu, adanya tanda *impending* eklampsia, gagalnya perawatan konservatif (Hutomo dan Caroline. Pada perawatan konservatif dikatakan gagal jika 6 jam setelah pengobatan medisinalis terjadi kenaikan tekanan darah, dan 24 setelah pengobatan medisinalis gejala tak berubah. Selain itu juga bila keadaan janin menandakan gawat janin, adanya pertumbuhan janin yang terhambat dalam rahim dan dari hasil uji laboratorik adanya sindroma HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzyme, dan Low Platelet*).

Adapun pengobatan medisinalis yang dilakukan pada pasien preeklampsia-eklampsia pada perawatan aktif yaitu segera masuk rumah sakit, tirah baring miring ke satu sisi (kiri), infuse D5:RL = 2:1

(60-125 ml/jam, antasida, diet yang cukup protein, rendah karbohidrat, lemak garam serta obat-obatan anti kejang magnesium sulfat (MgSO_4). Pemberian dosis awal magnesium sulfat adalah sebanyak 20 ml 40% intra muskular sebanyak 4 gr pada bokong kiri dan bokong kanan, dan juga dosis ulangan diulangi tiap 6 jam sebanyak 4 gr magnesium sulfat sebanyak 10 ml 40 % intra muskular.

Syarat-syarat pemberian magnesium sulfat pada pasien preeklampsia-eklampsia adalah harus tersedianya kalsium glukonas dengan dosis 1 g = 10 ml 10 % iv pelan 3 menit, pada refleks patella (+) kuat, sedangkan pada pernafasan harus lebih dari 16 kali per menit, dan terakhir adalah produksi urine harus lebih dari 100 ml dalam 4 jam sebelumnya (0,5 ml/KgBB/jam). Sedangkan pemberian magnesium sulfat dihentikan apabila terjadi tanda-tanda intoksikasi seperti penurunan refleks patella, terjadi penurunan pernafasan yaitu kurang dari 16x/menit, rasa panas di muka, kesulitan bicara, penurunan kesadaran dan terjadi *cardiac arrest*. Setelah 24 jam pascapersalinan, 6 jam pascapersalinan normotensif, selanjutnya dengan luminal 3 x 30-60 mg.

Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada preeklampsia-eklampsia maka dari itu perlu dilakukan pemberian diuretika atas indikasi bila terjadi edema paru, payah jantung kongestif, edema anasarka dan kelainan fungsi ginjal (bila faktor prerenal sudah diatasi) obat yang dipakai adalah derivat furosemid (lasix 20 mg intra muskular).

Anti hipertensi perlu juga diberikan atas indikasi bila tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg dan pada tekanan darah diastolik lebih dari 110 mm/Hg. Antihipertensi yang biasa digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien preeklampsia-eklampsia masih tergolong kategori C dalam keamanan obat pada kehamilan, dimana keamanan penggunaannya pada wanita hamil belum pernah ditetapkan. Adapun antihipertensi yang digunakan adalah Clonidine



(Catapres) 1 ampul = 0,15 mg/ml + 10 ml NaCl fls/aquades, masukkan 5 ml IV pelan, tunggu 5 menit, kemudian tekanan darah diukur, bila tidak turun berikan sisanya (5 ml IV pelan 5 menit). Pemberian obat dapat diulangi tiap 4 jam sampai tekanan darah normotensif. Nifedipin: 4 x 10 mg (PO) sampai diastolik 90 – 100 mmHg Hidralazin (Apresolin) 1 ampul = 20 mg, 1 ampul diencerkan, diberikan IV pelan, melalui selang infus, dapat diulangi setelah 20 – 30 menit. Dan juga pemberian kardiotonika jika terdapat tanda-tanda menjurus payah jantung dan dapat diberikan cedilanid, digitalisasi cepat sebaiknya kerja sama dengan penyakit jantung.

Dan lain lain, seperti pemberian antipiretika diberikan atas indikasi suhu rectal $> 38,5^{\circ}\text{C}$, Xylomidon 2 ml dan/atau kompres. Antibiotika bila ada indikasi. Pemberian Analgetika atas indikasi kesakitan/gelisah: 50-75 mg pethidin < 2 jam sebelum janin lahir. Pengobatan obstetrik yang dilakukan pada pasien preeklampsia-eklampsia pada perawatan aktif adalah dengan cara terminasi kehamilannya atau persalinan jika ibu hamil belum memasuki inpartu sebaiknya diinduksi persalinan dengan amniotomi dan drip oksitosin dengan syarat skor Bhisop 5. Dilakukan tindakan seksio sesarea bila syarat drip oksitosi tak terpenuhi, 12 jam sejak drip oksitosin belum masuk fase aktif dan pada ibu dengan primipara lebih cenderung untuk melakukan seksio sesarea.

Bila memasuki inpartu pada kala I yaitu fase laten tunggu selama 6 jam, jika tetap pada fase laten maka tindakan yang dilakukan yaitu seksio sesarea, sedangkan pada kala II tindakan dipercepat sesuai dengan syarat yang dipenuhi.

2.1.7.2. Perawatan Konservatif

Perawatan konservatif adalah kehamilan yang tetap dipertahankan. Perawatan konservatif ini dilakukan dengan beberapa

indikasi medis (Pangeman, 2002). Adapun beberapa indikasi tersebut adalah bila terdapat pada kehamilan lebih dari 37 minggu, keadaan janin membaik, tidak ada *impending* eklampsia. Pengobatan medisinalis yang dilakukan pada pasien preeklampsia-eklampsia adalah diberikan magnesium sulfat sebanyak 8 gr 40% intra muskular pada bokong kanan dan bokong kiri, bila ada perbaikan teruskan selama 24 jam, dan apabila setelah 24 jam ada tanda-tanda perbaikan maka pengobatan diteruskan dengan pemberian tablet luminal 3 x 30-60 mg, dan anti hipertensi oral bila tekanan darah lebih dari 160/110 mg/Hg.

Pada pengobatan obsetrik yang dilakukan pada pasien preeklampsia-eklampsia adalah observasi dan evaluasi sama seperti pada perawatan aktif, tetapi tidak dilakukan terminasi kehamilan, pemberian magnesium sulfat dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda preeklampsia ringan selambat-lambatnya dalam 24 jam. Jika lebih dari 24 jam tidak ada perbaikan maka perawatan konservatif dianggap gagal dan dilakukan terminasi kehamilan segera.

Penderita diperbolehkan pulang apabila mencapai perbaikan dengan tanda-tanda preeklampsia ringan, dan perawatan dilanjutkan 3 hari lagi.

2.1.7.3. Terapi Eklampsia

Eklampsia merupakan kelanjutan dari preeklampsia berat disertai semakin tingginya angka kematian maternal dan perinatal. Tambahan gejala eklampsia adalah menurunnya kesadaran sampai dengan koma dan terjadi konvulsi. Terapi eklampsia dengan konvulsi bertujuan untuk mencegah terjadi konvulsi terlalu lama, mencegah agar konvulsi berkurang, menyelamatkan jiwa maternal dengan pengobatan Magnesium sulfat. Menurut Pritchard, pengobatan IM dengan memberikan ID 4 g (larutan 20% didapat dengan mencampur



8 ml MgSO₄ 50% dengan 12 cc air steril, setelah 3-5 menit diberikan 10 g IM bokong kanan-kiri.

2.1.7.4. Terminasi Kehamilan

Ekspulsi atau pengeluaran tropoblast, yaitu kelahiran, adalah cara penyembuhan bagi penderita preeklampsia berat. Namun apabila janin diperkirakan prematur, umumnya terdapat kecenderungan untuk menunda dengan harapan bahwa beberapa minggu di dalam uterus akan menurunkan risiko kematian dan morbiditas berat pada bayi. Hal itu hanya dipertimbangkan pada kasus preeklampsia ringan, pada pasien preeklampsia berat hal itu merupakan tindakan keliru karena preeklampsia berat dapat membunuh janin. Bahkan terhadap janin yang masih jauh dari aterm, kesehatan janin dapat lebih besar dengan unit perawatan neonatal intensif daripada bila janin dibiarkan *in utero* (Cunningham, 2005).

Upaya penilaian kesejahteraan janin dan fungsi plasenta telah dilaksanakan, terutama bila terdapat keraguan untuk melahirkan janin yang terlalu prematur. Pengukuran estriol plasma dan kemih secara serial, atau pengukuran *placental lactogen*, atau *oxytocin challenge (contraction)*, atau profil biofisik janin, dapat memberikan hasil yang abnormal bila unit fetoplasental terganggu. Namun hingga saat ini, beberapa pemeriksaan tersebut belum terbukti dengan jelas dapat memberikan informasi yang dibutuhkan, atau mungkin sulit didapatkan, agar dapat memberikan perawatan sebaik-baiknya, pada kehamilan dengan komplikasi preeklampsia.

Bila preeklampsia tidak membaik setelah beberapa hari dirawat di rumah sakit seperti dipaparkan di atas, terminasi kehamilan biasanya dianjurkan demi kesejahteraan ibu dan janin. Oksitosin diberikan untuk menginduksi persalinan. Pada kasus yang berat, prosedur tersebut seringkali berhasil walaupun serviks terlihat tidak matang untuk suatu induksi (Cunningham, 2005). Perlu tidaknya suatu

induksi ditentukan dengan derajat pematangan serviks yang dihitung dengan menggunakan *Bishop Score*. Aspek yang dinilai dalam *Bishop Score* adalah dilatasi serviks, pendataran serviks, konsistensi serviks, posisi serviks dan letak janin. Lebih lanjut lagi derajat kriteria pematangan serviks dapat dilihat pada tabel 3.

Nilai total maksimal adalah 13. Jika nilai total ≤ 5 maka serviks dalam kondisi normal, sehingga tidak perlu diinduksi. Namun jika ditemukan ada kelainan lain seperti ketuban pecah, maka boleh dilakukan induksi dengan pemberian prostaglandin gel untuk mempercepat kematangan serviks. Bila total hasil perhitungan adalah 8 atau 9 maka dapat dilakukan tindakan persalinan pervaginam dan kemungkinan besar jika diinduksi akan berhasil. Jika pasien menderita preeklampsia atau eklampsia, maka dapat ditambahkan 1 skor dan dapat lahir pervaginam. Sebaliknya, skor dikurangi 1 pada *posted-pregnancy*, nulipara maupun ruptur membran prematur (Masjoer, 2001)

Apabila diperkirakan induksi tidak berhasil atau upaya induksi tidak berhasil, prosedur terbaik yang dilakukan untuk kasus yg lebih berat adalah seksio sesarea (Cunningham, 2005).

Tabel 3. Derajat pematangan serviks

Parameter /skor	0	1	2	3
Dilatasi serviks	0 cm	1-2 cm	4-5 cm	>5 cm
Pendataran serviks	0-30%	31-50%	51-80%	>80%
Konsistensi serviks	kaku	Intermedia	lunak	-
Posisi serviks	posterior	Di tengah	anterior	-
Letak kepala janin diukur dari hodge III	-3 cm	-2 cm	-1,0 cm	+1,+2 cm

Sumber : Masjoer, 2001

2.1.8. Komplikasi Preeklampsia-Eklampsia

Komplikasi yang terjadi tergantung pada derajat preeklampsia. Umumnya komplikasi ini berkaitan dengan progresifitas preeklampsia berat menjadi eklampsia. Komplikasi tersebut antara lain stroke, ablasio retina, edema paru, gagal jantung, gagal ginjal, atonia uteri (uterus Couvelaire), KID (Koagulasi Intravaskular Diseminata), dan sindroma HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*). Sedangkan komplikasi pada janin berhubungan dengan akut atau kronisnya insufisiensi uteroplasental, misalnya pertumbuhan janin terhambat, prematuritas, dan kematian janin (Yulius, 2008). Selain itu juga ibu hamil dengan preeklampsia sangat signifikan meningkatkan resiko bayi lahir pre-term, karena preeklampsia mengakibatkan janin tidak tahan lama berada didalam kandungan sehingga menyebabkan bayi lahir sebelum waktunya (Xiong dkk, 2002).

2.1.9. Pencegahan Preeklampsia-Eklampsia

Pencegahan preeklampsia berarti langkah langkah kedepan yang bermakna dalam perawatan prenatal. Dalam kedokteran pencegahan, terminologi umum “pencegahan “ dapat memiliki 3 konotasi yang berbeda (Pangeman, 2009)

a. Primer (mencegah terjadinya penyakit)

Pencegahan primer diperoleh jika mekanisme etiologi penyakit dipahami. Menurut Gilbert dkk, (2007) Iskemia plasenta merupakan kunci utama untuk terjadinya preeklampsia dan disfungsi endotel pada preeklampsia (Dharma, Wibowo dan Raranta, 2005) yang memiliki hubungan dengan terjadinya preeklampsia. Keduanya adalah kunci utama dalam patofisiologi preeklampsia. Walaupun demikian, karena penyebab kedua kunci utama belum diketahui maka, tidak ada terapi yang mungkin untuk mencegah iskemia plasenta dan disfungsi endotel.

b. Pencegahan sekunder (memutuskan proses penyakit)

Pencegahan sekunder, yang menunjukkan pemutusan proses penyakit sebelum munculnya penyakit yang dikenal secara klinis adalah fokus dari pencegahan ini. Yaitu yang lebih perlu adalah deteksi dini dan penanganan cepat-tepat. Kasus harus ditindak lanjuti secara regular dan diberi penerangan yang jelas bilamana harus kembali ke pelayanan masyarakat. *Antenatal care* (ANC) merupakan tahap deteksi dini yang memiliki proporsi besar dalam mengurangi prevalensi dari preeklampsia (Ohonsi dan Ashimi, 2008)

Pengertian ANC adalah kunjungan ibu hamil dengan tenaga kesehatan mendapatkan pelayanan ANC sesuai standart yang ditetapkan. Istilah kunjungan disini tidak hanya mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi adalah setiap kontak tenaga kesehatan baik di posyandu, pondok bersalin desa, kunjungan rumah dengan ibu hamil tidak memberikan pelayanan ANC dengan standart dapat dianggap kunjungan ibu hamil (Depkes, 2008).

Menurut Depkes 2008 dalam bentuk Standar Pelayanan Minimal (SPM), kunjungan ibu hamil sesuai dengan standar adalah pelayanan yang mencakup minimal :

1. Mengukur Berat badan dan Tinggi Badan ibub hamil
2. Mengukur tekanan darah
3. Skrining status imunisasi (pemberian Tetanus Toksoid)
4. Mengukur tinggi fundus uteri
5. Pemberian tablet zat besi (90 tablet selama kehamilan)
6. Temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling)
7. Test Laboratorium sederhana (Hb, protein urin) atau berdasarkan HbsAg, sifilis, HIV, Malaria, TBC).

Setiap wanita hamil akan selalu menghadapi resiko komplikasi yang bias mengancam jiwanya. Oleh karena itu menurut Depkes, 2008 wanita hamil paling sedikitnya empat kali kunjungan selama periode *antenatal* yaitu berikut jadwal kunjungan ibu hamil :

1. Satu kali kunjungan selama trimester satu (<14 minggu)
2. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
3. Dua Kali kunjungan Trimester ke 3 (antara minggu 28 -36)

Dampak bagi ibu hamil apabila tidak melakukan *AntenatalCare* adalah meningkatnya mortalitas dan morbiditas ibu, tidak terdeteksinya kelainan-kelainan pada kehamilan dan kelainan fisik yang terjadi pada saat persalinan tidak dapat dideteksi secara dini.

2.1.10. Prognosis Preeklampsia-Eklampsia

Penentuan prognosis ibu dan janin sangat bergantung pada umur gestasi janin, ada tidaknya perbaikan setelah perawatan, kapan dan bagaimana proses bersalin dilaksanakan, dan apakah terjadi eklampsia (Cunningham, 2005).

2.1.11. Kasus-Kasus Risiko Tinggi

Tujuan kebidanan masa kini dan waktu mendatang adalah menekan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak sampai batas yang tidak dapat diturunkan lagi Tujuan ini hanya dapat dicapai bila kita mampu mengenali dan menangani faktor-faktor medis dan non medis penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

Kumpulan faktor-faktor tersebut dinamakan kehamilan risiko tinggi yang meliputi seperti faktor umur ibu, paritas, ras, status perkawinan, riwayat persalinan, gizi dan nutrisi, keadaan sosial ekonomi, psikis, komplikasi kehamilan dan sebagainya (Mochtar, 1998). Sebagai untuk pengetahuan kita harus mengerti definisi dari :

- Wanita dengan risiko tinggi (*High Risk Woman*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan, dan nifas
- Ibu dengan risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat memepertinggi risiko kematian perinatal atau kematian maternal.
- Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah suatu kehamilan dimana jiwa dan kesehatan ibu atau bayi dapat terancam.

Yang akan dibahas disini adalah Kehamilan Dengan Risiko Tinggi (KRT)

Beberapa kondisi dan situasi serta keadaan umum seorang ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Keadaan dan kondisi tersebut bias digolongkan sebagai faktor medis dan non medis.

- **Faktor non-medis** antara lain kemiskinan, ketidaktahuan, adat istiadat, tradisi, kepercayaan dan sebagainya. Hal ini banyak terjadi terutama di negara-negara berkembang, yang berdasarkan penelitian ternyata sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas. Dimasukkan pula dalam faktor non-medis adalah status gizi buruk, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitas dan saran kesehatan yang serba kekurangan.
- **Faktor medis** adalah antara lain penyakit-penyakit ibu (diabetes mellitus, thyroid, gagal ginjal kronik), kelainan obstetrik, gangguan placenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

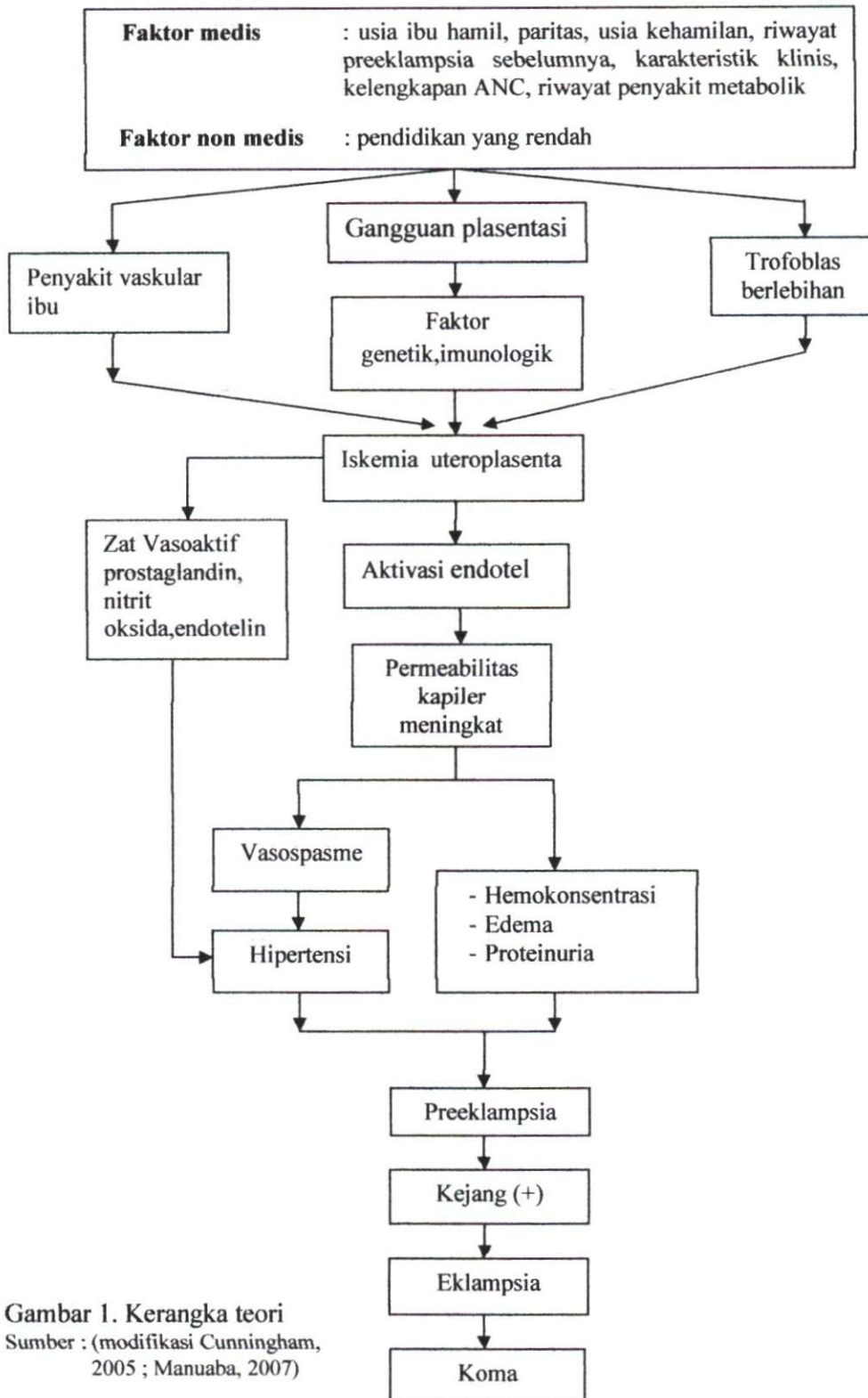
Ada beberapa cara dalam mengelompokkan kehamilan dengan risiko tinggi yaitu dengan cara kriteria dan skor. Keduanya diperoleh dari anamnesa tentang umur, paritas, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, pemeriksaan kehamilan yang lengkap sekarang, dan pemeriksaan laboratorium penunjang bila diperlukan (Mochtar, 1998). Yang akan dibahas disini adalah melalui cara kriteria.

Cara kriteria dikemukakan oleh berbagai peneliti dari berbagai institusi, berbeda beda namun dengan tujuan yang sama mengelompokkan

kasus kehamilan dengan risiko yang tinggi. Menurut **Dealy** (Medan) memakai kriteria berikut :

- Komplikasi obstetrik: umur (<19 tahun dan >35 tahun keatas) , paritas (primigravida, grandemulti)
- Riwayat persalinan yang lalu: mengalami 2 kali abortus atau lebih, 2 kali partus prematurus atau lebih, kematian janin dalam kandungan, perdarahan pasca persalinan, preeklampsia dan eklampsia, kehamilan mola, pernah ditolong secara obstetri operatif, pernah operasi ginekologik, pernah inersia uteri.
- Disproporsi sefalo-pelvik
- Perdarahan antepartum
- Preeklampsia dan eklampsia
- Kehamilan ganda
- Hidroamnion
- Kelainan letak pada hamil tua
- Dismaturitas
- Kehamilan pada infertilitas
- Imkompetensi serviks
- Postmaturitas
- Hamil dengan tumor
- Komplikasi medis seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, obesitas, penyakit saluran kencing, penyakit hati, penyakit paru dan penyakit lain lain dalam kehamilan.

2.2. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori

Sumber : (modifikasi Cunningham, 2005 ; Manuaba, 2007)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif karena mencari karakteristik atau gambaran dari ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari, dengan metode pengambilan data secara *cross sectional*.

3.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2011 sampai dengan bulan Februari 2012.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Bagian Rekam Medik RSUD Palembang Bari .

3.3. Populasi dan sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

3.3.1.1. Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan dan dirawat di Bagian Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari.



3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan dan dirawat di Bagian Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010.

3.3.2. Sampel Penelitian

Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *acidental sampling* yaitu seluruh subyek studi populasi dijadikan sampel yang didiagnosa preeklampsia-eklampsia dan dirawat di Bagian Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari dalam kurun waktu 1 Januari - 31 Desember 2010 dan data hanya dapat ditemukan saat penelitian berlangsung.

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.3.3.1. Kriteria inklusi :

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Ibu hamil yang menderita preeklampsia-eklampsia
2. Kehamilan dengan janin yang hidup
3. Usia kehamilan > 20 minggu

3.3.3.2. Kriteria Eksklusi :

1. Penderita hipertensi kronis, dimana hipertensi didiagnosa sebelum usia gestasi 20 minggu.
2. Jika rekam medis pada pasien preeklampsia-eklampsia tidak lengkap.

3.4. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Prevalensi pasien dengan preeklampsia-eklampsia
2. Usia ibu
3. Usia kehamilan
4. Paritas
5. Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya
6. Karakteristik klinis
7. Kelengkapan ANC
8. Riwayat penyakit metabolik
9. Tingkat Pendidikan
10. Cara terminasi kehamilan
11. Prevalensi ibu meninggal
12. Prevalensi bayi lahir hidup dan bayi lahir mati
13. Berat badan bayi baru lahir

3.5. Definisi Operasional

1. Prevalensi pasien preeklampsia-eklampsia adalah angka kejadian orang yang didiagnosa menderita preeklampsia-eklampsia seperti yang dicantumkan dalam rekam medik RSUD Palembang Bari 2010.
2. Usia ibu adalah usia pasien seperti apa yang tertera dalam rekam medik pasien. Umur penderita dibagi dalam 3 kelompok :
 - 1) < 20 tahun
 - 2) 20 – 35 tahun
 - 3) $\geq$ 35 tahun
3. Usia kehamilan adalah usia kehamilan yang dinyatakan dalam minggu seperti apa yang tercantum dalam rekam medik. Yang dapat dikelompokkan sesuai dengan :
 - 1) Pre term (<37 minggu)

- 2) Aterm (antara 37 – 42 minggu)
 - 3) Post term (> 42 minggu)
4. Paritas adalah jumlah kelahiran jabang bayi yang lalu dapat hidup didunia luar seperti apa yang tertera dalam rekam medik. Dapat dikelompokkan menjadi pasien dengan :
- 1) Nullipara (P0)
 - 2) Primipara (P1)
 - 3) Multipara (P > 1 kali)
5. Riwayat kehamilan adalah riwayat preeklampsia-eklampsia pada kehamilan sebelumnya seperti apa yang tertera dalam rekam medik. Riwayat kehamilan ini dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu :
- 1) Pernah mengalami preeklampsia-eklampsia
 - 2) Tidak pernah mengalami preeklampsia-eklampsia
6. Karakteristik klinis adalah adanya keadaan edema dan proteinuria pada pasien preeklampsia-eklampsia. Seperti apa yang tertera dalam rekam medik pasien. Yang dapat dikelompokkan menjadi :
- 1) Edema
 - Ada edema (+)
 - Tidak ada edema (-)
 - 2) Proteinuria
 - (+) Positif
 - (-) Negatif
7. Kelengkapan ANC adalah jumlah kunjungan ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai standart yang ditetapkan. Seperti apa yang tertera direkam medik pasien. Yang dapat dibagi menjadi :

- 1) Lengkap ANC
 - 2) Tidak Lengkap ANC
8. Riwayat Penyakit metabolik adalah riwayat penyakit yang diderita oleh pasien. Seperti apa yang tertera dalam rekam medik pasien. Yang diklasifikasikan :
- 1) Diabetes Mellitus
 - 2) Thyroid
 - 3) Gagal ginjal kronik
9. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden. Seperti apa yang tertera di rekam medik pasien. Dapat diklasifikasikan :
- 1) Pendidikan rendah (tidak tamat sekolah, tamat SD, tamat SMP)
 - 2) Pendidikan tinggi (tamat SMK, SMA)
 - 3) Pendidikan Tinggi (Diploma, dan S1)
10. Cara terminasi kehamilan adalah cara pengeluaran janin, baik hidup maupun mati dari rahim ibu yang menderita preeklampsia-eklampsia seperti apa yang tertera dalam rekam medik pasien. Dapat dikelompokkan berdasarkan cara terminasi kehamilan sebagai berikut :
- 1) Spontan
 - 2) Ekstraksi forceps
 - 3) Ekstraksi vakum
 - 4) Seksio sesarea
11. Prevalensi ibu meninggal adalah angka kejadian ibu yang meninggal akibat preeklampsia-eklampsia seperti apa yang tercantum dalam rekam medik pasien. Dapat dikelompokkan menjadi :
- 1) Hidup
 - 2) Meninggal

12. Prevalensi bayi lahir hidup dan bayi lahir mati adalah angka kejadian bayi lahir dan bayi bayi lahir mati dari ibu yang menderita preeklampsia eklampsia seperti apa yang tertera dalam rekam medik pasien. Dapat dibedakan menjadi :

- 1) Bayi hidup
- 2) Bayi meninggal

13. Berat badan bayi adalah berat badan bayi pada saat dilahirkan oleh ibu yang menderita preeklampsia-eklampsia seperti apa yang tercantum dalam rekam medik pasien. Dapat dikelompokkan menjadi :

- 1) <2500 g
- 2) 2500-3500 g
- 3) >3500 g

3.6. Cara Pengumpulan Data

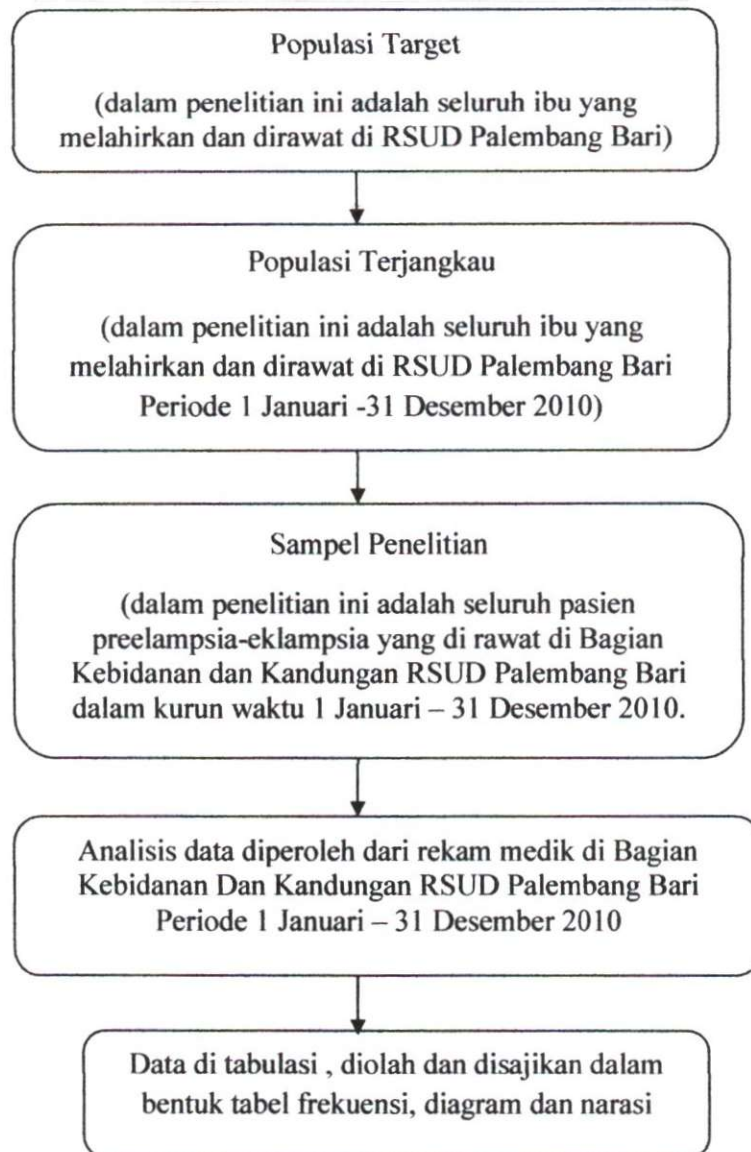
Data penelitian ini merupakan data sekunder yang dikumpulkan secara retrospektif terhadap semua pasien preeklampsia-eklampsia yang dirawat inap di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010. Seluruh data bersumber dari rekam medik.

3.7. Metode Teknis Analisis Data

Data yang diperoleh dari rekam medik pasien preeklampsia-eklampsia periode 1 Januari – 31 Desember 2010 di tabulasi, diolah dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi, diagram dan narasi.



3.8. Alur Penelitian



Gambar 2 . Diagram Alur Penelitian Karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUD Palembang Bari

4.0. Anggaran

Penelitian ini akan membutuhkan sejumlah biaya demi kelancaran prosesnya. Berikut ini perkiraan anggaran biaya yang akan dikeluarkan selama penelitian ini berlangsung.

a. Pembuatan proposal

a) Kertas HVS A4 70 gram 1 rim	:	Rp	35.000,00
b) Pencetakan			
• Tinta hitam 1 kotak	:	Rp	25.000,00
• Tinta warna 1 kotak	:	Rp	25.000,00
c) Map Kertas 3 (tiga) buah	:	Rp	9.000,00

b. Seminar Proposal

a) Kertas HVS A4 70 gram 1 rim	:	Rp	35.000,00
b) Pencetakan			
• Tinta hitam 1 kotak	:	Rp	25.000,00
• Tinta warna 1 kotak	:	Rp	25.000,00
c) Map Kertas 7 (tujuh) buah @Rp 3.000,00	:	Rp	21.000,00
d) Jilid 7 (tujuh) eksemplar @Rp 3.000,00	:	Rp	21.000,00

c. Administrasi Rumah Sakit

Penelitian 7 hari @Rp 50.000,00	:	Rp	350.000,00
---------------------------------	---	----	------------

d. Penyusunan Laporan

a) Kertas HVS A4 80 gram 3 rim @Rp 35.000,00	:	Rp	105.000,00
b) Pencetakan			
• Pencetakan Tinta hitam 2 kotak	:	Rp	50.000,00
• Tinta warna 1 kotak	:	Rp	25.000,00
c) Map Kertas 7 (tujuh) buah @Rp 3.000,00	:	Rp	21.000,00
d) Jilid 7 (tujuh) eksemplar @Rp 50.000,00	:	Rp	350.000,00

e. Transportasi	:	Rp	200.000,00
-----------------	---	----	------------

Total Pengeluaran	:	Rp 1.232.000,00
--------------------------	---	------------------------

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Sekilas Profil RSUD Palembang Bari

Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI didirikan sejak 1985, direktur pertama kali oleh dr Jean Lidya Jilahelu. Antara tahun 1985- 1994 RSUD Palembang BARI dulunya merupakan gedung Poliklinik / Puskesmas Panca Usaha. Pada tanggal 19 juni 1995 diresmikan menjadi RSUD Palembang BARI dengan SK depkes nomor 1326/Menkes/SK/XI/1997 dan pada tanggal 10 november 1997 ditetapkan menjadi Rumah Sakit Umum Daerah kelas C. Pada tahun 2009 RSUD Palembang BARI melalui surat keputusan Menteri Kesehatan RI nomor: 241/MENKES/SK/IV/2009 tentang peningkatan kelas Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI milik pemerintah kota Palembang Provinsi Sumatera Selatan. Dan jabatan direktur RSUD Palembang BARI sejak Januari 2012 s.d sekarang adalah dr.Hj. Makiyani, MM.

Visi dari rumah sakit ini adalah rumah sakit andalan dan terpercaya di Sumatera Selatan. Misi dari rumah sakit ini adalah melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan melaksanakan manajemen administrasi yang efektif dan efisien. Saat ini pelayanan rawat jalan yang ada di rumah sakit ini antara lain klinik penyakit dalam, bedah, kebidanan dan kandungan, anak, mata, THT, syaraf, kulit dan kelamin, jiwa, rehabilitasi medik, jantung, gigi, psikologi dan tumbuh kembang.

4.2. Hasil

Penelitian deskriptif dengan desain *Cross Sectional* untuk mengetahui karakteristik pasien preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010, telah dilaksanakan di bagian rekam medik Rumah Sakit Palembang Bari, mulai tanggal 18 Januari – 3 Februari 2012. Penelitian ini dilakukan terhadap 458 pasien

di Rumah Sakit tersebut dengan menggunakan data sekunder yang diambil dari rekam medik. Dari sumber data tersebut dilakukan pengumpulan data pasien mengenai usia ibu, usia kehamilan, paritas, riwayat preeklampsia, manifestasi klinis, kelengkapan ANC, riwayat penyakit metabolik, tingkat pendidikan, cara terminasi kehamilan, mortalitas ibu, mortalitas bayi, dan berat badan bayi baru lahir.

4.2.1. Angka Kejadian Pasien Preeklampsia-Eklampsia

Selama periode 1 Januari – 31 Desember 2010 terdapat sekitar 2001 persalinan di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit Palembang Bari 2010. Dari catatan rekam medik, hanya sebesar 458 kasus (81,6%) preeklampsia-eklampsia saja yang dapat ditemukan dan sesuai dengan kriteria. Namun terdapat sekitar 103 kasus (18,4%) preeklampsia-eklampsia yang data rekam mediknya tidak ditemukan dan tidak memenuhi kriteria.

Berdasarkan data yang diperoleh maka gambaran angka kejadian pasien preeklampsia-eklampsia dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi pasien preeklampsia-eklampsia berdasarkan jumlah persalinan (N=2001)

Data Rekam Medik	N	Persentase
Preeklampsia-Eklampsia	458	22,9
Bukan Preeklampsia-Eklampsia	1543	77,1
Jumlah persalinan	2001	100

Berdasarkan tabel diatas angka kejadian preeklampsia-eklampsia di Rumah Sakit Palembang Bari adalah sebanyak 458 kasus (22,9%) dari seluruh total jumlah pasien yang dirawat di Bagian Kebidanan Dan Kandungan selama periode 1 Januari – 31 Desember 2010.

Tabel 6. Distribusi angka kejadian pasien preeklampsia-eklampsia berdasarkan jumlah data (N=561)

Rekam Medik	N	Persentase
Ditemukan	458	81,6
Tidak Ditemukan	103	18,4
Total	561	100

Sebagai data tambahan terdapat 103 kasus (18,4%) yang data rekam mediknya tidak dapat ditemukan karena hilang, salah nomor rekam medik karena ternyata pasien merupakan penyakit dalam, diagnosis Ca cerviks, kasus partus dijalan, pasien berjenis kelamin laki-laki, dan ada beberapa pasien memiliki 2 atau lebih nomor rekam medik.

4.2 2. Karakteristik Pasien Preeklampsia

Tabel 7. Distribusi karakteristik pasien preeklampsia-eklampsia

Variabel		Kategori	N (Jumlah)	Persentase
Riwayat Preeklampsia		Pernah	6	1,3
		Tidak Pernah	452	98,7
Manifestasi Klinis	Edema	Edema	368	80,3
		Tidak edema	90	19,7
	Proteinuria	Positif	334	72,9
		Negatif	124	27,1
Riwayat Penyakit Metabolik		DM	-	-
		Thyroid	-	-
		Gagal ginjal kronik	-	-

Distribusi pasien preeklampsia-eklampsia berdasarkan karakteristik klinis pada keseluruhan sampel penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien preeklampsia-eklampsia mengalami edema (80,3%) dan proteinuria (72,9%) serta tidak ada pasien memiliki riwayat penyakit metabolik 0%.

4.2.3.Karakteristik Berdasarkan Sosiodemografi Pada Pasien Preeklampsia-Eklampsia

Pada tabel 8. terlihat dari keseluruhan sampel penelitian, distribusi karakteristik klinis sosiodemografi yang paling menonjol adalah pada usia ideal bagi ibu saat melahirkan dengan usia kehamilan yang aterm. Sekitar 44,1% ibu dengan status multiparitas, serta mayoritas (71,7%) ibu dengan tingkat pendidikan rendah yaitu hanya tamat SD dan SMP.

Tabel 8. Distribusi karakteristik sosiodemografi pasien preeklampsia-eklampsia

Variabel	Kategori	N (Jumlah)	Persentase (%)
Usia Ibu	< 20 tahun	30	6,5
	20-35 tahun	336	73,4
	>35 tahun	92	20,1
Usia Kehamilan	Pre term	28	6,1
	Aterm	430	93,9
	Post Term	-	-
Paritas	Nullipara	178	38,9
	Primipara	78	17
	Multipara	202	44,1
Tingkat Pendidikan	Rendah	328	71,7
	Menengah	116	25,3
	Tinggi	14	3

4.2.4. Upaya Penanggulangan Pasien Preeklampsia-Eklampsia

Dari tabel.9 mayoritas pasien dengan preeklampsia-eklampsia dinyatakan lengkap dalam kunjungan ANC selama kehamilan. Pasien yang dilakukan tindakan terminasi kehamilan dengan partus spontan sebanyak 347 pasien (75,8%). Sebanyak 18 ibu (4%) yang mengalami preeklampsia eklampsia, 8 diantaranya dilakukan tindakan konservatif dan 10 pasien di rujuk ke Rumah Sakit kelas A

Tabel 9. Distribusi upaya penanggulangan pasien preeklampsia-eklampsia

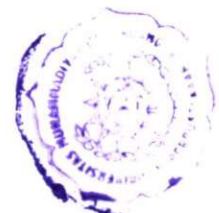
Variabel	Kategori	N(Jumlah)	Persentase %
Kelengkapan ANC	Lengkap	362	79
	Tidak Lengkap	96	21
Cara Terminasi Kehamilan	Partus Spontan	347	75,8
	Ekstraksi Forceps	1	0,2
	Ekstraksi Vakum	8	1,7
	Seksio Sesarea	84	18,3
	Konservatif	8	1
	Dirujuk ke RS kelas	10	3
A			

4.2.5. Prevalensi Mortalitas ibu Dan Mortalitas Bayi Pada Pasien Preeklampsia-Eklampsia

Tabel 10. Distribusi mortalitas ibu dan bayi pada pasien preeklampsia-eklampsia

Variabel	Kategori	N(Jumlah)	Persentase
Mortalitas Ibu	Hidup	458	100
	Meninggal	0	0
Mortalitas Bayi	Hidup	458	100
	Meninggal	0	0

Tabel 10 menunjukkan bahwa tidak ditemukannya angka mortalitas ibu dan bayi pada pasien preeklampsia-eklampsia atau dengan kata lain 0%.



kota Palembang. Hal ini kemungkinan dikarenakan berhubungan erat dengan faktor sosial ekonomi ibu yang rendah dan kurangnya edukasi terhadap ibu hamil yang memiliki faktor risiko.

5.1.2. Usia Ibu

Berdasarkan hasil penelitian ini ternyata di Rumah Sakit Palembang Bari angka kejadian preeklampsia-eklampsia paling banyak pada usia ibu antar 20-35 tahun. Sehubungan dengan usia ibu hamil tersebut pada preeklampsia eklampsia, dalam penelitian sebelumnya (Ohonsi dan Ashimi 2008) mengungkapkan bahwa usia ibu yang ekstrem dalam melahirkan menunjukkan angka yang signifikan terhadap faktor risiko terjadinya preeklampsia-eklampsia. Hal ini dikarenakan usia < 20 tahun erat hubungannya dengan status nullipara. Sedangkan usia > 35 tahun berdasarkan penelitian dari universitas Chulalongkorn Thailand mengungkapkan bahwa faktor usia > 35 tahun terbukti meningkatkan kejadian preeklampsia. Hal ini disebabkan oleh usia yang tua dalam melahirkan akan cenderung memiliki banyak gangguan medis, dalam hal ini akan terjadi penyakit degeneratif atau kerusakan vaskular endothelial. Tidak ada penelitian yang tersedia dari penelitian sebelumnya untuk dibandingkan dengan hasil peneliti.

Secara mengejutkan, dalam penelitian ini tingginya distribusi pasien preeklampsia-eklampsia pada usia 20-35 tahun dapat dikaitkan dengan kenyataan bahwa rentang usia tersebut merupakan usia yang ideal bagi ibu-ibu untuk bersalin, sehingga ibu-ibu banyak melahirkan pada usia tersebut pada Rumah Sakit Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010.

5.1.3. Usia Kehamilan

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan sekitar 430 pasien (93,9%) preeklampsia-eklampsia dengan kehamilan aterm. Berdasarkan teori yang ada yaitu *the American college of Obstetricians and Gynecologists*

(ACOG, 2002) menyebutkan bahwa preeklampsia adalah sindroma atau komplikasi pada kehamilan yang terdeteksi pada usia kehamilan diatas 20 minggu, dan gejala klinis baru terlihat pada kehamilan yang aterm. Dalam studi ini hasilnya ternyata sesuai dengan teori yang ada.

5.1.4. Paritas

Peneliti menemukan nilai prevalensi pasien preeklampsia-eklampsia sebesar (44,1%) dengan status multipara. Pada penelitian Artikasari (2009) mengungkapkan bahwa adanya hubungan antara nullipara dengan kejadian preeklampsia-eklampsia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Ternyata ibu hamil dengan nullipara berisiko 1, 458 kali lebih besar terkena preeklampsia-eklampsia dibanding ibu hamil dengan tidak nullipara. Hal ini dikarenakan diduga karena adanya suatu mekanisme imunologi disamping endokrin dan genetik dan pada kehamilan pertama pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta belum sempurna, yang makin sempurna pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2008).

Yang mengejutkan penemuan peneliti menunjukkan angka kejadian preeklampsia-eklampsia meningkat pada ibu dengan multipara, hal ini mungkin disebabkan oleh terdapatnya faktor-faktor lain yang tidak bisa dikendalikan oleh peneliti antara lain sosial ekonomi ibu rendah, dan pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya ANC(Antenatal Care Service) selama kehamilan.

5.1.5. Riwayat Preeklampsia-Eklampsia

Sehubungan dengan riwayat preeklampsia-eklampsia, sebuah penelitian (Duckitt dan Harrington, 2005) menyatakan adanya riwayat preeklampsia-eklampsia pada kehamilan pertama merupakan faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia pada kehamilan kedua. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya faktor gen yang berperan dalam terjadinya preeklampsia

yang berulang pada kehamilan ke dua (Sudhaberata, 2011). Untuk pengetahuan peneliti bahwa tidak tersedia studi sebelumnya untuk membandingkan hasil peneliti karena berdasarkan teori menyebutkan bahwa preeklampsia sampai sekarang penyebab nya masih belum dapat diketahui atau sering disebut “ *disease of theory*” (Cunningham, 2005). Selain itu, peran genetik pada patofisiologi preeklampsia masih menjadi perdebatan yang kontroversial dalam pencegahan, karena tidak ada terapi yang mungkin untuk mencegah gen preeklampsia.

Ternyata peneliti menemukan 98,7% ibu preeklampsia tidak memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya. Hal ini mungkin disebabkan oleh kurangnya sikap waspada dan kepedulian terhadap generasi selanjutnya. Jika sudah pernah mengalami preeklampsia-eklampsia pada kehamilan sebelumnya seharusnya seorang ibu lebih waspada. Berdasarkan anamnesis kebanyakan pasien menyangkal atau tidak ingat mengenai riwayat preeklampsia-eklampsianya.

5.1.6. Karakteristik Klinis

Peneliti, menemukan 80,3% pasien preeklampsia-eklampsia mengalami edema, dan 72,9% dinyatakan proteinuria. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Alif (2009) tentang karakteristik preeklampsia berat di Bagian Kebidanan dan Kandungan RSMH Palembang periode 1 Januari – 31 Desember 2008 terdapat sekitar 24,40% pasien preeklampsia berat dengan edema dan 44,04% pasien dinyatakan proteinuria. Terjadi perbedaan dengan angka persentase terhadap perbandingan hasil dikarenakan beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu perbedaan mengumpulkan prosedur sampel dan populasi.

Sehubungan dengan edema dan proteinuria menurut Cuninggham (2005) dan Manuaba (2007) terjadinya preeklampsia pada ibu hamil masih belum dapat diketahui, banyak teori yang mengemukakan patofisiologi dari

penyakit tersebut. Akan tetapi hal yang paling utama berperan penting dalam terjadinya hipertensi adalah penurunan perfusi ke uteroplacenta, sehingga menyebabkan lepasnya beberapa zat substansi mediator radang yang dapat merusak sel endotel. Hal ini akan mengakibatkan permeabilitas kapiler meningkat yang pada akhirnya akan menyebabkan vasospasme pembuluh darah dan hemokonsentrasi, ekstravasasi cairan serta edema.

Berdasarkan hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang ada. Namun, diagnosis akurat preeklampsia-eklampsia masih menjadi tantangan. Faktanya, telah dilaporkan beberapa ibu yang didiagnosis preeklampsia-eklampsia tetapi tidak disertai dengan manifestasi klinis. Hal ini harus ditekankan bahwa Rumah Sakit Palembang Bari bukan merupakan Rumah Sakit pendidikan sehingga faktor kesalahan manusia berperan dalam pengisian data rekam medik.

5.1.7. Kelengkapan ANC

Hasil dalam penelitian ini menemukan prevalensi pasien preeklampsia-eklampsia dengan status lengkap ANC sebesar 79%. Dalam buku *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* (1998) mengungkapkan pemeriksaan rutin ANC sangat penting dilakukan bagi ibu hamil. Hal ini dilakukan sebagai upaya pencegahan dan deteksi dini terhadap preeklampsia-eklampsia sehingga angka kejadian preeklampsia-eklampsia dapat diturunkan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Ohonsi dan Ashimi (2008).

Yang megejutkan, pada studi ini peneliti menemukan mayoritas pasien preeklampsia-eklampsia dengan status lengkap ANC, hasil ini tidak sesuai dengan teori yang ada. Angka tersebut masih tinggi kemungkinan karena faktor pelayanan ANC yang kurang baik, dari segi petugas pelaksana ANC dan sikap pasien. Sehingga angka kejadian preeklampsia-eklampsia pada ibu dengan status ANC lengkap masih tinggi.

5.1.8. Riwayat Penyakit Metabolik

Hasil dalam penelitian ini menemukan bahwa tidak adanya pasien preeklampsia-eklampsia memiliki riwayat penyakit metabolik. Teori yang ada Yullius (2008) mengatakan beberapa faktor risiko pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia-eklampsia serta perbandingannya adalah diabetes mellitus (2:1), hipertensi kronis (10:1), penyakit gagal ginjal kronik (20:1). Berdasarkan pernyataan tersebut tidaklah mengherankan apabila riwayat penyakit metabolik merupakan faktor risiko terjadinya preeklampsia-eklampsia.

Sehubungan dengan studi ini, peneliti tidak menemukan pasien preeklampsia-eklampsia dengan riwayat penyakit metabolik (0%). Rendahnya jumlah pasien preeklampsia-ekampsia dengan Diabetes mellitus, tyroid dan gagal ginjal kronik membuat kemampuan peneliti terbatas dalam mengambil kesimpulan tentang karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia berdasarkan riwayat penyakit metabolik.

5.1.9. Tingkat pendidikan

Dalam penelitian ini, 71,7% pasien preeklampsia-eklampsia memiliki tingkat pendidikan rendah. Studi sebelumnya oleh Ohonsi dan Ashimi (2008) mengemukakan bahwa dengan pendidikan yang rendah ibu hamil tidak dapat memberikan pengaruh atau sikap untuk mengontrol sistem reproduksi mereka. Silva dkk (2008) juga mengungkapkan bahwa wanita hamil dengan pendidikan rendah cenderung lebih besar mengalami komplikasi selama kehamilan dan berkembang menjadi preeklampsia, dibandingkan dengan wanita hamil dengan pendidikan tinggi. Karena semakin tingginya tingkat pendidikan seseorang kedewasaannya seseorang semakin matang, sehingga mereka mudah menerima dan memahami informasi yang positif.

Berdasarkan kepustakaan yang dipaparkan di atas maka hasil penelitian ini sejalan dengan teori tersebut. Hal ini mungkin dapat dikaitkan pada tabel 5 dengan tingginya distribusi pasien preeklampsia-eklampsia dengan status multiparitas $P>1$. Karena kurangnya pendidikan dan keikutsertaan dalam pola dasar kebijakan program keluarga berencana dengan menjarangkan kelahiran dan dianjurkan menganut sistem keluarga berencana 2 anak cukup, membuat tingkat kejadian preeklampsia-eklampsia pun lebih tinggi pada pasien dengan pendidikan rendah.

5.1.10. Cara Terminasi

Terminasi kehamilan merupakan salah satu cara penyembuhan preeklampsia-eklampsia. Tentunya dengan beberapa indikasi medis yaitu jika usia kehamilan > 37 minggu (aterm) (Cunningham, 2005). Menurut Haryono (2006) persalinan pervaginam adalah langkah terbaik yang dilakukan dibandingkan seksio sesarea, bila kehamilan mencapai aterm. Hal ini juga sependapat dengan pernyataan dari Manuaba (2007) yang menyatakan bahwa tatalaksana bagi ibu yang mengalami preeklampsia-eklampsia adalah dengan mengakhiri kehamilannya. Pada penelitian ini ditemukan bahwa persalinan pervaginam merupakan cara terminasi yang paling banyak dilakukan, yaitu sekitar 347 pasien (75,8%). Ditemukan hanya 1 pasien (0,2%) melahirkan melalui ekstraksi forceps. Hal ini mungkin disebabkan Rumah Sakit Palembang Bari bukan merupakan Rumah sakit pendidikan sehingga cara terminasi forceps jarang digunakan. 8 pasien (1,7%) melahirkan dengan ekstraksi vakum, dan 84 pasien (18,3%) melahirkan melalui seksio sesarea. Namun dari 458 pasien preeklampsia-eklampsia yang diteliti terdapat 8 pasien belum inpartu sehingga dilakukan tindakan konservatif dan 10 pasien dirujuk ke Rumah Sakit kelas A.

5.1.11. Prevalensi Ibu Yang Meninggal

Menurut WHO, ada 5 keadaan obstetrik yang menjadi penyebab kematian ibu yakni perdarahan post partum, sepsis, preeklampsia-eklampsia, jalan lahir sempit dan abortus. Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, salah satu penyebab tingginya angka kematian maternal di Indonesia adalah preeklampsia-eklampsia. Pada penelitian ini, tidak ditemukan pasien yang meninggal dunia akibat preeklampsia-eklampsia. Dengan kata lain angka kematian maternal di Rumah Sakit Palembang Bari 0. Berbagai faktor dapat membantu menekan angka kematian maternal ini antara lain tersedianya fasilitas kesehatan yang memadai serta penanganan yang tepat waktu dan tepat sasaran. Baik pemberian terapi medika mentosa maupun terminasi kehamilan. Pada pasien dalam keadaan gawat mayoritas dirujuk ke Rumah Sakit kelas A.

5.1.12. Prevalensi Bayi lahir Hidup dan Meninggal

Dari 458 pasien preeklampsia-eklampsia, 8 pasien belum inpartu dikarenakan usia kehamilan yang belum aterm dan 10 pasien dirujuk ke Rumah Sakit kelas A. Dari 440 pasien yang melahirkan di Rumah Sakit Palembang Bari tidak ditemukan bayi yang meninggal dari ibu yang mengalami preeklampsia-eklampsia dengan kata lain angka kematian bayi pada pasien preeklampsia-eklampsia 0 %. Mengingat Rumah sakit Bari merupakan pusat rujukan apabila terdapat pasien dengan kondisi gawat akan segera dirujuk ke Rumah Sakit kelas A. Sehingga angka kematian bayi dapat diturunkan.

5.1.13. Berat Badan Bayi Lahir

Pada penelitian ini seperti yang diperlihatkan pada tabel 10 dari 440 bayi lahir hidup, 66 bayi (14,3%) lahir dengan berat badan lahir rendah, 322 bayi (70,3%) lahir dengan berat badan lahir normal, dan 52 bayi (11,4%)

berat badan bayi diatas 3500 g. Sedangkan sebanyak 18 bayi (4%) data tentang berat badan tidak dapat dilacak karena ada 8 pasien dilakukan tindakan konservatif dan 10 pasien di rujuk ke Rumah Sakit kelas A. Berat badan bayi terendah adalah 700 g yang merupakan bayi kembar. Berat badan bayi tertinggi adalah 5000 g. Menurut penelitian Xiong dkk (2011) bahwa bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mengalami preeklampsia-eklampsia cenderung melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Hal ini disebabkan oleh terjadinya IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*). Haryono (2006) mengungkapkan bahwa hal ini terjadi karena pada hipertensi selama kehamilan akan mengganggu aliran nutrisi plasenta ke janin (hipoksia placenta). Sehingga ini akan mengakibatkan kurangnya asupan nutrisi selama kehamilan. Menurut Sarwono (2006) keadaan tersebut akan menyebabkan kerusakan sel endotel dan apabila ini terjadi maka, menurut Benson dan Pernoll akan terjadi kegagalan di beberapa organ. Szymonowicz dan Vyhu (1997) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa ibu hamil yang mengalami preeklampsia-eklampsia akan melahirkan bayi dengan berat badan bayi rendah. Ternyata hasil dalam penelitian ini tidak sesuai dengan hal yang dipaparkan di atas karena terdapat faktor lain yaitu karena kemungkinan mayoritas ibu lebih banyak mengalami preeklampsia ringan bukan preeklampsia berat atau eklampsia. Karena IUGR terjadi hanya pada keadaan preeklampsia berat dan eklampsia.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pada penelitian deskriptif mengenai karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia-eklampsia di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit Palembang Bari Periode 1 Januari -31 Desember 2010 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Prevalensi pasien preeklampsia-eklampsia pada penelitian ini sebanyak 458 kasus (22,9%) dari 2001 pasien yang dirawat di Bagian Kebidanan Dan Kandungan Rumah Sakit Palembang Bari periode 1 Januari – 31 Desember 2010.
2. Usia ibu yang mengalami preklampsia-eklampsia yang terbanyak adalah pada kelompok usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 336 ibu (73,4%), didominasi oleh 430 pasien (93,9%) dengan kehamilan aterm dengan status multiparitas sebanyak 202 ibu (44,1%), dan sebanyak 328 ibu (71,7%) dengan tingkat pendidikan rendah.
3. Riwayat preeklampsia pada pasien sebanyak 452 (98,7%) tidak pernah mengalami preeklampsia-eklampsia pada kehamilan sebelumnya. Sebanyak 368 pasien (80,3%) mengalami edema dan 334 pasien (72,9%) positif proteinuria dan tidak ada pasien yang memiliki riwayat penyakit metabolik.
4. Penanggulangan pasien preeklampsia-eklampsia seharusnya dilakukan sedini mungkin, mulai dari masa kehamilan sampai kelahiran janin, yaitu dengan melakukan kunjungan rutin ANC dengan lengkap sampai tatalaksana pasien yaitu dengan terapi konservatif sampai dengan terminasi kehamilan. Dari total seluruh ibu yang mengalami preeklampsia-eklampsia terdapat 362 pasien (79%) dinyatakan lengkap



melakukan kunjungan rutin ANC. Sebanyak 347 pasien (75,8%) melahirkan secara pervagiam yaitu dengan partus spontan. Dan sebanyak 18 pasien (4%) tidak dilakukan terminasi kehamilan karena 4 diantaranya membutuhkan tindakan konservatif dan 4 pasien dirujuk ke Rumah Sakit kelas A.

5. Prevalensi ibu yang meninggal dan bayi yang meninggal dinyatakan tidak ada (0%)
6. Terdapat 322 ibu (70,3%) dengan preeklampsia-eklampsia melahirkan bayi dengan berat badan normal yaitu antara 2500 – 3500 g.

5.2. Saran

Adapun saran yang dapat diberikan adalah :

1. Perbaiki sistem rekam medik Bagian Kebidanan Dan Kandungan RSUD Palembang Bari, baik dalam pencatatan rekam medik maupun penyimpanan serta dimonitor setiap bulan, karena indikator mutu pelayanan sebuah Rumah Sakit salah satunya adalah kelengkapan dari rekam medik.
2. Pelaksanaan ANC servis yang baik, bagi pasien agar lebih memiliki kesadaran akan keselamatan dan kesehatan diri dan janinnya dan bagi pelaksana pelayanan diharapkan memiliki kompetensi yang baik dalam melakukan ANC yang sesuai standart.
3. Tingginya angka ibu yang menderita preeklampsia-eklampsia, diharapkan khususnya bagi pelaksana ANC agar lebih digiatkan konseling pada ibu tersebut, dan juga penyuluhan.
4. Perlunya pengisian rekam medik supaya ditulis oleh tenaga yang berkompeten, karena diharapkan RSUD Palembang Bari akan menjadi Rumah Sakit pendidikan. Sehingga peneliti yang ingin meneliti di RS tersebut mendapatkan hasil yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- AbouZhar, C. 2003. Global burden of maternal death and disability : "Causes of Maternal deaths and disabilities". British Medical Bulletin. 60: 1-11. (<http://bmb.oxfordjournal.org>, diakses 19 November 2011).
- ACOG, 2002. Practice Bulletin : "Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia.33. (<http://mail.ny.acog.org/website/SMIPPodcast/DiagnosisMgt.pdf>, diakses 27 November 2011)
- Alif Muhammad. 2009. Karakteristik ibu hamil dengan Preeklampsia Berat yang dirawat di bagian Kebidanan dan Kandungan RSMH periode 1 Januari -31 Desember 2008. Skripsi. Jurusan Fakultas Kedokteran UNSRI (tidak dipublikasikan)
- Artikasari Kurniawati. 2009. Hubungan Antara Primigravida dengan angka kejadian preeklampsia-eclampsia di RSUD Dr Moewardi Surakarta Periode 1 Januari- 31 Desember 2008. Skripsi. Jurusan Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Surakarta.
- Arngrimsson, dkk. 1999. A genome-wide scan reveals a maternal susceptibility locus for preeclampsia on chromosome 2p13. Human Molecular Genetics. Vol 8 (9). ([www. Oxford Journal.org](http://www.OxfordJournal.org) Diakses 19 februari 2012)
- Bilhartz T.D dan Bilhartz P.A. 2010. Navigating the perfect Storm : "Conforting the Epidemic of Hypertensive Disorder in Pregnancy. Ea journal. 2 (2). hal 1852-4680. (http://issuu.com/eajournal/docs/navigating-the_perfect-storm, diakses 23 November 2011).
- BAPPENAS. 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia 2010. Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta, Indonesia.
- Benson dan Pernoll. 1995. Buku Saku Obsetri dan Ginekologi untuk Mahasiswa Kedokteran. EGC. Jakarta. Indonesia. Hal 25-30.
- Bushnell dan Chireau. 2010. Preeclampsia and stroke : Risk during and after Pregnancy. Hindawi access to Research. Vol 2011. Hal 9.
- Cunningham, F.G., dkk. 2005. Obstetri Williams : " Gangguan Hipertensi dalam Kehamilan". (edisi ke 21). Terjemahan oleh : Hartono, dan Suyono, pendit. EGC, Jakarta, Indonesia, hal 627.
- Dinkes.2010.Profil Kesehatan Kota Palembang 2010.Palembang.

Duckitt dan Harrington. 2005. Risk Factor for pre-eclampsia at antenatal booking : systematic review of controlled studies. BMJ. Vol 10.

HakLim, MD.2011.Preeclampsia.(<http://medicine.medscape.com/article/1476919-overview>, diakses 22 November 2011)

Haryono, R. 2006. Upaya Menurunkan Angka Kematian dan Angka Kematian Ibu pada Penderita preeklampsia Berat. Skripsi. Jurusan Kedokteran USU, (dipublikasikan), hal 2-3. (<http://www.respiratory.usu.ac.id> ,diakses 25 November 2011)

JCOG. 2008. Diagnosis, Evaluation And Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Vol 30(3). Hal 50.

Lana, K.,M.D. 2004. Diagnosis and Management of Preeklampsia. The American Family Physician. 70(12). Hal 2318. (<http://www.aafp.org/afp/2004/1215/p2318.h>, diakses 27 November 2011)

Masjoer, A, dkk. 2001. Kapita Selekta Kedokteran : “Komplikasi selama Kehamilan”. Jilid I.(edisi ke-3). Media Aesculapicus Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia, hal 270-271.

Manuaba, dkk. 2007. Pengantar Kuliah Obsetri : “Komplikasi Umum Pada Kehamilan”. Cetakan I. EGC, Jakarta , Indonesia. Hal 401-404.

Mochtar. 1998. Sinopsis Obsetri : obsetri operatif, obsetri sosial. Cetakan I.EGC,Jakarta, Indonesia. Hal 201-205.

Ohonsi, A.O. dan Ashimi, A.O. 2008. Preeclampsia – A Study of Risk Factor. Nigerian Medical Practitioner. 53 (6) : hal 99-102. (<http://www.ajol.info/index.php/article/viewFile/28935/38075>, diakses 25 November 2011)

Osungbade, K.O dan Olumsimbo, K.I. 2011. Public health perspective of Preeclampsia in Developing countries : “ Implication for health system strengthening”. Hindawi Publishing corporation journal of Pregnancy. 19(2). (<http://www.hindawi.com/journal/je/2011/481095/>, diakses 27 November 2011).

Pangeman,Wim.T. 2009. Pencegahan Preeklampsia. Digilib UNSRI, hal 47- 49. (<http://www.digilib.unsri.ac.id/download/PENCEGAHAN%20Preeklamps%20.pdf>, diakses 28 November 2011)

Sudhaberata, Ketut. 2001. Penanganan Preeklampsia Berat dan Eklampsia. Cermin Dunia Kedokteran 1331. (<http://www.kalbe.co.id>, diakses 27 November 2011)

- Siregar dan Manafar. 2003. Tinjauan Preeklampsia berat dan Eklampsia di RSUD Ulin Banjarmasin 1995-1999. Tesis Bagian Obsetri dan Ginekologi. Jurusan Fakultas Kedokteran UNSRI (tidak dipublikasikan), hal 2-5.
- Silva dkk. 2008. Low socioeconomic status is a risk factor for preeclampsia : the Generation R Study. *Journal of Hypertension*. Vol 26.
- Sarwono. 2006. Buku Acuan Nasional. Pelayanan Kesehatan Material Dan Neonatal : “ Hipertensi dalam Kehamilan”. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo, Jakarta, Indonesia, hal 207.
- UNFPA. 2011. Maternal Mortality Ratio. (<http://Indonesia.unfpa.org/issues-and-challenges/maternal-mortality-ratio>, diakses 26 November 2011).
- WHO, 2011. Maternal and Perinatal Health. (http://www.who.int/topics/maternal_health/en/), diakses 21 November 2011)
- Zhang, Jun., dkk. 1997. Epidemiology of Pregnancy-induced hypertension. *Epidemiologic Reviews*. 19(2). (<http://epirev.oxfordjournals.org/>, diakses 25 November 2011)
- W SZYMONWICZ dan VYHYU. 1997. Severe pre-Eclampsia and infants of very low birth weight. *Archives of Disease in Childhood*. Vol 62, Hal 712-716.(www.ncbi.nlm.nih.gov)
- Xiong, xu., dkk, 2002. Impact of Preeclampsia and Gestational Hypertension on Birth Weight by Gestational Age. *American Journal of epidemiology*. 155 (3). Hal 203. (<http://aje.oxfordjournals.org>, diakses 4 desember 2011).

DAFTAR ISTILAH

Ablasio retina : pelepasan retina dari lapisan epitelium neurosensoris retina dan lapisan epitelia pigmen retina

Diplopia : penglihatan ganda pada satu objek bayangan berbentuk titik-titik yang tidak saling berurutan di retina

Dismaturitas : bayi dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu.

Disproporsi sefalo-servik : ketidakmampuan janin melewati panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina

Edema retina : pengumpulan cairan secara abnormal dalam jaringan interseluler di bagian paling dalam tunika bola mata yang terdiri dari unsure saraf dan transmisi rangsangan visual.

Hidroamnion : jumlah cairan mekonium berlebih atau melebihi 2 liter

Impending eklampsia : kelanjutan dari preeklampsia disertai dengan nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium

Induksi persalinan : suatu upaya stimulasi mulainya proses persalinan yaitu dari mulai tanda-tanda persalinan kemudian distimulasi lagi menjadi ada sehingga menimbulkan his.

Multipara : wanita yang telah hamil 2 kali atau lebih yang menghasilkan janin hidup, tanpa memandang apakah hidup atau meninggal saat lahir

Nullipara : wanita yang belum pernah melahirkan seorang anak yang dapat hidup

Perdarahan postpartum : perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu.

Primipara : wanita yang pernah mengandung dimana wanita tersebut melahirkan satu anak.

Proteinuria : adanya protein serum yang berlebihan dalam urin

Postmatritas : suatu sindroma dimana plasenta mulai berhenti berfungsi secara normal pada kehamilan post-matur dan hal ini membahayakan janin.

Skotomata : daerah pandangan mata buram sepanjang lapangan pandang

Superimposed Preeklampsia : hipertensi yang terjadi diatas usia kehamilan 20 minggu, dengan riwayat adanya hipertensi sebelum kehamilan

Stroke : gangguan fungsi saraf yang terjadi mendadak akibat pasokan darah ke suatu bagian otak berkurang.

RIWAYAT HIDUP

Nama : R.A.Reizkhi Fitriyana
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 27 April 1990
Alamat : Jalan Dempo Dalam No. 100 Palembang
Telp/HP : 085764327977
Email : chacarican_crazy@yahoo.com
Agama : Islam

Nama Orang Tua
Ayah : dr.H.R.M.Yusuf Badaruddin, MM
Ibu : Felly Hartati (Almh)
Hj. Tri Andini Oscar, S.Psi

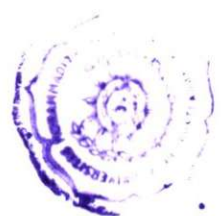
Jumlah Saudara : 2 (3) saudara
Anak ke : 3 (Ke Tiga)
Riwayat Pendidikan : 1. TK Bhayangkara Belinyu Bangka 1995
2. TK XAVERIUS 1 Maria Palembang 1996
3. SD SANTA AGNES Belinyu Bangka 1996-1997
4. SD XAVERIUS 1 Palembang 1997-2002
5. SLTP XAVERIUS 6 Palembang 2002-2005
6. SMU XAVERIUS 1 Palembang 2005-2008



Palembang, 8 Maret 2012



R.A.Reizkhi Fitriyana





FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 21 Desember 2011 M
25 Muharram 1433 H

Nomor : i210/H-5/FK-UMP/XII/2011
Lampiran :
Perihal : Surat Pengantar
Izin Pengambilan Data Awal

Kepada : Yth. Bpk/Ibu Direktur Rumah Sakit Bari
di
Tempat

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah.
SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan izin pengambilan data di Rumah Sakit Bari, kepada :

NO.	NAMA /NIM	JUDUL SKRIPSI
1	R.A.Reizkhi Fitriyana 70 2008 041	Karakteristik Ibu Hamil Dengan Preeklampsia- ekslampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Bari periode 1 Januari-31 Desember 2010

Untuk mengambil data awal yang dibutuhkan dalam penyusunan proposal dan skripsi yang bersangkutan .

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, SpAnd

NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :
1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip.

**DATA KEGIATAN PERSALINAN
PADA KAMAR BERSALIN
RSUD PALEMBANG BARI TAHUN 2010**

NO	JENIS TINDAKAN	JANUARI - DESEMBER THN 2010
1.	Jumlah Persalinan	2001
	- Partus Normal	540 -
	- Vacum	29
	- Forcep	3
	- Versi Ekstraksi/Bracht	3
2.	Partus Dengan SC	511
	- SC dgn DKP	44
	- SC dgn KPSW	89
	- SC dgn HAP	18
	- SC dgn PEB	57
	- SC dgn Eklamsia	7
	- SC dgn Riwayat SC	55
	- SC dgn Gemeli	-
	- SC dgn Presbo	38
	- SC dgn Letak Lintang	22
	- SC dgn Gagal Drip	-
	- SC dgn Kala II Lama	19
	- SC dgn Post Term	50
	- SC dgn PER	3
	- SC dgn PPT	3
	- SC dgn Gawat Janin	3
	- SC dgn Placenta Previa	3
	- SC dgn Preski	8
	- SC dgn IUFD	3
	- SC dgn Post Date	3
	- SC dgn PPT	8
	- SC dgn KPD	21
	- SC dgn PPI	2
	- SC dgn Solutio Placenta	2
	- SC Lain - lain	53
3.	Persalinan Dengan Abnormal	915
	- Persalinan dgn KPSW	266
	- Persalinan dgn Solutio Placenta	3
	- Persalinan dgn Placenta Previa	-
	- Persalinan dgn PEB	244

	- Persalinaan dgn Eklamsia	3
	- Persalinaan dgn IUFD	24
	- Persalinaan dgn Kala II Lama	43
	- Persalinaan dgn HPP	1
	- Persalinaan dgn KPD	50
	- Persalinaan dgn PER	145
	- Persalinaan dgn riwayat SC	11
	- Persalinaan dgn Preski	8
	- Persalinaan dgn Post Term	28
	- Persalinaan dgn PPI	7
	- Persalinaan Presbo	47
	- Persalinaan riwayat SC	10
	- Persalinaan dgn Gemeli	4
	- Persalinaan lain - lain	21
4.	Kasus Gynekologi	
	- Ab. Incomplit	124
	- Mola Hydatidosa	22
	- Blingted Ovum	25
	- Menomethorhagia	4
	- Adenomiosis Cervical	18
	- PUD	3
	- PUA	31
	- Ab. Iminens	41
	- HPP	40
	- Death Conseptus	27
	- Missed Abortion	3
	- Perdarahan Lain - lain	41
5.	Laparatomi / Histerektomi	
	- KET	15
	- Kistoma uteri	-
	- Mioma Uteri	18
	- Ca. Cervik	2
	- Prolaps Uteri	1
	- Tubektomi	8
	- Kistoma Ovari	27
	- Polip Servik	3
6.	Kasus Kebidanan Lainnya	
	- Kista Bartolini	5
	- Anemia	4
7.	Kehamilan Dengan Komplikasi	
	- Eklampsia	1
	- HAP	9

	- KPSW	9
	- HEG	35
	- Dgn Penyakit Kronik	-
	- Partus Imaturus Iminens	30
	- Presbo	2
	- Anemia	2
	- IUFD	6
	- PEB	26
	- Post term	2
	- PER	4
	- Lain - Lain	40
8.	Retensio Placenta	11
9.	Retensio Urine	7
10.	Jumlah Pemeriksaan Kehamilan	1663



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : R.A. REZEKI FITRIYANA

NIM : 70.2008.0411

PEMBIMBING I : dr KURNIAWAN Sp 06

PEMBIMBING II : NURINDAH FITRIYA Mbi.Psi.

JUDUL PROPOSAL :

KARAKTERISTIK KLINIS IBU HAMIL DENGAN PREKLAMPSIA - EKLAMPSIA DI BAWAH
KEBIDANAN DAN KANDUNGAN RUMAH SAKIT PALEMBANG BARI
PERIODE 1 JAN - 31 DESEMBER 2010

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	14 Feb 2012	Proses memorandum data penelitian			
2.	15 Feb 2012	Konsultasi temuan masalah penelitian			
3.	17 Feb. 2012	Konsultasi hasil & pembahasan			
4.	18 Feb 2012	Konsul mengenai hasil penelitian	—P		
5.	20 Feb 2012	Konsul mengenai Pembahasan penelitian	—P		
6.	22 Feb 2012	Konsultasi abstrak	—P		
7.	23 Feb 2012	ACC skripsi	—P		
8.	23 Feb 2012	Acc skripsi		—P	
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada tanggal : / /





PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PALEMBANG BARI**

Jalan Panca Usaha Nomor 1, Kelurahan 5 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu I, Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon: (0711) 514165, 519211, Faksimile: (0711) 519212, Kode Pos: 30254
E-mail: tu@rsudpbri.palembang.go.id, Website: www.rsudpbri.palembang.go.id

Palembang, 20 Februari 2012

Nomor : 420/0120.1/RSUD/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Telah selesai melaksanakan pengambilan data awal di
Kepada Yth. Dekan FK Universitas Muhammadiyah Palembang
PALEMBANG

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang pada 21 Desember 2011 nomor: 1210/H-5/FK-UMP/XII/2011 perihal: Izin Pengambilan Data Awal atas nama:

Nama : R.A. Reizkhi Fitriyana
NIM : 70 2008 041
Judul Skripsi : Karakteristik Ibu Hamil dengan Preeklampsia-ekslampsia di Bagian Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI Periode 1 Januari - 31 Desember 2010.

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan pengambilan data di RSUD Palembang BARI pada 13 s.d. 17 Februari 2012.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

Pt. DIREKTUR RSUD PALEMBANG BARI
RUMAH SAKIT UMUM DAN KEUANGAN



dr. Hj. MAKIANI, M.M
Pembina

NIP 196504131996032001

