

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia (toksemia gravidarum) adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema (penimbunan cairan) dan proteinuria (protein dalam air kemih) yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. Peningkatan tekanan darah pada *preeklampsia* ini paling sedikit 140/90 mmHg (K icesmi S dan Margareth ZH, 2015).

Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh kehamilan itu sendiri disertai dengan timbulnya gejala setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. *Preeklampsia* sering muncul setelah kehamilan 20 minggu, hal ini mungkin disebabkan kerja plasenta yang semakin aktif untuk pengambilan nutrisi bagi janin sehingga menyebabkan kenaikan tekanan darah sebagai tanda meningkatnya metabolisme organ tubuh ibu. Untuk itu, pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) yang teratur dan secara rutin mencari tanda-tanda *preeklampsia* sangat penting dalam usaha pencegahan *preeklampsia* dan *eklampsia*, karena semakin tua umur kehamilan, resiko untuk mengalami *preeklampsia* akan semakin tinggi. Gejala dari *preeklampsia* ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu apabila terjadi penyakit trofoblastik. Sementara itu *eklampsia* merupakan kelainan akut yang terjadi pada wanita hamil, dalam persalinan, atau nifas. Tanda yang timbul apabila seorang

wanita mengalami eklampsia adalah adanya kejang atau koma. Sebelum mengalami *eklampsia*, biasanya wanita tersebut menunjukkan gejala-gejala *preeklampsia* terlebih dahulu disertai dengan kegelisahan dan *hiperrefleksia* yang mendahului serangan kejang (Amellia SWN, 2019)

Diagnosis *preeklampsia* ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. *Preeklampsia* selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuria yang baru terjadi pada kehamilan, namun pada beberapa wanita lain menunjukkan adanya *hipertensi* disertai gangguan *multisistem* lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari *preeklampsia* meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuria. Saat ini edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik *preeklampsia* dikarenakan tidak sedikit juga edema ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

Penyebab *preeklampsia* belum diketahui secara pasti. Meskipun demikian, ada teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab *preeklampsia* yaitu: bertambahnya frekuensi pada *primigraviditas*, kehamilan ganda, *hidramnion*, dan *mola hidatidosa*, bertambahnya frekuensi yang makin tuanya kehamilan, dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus, timbulnya hipertensi, *edema*, *proteinuria*, kejang dan koma (K icesmi S dan margareth ZH, 2015).

Kehamilan yang menyebabkan *hipertensi* atau *hipertensi* yang timbul sebagai akibat kehamilan dan akan menghilang pada masa nifas seperti: *hipertensi* tanpa *proteinuria* atau *edema*, *preeklampsia* dengan atau tanpa *proteinuria* dan *edema* yaitu *preeklampsia* ringan dan *preeklampsia* berat,

eklampsia, hipertensi sementara (transient hypertension) (Rukiyah AY et al, 2019).

B. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut Depkes RI, 2013 preeklampsia digolongkan ke dalam *preeklampsia* ringan dan *preeklampsia* berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

1. *Preeklampsia* ringan

Preeklampsia ringan merupakan kondisi tekanan darah sistole ≥ 140 (< 160 mmHg) diastole ≥ 90 mmHg (≤ 110 mmHg) pada usia kehamilan > 20 minggu. Tes celup urin menunjukkan proteinuria +1 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg/24 jam.

2. *Preeklampsia* berat

Kenaikan tekanan darah sistole > 160 mmHg dan diastole > 110 mmHg pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

a. Hasil Tes celup urin menunjukkan *proteinuria* $\geq 2+$ atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 5 g/24 jam.

b. Atau disertai keterlibatan organ lain:

- 1) *Trombositopenia* (< 100.000 sel/uL)
- 2) Sakit kepala, *skotoma* penglihatan
- 3) Pertumbuhan janin terhambat, *oligohidroamnion*
- 4) *Edema* paru dan gagal jantung *kongestif*
- 5) *Oliguria* (< 500 ml/24 jam), kreatinin $> 1,2$ mg/dl

C. Faktor Risiko Penyebab Preeklampsia

1. Faktor reproduksi

a. Usia Ibu

Harlock dalam Fatmawati (2017), Usia adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Usia merupakan bagian dari status reproduksi yang penting dan berkaitan dengan peningkatan atau penurunan fungsi tubuh sehingga mempengaruhi status kesehatan. Menurut Kemenkes RI rentang umur 20-35 tahun adalah usia terbaik untuk hamil dan memiliki risiko paling rendah. Data Kemenkes RI (2015) menunjukkan bahwa sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dengan usia dibawah 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan pada usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Data diperkuat dengan adanya usia perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin. Usia yang baik untuk hamil atau melahirkan berkisar antara 20-35 tahun karena pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal (Fatmawati, 2017).

Umur 20-35 tahun adalah umur *reproduktif* seorang wanita yang merupakan periode yang paling aman untuk hamil dan melahirkan karena risiko komplikasi pada usia tersebut tergolong masih rendah. Wanita dengan usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun sebagai usia risiko tinggi untuk mengalami komplikasi dalam kehamilan. Wanita hamil pada usia terlalu muda yaitu pada usia kurang dari 20 tahun mempunyai

risiko tinggi karena secara fisik kondisi rahim dan panggul belum berkembang optimal sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada kehamilan, persalinan, nifas serta bayinya (BKKBN, 2016).

Kehamilan pada usia <20 tahun memiliki risiko 4 kali lipat mengalami luka serius dan meninggal akibat melahirkan selain itu usia ibu yang kurang dari 20 tahun mengakibatkan organ reproduksi belum siap untuk mengandung, sehingga jika terjadi kehamilan akan berisiko mengalami tekanan darah tinggi (karena tubuhnya tidak kuat). Kondisi ini biasanya tidak terdeteksi pada tahap awal namun nantinya akan menyebabkan kejang-kejang, perdarahan bahkan kematian pada ibu atau bayinya (Rohan HH dan H Sandu S, 2015).

Penelitian Nurlaily A *et al* (2018), menunjukkan bahwa ibu dengan usia berisiko (<20 tahun dan >35 tahun) mempunyai peluang 6,381 kali untuk mengalami *preeklampsia* dibandingkan dengan usia ibu tidak berisiko (20 tahun - 35 tahun). Hamil pada usia kurang dari 20 tahun menyebabkan ukuran uterus belum mencapai ukuran normal untuk kehamilan dan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal serta belum tercapainya emosi dan kejiwaan yang cukup matang dan akhirnya akan mempengaruhi janin yang dikandungnya hal ini akan meningkatkan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti *preeklampsia* sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun terjadi perubahan jaringan–jaringan kandungan serta ketidaklenturan jalan lahir hal ini menyebabkan ibu rentan terhadap hipertensi dan *preeklampsia* (Situmorang TH *et al*, 2016). Jika usia ibu diatas 35 tahun maka

kehamilannya dianggap rawan, sebab tingkat *morbiditas* dan *mortalitas* nya memang meningkat karena fungsi organ reproduksi diatas 35 tahun sudah mulai menurun, sehingga bisa mengakibatkan perdarahan pada proses persalinan dan *preeklampsia* (Puspitasari AA, 2009). Rohan HH dan H Sandu S (2015), menambahkan bahwa kehamilan remaja di bawah usia 20 tahun mempunyai risiko: tekanan darah tinggi (*preeklampsia*), kelahiran *prematuur*, *BBLR*, *anemia* kehamilan, keguguran dan perdarahan. Penelitian Arwan B dan Roza Sriyanti 2020, Asmana SK, *et al* 2016, Laila EF, 2019 dan Sagita W, 2020 menyatakan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian *preeklampsia*.

b. Paritas

Lalita Elisabeth MF (2018), paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun mati. Semakin muda kehamilan seseorang pada primigravida atau semakin banyak seseorang melahirkan (*grandemultigravida*) akan semakin besar peluang ibu hamil tersebut mengalami hipertensi. Hal ini diakibatkan karena wanita hamil pertama dan berusia muda lebih cenderung rentan terhadap timbulnya *preeklampsia* yang diakibatkan oleh belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sedangkan pada wanita yang telah berulang kali mengalami persalinan lebih diakibatkan karena kondisi tubuh dan kesehatannya yang menjadi lemah sehingga kemungkinan untuk terkena *preeklampsia* lebih besar (Fahrudin EP, 2018).

Penggolongan paritas bagi ibu yang masih hamil atau pernah hamil berdasarkan jumlahnya menurut perdinakes-WHO-JPHIEGO dalam Masita ED, 2016 yaitu:

- a. *Primigravida* adalah wanita hamil untuk pertama kalinya
- b. *Multigravida* seorang wanita yang pernah hamil lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2002).
- c. *Grandemultigravida* ibu yang memiliki paritas tinggi, telah melahirkan lebih dari atau sama dengan empat kali (james, 2001).

Faktor *paritas* mempunyai pengaruh terhadap persalinan dikarenakan ibu hamil memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan selama masa kehamilan (Harli FM, 2018). Pada *the new england journal of medicine* tercatat bahwa pada kehamilan pertama risiko terjadi *preeklampsia* 3,9%, kehamilan kedua 1,7%, dan kehamilan ketiga 1,8% (Astuti SF, 2015).

Paritas 2 sampai *3* merupakan *paritas* yang paling aman ditinjau dari sudut kematian *maternal*. *Paritas 1* dan *paritas* tinggi >3 mempunyai angka kematian *maternal* lebih tinggi, semakin tinggi *paritas* maka semakin tinggi kematian *maternal* (Prawirohardjo dalam Sukaesih, 2012). Hal tersebut dikarenakan pada setiap kehamilan terjadi peregangan rahim, jika kehamilan berlangsung terus menerus maka rahim akan semakin melemah sehingga dikhawatirkan akan terjadi gangguan pada saat kehamilan, persalinan dan nifas (Sukaesih, 2012). Muzalfah R *et al* (2018), *Primigravida* sering mengalami *stress* dalam menghadapi persalinan, *stress* emosi yang terjadi menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) oleh

hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Naiknya hormon *kortisol* akan melumpuhkan sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh ibu hamil menjadi rentan terhadap berbagai penyakit dan gangguan seperti hipertensi dan sebagainya, selain itu hormon kortisol akan sampai ke plasenta dan akhirnya sampai ke janin melalui pembuluh darah yang akibatnya janinpun akan mengalami impas dari *stress* yang dialami seorang ibu hamil. Ibu hamil yang dicekam rasa takut dan kecemasan selama kehamilannya jika tidak melahirkan bayi yang terganggu tumbuh kembang fisiknya besar kemungkinan akan melahirkan bayi yang terganggu kondisi psikisnya seperti penuh ketakutan dan kecemasan (Rohan HH dan H Sandu S, 2015).

Penelitian Lalita EMF, 2019 menyatakan terdapat hubungan yang bermkana antara paritas ibu dengan kejadian *preeklampsia*. Penelitian Darmadi MNF (2018), menunjukkan bahwa ibu dengan kehamilan pertama (*primigravida*) dan lebih dari 3 kali mengandung (*grandemultgravida*) berisiko 45 kali lebih besar mengalami *preeklampsia* dibandingkan dengan ibu hamil *multigravida*.

c. Usia Kehamilan

Proses kehamilan merupakan proses dimana bertemunya sel telur dengan sel sperma hingga terjadi pembuahan. Proses kehamilan (*gestasi*) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan sel telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Rohan HH dan H Sandu S, 2015).

Proses kehamilan dibagi menjadi tiga fase sesuai dengan pertumbuhan fisik bayi dan masing-masing fase tersebut disebut trimester: Trimester pertama (minggu 0-12), Trimester kedua (minggu 12-24) dan Trimester ketiga (minggu 24-40). Usia kehamilan merupakan salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya *preeklampsia* hal ini sesuai dengan teori *iskemia implantasi plasenta* yaitu bahwa kejadian *preeklampsia* semakin meningkat pada usia kehamilan tua (Manuaba, 2007). Perubahan *plasenta* normal sebagai akibat tuanya kehamilan seperti menipisnya *sinsitium*, menembalnya dinding pembuluh darah dipercepat prosesnya pada *preeklampsia* dan *hipertensi*, sehingga *preeklampsia* sering terjadi pada kehamilan *aterm*. Namun demikian, bukan berarti *preeklampsia* tidak terjadi pada kehamilan *preterm* (Wiknjosastro dalam Utama SY, 2008).

Preeklampsia sering muncul pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu hal tersebut disebabkan oleh kerja *plasenta* yang semakin aktif bekerja mengalirkan nutrisi bagi janin sehingga menyebabkan kenaikan tekanan darah sebagai reaksi peningkatan *metabolisme* organ tubuh ibu. Melakukan pemeriksaan *antenatal care* secara teratur sebagai deteksi dini untuk mencegah adanya tanda-tanda *preeklampsia* dikarenakan semakin tua umur kehamilan risiko untuk mengalami *preeklampsia* akan semakin tinggi (Lestariningsih, 2018).

Penelitian Sagita W (2020), Muzalfah R, *et al* (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian *preeklampsia*. Ibu dengan usia kehamilan *aterm* (≥ 37 minggu) berisiko

6,850 kali lebih besar mengalami *preeklampsia* dibandingkan dengan ibu dengan usia kehamilan *preterm* (<37 minggu) (Lestariningsih, 2018).

d. Jarak antar kehamilan

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya (Depkes RI dalam Kartika D, 2017). Menurut WHO (*World Health Organization*) Untuk kesehatan ibu dan bayi setidaknya diperlukan 24 bulan atau 2 tahun tetapi tidak lebih dari 5 tahun untuk mencoba hamil kembali (WHO, 2005). Pada jarak kehamilan <2 tahun alat-alat reproduksi belum kembali normal sehingga kehamilan akan berisiko mengalami gangguan sedangkan pada jarak kehamilan >5 tahun secara signifikan lebih berisiko terhadap *preeklampsia* dibandingkan wanita dengan jarak kehamilan 2-5 tahun (Kartikadewi R, 2017).

Pada jarak kehamilan <2 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik ibu masih belum siap untuk kehamilan dan persalinan sehingga dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada rahim atau organ-organ reproduksi ibu yang belum kembali pada kondisi semula dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik (Wulandari S, 2015). Kehamilan yang terjadi sebelum jarak 2 tahun juga mengakibatkan kesehatan ibu akan mengalami kemunduran secara progresif serta kemungkinan besar akan mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan sehingga jarak aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun hal tersebut agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi (Astuti SF, 2015). jarak antara dua kehamilan terlalu lama, maka risiko terjadinya *preeklampsia* juga

sangat besar. Hal tersebut dikarenakan terjadinya proses degeneratif atau melemahnya kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi.

Hasil penelitian Jafar N, *et al* (2017), Tolinggi S, *et al* (2018), Tapowolo YPB, *et al* (2018) Wulandari S (2015) menunjukkan bahwa ada hubungan jarak antar kehamilan dengan kejadian *preeklampsia*. Ibu dengan jarak kehamilan <2 tahun atau >5 tahun berisiko 2,008 kali mengalami *preeklampsia* dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan 2-5 tahun (Tolinggi S *et al*, 2018). Jarak kehamilan yang terlalu dekat dan terlalu jauh dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu hamil. Hal ini dikarenakan setelah melahirkan rahim memerlukan waktu yang cukup lama untuk pemulihan sebelum terisi lagi oleh janin. Kehamilan yang berulang menyebabkan keadaan rahim tidak sehat lagi untuk kehamilan berikutnya pada jarak waktu yang berdekatan (Gustri Y, *et al* 2016)

e. Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar/ ganda adalah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih (Depkes RI, 2013). Jika pada *ovulasi* dilepaskan lebih dari satu sel telur dan kemudian diikuti pembuahan maka akan terjadi kehamilan kembar. Pada kehamilan kembar berat badan bayi lebih ringan dari pada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama dan kenaikan berat badan pada kehamilan kembar lebih kecil hal tersebut dikarenakan regangan yang berlebihan sehingga menyebabkan aliran darah ke *plasenta* berkurang. *Preeklampsia* lebih sering terjadi pada kehamilan kembar dikarenakan peregangan *uterus*

yang berlebihan. Kehamilan kembar mempunyai resiko untuk berkembangnya *preeklampsia*, kejadian *preeklampsia* pada kehamilan kembar meningkat menjadi 4-5 kali dibandingkan kehamilan tunggal (Lusiana N, 2015).

2. Status kesehatan

a. Riwayat *hipertensi*

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan. *Hipertensi* adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg *sistolik* atau 90 mmHg *diastolik*. *Hipertensi kronik* terjadi sebelum kehamilan atau dapat diketahui pada usia kehamilan sebelum 20 minggu (Depkes RI, 2013). Ibu yang mempunyai riwayat *hipertensi* sebagian besar mengalami *preeklampsia* sebesar 60,9%. Peningkatan risiko *preeklampsia* terjadi pada ibu yang memiliki riwayat *hipertensi* sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa riwayat *hipertensi* merupakan faktor risiko terjadinya *preeklampsia* (Laila EF, 2019). Ibu dengan riwayat *hipertensi* mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar mengalami *preeklampsia* dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat *hipertensi* (Sugiarti ES *et al*, 2017). Penyakit *hipertensi* yang sudah ada sebelum kehamilan akan menjadi lebih berat dengan adanya kehamilan bahkan dapat disertai *edema* dan *proteinuria* yang disebut sebagai *superimposed preeklampsia*. Meskipun terdapat peningkatan curah jantung pada ibu hamil normal, tekanan darah tidak meningkat akan tetapi sebenarnya menurun akibat *resistensi perifer* berkurang. Pada ibu dengan riwayat hipertensi, curah jantung biasanya tidak berkurang

karena curah jantung tidak berkurang sedangkan *kontriksi arteriol* tahanan *perifer* naik, maka tekanan darah akan meningkat (Putriana Y, 2019)

b. Obesitas

Obesitas sangat berkaitan erat dengan berbagai macam *komplikasi* penyakit terlebih jika dialami oleh wanita hamil yang mana akan berdampak buruk baik terhadap ibu maupun janin yang dikandung. *Obesitas* berhubungan dengan penimbunan lemak yang berisiko munculnya penyakit *degenerative*. Kenaikan berat badan yang berlebih menunjukkan adanya penimbunan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh atau disebut edema yang merupakan salah satu tanda *preeklampsia* (Fuzia A, 2018)

Obesitas merupakan faktor risiko *preeklampsia* dan risiko semakin besar dengan semakin besarnya IMT. *Obesitas* meningkatkan risiko *preeklampsia* sebanyak 2,47 kali lipat (95% CI, 1,66– 3,67), sedangkan wanita dengan IMT sebelum hamil >35 dibandingkan dengan IMT 19-27 memiliki risiko *preeklampsia* 4 kali lipat (95% CI, 3,52-5,49) (POGI, 2016). *Obesitas* merupakan salah satu faktor yang berperan dalam proses terjadinya *preeklampsia*, ibu hamil dengan *obesitas* memiliki risiko 4,799 kali lebih besar mengalami *preeklampsia* dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak *obesitas* (Aminoto LN, *et al* 2013).

3. Faktor perilaku sehat

a. Frekuensi pemeriksaan *antenatal care*

Pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*)/ ANC adalah pelayanan kesehatan kehamilan yang diterima ibu pada masa kehamilan anak

terakhir dan diberikan oleh tenaga kesehatan, meliputi dokter (dokter umum dan/atau dokter kandungan), bidan dan perawat (Balitbangkes, 2019). Oleh karena itu selama masa kehamilannya ibu hamil dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan *antenatal*. Bidan melakukan pemeriksaan klinis terhadap kondisi kehamilannya serta memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, *Edukasi*) kepada ibu hamil, suami dan keluarganya tentang kondisi ibu hamil dan masalahnya. Cakupan K1 adalah gambaran besaran ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai standar paling sedikit 4 kali (Rohan HH dan H Sandu S, 2015).

Pelayanan *antenatal care* sekurang-kurangnya dilakukan pada setiap trimester yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan) untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan salah satunya preeklampsia pada ibu hamil (kemenkes RI, 2020).

Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi dalam kehamilan sehingga perlu adanya pelayanan *antenatal care* yang dilakukan secara rutin sesuai dengan standar, terpadu dan berkualitas. Pelayanan *antenatal care*

dapat mencegah perkembangan *preeklampsia* karena salah satu tujuan dari pelayanan *antenatal care* adalah mengenali secara dini adanya penyulit-penyulit atau komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan. (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan *antenatal care* dilaksanakan sesuai standar 7T yaitu:

- a. (Timbangan) berat badan
- b. Ukuran (Tekanan) darah
- c. Ukur (Tinggi) *fundus uteri*
- d. Pemberian imunisasi (*Tetanus toxoid*)
- e. Pemberian (Tablet) zat besi, minimal 90 tablet selama kehamilan
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Tujuan *antenatal care* (ANC) adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat. Dengan pemeriksaan kehamilan dapat mengenali dan menangani faktor risiko yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas serta dapat mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin, menurunkan *morbiditas* dan *mortalitas* anak, memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari, keluarga berencana, kehamilan, persalinan nifas, *laktasi*, dan mengembalikan kesehatan ibu saat akhir kala nifas (Rohan HH dan H Sandu S, 2015). Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) <4 kali dapat meningkatkan risiko kejadian *preeklampsia* hal tersebut dikarenakan kunjungan ANC <4 kali mengakibatkan tidak terdeteksinya faktor risiko *preeklampsia* dan

apabila tidak dapat diberi penanganan secara tepat oleh tenaga kesehatan dapat menyebabkan *eklampsia* dan atau kematian ibu (Muzalfah R, 2018).

Penelitian Laila EF (2019), (Isnanda EP *et al*, 2014) menyatakan bahwa ada hubungan antara frekuensi pemeriksaan ANC dengan kejadian *preeklampsia*. Ibu dengan pemeriksaan ANC <4 kali berisiko 3,273 mengalami *preeklampsia* dibandingkan ibu dengan pemeriksaan ANC lengkap (Muzalfah R, 2018). ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC lengkap dapat meningkatkan kewaspadaan dan menjaga kondisi kesehatan kehamilan dengan cara mengatur aktivitas fisik dan memperhatikan kebutuhan energi dan zat gizi selama masa kehamilan, sehingga kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu dan janin sangat kecil (Kemenkes RI, 2010)

4. Status dalam keluarga

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan yang berlangsung seumur hidup (Astuti SF, 2015). Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs), atau bentuk lain yang sederajat.

Pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar yang terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan seperti Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA),

Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK), atau bentuk lain yang sederajat.

Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi (Kemdikbud, 2018).

Pendidikan mempengaruhi proses belajar dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan cenderung mendapatkan informasi, baik dari media massa maupun dari orang lain. Semakin banyak informasi yang diterima maka akan semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan tentang kesehatan khususnya preeklampsia sehingga pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap dan perilaku seseorang (Astuti SF, 2015)

Penelitian Nurhasanah DN, 2017 menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, SMP) berisiko 3,370 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu pendidikan tinggi (SMA, PT). Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Astuti SF (2015), Veftisia V *et al*, (2018) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian *preeklampsia*.

2. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan aktivitas atau kegiatan yang dikerjakan seseorang untuk mendapatkan nafkah, hasil atau pencaharian. Orang yang sibuk dengan pekerjaannya akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi karena orang yang bekerja akan lebih banyak berinteraksi dengan orang lain dari pada orang yang tidak bekerja dan beraktivitas (Depkes RI, 2006).

Rumah tangga yang memiliki jaminan/asuransi kesehatan mempunyai peluang 2,018 kali untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Adanya jaminan pembayar biaya pelayanan kesehatan, termasuk jaminan asuransi kesehatan, merupakan salah satu sebab meningkatnya akses atau pemanfaatan pelayanan (Munawar, 2017). Ibu bekerja yang memiliki asuransi kesehatan akan memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Aktifitas pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi kerja otot dan peredaran darah, apabila hal tersebut terjadi pada seorang ibu hamil, dimana peredaran darah dalam tubuh dapat terjadi perubahan seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akibat adanya tekanan dari pembesaran rahim (Andriyani R, 2012).

Seseorang yang bekerja akan memiliki pendapatan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan akan cenderung untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk berobat jalan, karena seseorang tersebut memiliki kemampuan dalam membiayai pelayanan kesehatan (Rabbaniyah F *et al*, 2019). Semakin tinggi pendapatan yang diterima seseorang maka akan menimbulkan kecenderungan untuk memilih dan menggunakan pelayanan kesehatan dengan kualitas dan

fasilitas yang lebih baik, sedangkan hal itu berlaku sebaliknya jika seseorang mempunyai pendapatan yang kurang maka akan memilih dan menggunakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan apa yang bisa mereka bayar (Lumi, 2014).

Seseorang yang bekerja sebagai pegawai negeri dan karyawan swasta, dari pekerjaan mereka ada asuransi yang mengcover segala macam keperluan seperti jika mereka ingin memeriksakan kesehatan, sehingga masyarakat yang tempat kerja/kantor mereka yang memberikan asuransi kesehatan maka mereka akan lebih memilih pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan pihak asuransi kantor mereka sehingga mereka bisa memeriksakan kesehatan mereka dengan sedikit biaya atau bahkan dengan cuma-cuma, seperti PNS dan karyawan perusahaan memilih rumah sakit dikarenakan mereka mempunyai asuransi yang bekerjasama dengan rumah sakit, sedangkan buruh, petani dan yang lain memeriksakan ke puskesmas dikarenakan mungkin mereka tidak mempunyai asuransi dan tidak memiliki banyak biaya sehingga memilih puskesmas yang mudah dan terjangkau (Ilhamdani AL, 2017).

Asuransi Kesehatan yang umum digunakan oleh masyarakat adalah BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan). BPJS kesehatan sendiri merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. BPJS sendiri

diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pemeriksaan kehamilan dan proses persalinan yang ditanggung oleh BPJS kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang. Menurut SK Menteri Kesehatan RI No.001 Tahun 2012, sistem rujukan adalah sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit yang setingkat kemampuannya (Amellia SWN, 2019).

Pelaksanaan sistem rujukan di Indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat dan atau berjenjang yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya (Rukiyah AY dan Lia Y, 2019).

Kepemilikan asuransi kesehatan dapat menentukan pemanfaatan Rumah Sakit pada sistem rujukan.

1. BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial)

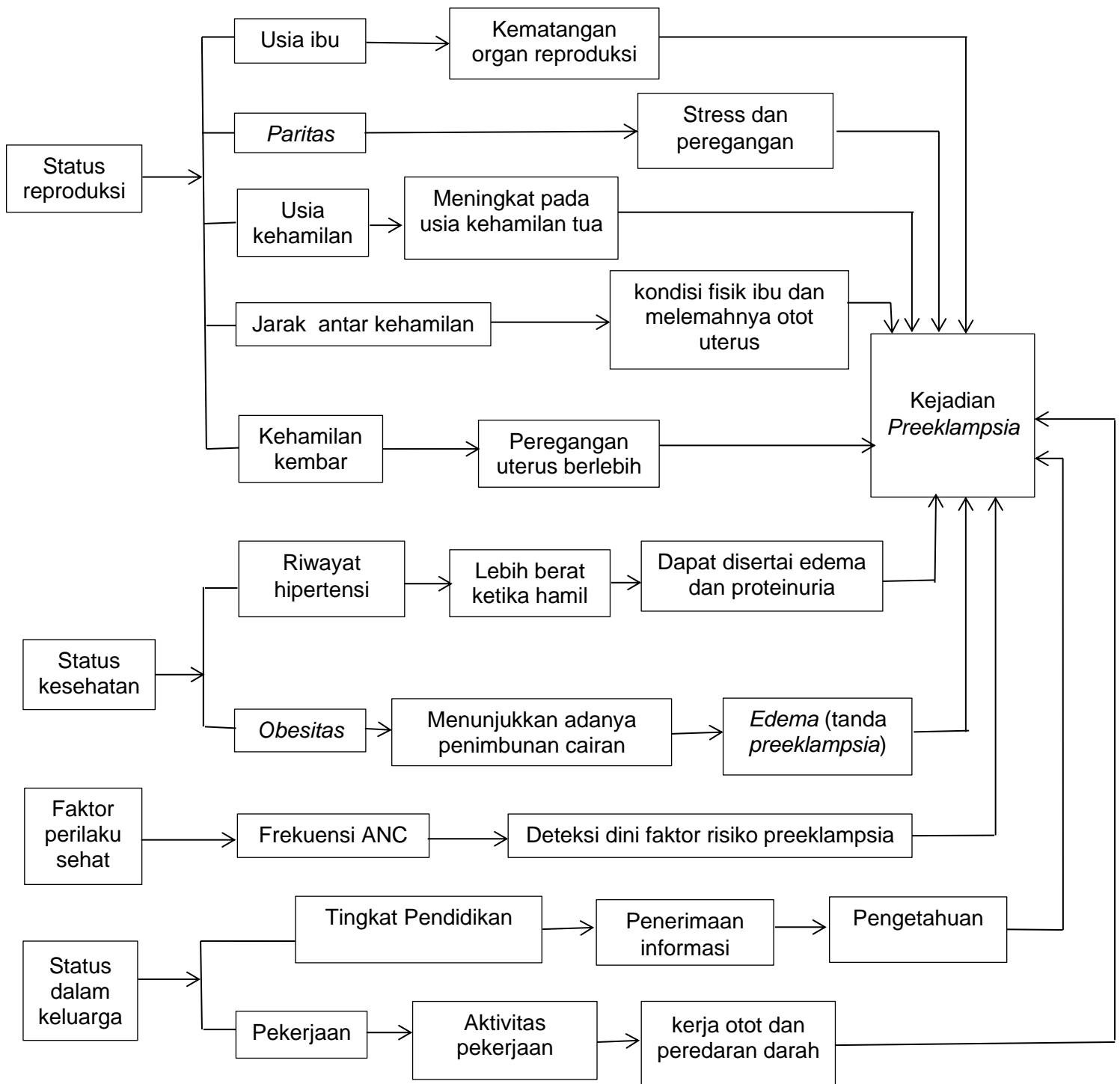
BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Tata cara

pelaksanaan sistem rujukan berjenjang telah diatur yaitu sebagai berikut:

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
 - a.. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b.. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
 - c.. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer
 - d.. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
2. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a. terjadi keadaan gawat darurat; Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku
 - b. bencana; Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah

- c. kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan
- d. pertimbangan geografis; dan
- e. pertimbangan ketersediaan fasilitas

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori
Sumber : Modifikasi Depkes RI, 2013, POGI, 2016.,
Astuti SF 2015., Sagita W, 2020