BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. PREEKLAMSIA

1. Pengertian Preeklamsia

Preeklamsia adalah kelainan malafungsi endotel pembuluh darah atau vaskular yang menyebar luas sehingga terjadi vasospasme setelah usia kehamilan 20 minggu, mengakibatkan terjadinya penurunan perfusi organ dan pengaktifan endotel yang menimbulkan terjadinya hipertensi, edema nondependen, dan dijumpai proteinuria 300 mg per 24 jam atau 30mg/dl (+1 pada dipstick) dengan nilai sangat fluktuatif saat pengambilan urin sewaktu[14].

Preekmasia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan odema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Eklamsia adalah preeklamsia yang di sertai kejang dan atau koma yang timbul bukan akibat kelainan neirologi[15]. Preeklamsia adalah terjadinya peningkatan tekanan darah paling sedikit 140/90, proteinuria, dan oedema[10].

Preeklamsia merupakan keadaan patologi dari fungsi tubuh saat masa kehamilan, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, protein urin dan odema sedangkan eklamsia yaitu di sertai dengan kejang pada ibu hamil.

2. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan preeklamsia dapat dilakukan dengan cara:[16]

a. Penatalaksanaan preeklamsia ringan.
   1) Perbanyak istirahat.
   2) Diet : cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
   3) Kunjungan ulang ulang setiap 2 minggu hingga usia kehamilan 36 setelah itu setiap 1 minggu sekali.

http://repository.unimus.ac.id

b. Penatalaksanaan preeklamsia berat.

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsia berat selama perawatan, maka perawatan dibagi menjadi [17]:

1) Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diterminasi ditambah pengobatan medisinal.

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assessment NST (Non Stress Test) dan USG (Ultrasonografi). Indikasi:

a) Ibu
   (1) Usia kehamilan 37 minggu atau lebih
   (2) Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklamsi, kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan meditasi terjadi kenaikkan desakan darah atau setelah 24 jam perawatan medisinal, ada gejala-gejala atau status quo (tidak ada perbaikan.

b) Janin
   (1) Hasil fetal assessment jelek NST (Non Stress Test) dan USG (Ultrasonografi).
   (2) Adanya tanda IUGR (Intrauterine Growth Retardation)

2) Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal [18]

a) Indikasi perawatan konservatif ialah: bila kehamilan preterm ≤ 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eclamsia dengan keadaan janin baik.

b) Pengobatan medisinal: sama dengan perawatan medicinal pada pengelolaan aktif. Hanya loading dose MgSO4 tidak diberikan IV (Intravena), cukup IM (Intramuskular) saja dimana 4 gr bokong kiri dan 4 gr bokong kanan.

http://repository.unimus.ac.id

c) Pengobatan obstetri

(1) Selama perawatan konservatif: observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, kehamilan tidak diakhiri.

(2) Magnesium sulfat dihentikan bila ibu sudah menacapai tanda-tanda preeklamsia ringan, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam.

(3) Bila dalam 24 jam tidak ada perbaikan, keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medikamentosa dan harus diterminasi.

3. Tanda Gejala Preeklamsia

Tanda dan gejala preeklamsia.

a. Tanda-tanda dari preeklamsia antara lain:

1) Berat badan (BB) berlebihan, kenaikan berat badan lebih 1 kg dalam seminggu.

2) Edema, bengkak pada muka, tangan dan kaki.

3) Hipertensi, tekanan darah sistolik bernilai >140 mmHg atau tekanan darah diastolik >90 mmHg pada dua kali pengukuran yang dilakukan pada waktu berlainan.

4) Proteinuria, konsentrasi protein dalam air kencing melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam[(19)].

b. Gejala dari preeklamsia yaitu:

1) Sakit kepala yang hebat karena vasopasme atau edema otak.

2) Skotoma, gangguan penglihatan.

3) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan menjadi kabur bahkan kadang-kadang pasien buta.

4) Nyeri di daerah epigastrium, sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh perdarahan atau edema atau sakit karena perubahan pada lambung[(20)].

http://repository.unimus.ac.id

4. Pembagian Preeklamsia

Pembagian preeklamsia menjadi berat dan ringan, sebab seringkali ditemukan penderita dengan preeklamsia ringan dapat mendadak mengalami kejang dan jatuh dalam koma. Gambaran klinik preeklamsia bervariasi luas dan sangat individual. Kadang – kadang susah untuk menentukan gejala preeklamsia mana yang timbul lebih dahulu

Klasifikasi preeklamsia, dibagi menjadi 2 golongan yaitu[21]:

a. Preeklamsia ringan

Preeklamsia ringan adalah suatu sindrom spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel[22]. Gejala klinis preeklamsia ringan), yaitu:

1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2x pemeriksaan dengan jarak 1 jam, sebaiknya 6 jam.
2) Proteinuria 0,3 gr atau lebih, kwalitatif 1+ atau 2+
3) Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka atau kenaikan BB 1 kg atau lebih per minggu[18].

b. Preeklamsia berat

Preeklamsia berat adalah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik >160 mmHg atau mengalami kenaikan 30 mmHg dari tekanan darah normal dan tekanan darah diastolik >110 mmHg atau mengalami kenaikan 15 mmHg dari tekanan darah normal disertai proteinuria lebih 5g/24 jam[23].

Gejala klinis preeklamsia , yaitu:

1) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau tekanan darah diastolik > 110 mmHg
2) Proteinuria: proteinuria > 5 gram/24 jam atau dipstic >+ 3-4 pada dua kali pengukuran selang 4 jam

http://repository.unimus.ac.id

3) Oliguria, diuresis <400 ml dalam 24 jam
4) Sakit kepala hebat dengan gangguan penglihatan
5) Nyeri epigastrium atau kuadaran kanan atas abdomen atau ada ikterus.
6) Edema paru atau sianosis.
7) Trombositopenia (<100.000 sel/mm).
8) Pertumbuhan janin terhambat[24].

5. Perjalan Penyakit Preeklamsia

Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa kurangnya fungsi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang di tandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinurian. Pada pemeriksaan darah kehamilan normal terdapat peningkatan angiotensin, renin, dan aldosteron, sebagai kompensasi sehingga peredaran darah dan metabolisme dapat berlangsung. Pada preeklamsia dan eklamsia, terjadi penurunan angiotensin, renin, dan aldosteron, tetapi dijumpai edema, hipertensi, dan proteinuria. Berdasarkan teori iskemia implantasi plasenta, bahan trofoblas akan diserap ke dalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteriol dan tertahannya garam dan air[16]. Teori iskemia daerah implantasi plasenta, didukung kenyataan sebagai berikut:

a. Preeklamsia dan eklamsia lebih banyak terjadi pada primigravida, hamil ganda, dan mola hidatidosa.
b. Kejadiannya makin meningkat dengan makin tuanya umur kehamilan.
c. Gejala penyakitnya berkurang bila terjadi kamatian janin.

Proses iskemia plasenta yang berujung pada hipoperfusi plasenta sehingga akan merangsang pelepasan faktor-faktor radang sehingga terjadi kerusakan. Kedua, peningkatan curah jantung pada keadaan tertentu dapat menyebabkan preeklamsia. Curah jantung meningkat menyababkan aliran tekanan darahpun ikut meningkat sehingga mengakibatkan dilatasi kapiler dan kerusakan organ tersebut lebih lanjut

http://repository.unimus.ac.id

menyebabkan peningkatan tekanan darah atau hipertensi dan berpengaruh terhadap kerja ginjal (proteinuria) serta aliran balik darah vena (edema perifer dan pulmoner).

Ketiga, hiperhomosisteinemia menyebabkan stres oksidatif dan disfungsi endotel yang berlanjut pada preeklamsia. Disfungsi endotel mengakibatkan dua konsekuensi utama yaitu keseimbangan vasokonstriksi dan vasodilatasi terganggu, berupa penurunan produksi vasodilator dan peningkatan produksi vasokonstriktor mengakibatkan peningakatan vasokontriksi pembulu darah kecil yang berlanjut pada iskemia pada jaringan. Menyebabkan peningkatan agregasi trombosit, aktivasi kaskade pembekuan darah dan produksi zat-zat vasoaktif yang menyebabkan kapiler bocor kemudian terjadi edema dan proteinuria yang merukapan tanda utama preekamsia eklamsia[(25)].

6. Etiologi Preeklamsia.

Penyebab terjadinya preeklamsia meliputi: (1) primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan mola hidatidosa; (2) semakin tuanya kehamilan; (3) terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus; dan (4) timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma[(10)].

Salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklamsia disebabkan ischaemia rahim dan plasenta (ischemaemia uteroplacentae). Selama kehamilan uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada molahidatidosa, hydramnion, kehamilan ganda, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah ibu, diabetes , peredaran darah dalam dinding rahim kurang, maka keluarlah zat-zat dari plasenta atau desidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi [(10)]. Tetapi dengan teori ini tidak dapat diterangakan semua hal yang berkaitan dengan penyakit tersebut. Ternyata tidak hanya satu faktor yang menyebabkan preeklamsia dan eklamsia[(10)].

http://repository.unimus.ac.id

Penyebab preeklamsia belum diketahui sampai sekarang secara pasti, bukan hanya satu faktor melainkan beberapa faktor dan besarnya kemungkinan preeklamsia akan menimbulkan komplikasi yang dapat berakhir dengan kematian. Akan tetapi untuk mendeteksi preeklamsia sedini mungkin dengan melalui antenatal secara teratur mulai trimester I sampai dengan trimester III dalam upaya mencegah preeklamsia menjadi lebih berat[16].

Asam folat bertindak sebagai donor metil dalam reaksi remetilasi pada metabolisme homosistein, apabila terjadi kekurangan asam folat maka tidak terjadi perubahan homosistein menjadi metionin yang mengakibatkan terjadinya keadaan hiperhomosisteinemia[11]. Hiperhomosisteinemia menyebabkan stres oksidatif dan disfungsi endotel yang berlanjut pada preeklamsia. Disfungsi endotel mengakibatkan dua konsekuensi utama yaitu keseimbangan vasokonstriksi dan vasodilatasi terganggu, berupa penurunan produksi vasodilator dan peningkatan produksi vasokonstriktor mengakibatkan peningakatan vasokontriksi pembulu darah kecil yang berlanjut pada iskemia pada jaringan. Menyebabkan peningkatan agregasi trombosit, aktivasi kaskade pembekuan darah dan produksi zat-zat vasoaktif yang menyebabkan kapiler bocor kemudian terjadi edema dan proteinuria yang merukapan tanda utama preeklamsia[25]. Sejalan dengan penelitian Yusnardi 2009 yaitu penyebab preeklamsia yaitu ibu hamil dengan kadar asam folat serum :5 8 ng/ml, beresiko 2,9 kali untuk terjadinya preeklamsia berat dalam kehamilannya[11].

7. Faktor Predisposisi Preeklamsia

Wanita hamil cenderung dan mudah mengalami preeklamsia bila mempunyai faktor-faktor predisposing sebagai berikut:[10], [18]

http://repository.unimus.ac.id

a. Paritas

Paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterem[16]. Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

1) Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali.
2) Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar.
3) Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali.
4) Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup atau mati.

Dari kejadian delapan puluh persen semua kasus hipertensi pada kehamilan, 3 – 8 % pasien terutama pada primigravida, padakehamilan trimester kedua. Catatan statistik menunjukkan dari seluruh incidence dunia, dari 5%-8% preeklamsia dari semua kehamilan, terdapat 12% lebih dikarenakan oleh primigravida.

Faktor yang mempengaruhi preeklamsia eklamsia frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama pada primigravida muda[16]. Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman untuk melakukan persalinan. Tercatat bahwa pada kehamilan pertama risiko terjadi preeklamsia 3,9% , kehamilan kedua 1,7% , dan kehamilan ketiga 1,8%[10].

b. Umur

Umur adalah lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di pandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama[12]. Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan

http://repository.unimus.ac.id

maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur [18].

Umur antara 20 – 30 tahun adalah periode paling aman untuk hamil atau melahirkan, akan tetapi di negara berkembang sekitar 10% - 20% bayi dilahirkan dari ibu remaja yang sedikit lebih besar dari anak-anak. Padahal dari suatu penelitian ditemukan bahwa dua tahun setelah menstruasi yang pertama, seorang wanita masih mungkin mencapai pertumbuhan panggul antara 2 – 7 % dan tinggi badan 1% [22].

Hubungan peningkatan umur terhadap preeklamsia dan eklamsia meningkat lagi pada wanita hamil yang berusia diatas 35 tahun. Umur reproduksi sehat berada pada periode 20-35 tahun. Hipertensi karena kehamilan paling sering mengenai wanita nulipara. Wanita yang lebih tua, yang dengan bertambahnya umur akan menunjukkan peningkatan insiden hipertensi kronis, menghadapi risiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan atau *superimposed pre-eclampsia*[9].

c. Riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya

Anak wanita dan saudara wanita ibu preeklamsia memiliki kecenderungan lebih tinggi terkena preeklamsia daripada ibu yang tidak memiliki riwayat preeklamsia dalam keluarganya[26].

Riwayat preeklamsia eklamsia pada kehamilan sebelumnya ada hubungan yang signifikan antara riwayat preeklamsia ibu dengan resiko terjadinya preeklamsia[12]. Perempuan mempunyai resiko lebih besar mengalami preeklamsia pada ibu yang pernah mengalami preeklamsia pada kehamilan dahulu atau yang telah mengidap hipertensi kurang lebih 4 tahun[27].

Rozhikan (2007) seorang ibu hamil yang mempunyai riwayat preeklamsia mempunyai kecenderungan untuk mengalami preeklamsia berat[10].

http://repository.unimus.ac.id

d. Riwayat keluarga yang pernah menderita preeklamsia.

Merupakan pengkajian pada riwayat kesehatan dilakukan untuk mengidentifikasi pasangan yang berisiko memilih bayi cacat[27].

Kategori :

1) Riwayat sehat

Wanita yang tidak mempunyai riwayat penyakit yang dapat memicu terjadinya preeklamsia.

2) Riwayat Sakit

Wanita yang mempunyai riwayat penyakit tertentu sebelumnya, memiliki risiko terjadinya preeklamsia. Penyakit tersebut meliputi hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal atau penyakit degeneratif seperti reumatik arthritis atau lupus.

e. Penyakit ginjal

Ibu hamil yang sebelumnya mengalami gangguan ginjal lebih besar terkena preeklamsia karena preeklamsia itu sendiri suatu keadaan hiperdinamik dimana temuan khas hipertensi dan proteinuri merupakan akibat hiperfungsi ginjal. Untuk mengendalikan sejumlah besar darah yang berfungsi di ginjal, timbul reaksi vasospasme ginjal sebagai suatu mekanisme protektif, tetapi hal ini akhirnya akan mengakibatkan ptoteinuri dan hipertensi yang khas untuk preeklamsia [27].

f. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda pada preeklamsia dan eklamsia 3 kali lebih sering terjadi pada kehamilan ganda dari 105 kasus kembar dua didapat 28,6% preeklamsia dan satu kematian ibu karena eklamsia. Dari hasil pada kehamilan tunggal, dan sebagai faktor penyebabnya ialah dislensia uterus. Dari penelitian rozikhan menyebutkan bahwa 8 (4%) kasus preeklampsia berat mempunyai jumlah janin lebih dari satu, sedangkan pada kelompok kontrol, 2 (1,2%) kasus mempunyai jumlah janin lebih dari satu[10].

http://repository.unimus.ac.id

g. Kenaikkan berat badan

Kenaikkan berat badan berlebih adalah faktor predisposisi penting lainnya, hipertensi dapat meningkat sampai sepuluh kali lipat pada wanita obesitas dibandingkan dengan wanita tidak obesitas karena menjadi sumber munculnya penyakit degeneratif lainnya sehingga mengakibat tergangunya fungsi- fungsi organ dalam tubuh dan dapat menimbulkan peyakit pembulu darah[(27).]

Berdasarkan pada penelitian coroline tahun 2016 sebagian besar responden obesitas mengalamai preklamsia sebanyak 66,7 % dari 21 responden kelompok kontrol[(28)].

Berat badan ibu hamil akan naik kira-kira 6,5-16,5 Kg, dan kira-kira 12,5 Kg selama hamil. Kenaikan berat badan terjadi terutama dalam kehamilan 20 minggu terakhir [(18)]. Ibu hamil disarankan untuk mengatur berat badan agar tetap berada pada kondisi ideal dan tetap menjaga pola makan dengan gizi cukup dan seimbang. Peningkatan berat badan di trimester pertama memang relatif sedikit, tidak naik atau bahkan berkurang karena muntah-muntah. Peningkatan berat badan yang cukup pesat terjadi ditrimester 2 dan 3, pada periode inilah perlu dilakukan pemantauan ekstra terhadap berat badan. Berikut daftar kenaikan berat badan ibu hamil yang ideal sesuai dengan usia kehamilan.

http://repository.unimus.ac.id

Tabel 2.1

Pertambahan berat badan Ibu hamil, pertambahan berat badan janin dan panjang janin sesuai dengan umur kehamilan

Jumlah minggu kehamilan	Rata-rata Berat badan janin	Rata-rata tinggi (cm)badan janin	Rata – rata kg pertambahan BB ibu
8 – 9 minggu	1 gr	4 cm	0,5 kg
9 – 10 minggu	4 gr	4 cm	0,7 kg
10-11 minggu	10 gr	6,5 cm	0,9 kg
11 – 12 minggu	15 gr	6,5 cm	1,1 kg
12 – 13 minggu	20 gr	9 cm	1,4 kg
13 – 14 minggu	50 gr	9 cm	1,7 kg
14 – 15 minggu	85 gr	12,5 cm	2,0 kg
15 – 16 minggu	100 gr	12,5 cm	2,3 kg
16 – 17 minggu	110 gr	16 cm	2,7 kg
17 – 18 minggu	180 gr	16 cm	3,0 kg
18 – 19 minggu	210 gr	20, 5 cm	3,4 kg
19 – 20 minggu	300 gr	20,5 cm	3,8 kg
20 – 21 minggu	325 gr	25 cm	4,3 kg
21 – 22 minggu	400 gr	25 cm	4,7 kg
22 – 23 minggu	485 gr	27,5 cm	5,1 kg
23 – 24 minggu	550 gr	27,5 cm	5,5 kg
24 – 25 minggu	685 gr	30 cm	5,9 kg
25 – 26 minggu	750 gr	30 cm	6,4 kg
26 – 27 minggu	890 gr	32,5 cm	6,8 kg
27 – 28 minggu	1000 gr	32,5 cm	7,2 kg
28 – 29 minggu	1150 gr	35 cm	7,4 kg
29 – 30 minggu	1300 gr	35 cm	7,7 kg
30 – 31 minggu	1460 gr	37,5 cm	8,1 kg
31 – 32 minggu	1610 gr	37,5 cm	8,4 kg
32 – 33 minggu	1810 gr	40 cm	8.8 kg
33 – 34 minggu	2000 gr	40 cm	9,1 kg
34 – 35 minggu	2250 gr	42,5 cm	9,5 kg
35 – 36 minggu	2500 gr	42,5 cm	10,0 kg
36 – 37 minggu	2690 gr	45 cm	10,4 kg
37 – 38 minggu	2900 gr	45 cm	10,5 kg
38 – 39 minggu	3050 gr	47,5 cm	11,0 kg
39 – 40 minggu	3200 gr	47,5 cm	11,3 kg
40 – 41 minggu	3300 gr	50 cm	
41 – 42 minggu	3400 gr	50 cm	
42 – 43 minggu	3450 gr	52,5 cm	
43- 44 minggu	3450 gr	52,5 cm	

h. Pola Makan

Pola makan atau nutrisi yang tidak secara langsung dapat menyebabkan preeklamsia eklamsia yaitu Vitamin E dan Vitamin CPada preeklamsia telah banyak dibuktikan melalui berbagai penelitian bahwa kadar antioksidan lebih rendah dibandingkan dengan

http://repository.unimus.ac.id

kehamilan normal. Vitamin E dan C pada penderita preeklamsia didapatkan lebih rendah dibandingkan dengan hamil normal[29]. Selain itu konsumsi karbohidrat berlebihan dapat menyebabkan kegemukan selain itu dapat menyebabkan kolesterol tinggi dalam darah dan 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, sehinggadapat menyumbangkan terjadinya preeklamsia [10].

B. PENCEGAHAN PRIMER, SEKUNDER DAN TERSIER

Pencegahan adalah upaya untuk mencegah terjadinya preeklamsia pada perempuan hamil yang mempunyai risiko terjadinya preeklamsia[23][30].

Kepatuhan ibu hamil dalam pencegahan preeklampsia meliputi :

1. Pencegahan Primordial

   Pencegahan primordial yaitu upaya pencegahan munculnya faktor predisposisi pada ibu dan wanita usia produktif terhadap faktor risiko terjadinya keracunan kehamilan. Pencegahan ini dapat dilakukan dengan menjaga berat badan ibu hamil agar tetap ideal, mengatur pola makan sehat dan menghindari stress serta istirahat yang cukup.

2. Pencegahan Primer

   Pencegahan primer merupakan upaya awal sebelum seseorang menderita penyakit atau upaya untuk mempertahankan orang sehat agar tetap sehat dilakukan :

   a. Istirahat, diet rendah garam, lemak serta karbohidrat dan tinggi protein, juga menjaga kenaikan berat badan.
   b. Waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklamsia dan eklamsia bila ada faktor prediposisi.
   c. Pemeriksaan *antenatal care* secara teratur yaitu minimal 4 kali kunjungan yaitu masing-masing 1 kali pada trimester I dan II , serta 2 kali pada trimester III.

http://repository.unimus.ac.id

d. Menyaring semua kehamilan primigravida, terutama ibu hamil dengan usia ≤ 20 tahun, ibu kawin langsung hamil dan semua ibu hamil dengan risiko tinggi terhadap preeklamsia dan eklamsia [16].

3. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya mencegah orang yang telah sakit agar tidak menjadi parah, dengan menghambat progresifitas penyakit dan menghindarkan komplikasi. Dilakukan dengan cara mendeteksi penyakit secara dini serta mengadakan pengobatan yang cepat dan tepat. Upaya pencegahan ini dilakukan dengan :

a. Pemeriksaan antenatal yang teratur, bermutu dan teliti mangenali tanda-tanda sedini mungkin, lalu diberikan pengobatan yang sesuai agar penyakit tidak menjadi berat.
b. Terapi preeklamsia ringan di rumah yaitu istirahat ditempat tidur, berbaring pada sisi kiri dan bergantian ke sisi kanan bila perlu, dengan istirahat biasanya edema dan hipertensi bisa berkurang.
c. Memberikan suntikan sulfamagnesium 8 gr intramuskuler untuk mencegah kejang.
d. Mengakhiri kehamilan sedapat-dapatnya 37 minggu ke atas, apabila setelah dirawat inap tanda-tanda preeklampsia berat tidak berkurang.

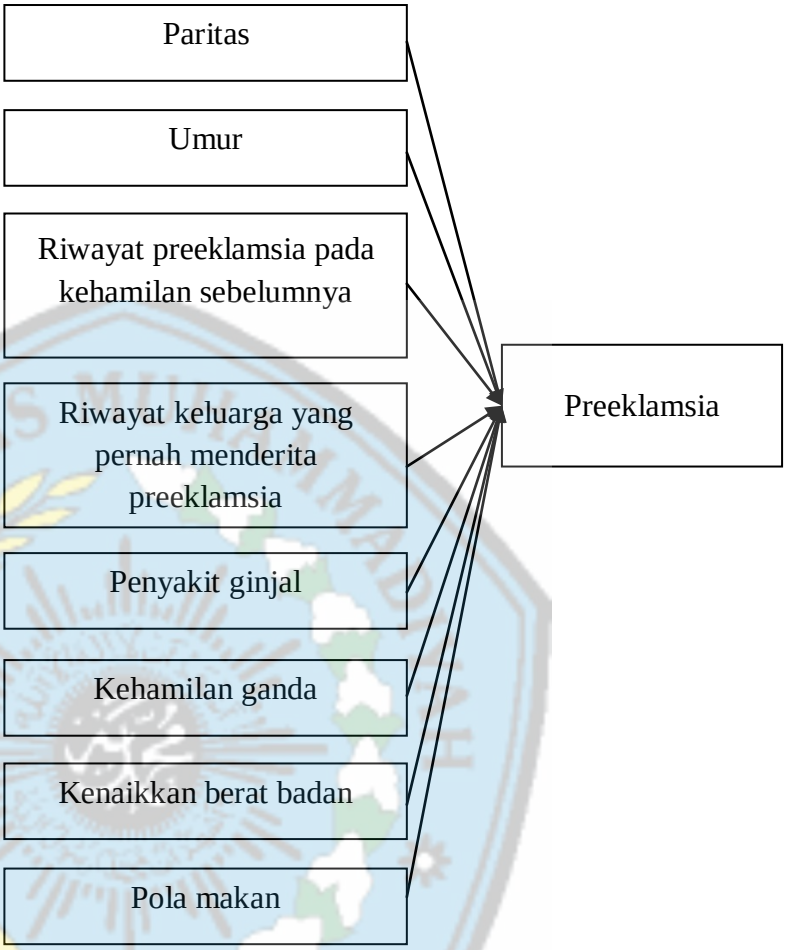
4. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau membatasi kecacatan yang terjadi serta melakukan tindakan rehabilitasi. Pencegahan dapat dilakukan dengan :

a. Pemeriksaan tekanan darah setelah melahirkan setiap 4 jam selama 48 jam.
b. Anti konvulsan diteruskan sampai 24 jam postpartum.
c. Melakukan pemantauan jumlah urine[10].

http://repository.unimus.ac.id

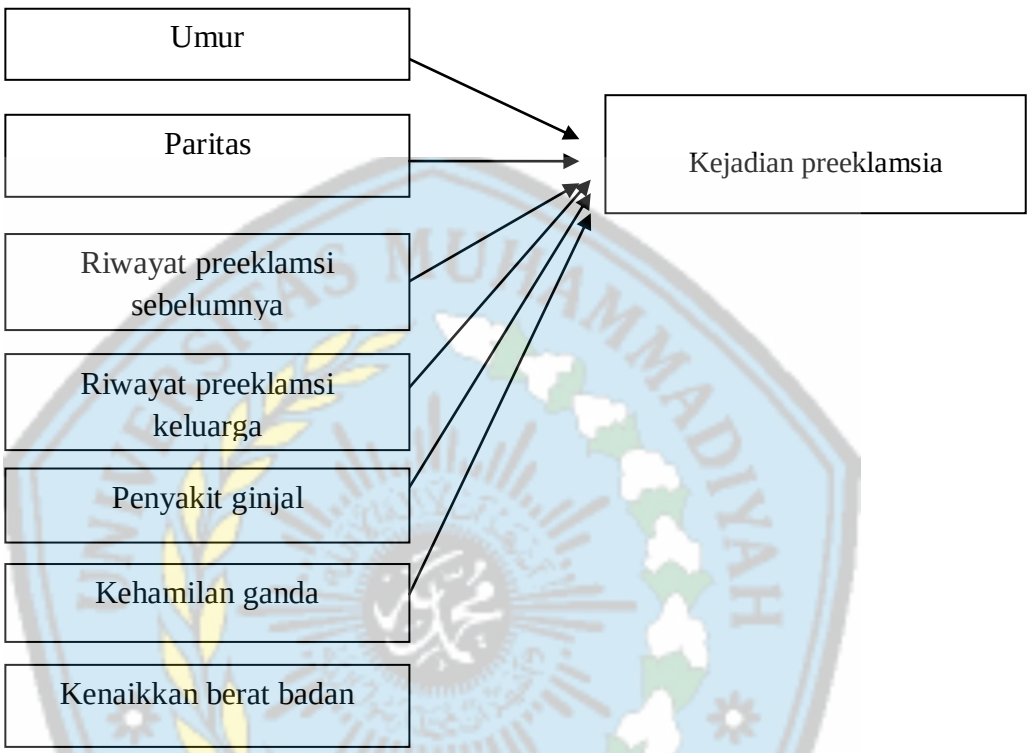
C. KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka Teori[10,26]

http://repository.unimus.ac.id

D. KERANGKA KONSEP



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

E. HIPOTESIS

1. Ada hubungan umur dengan kejadian preeklamsia.
2. Ada hubungan paritas dengan kejadian preeklamsia.
3. Ada hubungan riwayat preeklamsia sebelumnya dengan kejadian preeklamsia.
4. Ada hubungan riwayat preeklamsia keluarga dengan kejadian preeklamsia.
5. Ada hubungan kehamilan ganda dengan kejadian preeklamsia.
6. Ada hubungan penyakit ginjal dengan riwayat preeklamsia.
7. Ada hubungan kenaikkan berat badan dengan kejadian preeklamsia.

http://repository.unimus.ac.id