

PERILAKU PATUH PERAWATAN IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI BERAT EKLAMPSIA DI RSUD SOEWONDO KENDAL

Sri Rejeki* dan Nikmatul Hayati*

ABSTRAK

Latar belakang: Angka kematian ibu di Kabupaten Kendal dari tahun 2002 adalah 108 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2004 mengalami kenaikan yang cukup tinggi yaitu 162 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini bila dibandingkan dengan angka di Jawa Tengah tahun 2003 masih dibawahnya yaitu 248 per 100.000 kelahiran hidup. Dari angka kematian tersebut salah satunya adalah dikarenakan pre-eklamsia berat.

Penelitian ini **bertujuan** untuk: mengetahui beberapa faktor yang berkontribusi dan perilaku patuh ibu primigravida untuk melaksanakan nasehat perawatan kehamilan terhadap terjadinya Pre-Eklampsia berat di RS. Dr. Soewondo Kendal.

Jenis penelitian adalah analitik dengan menggunakan case-control study dengan pendekatan retrospektif. Sebagai Populasi adalah ibu-ibu primigravida yang melahirkan di RS Dokter Soewondo Kendal. Sampel diambil dengan purposif sampling. Yaitu 49 kasus dan 49 responden sebagai kontrol.

Hasil: Dengan menggunakan analisa X^a diperoleh hasil ada hubungan faktor usia kehamilan ibu, riwayat pre-eklampsia sebelumnya, riwayat penyakit ginjal dan hipertensi dengan kejadian pre-eklampsia berat selain itu ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan ibu hamil primigravida dalam melaksanakan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan kejadian Pre-Eklampsia Berat (Pv: 0,001)

* Dosen FIKKES UNIMUS

Bab I. Pendahuluan

Pre-eklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Pada kondisi berat pre-eklampsia dapat menjadi eklampsia dengan penambahan gejala kejang-kejang.¹⁾

Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kesatuan penyakit, yakni yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal ini terjadi, istilah kesatuan penyakit diartikan bahwa kedua peristiwa dasarnya sama karena eklampsia merupakan peningkatan dari pre-eklampsia yang lebih berat dan berbahaya dengan tambahan gejala-gejala tertentu.¹⁾

Pre-eklampsia berat dan eklampsia merupakan risiko yang membahayakan ibu disamping membahayakan janin melalui placenta.²⁾ Di Indonesia pre-eklampsia atau eklampsia disamping perdarahan masih merupakan sebab utama dari kematian ibu dan penyebab kematian perinatal yang tinggi.³⁾

Di Indonesia eklampsia disamping merupakan perdarahan dan infeksi masih merupakan sebab utama kematian ibu.¹⁾ Dan sebab kematian perinatal yang tinggi. Eklampsia menyebabkan angka kematian sebesar 5% atau lebih tinggi.⁵⁾

Angka kematian ibu di Kabupaten Kendal dari tahun 2002 adalah 108 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2004 mengalami kenaikan yang cukup tinggi yaitu 162 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini bila dibandingkan dengan angka di Jawa Tengah tahun 2003 masih dibawahnya yaitu 248 per 100.000 kelahiran hidup. Dari angka kematian tersebut salah satunya adalah dikarenakan pre-eklamsi berat.

Beberapa kasus memperlihatkan keadaan yang tetap ringan sepanjang kehamilan. Pada stadium akhir yang disebut eklampsia, pasien akan mengalami kejang. Jika eklampsia tidak ditangani secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak.⁵⁾

Dari hasil pendataan di RS Soewondo Kendal tahun 2005 jumlah pasien persalinan sebanyak 773 orang dengan kasus tertinggi adalah pre-eklamsi sebanyak 58 orang, perdarahan post partum 44 orang, abortus iminen 12 orang, abortus incomplitus 53 orang dan retensio placenta sebanyak 32 orang, sedangkan kematian sebanyak 4 orang diantaranya disebabkan oleh eklampsia.

WHO mengembangkan konsep "*Four Pillars of Safe Motherhood*" untuk menggambarkan upaya penyelamatan ibu dan bayi(WHO, 1994). Dimana Antenatal care dan Persalinan bersih dan aman merupakan dua dari 4 pilar upaya tersebut.

Pelayanan antenatal yang baik akan dapat mendeteksi dini adanya resiko tinggi termasuk kasus pre-eklampsia, cepat atau lambanya ditemukan

tanda pre-eklampsia pada ibu hamil juga menentukan tindakan selanjutnya sehingga Frekwensi terjadinya Pre-eklampsia berat/eklampsia dapat diantisipasi, sehingga target penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) pada Indonesia Sehat 2010 menjadi 80 per 100.000 kelahiran hidup dapat tercapai.

Primigravida merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre-eklampsia berat, meskipun etiologinya belum diketahui. Hasil penelitian Rozikan (2004) angka tertinggi ibu bersalin dengan pre-eklampsia berat di RS Kendal 65 % dengan primigravida.

Dengan melihat data dan fakta yang ada, seperti kasus kehamilan / persalinan eklampsia di Rumah Sakit yang cukup tinggi bila dibandingkan dengan kasus kehamilan/persalinan yang lain, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian pre-eklampsia/ eklampsia di RS Dr. H. Soewondo Kendal.

Bab 2. Perumusan Masalah

Ibu dengan kehamilan/ persalinan dengan pre-eklampsia berat atau eklampsia merupakan masalah yang cukup serius karena dapat mengancam kematian pada ibu melahirkan maupun fetus apabila tidak dilaksanakan penanganan dengan segera mungkin. Tujuan utama penanganan ialah mencegah terjadinya preeklampsia berat dan eklampsia, melahirkan janin hidup dengan trauma sekecil-kecilnya.

Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan mendeteksi dini adanya Pre-Eklampsia melalui perawatan kehamilan yang baik yang meliputi 3 aspek pokok yaitu aspek Medis, Pendidikan Kesehatan dan rujukan pada wanita hamil. Salah satu predisposisi terjadinya pre-eklampsia berat adalah ibu primigravida atau hamil pertama kali.

Tidak semua ibu hamil dapat dan mau melaksanakan perawatan kehamilan secara teratur dan patuh terhadap nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk mencegah memberatnya penyakit. Penelitian mendeskripsikan beberapa faktor yang dimungkinkan berkontribusi dan perilaku patuh

perawatan ibu hamil primigravida terhadap terjadinya pre-eklamsia berat atau eklamsia.

Bab. 3. Tinjauan Pustaka

Pre-eklamsia ialah penyakit dengan tanda-tanda khas hipertensi, edema, dan ditemukan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat juga terjadi pada trimester kedua kehamilan.^{1),5)} Sering tidak diketahui atau diperhatikan oleh wanita hamil yang bersangkutan, sehingga tanpa disadari dalam waktu singkat pre-eklamsia berat bahkan dapat menjadi eklamsia yaitu dengan tambahan gejala kejang-kejang dan atau koma.^{1),6)} Kejadian eklamsia di negara berkembang berkisar antara 0,3% sampai 0,7%. Kedatangan penderita sebagian besar dalam keadaan pre-eklamsia berat dan eklamsia.⁶⁾

Di negara-negara sedang berkembang, angka kematian ibu jauh lebih tinggi. Di Afrika sub-Sahara, angka kematian ibu rata-rata 60 per 100.000 kelahiran hidup; di Asia selatan, 500 per 100.000 per kelahiran; di Asia Tenggara dan Amerika Latin 300 per 100.000 kelahiran hidup.

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita subur usia disebabkan berkaitan dengan hal kehamilan. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktifitasnya. Tahun 1999, WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu per tahunnya meninggal saat hamil atau persalinan.⁴⁾

Di Afrika yang beriklim tropis ini dapat timbul dengan cepat, mulai dari tanda fisik yang dini eklamsia berat dapat terjadi dalam 24 jam. Sekelompok peneliti memperkirakan bahwa mulai dari timbulnya gejala eklamsia sampai dengan kematian rata-rata memerlukan waktu hanya 2 hari.⁵⁾

Pada saat ini Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Perinatal di Indonesia masih sangat tinggi. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (2004) Angka kematian ibu adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain, maka Angka Kematian Ibu di

Indonesia adalah 15 kali dari angka kematian ibu di Malaysia, 10 kali lebih tinggi dari thailand, atau 5 kali lebih tinggi daripada filipina.4)

Gejala-gejala

Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain.1) Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meninggi dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga, mungkin penderita menderita preeklampsia.

Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mm Hg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mm Hg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mm Hg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mm Hg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnose. 8)

Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.1 Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklampsia berat.9)

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada kaki, jari-jari tangan, dan muka, atau pembengkakan pada ektrimitas dan muka.1),8) Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosa pre-eklampsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam dalam sebulan pre-eklampsia harus dicurigai.1),10) Atau bila terjadi pertambahan berat badan lebih dari 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan mungkin merupakan tanda preeklampsia. Tambah berat yang sekonyong-konyong ini disebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian nampak oedema nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat.10) Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya pre-eklampsia. Edema dapat

terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostik kecuali jika edemanya general.⁷⁾

Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemerikdaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ (menggunakan metode turbidimetrik standard) atau 1 g/liter atau lebih dalam air kencing yang dikeluarkan dengan kateter atau *midstream* untuk memperoleh urin yang bersih yang diambil minimal 2 kali dengan jarak 6 jam.¹⁾ 8) Proteinuri biasanya timbul lebih lambat dari hipertensi dan tambah berat badan. Proteinuri sering ditemukan pada pre-eklampsia, rupa-rupanya karena vasospasmus pembuluh-pembuluh darah ginjal. Karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius. ^{8, 10)}

Disamping adanya gejala yang nampak diatas pada keadaan yang lebih lanjut timbul gejala-gejala subyektif yang membawa pasien ke dokter.

Gejala subyektif tersebut ialah: 10) Sakit kepala yang keras karena vasospasmus atau oedema otak, sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh haemorrhagia atau edema, atau sakit kerena perubahan pada lambung, gangguan penglihatan: Penglihatan menjadi kabur malahan kadang-kadang pasien buta. Gangguan ini disebabkan vasospasmus, edema atau ablatio retinae. Perubahan ini dapat dilihat dengan ophtalmoscop.

Pre-eklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat, penyakit eklampsia digolongkan berat apabila satu atau lebih tanda / gejala dibawah ini ditemukan: 1) Tekanan darah sistolik 160 mmHg atau lebih, atau tekanan diastole 110 mmHg atau lebih, 2) Proteinuria 5 gram atau lebih dalam 24 jam, 3+ atau 4+ pada pemeriksaan semikuantitatif. 3) Oliguria, air kencing 400 ml atau kurang dalam 24 jam. 4) Keluhan cerebral, gangguan penglihatan atau nyeri di daerah epigastrium. 5) Edema paru-paru atau sianosis.^{1),11)}

Etiologi dan Patofisiologi :

Sebab preeklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum diketahui.^{1),7),10),12)} Telah banyak teori yang mencoba menerangkan sebab-musabab .Penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberikan

jawabanyang memuaskan. Teori yang diterima harus dapat menerangkan hal-hal berikut: (1) sebab bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatidosa; (2) sebab bertambahnya frekuensi dengan makin tuanya kehamilan; (3) sebab terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus; (4) sebab jarangya terjadi eklampsia pada kehamilan-kehamilan berikutnya; dan (5) sebab timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma.¹⁾

Salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan ischaemia rahim dan plasenta (ischemia uteroplacentae). Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatidosa, hidramnion, kehamilan ganda, multipara, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes, peredaran darah dalam dinding rahim kurang, maka keluarlah zat-zat dari placenta atau decidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi.¹⁰⁾ Tetapi dengan teori ini tidak dapat diterangkan semua hal yang berkaitan dengan penyakit tersebut. Rupanya tidak hanya satu faktor yang menyebabkan pre-eklampsia dan eklampsia.¹⁾

Dampak terhadap janin, pada pre-eklampsia / eklampsia terjadi vasospasmus yang menyeluruh termasuk spasmus dari arteriol spiralis deciduae dengan akibat menurunnya aliran darah ke placenta. Dengan demikian terjadi gangguan sirkulasi fetoplacentair yang berfungsi baik sebagai nutritive maupun oksigenasi. Pada gangguan yang kronis akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin didalam kandungan disebabkan oleh mengurangnya pemberian karbohidrat, protein, dan faktor-faktor pertumbuhan lainnya yang seharusnya diterima oleh janin.¹³⁾

Patogenesis PIH (Pregnancy-Induced Hypertension)

Etiologi PIH tidak diketahui tetapi semakin banyak bukti bahwa gngguan ini disebabkan oleh gangguan imunologik dimana produksi antibodi penghambat berkurang. Hal ini dapat menghambat invasi arteri spiralis ibu oleh trofoblas sampai batas tertentu hingga mengganggu fungsi placenta. Ketika kehamilan

berlanjut, hipoksia placenta menginduksi proliferasi sitotrofoblas dan penebalan membran basalis trofoblas yang mungkin mengganggu fungsi metabolik placenta. Sekresi vasodilator prostasiklin oleh sel-sel endotial placenta berkurang dan sekresi trombosit bertambah, sehingga timbul vasokonstriksi generalisata dan sekresi aldosteron menurun. Akibat perubahan ini terjadilah pengurangan perfusi placenta sebanyak 50 persen, hipertensi ibu, penurunan volume plasma ibu, Jika vasospasmenya menetap, mungkin akan terjadi cedera sel epitel trofoblas, dan fragmen-fragmen trofoblas dibawa ke paru-paru dan mengalami destruksi sehingga melepaskan tromboplastin. Selanjutnya tromboplastin menyebabkan koagulasi intravaskular dan deposisi fibrin di dalam glomeruli ginjal (endoteliosis glomerular) yang menurunkan laju filtrasi glomerulus dan secara tidak langsung meningkatkan vasokonstriksi. Pada kasus berat dan lanjut, deposit fibrin ini terdapat di dalam pembuluh darah sistem saraf pusat, sehingga menyebabkan konvulsi.

Faktor Predisposisi

Wanita hamil cenderung dan mudah mengalami pre-eklampsia biala mempunyai faktor-faktor predisposing adalah primigravida, Kehamilan ganda, Usia < 20 atau > 35 th, Riwayat pre-eklampsia, eklampsia pada kehamilan sebelumnya, Riwayat dalam keluarga pernah menderita pre-eklampsia, penyakit ginjal, hipertensi dan diabetes melitus yang sudah ada sebelum kehamilan, obesitas.

Faktor usia: Faktor usia berpengaruh terhadap terjadinya pre-eklampsia/eklampsia. Usia wanita remaja pada kehamilan pertama atau nulipara umur belasan tahun dan wanita hamil yang berusia diatas 35 tahun.^{5,8)} Dari kejadian delapan puluh persen semua kasus hipertensi pada kehamilan, 3 – 8 persen pasien terutama pada primigravida, pada kehamilan trimester kedua.⁷⁾ Catatan statistik menunjukkan dari seluruh incidence dunia, dari 5%-8% pre-eklampsia dari semua kehamilan, terdapat 12% lebih dikarenakan oleh primigravidae.⁹⁾ Faktor yang mempengaruhi pre-eklampsia frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda. 1)

Hipertensi karena kehamilan paling sering mengenai wanita nulipara. Wanita yang lebih tua, yang dengan bertambahnya usia akan menunjukkan peningkatan insiden hipertensi kronis, menghadapi risiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan atau *superimposed pre-eclampsia*. Jadi wanita yang berada pada awal atau akhir usia reproduksi, dahulu dianggap rentan. Misalnya, Duenhoelter dkk. (1975) mengamati bahwa setiap remaja nuligravida yang masih sangat muda, mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami preeklampsia. Spellacy dkk. (1986) melaporkan bahwa pada wanita diatas usia 40 tahun, insiden hipertensi kerena kehamilan meningkat tiga kali lipat (9,6 lawan 2,7%) dibandingkan dengan wanita kontrol yang berusia 20-30 tahun. Hansen (1986) meninja beberapa penelitian dan melaporkan peningkatan insiden preeklampsia sebesar 2-3 kali lipat pada nulipara yang berusia di atas 40 tahun bila dibandingkan dengan yang berusia 25 – 29 tahun.

Faktor sosial ekonomi :

Meskipun Chesley (1974) tidak sependapat, beberapa ahli menyimpulkan bahwa wanita dengan keadaan sosial ekonomi yang lebih baik akan lebih jarang menderita preeklampsia, bahkan setelah faktor ras turut dipertimbangkan. Tanpa mempedulikan hal tersebut, preeklampsia yang diderita oleh wanita dari keluarga mampu tetap saja bisa menjadi berat dan membahayakan nyawa seperti halnya eklampsia yang diderita wanita remaja di daerah kumuh. Status sosial mempunyai risiko yang sama, tetapi kelompok masyarakat yang miskin biasanya tidak mampu untuk membiayai perawatan kesehatan sebagai mana mestinya. Bahkan orang miskin tidak percaya dan tidak mau menggunakan fasilitas pelayanan medis walupun tersedia. Mereka itulah yang mempunyai risiko untuk mengalami eklampsia.5) Pasien yang miskin dengan pemeriksaan antenatal yang kurang atau tidak sama sekali merupakan faktor predisposisi terjadinya pre-eklampsia/ eklampsia.8)

Faktor genetika

Terdapat bukti bahwa pre-eklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu penderita pre-

eklampsia.6) Atau mempunyai riwayat pre-eklampsia/eklampsia dalam keluarga.8,10)

Faktor ras dan genetik merupakan unsur yang penting karena mendukung insiden hipertensi kronis yang mendasari. Kehamilan pada 5.622 nulipara yang melahirkan di Rumah Sakit Parkland dalam tahun 1986, dan 18% wanita kulit putih, 20% wanita Hispanik serta 22% wanita kulit hitam menderita hipertensi yang memperberat kehamilan (Cunningham dan Leveno, 1997). Separuh lebih dari multipara dengan hipertensi juga menderita proteinuria dan karena menderita *superimposed preeclampsia*.

Kecenderungan untuk preeklampsia-eklampsia akan diwariskan. Chesley dan Cooper (1986) mempelajari saudara, anak, cucu dan menantu perempuan dari wanita penderita eklampsia yang melahirkan di Margareth Hague Maternity Hospital selama jangka waktu 49 tahun, yaitu dari tahun 1935 sampai 1984. Mereka menyimpulkan bahwa preeklampsia – eklampsia bersifat sangat diturunkan, dan bahwa model gen-tunggal dengan frekuensi 0,25 paling baik untuk menerangkan hasil pengamatan ini; namun demikian, pewarisan multifaktorial juga dipandang mungkin

Riwayat hipertensi, kegemukan dan stres.

Salah satu faktor predisposisi terjadinya pre-eklampsia atau eklampsia adalah adanya riwayat hipertensi kronis, atau penyakit vaskuler hipertensi sebelumnya, atau hipertensi esensial.7,8). Kegemukan disamping menyebabkan kolesterol tinggi dalam darah juga menyebabkan kerja jantung lebih berat, oleh karena jumlah darah yang berada dalam badan sekitar 15% dari berat badan, maka makin gemuk seorang makin banyak pula jumlah darah yang terdapat di dalam tubuh yang berarti makin berat pula fungsi pemompaan jantung. Sehingga dapat menyumbangkan terjadinya preeklampsia.

Selain hal di atas stres yang terjadi dalam waktu panjang dapat mengakibatkan gangguan seperti tekanan darah. Manifestasi fisiologi dari stres diantaranya meningkatnya tekanan darah berhubungan dengan: Konstriksi pembuluh darah reservoir seperti kulit, ginjal dan organ lain, Sekresi urin meningkat sebagai

efek dari norepinefrin. Retensi air dan garam meningkat akibat produksi mineralokortikoid sebagai akibat meningkatnya volume darah. Curah jantung meningkat.

Konsep dasar model sistem perilaku

Jhonson (1980) memadukan teori, konsep, ilmu perilaku dan ilmu biologi, digabungkan dalam sistem rencana kerja. Teori stres dan adaptasi diutamakan dalam model ini. Setiap orang dipandang sebagai sistem perilaku yang menyusun sub sistem. Sub sistem ini terdiri dari interaksi dan interdependensi. Setiap orang berusaha mencapai keseimbangan dan stabilitas baik dalam dan luar berfungsi efektif mengatur dan menyesuaikan dengan pengaruh lingkungan, serta mempelajari pola respon. Bila pengaruh terlalu kuat dan orang tersebut tidak sanggup menyesuaikan atau mencapai fungsi atau lebih dari subsistem, maka akan terjadi penurunan fungsi kapasitas dan efisiensi tenaga.

Perilaku sebagai ekspresi oleh ilmu pengetahuan, atau pengalaman yang diperoleh sebelumnya. Sistem perilaku mencakup pola, perulangan dan cara menuju berperilaku. Biasanya perilaku dapat digambarkan dan dijelaskan individu sebagai sistem perilaku dalam mencapai stabilitas dan keseimbangan penyesuaian diri atau mencapai perilaku yang diharapkan.

Penatalaksanaan pre-eklampsia.

Penanganan Pre-eklampsia bertujuan untuk menghindari kelanjutan menjadi eklampsia dan pertolongan persalinan dalam keadaan optimal dan pencegahan trauma. Pengobatan harus dilakukan secara simtomatis karena etiologi pre-eklampsia dan faktor-faktor apa dalam kehamilan yang menyebabkannya belum diketahui. Tujuan utama penanganan ialah, mencegah terjadinya pre-eklampsia berat dan eklampsia, melahirkan janin hidup dan melahirkan dengan trauma sekecil-kecilnya.

Pada dasarnya penanganan pre-eklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Pada pre-eklampsia ringan (tekanan darah 140/90 mmHg

sampai 160/100 mmHg) penanganan simtomatis dan berobat jalan dibawah pengawasan dokter dan tenaga kesehatan (Perawat, bidan). Tindakan yang diberikan: **1)** Pentingnya ibu untuk istirahat (bila bekerja harus cuti), dan menjelaskan kemungkinan adanya bahaya. **2)** Pemberian obat sedativ ringan (Phenobarbital 3 x 30 mg atau valium 3 x 10 mg), Obat penunjang (Vit B Complek, Vit C / E dan zat besi). **3)** Pendidikan Kesehatan/nasehat tentang: a) Pengurangan Garam dalam konsumsi makan . b) Perbanyak istirahat baring kearah punggung janin. c) Pentingnya pemeriksaan diri, bila terdapat gejala sakit kepala, mata kabur, edema mendadak, berat badan naik, pernafasan semakin sesek, nyeri epigastrik, kesadaran makin berkurang, gerak janin melemah/berkurang, pengeluaran urin berkurang. **4)** Keteraturan pemeriksaan kehamilan **5)** Rujukan oleh tenaga kesehatan apabila: a) Bila tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih. a) Protein dalam urine 1 plus atau lebih. c) Kenaikan berat-badan 1 ½ kg atau lebih alam seminggu. d) Edema bertambah dengan mendadak. c) Terdapat gejala dan keluhan subyektif.

Bab 4. Tujuan Penelitian.

Penelitian ini bertujuan mengetahui beberapa faktor ang berkontribusi dan perilaku patuh ibu primigravida untuk melaksanakan nasehat perawatan kehamilan terhadap terjadinya Pre-Eklampsia berat di RS. Dr. Soewondo Kendal.

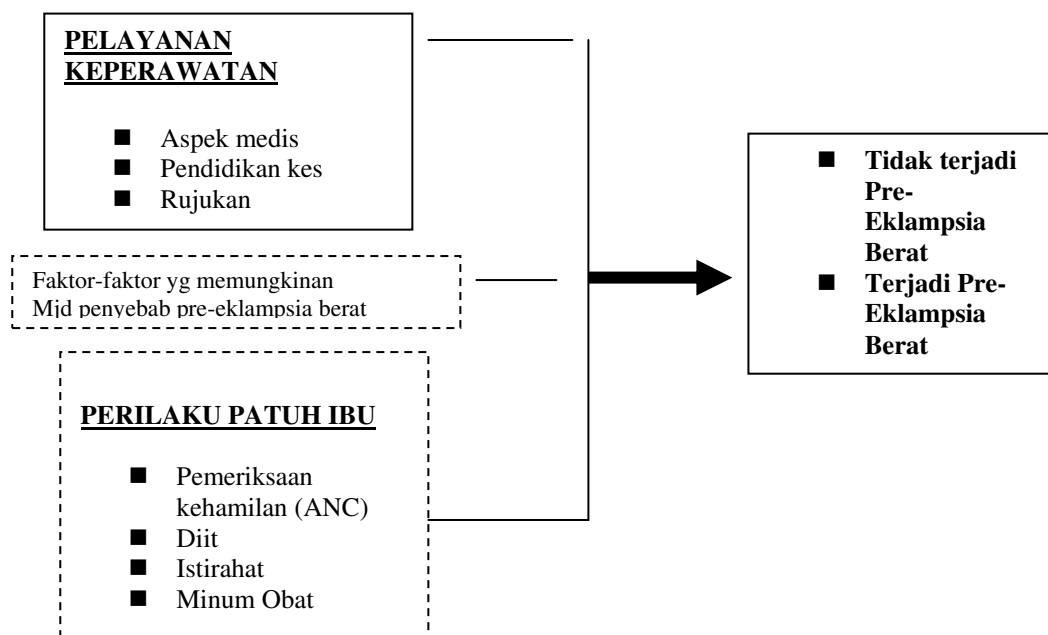
Manfaat penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan: (1) sebagai bahan pertimbangan dalam upaya pencegahan preeklamsia berat di RSUD Soewondo Kendal dan tempat pelayanan kesehatan maternal lainnya. (2) Oleh tenaga kesehatan untuk melaksanakan perawatan kehamilan yang berkualitas guna pencegahan preeklamsi berat dan (3) Memberi masukan kepada tenaga kesehatan pentingnya memberikan pendidikan kesehatan agar berperilaku sehat untuk melaksanakan perawatan kehamilan pada ibu hamil preeklamsi dan agar ibu dapat mengambil keputusan yang tepat untuk pencegahan preeklamsia berat.

Bab 5. Metode Penelitian

Jenis penelitian adalah analitik dengan menggunakan *case-control study* dengan pendekatan *retrospektif* yaitu rencana studi yang menyangkut bagaimana faktor perilaku masa lalu dipelajari saat ini. Dengan kata lain, efek yang mempengaruhi status kehamilan diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor yang mempengaruhi status kehamilan diidentifikasi terjadinya pada waktu yang lalu.

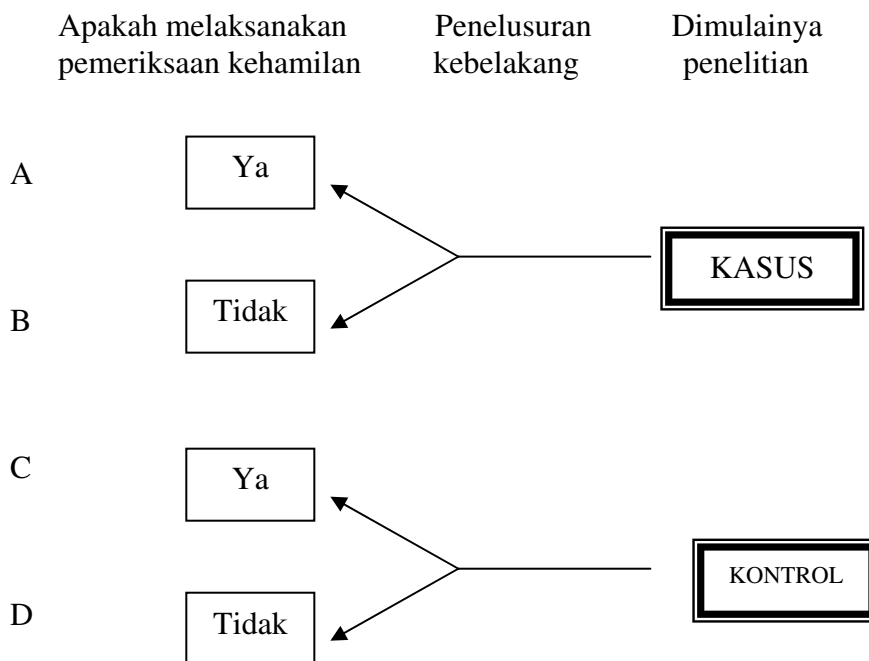
Kerangka Konsep



Hipotesa: Ada hubungan kejadian pre-eklampsia berat dengan perilaku patuh perawatan ibu hamil primigravida pre-eklampsia

Desain Penelitian

Untuk desain penelitian case-control study dapat dilihat pada gambar berikut ini



Populasi, Sample dan Sampling

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien ibu kehamilan primigravida dengan pre-eklamsia, pre-eklamsia berat yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Soewondo Kendal bulan Agustus – November 2007.

Adapun sample pada penelitian ini diambil dari klien pre-eklamsia berat primigravida yang dirawat pada hari ke 2 (dua) di RSUD Soewondo. Dan sebagai kontrol adalah ibu dengan pre-eklamsia ringan dan ibu hamil normal yang melakukan ANC. Pemilihan sample secara *total sampling*. Pada sampling ini semua klien dengan pre-eklamsia berat primigravida dijadikan responden. Besar sample total sampling tergantung dari jumlah kasus yang dirawat.

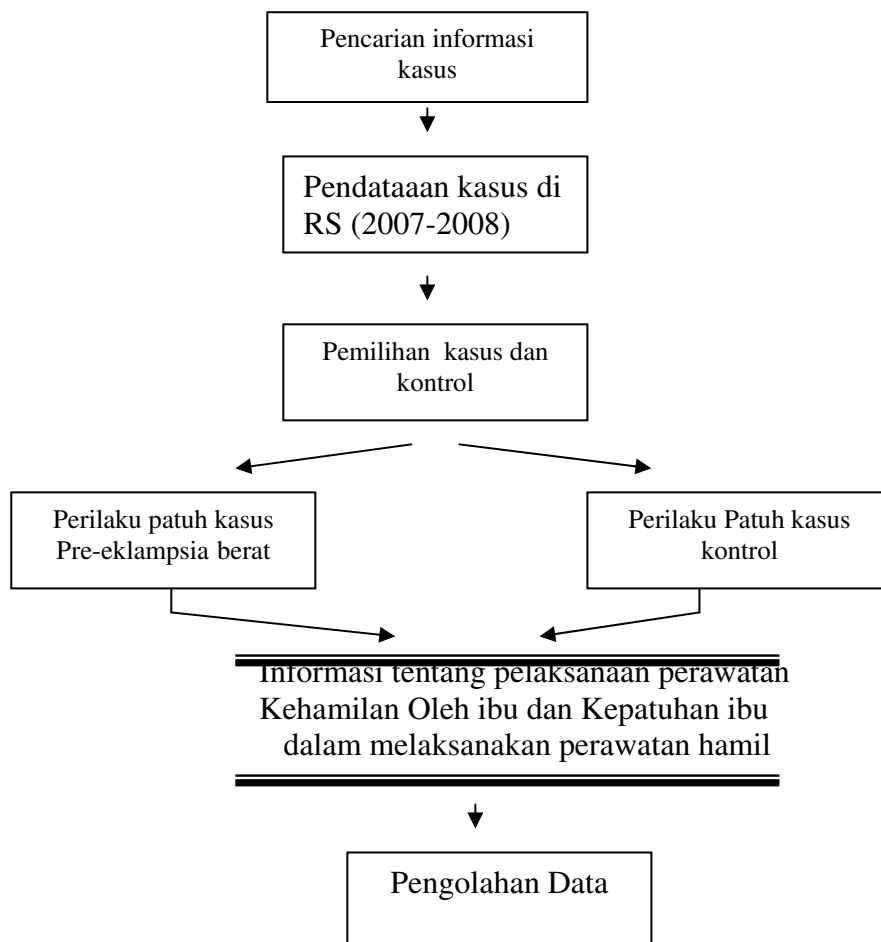
Kriteria Sample

1. Klien ibu hamil pertama kali/primigravida dengan pre-eklamsia berat dan bersedia untuk diteliti dengan menandatangani surat persetujuan peserta penelitian.

2. Pernah melakukan perawatan kehamilan di klinik kesehatan/puskesmas.
3. Tidak ada kelainan jiwa
4. Klien tidak dalam in partu

Prosedur Penelitian

Penelitian dimulai dengan pencarian kasus di RS yang mengalami Pre-eklampsia, Pre-eklampsia berat.



Pengumpulan data diawali dengan mencari kasus Pre-eklampsia berat/eklampsia, kemudian ditelusuri kebelakang dengan melihat riwayat kepatuhan klien terhadap nasehat perawatan kehamilan yang diberikan tenaga kesehatan saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan (Ante natal care).

VARIABLE PENELITIAN

Sebagai variabel terikat : Kehamilan Preeklampsia berat dan variabel bebas yaitu faktor-faktor yang memungkinkan dan kepatuhan dalam nasehat perawatan kehamilan.

Pengolahan Data.

Tahap persiapan: Persiapan dimulai pada bulan Agustus 2007, dengan pencarian informasi, penentuan sampel baik kasus maupun kontrol dan mengumpulkan data-data pendukung dari Rumah Sakit Dr. Soewondo Kendal, buku kepustakaan, dan rancangan kuesioner.

Tahap pelaksanaan: Penelitian dimulai bulan November 2007 sampai dengan Maret 2008, dengan melakukan penentuan kasus dan kontrol, pendataan dan pengkajian pasien (kasus) dan kontrol melalui wawancara dan pembagian angket dengan pasien dan melihat hasil catatan medis yang ada.

Tahap pengolahan data : Data diperoleh dari Rumah sakit Dr. Soewondo Kendal dengan melihat catatan medis dan perawatan, juga dari hasil wawancara dan angket yang diisi oleh klien. Selanjutnya data diolah menggunakan komputer dengan program SPSS dengan tahapan sebagai berikut: Data karakteristik penderita dianalisis secara deskriptif yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis bivariat untuk menguji adanya hubungan antara kepatuhan dengan penyakit pre-eklampsia / eklampsia digunakan uji X^2 .

Bab 7. Hasil dan Pembahasan

Berikut ini merupakan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah sakit dr. Soewondo Kendal untuk mencari adanya hubungan dari beberapa variabel bebas yaitu perilaku patuh perawatan kehamilan terhadap variabel terikat yaitu terjadinya pre-eklampsia berat dengan menggunakan analisis bivariat. Kepatuhan klien dilihat dari: a) Bagaimana diet klien yang meliputi kecukupan asupan protein, Karbo hidrat, mineral. b) Cukup istirahat meliputi bekerja seperlunya tiap hari, banyak duduk, banyak berbaring kearah

punggung janin. c) Periksa kehamilan sesuai jadwal yang ditentukan dan d) Keteraturan minum obat.

Penelitian dilakukan selama 5 (lima) bulan yaitu bulan November 2007 sampai dengan Maret 2008. Jumlah responden yaitu 98 responden dengan rincian 49 dengan pre-eklampsia berat dan 49 pasien sebagai kontrol.

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan status bekerja

Status bekerja	f	Persentase (%)
Tidak bekerja	36	36,7
Bekerja	62	63,3
Total	98	100

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden yaitu ibu bersalin (63,3 %) adalah ibu yang berstatus bekerja.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur

Umur	f	Persentase (%)
< 20 tahun	19	19,4
20 – 35 tahun	54	55,1
35 tahun	25	25,5
Total	98	100

Dari tabel diatas didapatkan bahwa sebagian besar berada pada umur 20 sampai 35 tahun yaitu sebanyak 54 (55,1%) responden, sedangkan sebagian kecil yaitu 19 (19,4%) responden berada pada umur dibawah 20 tahun.

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan

Satus perkawinan	f	Persentase (%)
Pertama	88	88,8
Kedua	9	9,2
Kawin ketiga/lebih	1	1,0
Total	98	100

Dari status perkawinan didapatkan mayoritas yaitu 88 (88,8%) responden berstatus kawin untuk yang pertama kali, sedangkan sebagian kecil responden 9(9,2%) berstatus kawin yang kedua, serta hanya 1(1,0%) responden menyatakan status perkawinan lebih dari dua kali.

Tabel 4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan riwayat penyakit yang terkait dengan Pre-eklampsia

Status kesehatan dan riwayat penyakit	f	Persentase (%)
Satus kesehatan		
- Ada riwayat pre-eklamsia	13	13,3
- Tidak ada riwayat pre- eklapsia	85	86,7
Total	98	100
Riwayat penyakit		
Penyakit Ginjal	9	9,2
Hipertensi	21	21,4
Tidak ada penyakit	68	69,4
Total	98	100

Dari tabel diatas didapatkan 85 (86,7%) responden tidak ada riwayat pre-eklampsia, sedangkan yang mempunyai riwayat pre-eklamsia adalah 13(13,3%) dari seluruh responden. Untuk riwayat penyakit yang pernah dialami yang biasanya berkaitan dengan pre-eklampsia didapatkan 68(69,4%) responden tidak ada riwayat penyakit tertentu, 21(21,4%) responden mempunyai riwayat Hipertensi dan sebagian kecil yaitu 9(9,2%) responden pernah menderita penyakit ginjal.

Tabel 5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	f	Persentase (%)
SD	19	19,4
SMP	34	34,7
SMU	34	34,7
PT	11	11,2
Total	98	100

Dilihat dari tabel diatas didapatkan responden ang berpendidikan SMP dan SMU adalah sama yaitu masing-masing 34(34,7%), yang berpendidikan sekolah dasar(SD) yaitu 19(19,4%) dan yang berpendidikan tinggi hanya 11(11,2%) responden.

Tabel 6. Distribusi frekuensi responden berdasarkan rujukan di rumah sakit

Tingkat Pendidikan	f	Persentase (%)
Dirujuk	63	64,3
Datang sendiri	35	35,7
Total	98	100

Dilihat dari tabel diatas didapatkan 63(64,3%) responden datang kerumah sakit karena rujukan, dan 35(35%) responden datang sendiri tanpa rujukan dari tenaga kesehatan.

Tabel 7. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kualitas Antenatal care yang dilaksanakan

Kwalitas ANC	f	Persentase (%)
Kurang	18	18,4
Cukup	69	70,4
Baik	11	11,2
Total	98	100

Hasil penelitian tentang kualitas Ante Natal Care (ANC) yang dilaksanakan oleh responden didapatkan 69(70,4%) responden berada pada kategori cukup dan 18(18,4%) responden kualitas ANC kurang dan hanya 11(11,2%) responden kualitas ANC baik.

Tabel 8. Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku kepatuhan

Perilaku kepatuhan	f	Persentase (%)
Tidak Patuh	44	44,9
Patuh	54	55,1
Total	98	100

Dari hasil penelitian didapatkan 54(55,1%) responden patuh melakukan ante natal care dan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan, sedangkan yang tidak patuh didapatkan 44(44,9%).

Analisa hubungan Kepatuhan dengan Pre-Eklampsia Berat

Tabel 9: Hubungan pekerjaan dengan kejadian Pre-eklampsia Berat

Pekerjaan	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
Tidak bekerja	19(19,39)	17(17,35)	36(36,73)	0,834
Bekerja	30(30,61)	32(32,65)	62(63,27)	
Total	49(50,00)	49(50,00)	98(100)	

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa responden yang mengalami pre-eklapmsi berat yang tidak bekerja 19(19,39%) dan 30(30,61%) responden yang bekerja mengalami pre-eklampsia berat, sedangkan responden yang tidak pre-eklamsia berat sebanyak 32(32,65 %) yang bekerja dan 17(17,35%) responden tidak bekerja. Dari hasil uji statistik *kai kuadrat* diperoleh nilai $p_v=0,834$ dengan demikian dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara status bekerja dengan tidak bekerja untuk kejadian pre-eklamsia berat.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang bekerja ada kecenderungan mengalami pre-eklamsia. Hal tersebut sangat berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Rozikhan (2005-2007) pada tempat penelitian yang sama yaitu RS. Dokter Soewondo dengan jumlah 200 responden didapatkan hasil ibu hamil 65% yang tidak bekerja ada kecenderungan mengalami pre-eklamsia berat dengan *uji kei square* didapatkan $p_v=0,022$ menunjukkan ada hubungan yang signifikan status bekerja dengan kejadian pre-eklampsia berat.

Tabel 10: Hubungan umur dengan kejadian pre-Eklampsia berat

Umur	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai p_v
	Ya (%)	Tidak (%)		
< 20 tahun	11(11,22)	8(8,16)	19(19,39)	0,011
20 – 35 tahun	20(20,41)	34(34,69)	54(55,10)	
> 35 tahun	18(18,37)	7(7,14)	25(25,51)	
Total	49(50,00)	49(50,00)	98(100)	

Hasil penelitian menyebutkan bahwa kasus preeklampsia berat diderita oleh ibu hamil yang usianya < 20 tahun (11,2%) dan > 35 tahun (18,37%). Sedang pada usia 20-35 ibu hamil yang mengalami pre-eklampsia berat 20.41%. Pada kelompok kontrol diperoleh ibu hamil pada usia 20-35 tidak mengalami pre-eklampsia berat (34,69%), dedangkan pada usia < 20 tahun yang mengalami pre-eklampsia berat yaitu 8,16% dan pada umur diatas 35 tahun 7,14% tidak mengalami pre-eklampsia berat. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kehamilan diatas usia 35 tahun sangat memungkinkan terjadi pre-

eklamsia berat di banding kehamilan pada usia 20-35 tahun serta kehamilan dengan usia < 20 tahun.

Hal ini sesuai dengan teori menyebutkan bahwa dalam maternitas umur ibu yang ekstrim yaitu dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun akan mempunyai risiko kehamilan, hasil penelitian dari beberapa negara Paritas cenderung terlihat insiden preeklamsia cukup tinggi di usia belasan tahun. Pada usia dibawah 20 tahun masih mungkin mencapai pertumbuhan organ-organ yang berkaitan dengan kehamilan, sedangkan pada usia > 35 tahun sudah mulai terjadi penurunan fungsi pada uterus. Dalam penelitian ini diperoleh nilai $p=0,011$ yang berarti bahwa ada hubungan antara usia ibu sat kehamilan dengan kejadian Pre-Eklamsia berat.

Tabel 11: Hubungan status perkawinan dengan kejadian pre-eklamsia berat Hasil analisa hubungan

Perkawinan	Pre-eklamsia berat		Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)	
Kawin pertama	42(85,7)	46(93,90)	0,336
Kawin kedua	6(12,24)	3(6,12)	
> kawin kedua	1(2,04)	-	
Total	49(50,00)	49(50,00)	

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas ibu yang mengalami Pre-eklamsia berat berstatus perkawinan yang 42(85,70%), sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas 46(93,90%) ibu tidak mengalami preeklamsia berat dan hanya sebagian kecil 6(12,24 %) berstatus perkawinan kedua dan hanya 1(2,04 %) ibu hamil yang pre-eklamsia berat status kawin lebih dari 2 kali. Pada kelompok kontrol dimana ibu hamil tidak mengalami pre-eklamsia berat sebagian besar 46(93,90%) perkawinan yang pertama dan hanya 3(6,12%) ibu yang tidak mengalami pre-eklamsia berat.

Dari analisa bivariat didapatkan nilai $p=0,336$ yang dapat diartikan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian pre-eklamsia berat.

Tabel 12: Hubungan riwayat pre-eklampsia dalam kehamilan dengan kejadian pre-eklampsia berat

Riwayat pre-eklampsia	Pre-eklampsia berat		Total (%)	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Ada riwayat pre-eklampsia	11(22,45)	2(4,08)	13(13,27)	0,015
- Tidak ada riwayat Pre-Eklampsia	38(77,61)	47(95,92)	85(86,73)	
Total	49(50)	49(50)	98	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 11(22,45%) ibu hamil yang mengalami pre-eklampsia ada riwayat pre-eklampsia sebelumnya, sedangkan 38(77,61%) ibu yang mengalami pre-eklampsia berat tidak ada riwayat penyakit pre-eklampsia. Pada kelompok kontrol ditemukan bahwa mayoritas 47(95,92%) ibu yang tidak mengalami pre-eklampsia berat tidak ada riwayat pre-eklampsia sebelumnya dan hanya 2 (4,08%) ibu yang tidak mengalami pre-eklampsia berat ada riwayat pre-eklampsia, hal tersebut berarti pada kehamilan sebelumnya pernah mengalami kehamilan danen pre-klampsia.

Dari analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,015$ yang berarti ada hubungan antara riwayat pre-eklampsia sebelumnya dengan kejadian kehamilan dengan pre-eklampsia berat. Hal ini sesuai dengan teori bahwa riwayat pre-eklampsia sebelumnya dapat memicu kejadian ulang pre-eklampsia dan cenderung memperberat kondisi pre-eklampsia ibu hamil.

Tabel 13: Hubungan riwayat penyakit dengan kejadian pre-eklampsia berat.

Riwayat Penyakit	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
-Ginjal	6(18,37)	3(6,12)	9(9,18)	0,000
-Hipertensi	18(36,73)	3(6,12)	21(21,43)	
-Tidak ada penyakit	25(51,02)	43(87,76)	68(69,39)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Hipertensi merupakan salah satu tanda yang muncul pada penderita preeklampsia, disamping oedema dan proteinuria, tetapi apakah faktor riwayat hipertensi berhubungan dengan terjadinya preeklampsia berat. Hasil penelitian ini pada analisis bivariat diperoleh bahwa dari 49 responden mempunyai riwayat hipertensi 18(36,73%) dan 25 (51,02%) yang mengalami pre-

eklampsia berat tidak ada riwayat penyakit tertentu seperti ginjal dan hipertensi dan 6(18,37%) ibu hamil yang hipertensi berat ada riwayat penyakit ginjal sebelumnya. Pada kelompok kontrol ditemukan ibu hamil yang tidak mengalami pre-eklampsia berat 43(87,76%) tidak ada riwayat penyakit ang umumnya menjadi penyebab pre-eklampsia berat dan sisanya dengan prosentase yang sama masing-masing 3(6,12%) ibu kehamilan tidak mngalami pre-eklampsia berat ada riwayat penyakit ginjal dan hipertensi.

Dari analisa bivariat didapatkan nilai $p= 0,001$ yang berarti ada hubungan antara riwayat penyakit ginjal dan hipertensi dengan kejadian ibu hamil dengan pre-eklapsia berat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa salah satu faktor predisposing terjadinya preeklampsia adalah riwayat hipertensi, juga telah dibuktikan dari penelitian Supriyandono dan Sofoewan bahwa terdapat hubungan yang signifikan anatara riwayat hipertensi dengan terjadinya preeklampsia berat, dan hipertensi berisiko 2 kali lebih besar untuk terjadinya preeklampsia berat.

Tabel 14: Hubungan riwayat rujukan ibu hamil dengan pre-eklampsia berat

Riwayat Rujukan	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Dirujuk	35(71,43)	28(57,14)	63(64,29)	0,206
- Datang Sendiri	14(28,57)	21(42,86)	35(35,71)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Dari hasil penelitian ibu hamil yang mengalami Pre-Eklampsia berat yang dilakukan rujukan dari 49 responden didapatkan sebagian besar ibu 35(71,43%) dirawat karena rujukan dari tempat pelayanan kesehatan, dan sebagian kecil 14(28,57%) datang sendiri tanpa rujukan. Sedang pada kelompok kontro dimana ibu hamil tidak mengalami pre-eklampsia berat 28(57,14%) dirujuk dan 21(42,86%) ibu hamil datang sendiri kerumah sakit untuk bersalin.

Dari hasil penelitian ini bisa juga diartikan 28(57%) ibu yang tidak mengalami Pre-eklampsia berat dirujuk karena beberapa hal yang dikaitkan dengan kemungkinan kesulitan persalinan di tempat pelayanan persalinan

sebelumnya atau karena riwayat kehamilan resiko lainnya. Dari analisa bivariat didapatkan $p=0,206$ hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara rujukan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dengan kejadian pre-eklampsia berat atau memang sebelumnya responden sudah mengalami pre-eklampsia berat sebelumnya.

Tabel 15: Hubungan kualitas Antenatalcare yang dilakukan pada ibu hamil dengan kejadian Pre-Eklampsia berat.

Kwalitas ANC	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Kurang	15(30,61)	3(6,12)	18(18,37)	0,000
- Cukup	25(51,02)	44(89,80)	69(70,41)	
- Baik	9(18,37)	2(4,08)	11(11,22)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Kwalitas pelayanan keperawatan kehamilan (ANC) dapat mempengaruhi praktik ibu dalam perawatan kehamilan, selain itu bagaimana seorang tenaga kesehatan dalam ketelitian dalam melakukan pemeriksaan serta intervensi yang diberikan dalam pencegahan kehamilan yang beresiko juga berpengaruh terhadap terjadinya kehamilan dengan pre-eklampsia/eklampsia berat. Intervensi keperawatan yang diwujudkan dalam nasehat kesehatan meliputi: bagaimana diet klien, kecukupan istirahat, keteraturan minum obat dan pemeriksaan kehamilan.

Hasil penelitian dari sejumlah responden dengan pre-eklampsia berat yang melakukan antenatal care dengan kualitas pelayanan yang cukup 25(51,02%), dengan pelayanan yang kurang sebanyak 15(30,61%) dan ibu yang mendapat kualitas pelayanan ANC yang baik sebanyak 9(18,37%). Sedangkan pada kelompok kontrol dimana ibu tidak mengalami Pre-Eklampsia berat didapatkan 44(89,80) ibu mendapatkan kualitas pelayanan ANC yang cukup, kurang 3(6,12%) dan baik sebanyak 2(4,08%).

Dari analisa bivariat didapatkan nilai $p= 0,001$, maka hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan perawatan kehamilan dengan kejadian Kehamilan dengan Pre-Eklampsia Berat. Hal ini

berbeda dengan hasil penelitian Rozikhan (2004) dengan tempat penelitian yang sama bahwa tidak ada hubungan antara yang signifikan pada ibu hamil yang melakukan antenatal care dengan terjadinya preeklampsia berat ($P = 0,231 > 0,05$), tetapi mempunyai risiko 1,5 kali lebih besar untuk terjadi preeklampsia berat pada ibu hamil yang tidak atau kurang langgeng dalam melakukan antenatal care.

Secara teori antenatal care bertujuan untuk mencegah perkembangan preeklampsia, atau setidaknya dapat mendeteksi diagnosa secara dini sehingga dapat mengurangi kejadian yang lebih berat, jelek tidaknya kondisi ditentukan oleh baik tidaknya antenatal care. Dari 70 % primigravida yang menderita preeklampsia , 90% nya mereka tidak melakukan antenatal care.

Walaupun demikian hasil penelitian ini menginformasikan bahwa ibu hamil yang tidak / kurang melakukan antenatal care akan mempunyai risiko 1,5 lebih besar untuk terjadinya preeklampsia berat.

Tabel 16: Hubungan perilaku kepatuhan ibu kehamilan dengan kejadian Pre-Eklampsia berat.

Prilaku Kepatuhan	Pre-eklampsia berat		Total	Nilai pv
	Ya (%)	Tidak (%)		
- Tidak Patuh	42(85,7)	2(4,08)	44(44,90)	0,000
- Patuh	7(14,29)	47(95,9)	54(55,10)	
Total	49(50)	49(50)	98(100)	

Depkes RI (1998) menyebutkan; Pemberdayaan perempuan (Women Empowerment) dimana perempuan dapat lebih aktif dalam menentukan sikap pada dirinya dan akan lebih mandiri untuk dapat memutuskan hal yang baik atau tidak bagi dirinya, termasuk disini bagi kesehatan atau kehamilan.

Pada ibu hamil yang mempunyai keberdayaan atau kemandirian akan mengambil sikap untuk melakukan pemeriksaan antenatal care, sehingga dapat diketahui terjadinya masalah kehamilannya preeklampsia dan dapat dengan segera dilakukan pencegahan pada kondisi yang lebih berat (Preeklampsia berat). Keberdayaan dan kemandirian ibu hamil dapat dilihat dari bagaimana

perilaku kepatuhan terhadap nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam perawatan kehamilannya. Nasehat yang diberikan tenaga kesehatan berupa bagaimana menjaga kesehatannya dengan diet yang ditentukan, kecukupan istirahat, keteraturan minum obat yang diberikan dan bagaimana menepati jadwal pemeriksaan ANC selanjutnya.

Dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu yang mengalami pre-eklampsia berat 42(85,7%) tidak patuh dalam melaksanakan nasehat-nasehat yang diberikan dalam ANC, dan hanya 7(14,29%) ibu yang mengalami pre-eklampsia berat yang patuh. Sebaliknya dalam kelompok kontrol hampir semua 47(95,9%) ibu yang tidak mengalami Pre-Eklampsia berat patuh melaksanakan ANC dan hanya 2(4,08) ibu yang tidak patuh.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rozikhan (2004) didapatkan simpulan bahwa pada ibu hamil yang kurang/tidak berdaya dalam menentukan sikap berisiko 1,7 kali lebih besar untuk terjadi preeklampsia berat dibandingkan dengan ibu hamil yang mampu berdaya dalam menentukan sikap terhadap kesehatannya (OR. 1,69; 95% 0,89 – 3,21).

Analisa bivariat dari hasil penelitian diperoleh nilai $p=0,001$, hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan ibu hamil primigravida dalam melaksanakan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan kejadian Pre-Eklampsia Berat.

Bab 8. Kesimpulan Dan Saran

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan antara status bekerja dengan tidak bekerja untuk kejadian pre-eklampsia berat.
2. Kehamilan diatas usia 35 tahun sangat memungkinkan terjadi pre-eklampsia berat di banding kehamilan pada usia 20-35 tahun serta kehamilan dengan usia < 20 tahun.
3. Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian pre-eklampsia berat.

4. Ada hubungan antara riwayat pre-eklampsia sebelumnya dengan kejadian kehamilan dengan pre-eklampsia berat.
5. Ada hubungan antara riwayat penyakit ginjal dan hipertensi dengan kejadian ibu hamil dengan pre-eklampsia berat.
6. Ada hubungan antara kualitas pelayanan perawatan kehamilan dengan kejadian Kehamilan dengan Pre-Eklampsia Berat.
7. Ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan ibu hamil primigravida dalam melaksanakan nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan kejadian Pre-Eklampsia Berat (Pv: 0,001)

Saran

1. Kualitas pelayanan keperawatan kehamilan (ANC) dapat mempengaruhi praktik ibu dalam perawatan kehamilan oleh karena itu tenaga kesehatan harus dapat meningkatkan ketelitian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
2. Keberdayaan dan kemandirian ibu hamil dapat dilihat dari bagaimana perilaku kepatuhan terhadap nasehat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam perawatan kehamilannya. Oleh karena itu tenaga kesehatan diharapkan dapat membangkitkan motivasi ibu hamil dengan memberikan pendidikan kesehatan yang relevan untuk pencegahan pre-eklampsia berat berupa bagaimana menjaga kesehatannya dengan diet yang ditentukan, kecukupan istirahat, keteraturan minum obat yang diberikan dan bagaimana menepati jadwal pemeriksaan ANC selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sarwono Prawirohardjo. Buku Acuan *Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta 2001
2. Hanifa Wiknjosastro, Abdul Bari Saifudin, Trijatmi Rochimhadhi; *Ilmu Kebidanan*. Ed.3, Jakarta, 1994
3. HOVATTA O & LIPASTI A: *Causes of Stillbirth; A clinice pathological study of 243 patients*, Brj Obstetri Gynaecology, 1983

4. Dudley L.; Maternal Mortality a Associated With Hypertensive Disorders of Pregnancy in Africa, Asia, Latin Amerika and Carambean. Br Obstet Gynaecol. 1992;99: 347-553.
5. Crowther C. ; Eclampsia at Harare Maternity Hospital; An Epidemiological Study. Sout Afr Med J 1985;68: 927-929
6. Erica Royston (Division of family health World health organization) Geneva, Switzerland & Sw Armstrong (Freelance Journalist London, England), 1989
7. GOI & Unicef. Laporan Nasional Tindak Lanjut Konfrensi Tingkat Tinggi Anak (Draff) 2000.
8.,Standar Pelayanan Kebidanan, Buku I, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta; September 1999
9. Gede Manuaba Ida Bagus; *Ilmu kebidanan, Penyakit kandungan, & Keluarga berencana untuk pendidikan bidan*, Editor: Setiawan, Ed. 1, Jakarta, EGC, 1998.
10. Derek Lewellyn-jones; *Dasar-dasar obstetri dan ginekologi*, Alih bahasa; Hadyanto,Ed.6, Jakarta 2001.
11. Cunningham, MacDonald, Gant; *Williams Obstetri*; Alih bahasa:Joko Suyono, Andry Hartono; Ed.18;1995
12. HWO – Depkes – FKMUI, Kerja sama, *Modul Safe Motherhood 1*, Modul pengajaran, 1998
13. Satroasmoro, S& Ismail (19975) *Dasar-dasar metodologi penelitian klinik*, Binarupa Aksara, Jakarta
14. Bobak jhonsen(2000), *Maternity of nursing*, B.J Liincth, Philadelhia
15. Doris M. Campbell, Fetal sex and pre-eclampsia in primigravidae, *British of obstetrics and gynaecology*, January; 1983: Vol: 90,pp.26-27
16. Erica Royston (Division of family world health organizationt) , *Freelance joeunalist London England*, 1989
17. Fairly FM, Sibai BM, Hipertensive dissonder in pragnance, *Medecine and fetus mother joernal*, philadelphia, 1992