

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (saifuddin, 2009:89).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2009:213).

b. Perubahan Fisiologi Dan Hormonal Pada Kehamilan

Menurut Aprilia (2010:64) Selama hamil, sel-sel otot pada uterus meregang dan terjadi hypnotherapy. Dan selama trimester pertama, hypnotherapy pada uterus di stimulasi (dirangsang) pada

esterogen. Tanda –tanda kehamilan diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Piskacek yaitu pembesaran uterus dalam rahim yang tidak simetris, yang terlihat pada usia kehamilan lima minggu.
- 2) Hegar yaitu tanda melunaknya segmen bawah rahim, yang terjadi pada minggu ke-6 kehamilan.
- 3) Kontraksi bracktonhiks atau kontraksi palsu yang paling sering dialami oleh wanita hamil pada umumnya.

c. Pentingnya Asuhan antenatal

Menurut Prawirohardjo (2009:278) Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

- 1) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.
- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
- 4) Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan resiko tinggi.
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.

- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya.

d. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Menurut prawirohardjo (2009:279) dalam bukunya menjelaskan bahwa pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu.

e. Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Meiliya dan Wahyuningsih (2010:16) tanda dan gejala bahaya selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Tanda persalinan prematur yang mungkin atau ketuban pecah dini kurang bulan (PPROM)
- 2) Tanda suatu penyakit disertai potensial dehidrasi
- 3) Tanda infeksi saluran kemih
- 4) Tanda preeklampsia
- 5) Tanda tidak pasti kesejahteraan janin

2. Pre-eklampsia

a. Definisi Preeklampsia

Purwoastuti dan Walyani (2015:43) menegaskan bahwa “Pre-eklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Preeklampsia diikuti dengan timbulnya hipertensi disertai protein uri dan oedema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan”

Tidak berbeda dengan definisi Purwoastuti dan Walyani, menurut Fauziah Yulia (2012:17), mendeskripsikan bahwa preeklampsia dapat menyebabkan retardasi mental, morbiditas dan mortalitas bayi, kelahiran premature dan kematian ibu.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa pre-eklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, oedema, dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan yang mana dapat mengakibatkan retardasi mental, morbiditas dan mortalitas bayi, kelahiran premature dan kematian ibu.

b. Etiologi Preeklampsia

Menurut Dewi Tungga (2015:82) Etiologi pre-eklampsia sampai saat ini belum diketahui secara pasti, banyak teori-teori dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menerangkan penyebabnya.

Ada beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab preeklampsia, yaitu:

- 1) Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan molahidatidosa.
- 2) Bertambahnya frekuensi seiring makin tuanya kehamilan.
- 3) Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus.
- 4) Timbulnya hipertensi, oedema, proteinuria, kejang, dan koma.

c. Patofisiologi preeklampsia

Menurut Fauziah Yulia (2012:19) menjelaskan bahwa patofisiologi dari preeklampsia adalah sebagai berikut:

- 1) Genetik
- 2) Iskemik plasenta
- 3) Hipoksia pada fetus atau plasenta
- 4) Disfungsi endotel
- 5) Imunologis.

Berbeda dengan pendapat Fauziah, Sukarni dan Sudarti (2014:37) menjelaskan bahwa pada preeklampsia terdapat penurunan aliran darah. Perubahan ini menyebabkan prostaglandin plasenta menurun dan mengakibatkan iskemia uterus. Keadaan iskemia pada uterus, merangsang pelepasan bahan tropoblastik yaitu akibat hiperoksidase lemak dan pelepasan renin uterus.

d. Faktor Resiko Kejadian Preeklampsia

Menurut fauziah yulia (2012:18) beberapa faktor resiko yang akan terjadi pada ibu adalah sebagai berikut:

- 1) Resiko yang berhubungan dengan partner laki-laki berupa primigravida (resiko pada primigravida 2 kali lebih besar daripada multigravida), umur yang ekstrim, terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, partner laki-laki yang pernah menikahi wanita yang kemudian hamil dan mengalami preeklampsia, inseminasi donor dan donor oocyte. Pendapat yang sama yang diungkapkan oleh Irmawita (2016:124) bahwa faktor resiko kejadian preeklampsia adalah Ibu hamil yang memiliki janin kembar lebih rentan mengalami preeklampsia, Ibu yang hamil di usia muda atau kurang dari 20 tahun lebih rentan mengalami preeklampsia daripada ibu yang hamil di usia lebih dari 35 tahun.
- 2) Resiko yang berhubungan dengan riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga berupa riwayat pernah preeklampsia, hipertensi kronis, penyakit ginjal, obesitas, diabetes gestasional. Pendapat yang sama dijelaskan oleh Irmawita (2016:124) Apabila seorang ibu hamil memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami preeklampsia maka ia dianggap rentan mengalami gangguan yang sama, Ibu hamil yang memiliki berat badan berlebih sangat rentan mengalami preeklampsia, Ibu hamil yang memiliki diabetes sangat rentan mengalami preeklampsia.

3) Resiko yang berhubungan dengan kehamilan berupa mola hidatidosa, kehamilan multipel, hidrops fetalis. Menurut Irmawita (2016:124) ibu hamil yang memiliki kadar protein tinggi di dalam darahnya sangat rentan mengalami preeklampsia.

e. Faktor predisposisi Preeklampsia

Menurut Sukarni dan Sudarti (2014:36) menjelaskan bahwa faktor predisposisi preeklampsia adalah sebagai berikut:

- 1) Molahidatidosa
- 2) Diabetes Militus
- 3) Kehamilan ganda
- 4) Hidrops fetalis
- 5) Obesitas
- 6) Umur yang lebih dari 35 tahun.

f. Klasifikasi Pre-eklampsia

Menurut (Dewi, 2016:81) Preeklampsia dibagi dalam 2 golongan yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat.

1) Preeklampsia Ringan

- a) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam.

- b) Oedema umum, kaki, jari tangan, dan muka, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih perminggu.
- c) Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1 + atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

2) Pre eklampsia Berat

- a) Tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih.
- b) Proteinuria 5 g atau lebih dalam 24 jam, 3 atau 4 + pada pemeriksaan kualitatif
- c) Oliguria, air kencing 400 ml atau kurang 24 jam
- d) Keluhan serebral, gangguan penglihatan mata atau nyeri di daerah epigastrium
- e) Oedema paru dan sianosis.
- g. Pencegahan kejadian preeklampsia

Menurut Dewi (2016:86) Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia, dan dalam hal ini harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian penerangan secukupnya dan pelaksanaan pengawasan yang baik pada wanita hamil, antara lain:

- 1) Diet makanan
- 2) Cukup istirahat
- 3) Pengawasan antenatal (Hamil)

- 4) Diet tinggi protein dan rendah lemak, karbohidrat, garam.

Sampai saat ini tidak ada cara pasti untuk mencegah preeklampsia. Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat.

h. Penanganan preeklampsia

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015:45) pada dasarnya penanganan preeklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan yang harus dilakukan antara lain:

- 1) Jika setelah penanganan diastolik tetap lebih dari 110 mmHg, beri obat anti hipertensi sampai tekanan diastolik diantara 90-100 mmHg
- 2) Pasang infus dengan jarum besar (16G atau lebih besar).
- 3) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi overload cairan
- 4) Katerisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan proteinuria.
Jika jumlah urin kurang dari 30 ml/jam, hentikan magnesium sulfat dan berikan cairan IV NaCl 0,9% atau ringer laktat 1L/jam dan pantau kemungkinan oedema paru.
- 5) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- 6) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung tiap jam.
- 7) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda oedema paru.

- 8) Hentikan pemberian cairan IV dan beri diuretic (misal: furosemid 40 mg IV sekali saja jika ada oedema paru).
- 9) Nilai pembekuan darah jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit (kemungkinan terdapat koagulopati).

i. Komplikasi Preeklampsia

Menurut (Nugroho Taufan, 2017:3&4) Komplikasi Preeklampsia diantaranya sebagai berikut:

1) Awal

- a) Kejang meningkatkan kemungkinan mortalitas maternal 10 kali lipat. Penyebab kematian maternal karena eklampsia adalah: kolaps sirkulasi (henti jantung, edema pulmo, dan syok), perdarahan serebral dan gagal ginjal.
- b) Kejang meningkatkan kemungkinan kematian fetal 40 kali lipat, biasanya disebabkan oleh hipoksia, asidosis dan asolusio plasenta.
- c) Kebutaan atau paralisis dapat terjadi karena lepasnya retina atau perdarahan intra kranial
- d) Perdarahan post partum
- e) Toksik delirium
- f) Luka karena kejang, berupa laserasi bibir atau lidah atau fraktur vertebra.
- g) Aspirasi pneumonia.

2) Komplikasi Jangka Panjang

- a) 40% sampai 50% pasien dengan preeklampsia berat atau eklampsia memiliki kemungkinan kejadian yang sama pada kehamilan berikutnya.
- b) Hipertensi permanen, terjadi pada 30% sampai 50% pasien dengan preeklampsia berat dan eklampsia.

Berbeda pendapat dengan Detiana (2010:65) bahwa komplikasi preeklampsia adalah berkurangnya aliran darah menuju plasenta yang mana pada ibu hamil dengan preeklampsia akan memengaruhi pembuluh arteri yang membawa darah menuju plasenta. Jika plasenta tidak mendapat cukup darah, maka janin akan mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga pertumbuhan janin melambat, atau lahir dengan berat badan kurang.

j. Antikonvulsan preeklampsia

Menurut Saifuddin (2009:213) Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Alternatif lain adalah diazepam dengan resiko terjadinya depresi neonatal.

Berikut adalah Cara pemberian MgSO₄ adalah sebagai berikut:

1) Dosis awal

MgSO₄ 4 gr IV sebagai larutan 20% selama 5 menit. Diikuti dengan MgSO₄ (50%) 5g IM dengan 1 ml lignokain 2% (dalam

semprit yang sama) dan pasien akan merasa agak panas sewaktu pemberian MgSO₄.

2) Dosis pemeliharaan

MgSO₄ (50%) 5g + lignokain 2% 1 ml IM setiap 4 jam, lanjutkan sampai 24 jam pasca persalinan atau kejang terakhir.

3) Sebelum pemberian MgSO₄, periksa:

Frekuensi pernafasan minimal 16/menit, refleks patella (+), dan urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir

4) Stop pemberian MgSO₄, jika:

- a) Frekuensi pernafasan <16/menit,
- b) Reflek pattela (-),
- c) Urin < 30 ml/jam.

5) Siapkan Antidotum:

Jika terjadi henti nafas: bantu dengan ventilator, dan beri kalsium glukonat 2 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi.

- a) Adapun pemberian Diazepam pada preeklampsia dan eklampsia adalah sebagai berikut:

(1) Pemberian intravena

- (a) Dosis awal: Diazepam 10 mg IV pelan-pelan selama 2 menit dan jika kejang berulang, ulangi dosis awal
- (b) Dosis pemeliharaan

Diazepam 40 mg dalam 500 ml larutan RL per infus, depresi pernafasan ibu mungkin akan terjadi jika dosis >30 mg/jam, dan jangan berikan >100 mg/24 jam.

(2) Pemberian melalui rektum

Jika pemberian IV tidak mungkin, diazepam dapat diberikan per rektal, dengan dosis awal 20 mg dalam samprit 10 ml, jika masih terjadi kejang, beri tambahan 10 mg/jam, dan dapat pula diberikan melalui kateter urin yang dimasukkan ke dalam rectum.

3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia dan eklampsia

a. Pendidikan

Menurut Maulana (2009:147) Pendidikan adalah segala upaya yang terencana untuk mempengaruhi, memberikan perlindungan, dan bantuan sehingga peserta memiliki kemampuan untuk berperilaku sesuai harapan. Pendidikan juga dapat dikatakan sebagai proses pendewasaan diri. Pendidikan yang ditamatkan merupakan salah satu ukuran kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Semakin tinggi tingkat pendidikan yang dicapai, maka semakin tinggi pula kualitas sumber daya manusia yang dimiliki, sehingga selain bisa memperoleh pekerjaan yang layak dengan gaji/upah yang sesuai, tingginya tingkat pendidikan juga dapat mencerminkan taraf intelektualitas suatu

masyarakat. Tingkat pendidikan dapat berkaitan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi kesehatan serta kemampuan dalam berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Masyarakat yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi, pada umumnya mempunyai pengetahuan dan wawasan yang lebih luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi, serta dapat ikut berperan serta aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya (Dinkes Jateng, 2016).

b. Pekerjaan

Menurut Kamus besar bahasa Indonesia arti pekerjaan kegiatan melakukan sesuatu; yang dilakukan (diperbuat). Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Berbeda pendapat dengan Wawan dan Dewi (2010) Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu serta dapat memberikan pengalaman maupun pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Lingkungan pekerjaan dapat membentuk suatu pengetahuan karena adanya saling menukar informasi antara teman-teman di lingkungan kerja.

c. Umur

Mnurut kamus besar bahasa Indonesia umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia ideal juga bisa didefinisikan dari kesehatan ibu. Tidak ada batasan pasti berapa

sebenarnya usia ideal seseorang wanita untuk melahirkan buah hatinya. Diyakini, diatas 20 tahun, dan dibawah 35 tahun adalah usia yang dirasa tepat bagi reproduksi wanita bekerja dengan maksimal. namun, bukan berarti diatas usia 35 tahun wanita tidak diperbolehkan melahirkan, hanya saja sesuai kodrat alamiah organ reproduksi wanita yang sudah mulai mengendur, banyaknya penyakit yang menghampiri wanita di usia itu, karena wanita harus hati-hati ketika memutuskan untuk melahirkan diatas 35 tahun. masalah yang mungkin terjadi jika hamil atau melahirkan pada usia diatas 35 tahun akan menghadapi berbagai masalah seperti diabetes gestasional, tekanan darah tinggi, juga masalah gangguan kandung kemihnya dibanding usia ideal seseorang wanita untuk melahirkan. Sedangkan beberapa resiko yang mungkin terjadi jika mengalami kehamilan di usia kurang dari 20 tahun adalah kecenderungan naiknya tekanan darah dan pertumbuhan janin terhambat (Dewi, 2016:10).

d. Paritas

Ibu hamil yang memiliki janin kembar lebih rentan mengalami preeklampsia (Irmawati, 2016:14). Secara medis, penyebab klasik kematian ibu akibat melahirkan adalah perdarahan, infeksi, dan eklampsia (Keracunan kehamilan) (Purwoastuti dan Walyani, 2015:12).

e. Penyakit Menahun

Menurut kamus besar bahasa Indonesia arti menahun adalah untuk waktu yang lama (bertahun-tahun. Penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes melitus, cedera dan penyakit paru obstruktif kronik serta penyakit kronik lainnya merupakan 63 persen penyebab kematian di seluruh dunia dengan membunuh 36 juta jiwa per tahun (WHO, 2010). Dalam rangka pengendalian PTM dilakukan surveilans epidemiologi PTM. Ruang lingkup surveilans epidemiologi PTM mencakup pengamatan penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit kanker, penyakit Diabetes Melitus dan penyakit metabolisme lainnya, penyakit kronis, serta pengendalian gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan. Penyakit Hipertensi masih menempati proporsi terbesar dari seluruh PTM yang dilaporkan, yaitu sebesar 60,00 persen, sedangkan urutan kedua terbanyak adalah Diabetes Mellitus sebesar 16,42 persen.

f. Riwayat Komplikasi

Kehamilan dapat memungkinkan seorang ibu mengalami komplikasi selama masa kehamilannya. Yang dimaksud dengan komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi dalam kandungan. Komplikasi kehamilan yang sering dialami oleh ibu hamil antara lain pre eklamsia dan eklamsia, penyakit kronis, dan jenis komplikasi yang lain. Disamping itu, ibu hamil memiliki

kondisi yang dapat berisiko memperberat kehamilannya, misalnya usia ibu terlalu tua (>35 tahun), usia ibu terlalu muda (< 20 tahun), Kurang Energi Kronis (KEK), anemia, dan lain-lain. (Dinkes Kota Semarang, 2016). Adapun klasifikasi komplikasi kehamilan menurut trimester sebagai berikut:

1) Trimester pertama

Perdarahan kehamilan muda mengakibatkan kehamilan berhenti atau keguguran, seperti terjadi abortus, blighted ovum, kehamilan ektopik dan mola hidatidosa, serta hiperemesis gravidarum.

2) Trimester kedua

Diabetes militus kehamilan, hipertensi kehamilan, hipertensi tanpa disertai protein urine, tekanan darah akan kembali normal setelah 3 bulan melahirkan.

3) Trimester ketiga

Perdarahan usia kehamilan lanjut terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu, seperti solusio plasenta, dan plasenta previa, (Prawirohardjo, 2011).

g. Asuhan Antenatal

Perawatan kehamilan merupakan salah satu faktor yang amat perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kematian ketika persalinan, disamping itu juga untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan janin. Memahami perilaku perawatan kehamilan (*antenatal care*) adalah penting untuk mengetahui dampak

kesehatan bayi dan si ibu sendiri (Purwoastuti dan Walyani, 2015:10). Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10T) terdiri dari:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Chepalo Pelvic Disproportion*).

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $>140/90$ mmHg) pada kehamilan, dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria).

3) Nilai Status gizi (Ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko KEK. Kurang energi kronis dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gangguan janin.

6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.

7) Pemberian vitamin zat besi

Dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegara mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan zat besi (Prawirohardjo, 2009:91).

8) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan tersebut diantaranya adalah pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan

darah malaria, pemeriksaan tes sifilis, pemeriksaan HIV, dan pemeriksaan BTA.

9) Tatalaksana/penanganan kasus

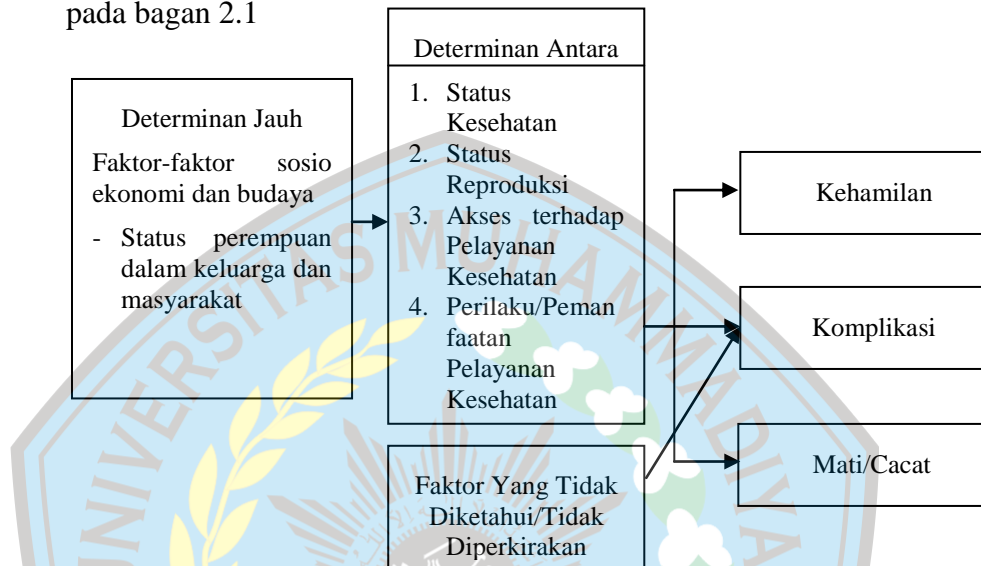
Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara (Konseling)

Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan, pencegahan, komplikasi (P4K) Serta Kb pasca persalinan (Sulistiyawati, 2011:121). Memberikan konseling tentang gizi, mobilisasi, perubahan fisiologi, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit, jadwal ulang konseling, tanda bahaya, merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman (Prawirohardjo, 2009:95).

4. Analisis Determinan Kematian Ibu

Pada tahun 1992 Mc Carthy dan Maine mengembangkan suatu kerangka konseptual kematian ibu yang secara garis besar dilukiskan pada bagan 2.1



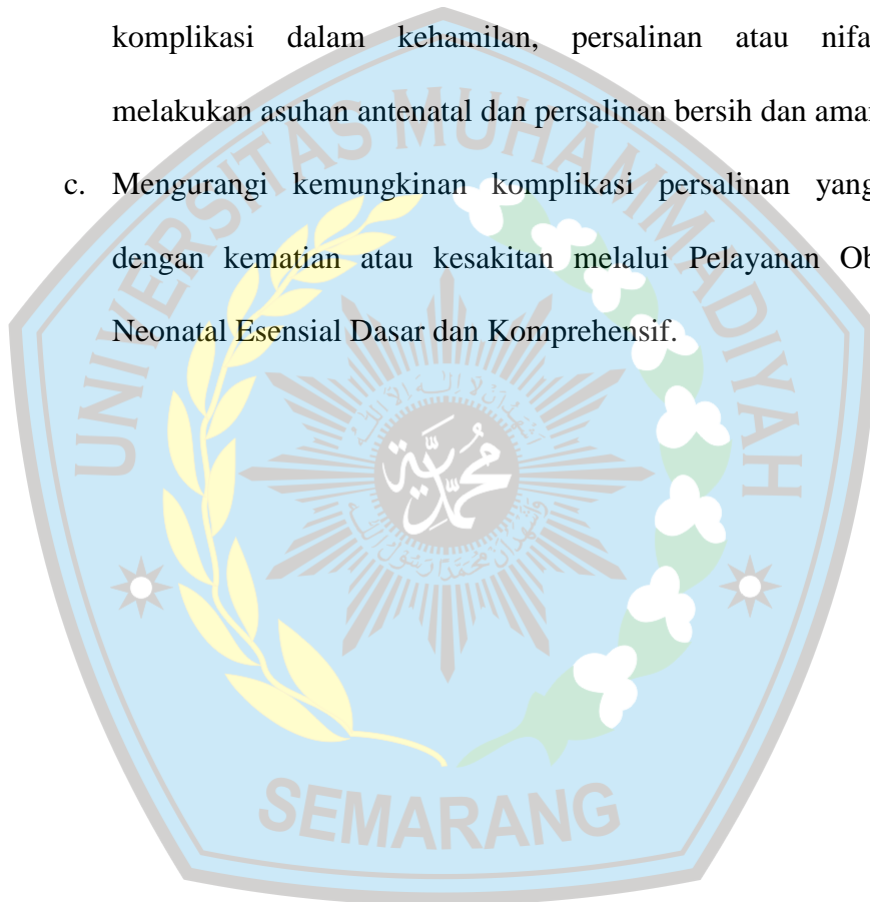
Bagan 2.1 Kerangka analisis determinan kematian dan kesakitan ibu

Bagan 2.1 menguraikan kerangka ini secara sederhana untuk menganalisis determinan kematian kesakitan ibu. Terdapat komponen dalam proses kematian ibu. Yang paling dekat dengan kematian dan kesakitan adalah kehamilan, persalinan, ataupun komplikasinya. Seorang perempuan harus hamil atau bersalin dahulu sebelum dapat digolongkan sebagai kematian ibu.

Komponen kehamilan, komplikasi, atau kematian ini secara lengkap dipengaruhi oleh 5 determinan antara, yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, dan faktor lain yang tidak diketahui. Determinan antara lain dipengaruhi oleh determinan jauh yang digolongkan sebagai komponen sosial/ekonomi dan

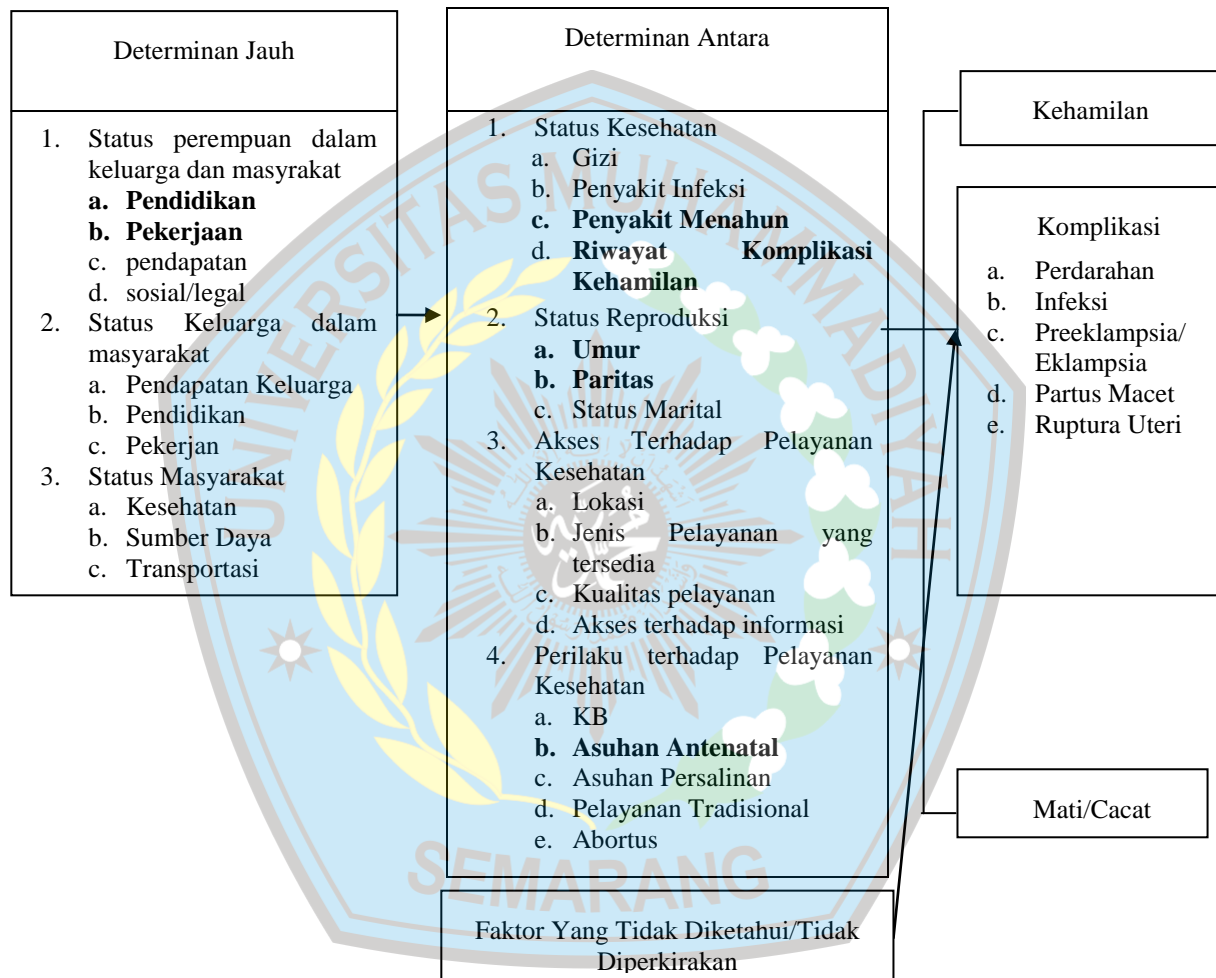
budaya. tiap-tiap komponen dirinci lebih lanjut. berdasarkan kerangka konseptual ini, intervensi dapat dilakukan dengan:

- a. Mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga Berencana,
- b. Mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan bersih dan aman
- c. Mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar dan Komprehensif.



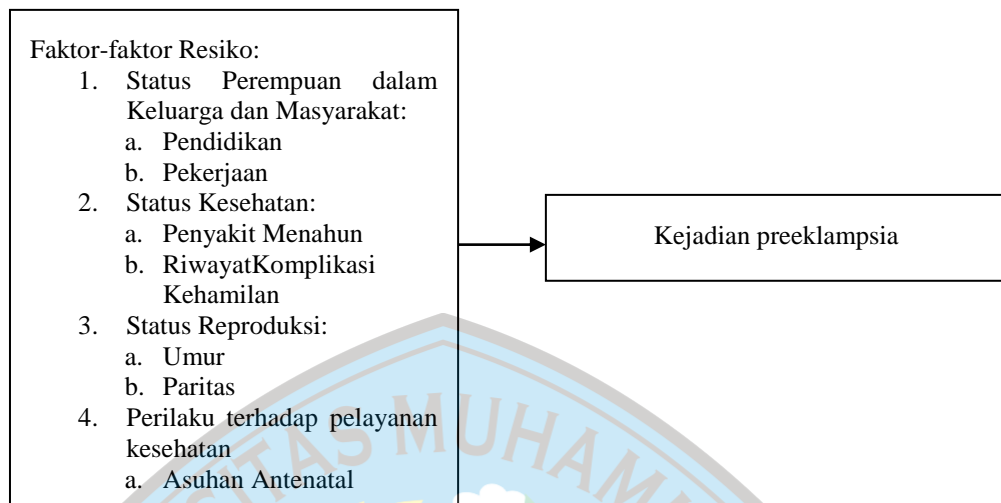
B. Kerangka Teori

Bila digambarkan maka alur pikir Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang adalah sebagai berikut :



Bagan 2.2 Kerangka Teori berdasarkan Sumber: Mc Carthy dan Maine (1992)

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.3 Kerangka konsep kejadian Preeklampsia

D. Hipotesis

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang (Apabila $p\ value < a\ 0,05$, sehingga H_0 ditolak yang berarti bahwa ada hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil).
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Semarang (Apabila $p\ value > a\ 0,05$, sehingga H_1 diterima yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian Preeklampsia pada ibu hamil).