

**HUBUNGAN PREEKLAMPSIA DENGAN ANGKA KEJADIAN PARTUS
PREMATURUS DI RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA
PERIODE BULAN JANUARI – MARET
TAHUN 2011**

Oleh

Desy Widyastutik¹⁾ dan Adin Suciati²⁾

1) Dosen Akademi Kebidanan Mamba'ul'Ulum Surakarta

ABSTRAK

Preeklampsia merupakan salah satu penyebab angka kesakitan dan kematian ibu dan janin. Janin yang dikandung pada ibu yang preeklampsia akan terhambat sehingga akan terjadi bayi berat badan lahir rendah dan prematuritas. Angka kejadian prematuritas di Indonesia sekitar 19 % dan merupakan penyebab utama kematian perinatal. **Tujuan penelitian** : Mengetahui hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari –Maret tahun 2011.

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian *analitik* dengan pendekatan *retrospektif*. Subyek penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami preeklampsia dan melahirkan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta bulan Januari – Maret tahun 2011 dan semua populasi yang diteliti dijadikan sampel yaitu sebanyak 69 ibu bersalin dengan preeklampsia. Teknik pengumpulan data dengan mengambil data sekunder dari bagian rekam medik di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Analisis data yang digunakan adalah uji *Chi Square*.

Hasil penelitian : Sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4%) dan tidak mengalami partus prematurus sebanyak 28 (40,6%), dan sebagian kecil ibu dengan preeklampsia ringan sebanyak 28 (40,6%) dan mengalami partus prematurus sebanyak 1 (1,4%). Dan berdasarkan uji *Chi Square* di dapatkan ($X^2_{hit} > X^2_{tab}$) atau ($8,144 > 3,481$) maka hubungan signifikan yaitu preeklampsia memberikan hubungan yang signifikan ($p \leq 0,05$) dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari-Maret tahun 2011. **Kesimpulan** : Ada hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011.

Kata Kunci : Preeklampsia, Partus Prematurus, Hubungan, Angka Kejadian

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah

Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesi (SDKI) 2007, Angka Kematian Ibu (AKI) 228 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 34 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI 29. Terkait dengan hal tersebut, Indonesia menjadi salah satu negara yang mengadopsi kesepakatan global Millenium Development Goals (MDGS) dimana pada tahun 2015 diharapkan Angka Kematian Ibu (AKI) menurun sebesar tiga perempat dalam kurun waktu 1990-2015 dan AKB dan Angka Kematian Balita (AKABA) menurun sebesar dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015. Tahun 2015 Indonesia mempunyai komitmen untuk menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup, AKB dari 68 menjadi 23/1000 kelahiran hidup, dan AKABA dari 97 menjadi 32/1000 kelahiran (Depkes, 2009) .

Berdasarkan hasil survey kesehatan daerah, AKI provinsi Jawa Tengah tahun 2007 sebesar 116/100.000 kelahiran hidup dan AKB 26/1000 kelahiran hidup (Dinkes, 2008) . Menurut laporan rutin Pemantauan Wilayah setempat (PWS) tahun 2007, penyebab AKI adalah perdarahan (39%), eklamsia (20%), infeksi (7%), dan lain-lain (33%) (Depkes,2009).

Preeklamsi sebagai salah satu penyebab angka kesakitan dan kematian ibu dan janin yang cukup tinggi di Indonesia. Preeklamsia adalah suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, proteinuria, dan edema. Tekanan darah tinggi pada ibu hamil menimbulkan dampak bervariasi. Mulai dari yang ringan hingga berat. Misalnya mengganggu organ ginjal ibu hamil, menyebabkan rendahnya berat badan bayi ketika lahir, dan melahirkan sebelum waktunya (Rukiyah, 2010).

Kejadian preeklamsi berkisar 5-15% dari seluruh kehamilan di dunia. Berdasarkan SDKI 2003, insiden preeklamsi di Indonesia diperkirakan 3,4 – 8,5% (BPS 23 . Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah pada tahun 2006, mencatat angka kematian ibu akibat eklampsia sebesar 31,57%. Menurut Dinas Kesehatan Kota (DKK) Surakarta, berdasarkan persalinan dengan komplikasi tahun 2006, insidensi eklampsia sebesar 0,48%, sedangkan preeklampsia sebesar 13,42% (Dinkes Kota Surakarta, 2008) .

Janin yang dikandung ibu dengan preeklamsi akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen yang kurang. Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah ke plasenta menyempit. Karena buruknya nutrisi, pertumbuhan janin akan terhambat sehingga akan terjadi bayi dengan berat badan lahir rendah dan partus premature (Rukiyah, 2010)

AKB di Indonesia saat ini masih tergolong tinggi. AKB di Indonesia tercatat 51 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2003. Penyebab kematian bayi terbanyak adalah karena gangguan perinatal. Dari seluruh kematian perinatal sekitar 2-27 % disebabkan karena BBLR dan Partus prematurus (Anonim, 2010).

Partus prematurus adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan bayi yang dilahirkan beratnya kurang dari 2500 gram. Prematuritas merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas diseluruh dunia

yaitu 60-80%. Angka kejadian prematuritas di Indonesia sekitar 19% dan merupakan penyebab utama kematian perinata (Kosim, 2008). Bayi lahir prematur mempunyai resiko terhadap kematian khususnya pada perinatal. Organ tubuh janin belum cukup sempurna untuk menjalankan tugasnya dalam kehidupan di luar rahim, akibatnya sering mengalami kesukaran adaptasi serta terjadi gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya (Subekti, 2007).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan di RSUD dr. Moewardi Surakarta, terdapat 378 kasus preeklamsi pada tahun 2010 jadi rata-rata satu bulan terdapat 31 ibu bersalin dengan preeklamsi, dan 136 kasus partus prematurus pada tahun 2010 jadi rata-rata satu bulan terdapat ibu bersalin dengan partus prematurus sebanyak 11 kasus. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang, "Hubungan Preeklamsi Dengan Partus Prematurus di RSUD dr. Moewardi Surakarta Periode Bulan Januari – Maret 2011".

2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka identifikasi masalah dalam penelitian ini adalah : "Adakah hubungan antara preeklamsi dengan partus prematurus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011?".

3. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara preeklamsi dengan partus prematurus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011. Sedangkan Tujuan Khususnya adalah

(a Untuk mengetahui angka kejadian preeklamsi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011. (b Untuk mengetahui angka kejadian partus prematurus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011. (c Untuk mengetahui hubungan antara preeklamsi dengan partus prematurus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011.

METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survei analitik adalah survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi (Notoatmodjo, 2002).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi penelitian retrospektif adalah penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoatmodjo, 2002).

2. Variabel Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan 2 variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel bebas (*Variabel Independen*) adalah variabel yang menjadikan sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat (*Variabel Dependen*) (Notoatmodjo, 2002). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Preeklamsi. Variabel terikat (*Variabel Dependen*) adalah variabel yang di pengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2002). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Partus Prematurus.

3. Hubungan Antar Variabel

Hubungan antar variabel satu dengan yang lainnya di bedakan menjadi dua yaitu variabel tergantung, akibat, pengaruh atau variabel dependen dan variabel bebas, sebab, mempengaruhi atau variabel independen (Arikunto, 2006).

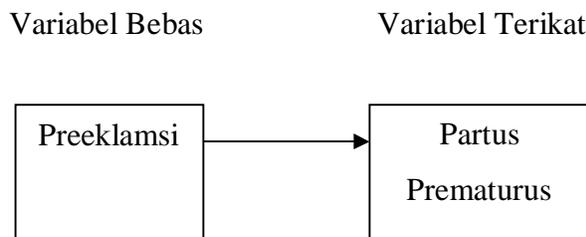


Diagram 3.1 Hubungan Antar Variabel

4. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Arikunto, 2006).

Tabel 1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala
Variabel bebas : Preeklamsi	Timbulnya hipertensi (> 140/90 mmHg) disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan.	– Preeklamsi Ringan – Preeklamsi Berat	Nominal

Variabel Terikat : Partus Prematurus	Persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat janin kurang dari 2500 gram.	– Partus Prematurus – Tidak Partus Prematurus	Nominal
--------------------------------------	---	--	---------

5. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami Preeklamsia dan melahirkan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta bulan Januari – Maret 2011 yaitu sebanyak 69 ibu bersalin dengan preeklamsia. Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi (Notoatmodjo, 2002). Dalam penelitian ini tidak ada sampel. Semua subyek yang diteliti dijadikan sampel penelitian. Subyek dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami preeklamsia dan melahirkan di Rumah Sakit Umum dr. Moewardi Surakarta bulan Januari – Maret 2011 yaitu sebanyak 69 ibu bersalin dengan preeklamsia.

6. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Budiarto, 2002). Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah alat tulis, register ibu, komputer, kalkulator, dan master tabel. Metode pengumpulan data adalah cara atau metode yang digunakan untuk mengumpulkan data. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan pengambilan data sekunder dengan study dokumentasi. Studi dokumentasi adalah studi yang berkaitan dengan perkembangan melalui catatan kesehatan (Effendi, 1998). Studi dokumentasi ini diperoleh dari bagian Rekam Medik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta.

7. Pengolahan dan Analisa Data

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya: (a) *Editing* :Memeriksa data dan memeriksa jawaban, memperjelas serta melakukan pengecekan terhadap data yang dikumpulkan dan memeriksa kelengkapan dan kesalahan. (b)*Tabulating* Data yang mentah dilakukan penataan data kemudian disusun dalam bentuk tabel distribusi (Notoatmodjo, 2002).

2 Analisa Data

Adalah tahap dimana data diolah dan dianalisa dengan teknik-teknik tertentu (Effendi, 1998). Untuk pengolahan data dilakukan dengan cara manual menggunakan kalkulator. Dan langkah analisa data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Analisis *Univariate* adalah menganalisis tiap-tiap variabel penelitian yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2002). Variabel

yang dianalisis secara *univariat* dalam penelitian ini adalah variabel Preeklamsi untuk mengetahui angka kejadian ibu bersalin dengan Preeklamsi Ringan dan ibu bersalin dengan Preeklamsi Berat, dihitung dengan rumus :

$$\text{Rumus} = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

f : jumlah ibu bersalin dengan preeklamsi ringan atau berat

n : jumlah semua ibu bersalin dengan preeklamsi

Dan dari variabel partus prematurus untuk mengetahui angka kejadian ibu bersalin dengan preeklamsi yang mengalami partus prematurus dan angka kejadian ibu bersalin dengan preeklamsi yang tidak mengalami partus prematurus, dihitung dengan rumus :

$$\text{Rumus} = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

f : jumlah ibu bersalin dengan partus prematurus atau tidak partus prematurus.

n : jumlah semua ibu bersalin dengan preeklamsi.

Analisis *Bivariate* yaitu suatu tabel yang menyajikan data dari dua variabel secara silang (Notoatmodjo, 2002). Jenis data yang digunakan untuk variabel independen dan variabel dependen adalah data nominal. Pengujian untuk mencari hubungan (*korelasi*) dengan data nominal dengan uji statistik "*Chi Square*". Analisa data di hitung menggunakan cara manual. Chi square digunakan untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara 2 variabel. Cara perhitungan dapat menggunakan rumus atau dapat menggunakan tabel kontingensi untuk menghitung harga *Chi Kuadrat* karena lebih mudah (Arikunto, 2006).

Tabel 2
Tabel Kontingensi

Dependen Independen	Partus Prematurus	Tidak partus Prematurus
Preeklamsi Ringan	a	b
Preeklamsi Berat	c	d

Rumus *Chi Square* :

$$X^2 = \frac{(|ad-bc| - 1/2N)^2 N}{r_1 r_2 s_1 s_2}$$

Keterangan :

X^2 = Chi Kuadrat

N = Jumlah Sampel

r_1 = Jumlah ibu bersalin dengan preeklamsi ringan

r_2 = Jumlah ibu bersalin dengan preeklamsi berat

s_1 = Jumlah ibu bersalin dengan partus prematurus

s_2 = Jumlah ibu bersalin yang tidak partus prematurus (Budiarto, 2002).

Suatu keluarga distribusi Chi square tergantung pada “derajat bebas (*degree of freedom = df*)”. Derajat bebas adalah banyaknya kategori dikurangi satu. Kalau di dalam kongtingensi tabel ada beberapa baris dan kolom, derajat bebasnya adalah baris (b) dikurangi satu dikalikan kolom (k) dikurangi satu.

Rumusnya adalah sebagai berikut :

$df = (b - 1) (k - 1)$ (Budiarto, 2002).

Analisa data dalam penelitian ini, menggunakan uji Chi Square. Dengan ketentuan bahwa jika harga Chi Square hitung $>$ dari tabel maka hubungan signifikan yang berarti bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima atau jika $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima.²⁶

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr.Moewardi Surakarta yang beralamat di Jalan Kolonel Sutarto no 132 Surakarta. Penelitian ini tepatnya dilaksanakan di bagian Rekam Medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta yaitu pada tanggal 6 Juli 2011. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011. Subyek penelitian adalah ibu bersalin yang mengalami preeklampsia ringan maupun preeklampsia berat yang terjadi pada bulan Januari – Maret tahun 2011. Berikut dapat kita lihat hasil penelitiannya.

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Angka Kejadian Ibu Bersalin dengan Preeklampsia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Bulan Januari – Maret Tahun 2011.

No	Preeklampsia	Frekuensi	Prosentase
1	PER	28	40,6%
2	PEB	41	59,4%
Jumlah		69	100%

Sumber : Data Sekunder Tahun 2011

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan bahwa sebagian besar ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4 %) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami preeklampsia ringan yaitu sebanyak 28 (40,6%).

Tabel 4

Distribusi Frekuensi Angka Kejadian Ibu Bersalin dengan Preeklampsia yang Mengalami Partus Prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Bulan Januari – Maret Tahun 2011

No	Partus Prematurus	Frekuensi	Prosentase
1	Partus Prematurus	14	20,3%
2	Tidak Partus Prematurus	55	79,7%
Jumlah		69	100%

Sumber : Data Sekunder Tahun 2011

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan bahwa kejadian ibu bersalin yang mengalami preeklampsia sebagian besar tidak mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 55 (79,7%). Dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami preeklampsia mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 14 (20,3%).

Tabel 5

Hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan januari – maret tahun 2011

No	Reeklampsia		Partus prematurus		Total	X ² _{hit}	P
			Ya	Tidak			
1	Ringan	Frekuensi %	1 1,4%	27 39,1%	28 40,6%	8,144	0,004
2	Berat	Frekuensi %	13 18,8%	28 40,6%	41 59,4%		
	TOTAL	Frekuensi %	14 20,3%	55 79,7%	69 100%		

X²_{tabel} = 3,481

Sumber : data Sekunder tahun 2011

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4%) dan tidak mengalami partus prematurus sebanyak 28 (40,6%) dan sebagian kecil ibu dengan preeklampsia ringan sebanyak 28(40,6%) dan mengalami partus prematurus sebanyak 1 (1,4%). Jadi nilai $X^2=8,144$. H_0 diterima atau H_0 ditolak apabila X^2 hitung lebih besar dari X^2 tabel, sebaliknya H_0 ditolak atau H_0 diterima apabila X^2 hitung lebih kecil dari X^2 tabel. Dalam penelitian ini didapatkan hasil X^2 hitung (8,144) lebih besar dari X^2 tabel (3,481). Jadi berdasarkan uji Chi Square didapatkan bahwa preeklampsia memberikan hubungan yang signifikan ($p<0,05$) dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode bulan Januari – Maret tahun 2011. Kesimpulan hasil penelitian ini adalah ada hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011.

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4%) dan tidak mengalami partus prematurus sebanyak 28 (40,6%), dan sebagian kecil ibu dengan preeklampsia ringan sebanyak 28 (40,6%) dan mengalami partus prematurus sebanyak 1 (1,4%). Jadi nilai = 8,144. H_0 diterima atau H_0 ditolak apabila hitung lebih besar dari tabel, sebaliknya H_0 ditolak atau H_0 diterima apabila hitung lebih kecil dari tabel. Dalam penelitian ini didapatkan hasil hitung (8,144) lebih besar dari tabel (3,481). Jadi berdasarkan uji Chi Square didapatkan bahwa preeklampsia memberikan hubungan yang signifikan ($p < 0,05$) dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari-Maret tahun 2011. Kesimpulan hasil penelitian ini adalah ada hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011.

2. Pembahasan

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4 %) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami preeklampsia ringan yaitu sebanyak 28 (40,6%).

Menurut Wiknjosastro (2006), preeklampsia ringan adalah timbulnya tekanan darah tinggi yaitu 140/90 mmHg atau lebih, didapatkan protein dalam pemeriksaan urin (kuantitatif 0,3gr/l dan kualitatif 1+ atau 2+), edema atau penimbunan cairan yang terjadi pada kaki, tangan dan luka.

Menurut Winknjosastro (2006), preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan diastolik ≥ 110 mmHg, protein urin kuantitatif 5gr/l atau lebih dan kualitatif 3+ atau 4+, oligouria (jumlah urin < 500 ml/24 jam), edema pada paru, nyeri uluh hati, peningkatan kadar enzim hati dan atau eterus (kuning), emolisis (trombosit < 100.000 /mm³), gangguan penglihatan atau nyeri kepala bagian depan yang berat, dan perdarahan di retina.

Preeklamsi akan membahayakan bagi ibu maupun janinnya. Adapun komplikasi yang biasa terjadi pada preeklampsia berat dan eklampsia menurut Rachimhadi dan Wibowo (2006) yaitu, solusio plasenta, hipofibrinogenemia,

hemolisis, perdarahan otak, kelainan mata, edema paru, nekrosis hati, sindroma HELLP, kelainan ginjal, lidah tergigit, trauma dan fraktur karena jatuh akibat kejang pneumonia aspirasi dan disseminated intravascular coagulation (DIC). Sedangkan komplikasi yang terjadi pada janin menurut Rukiyah (2010), pada ibu yang preeklampsia akan menimbulkan lahir premature, dismatur, gangguan pertumbuhan janin sampai dengan kematian janin dalam rahim.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa kejadian ibu bersalin dengan preeklampsia sebagian besar tidak mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 55 (79,7%). Dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami preeklampsia mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 14 (20,3%).

Menurut Manuaba (2001) partus prematurus adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20 – 37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gr. Pendapat ini juga diperkuat oleh Wiknjastro (2006), persalinan preterm atau persalinan premature yaitu persalinan yang terjadi pada kehamilan 37 minggu atau kurang, merupakan hal yang berbahaya karena mempunyai dampak yang potensial meningkatkan kematian perinatal. Prematuritas akan mengakibatkan ketidakmatangan pada semua system organ. Baik itu system pencernaan, sistem pernapasan (paru-paru), system peredaran darah (jantung), dan system saraf pusat.

Berdasarkan penelitian sebagian besar ibu bersalin yang mengalami preeklampsia tidak mengalami partus prematurus. Hal ini disebabkan karena ibu bersalin dengan preeklampsia berat tidak pasti terjadi partus prematurus jika dilakukan perawatan konservatif. Menurut Maryunani dan Yulianingsih (2009), perawatan konservatif yaitu perawatan pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia dengan cara tetap mempertahankan kehamilan bersamaan dengan pemberian pengobatan medisinal (untuk kehamilan < 35 minggu tanpa disertai tanda – tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik).

Hubungan Antara Preeklampsia dengan Angka Kejadian Partus Prematurus Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Bulan Januari – Maret Tahun 2011.

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4%) dan tidak mengalami partus prematurus sebanyak 28 (40,6%), dan sebagian kecil ibu dengan preeklampsia ringan sebanyak 28 (40,6%) dan mengalami partus prematurus sebanyak 1 (1,4%). Menurut hasil penelitian didapatkan bahwa nilai hitung = 8,144 dan tabel = 3,481 taraf signifikan 0,05 dan df = 1, dengan demikian didapatkan hitung > tabel (8,144 > 3,481), df= 1. Jadi berdasarkan uji Chi Square didapatkan bahwa preeklampsia memberikan hubungan yang signifikan (p < 0,05) dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari-Maret tahun 2011. Kesimpulan hasil penelitian ini adalah ada hubungan antara preeklampsia dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011.

Menurut Rukiyah (2010), pada ibu yang preeklampsia janin akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen yang kurang. Hal tersebut akan mengakibatkan

partus prematurus, dismaturitas, dan kematian janin intra uteri (IUFD). Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang menyalurkan darah yang mengandung oksigen dan nutrisi untuk janin menuju plasenta mengalami penyempitan. Karena buruknya nutrisi dan oksigen yang kurang, pertumbuhan janin terhambat sehingga akan terjadi bayi dengan berat badan lahir rendah dan partus prematur.

Terjadinya spasme pembuluh darah arteriol menuju organ penting dalam tubuh dapat menyebabkan mengecilnya aliran darah menuju retroplasenta sehingga menimbulkan gangguan penukaran nutrisi, CO₂ dan O₂ yang menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim. Spasme arteriol yang mendadak menyebabkan asfiksia berat sampai kematian janin, sedangkan spasme yang berlangsung lama dapat mengganggu pertumbuhan janin. Preeklampsia pada dasarnya terjadi insufisiensi arteri uteroplasenta yang menyebabkan iskemik plasenta. Pada iskemik terjadi pembentukan radikal bebas (toksin) yang mengakibatkan gangguan metabolisme prostaglandin dan menaikkan sensitivitas vaskuler, hal ini mempengaruhi reaksi perlekukan serviks sehingga menyebabkan kontraksi persalinan preterm dan terjadi prematuritas.

Menurut Castro (2004), pada hipertensi aliran darah cerebral dan konsumsi oksigen lebih sedikit dibandingkan dengan wanita hamil biasa dan terdapat penurunan aliran darah dan peningkatan tahanan vaskuler pada sirkulasi uteroplasenta pada pasien preeklamsia sehingga dapat menyebabkan solusio plasenta, IUFD, dan partus prematurus. Menurut Rachimhadi dan Wibowo B (2006), menurunnya aliran darah ke plasenta dapat mengakibatkan solusio plasenta. Pada hipertensi yang lama akan terjadi gangguan pertumbuhan janin. Pada hipertensi yang terjadi lebih pendek bisa menimbulkan gawat janin sampai kematian janin, dikarenakan kurang oksigenasi. Kenaikan tonus uterus dan kepekaan tanpa perangsangan sering didapatkan pada preeklamsia/eklamsia, sehingga mudah terjadi partus prematurus.

Berdasarkan penelitian sebagian besar ibu bersalin yang mengalami preeklampsia tidak mengalami partus prematurus. Hal ini disebabkan karena ibu bersalin dengan preeklampsia berat tidak pasti terjadi partus prematurus jika dilakukan perawatan konservatif. Menurut Maryunani dan Yulianingsih (2009), perawatan konservatif yaitu perawatan pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia dengan cara tetap mempertahankan kehamilan bersamaan dengan pemberian pengobatan medisinal (untuk kehamilan < 35 minggu tanpa disertai tanda – tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik). Jika pasien sudah mendapatkan perawatan konservatif dan perawatannya berhasil maka kehamilan bisa dipertahankan sampai aterm atau tidak terjadi partus prematurus, sebaliknya jika pasien sudah mendapatkan perawatan konservatif dan perawatannya gagal serta pasien mengalami atau ada tanda- tanda impending eklampsia maka pasien akan dilakukan perawatan aktif. Menurut Rukiyah (2010), perawatan aktif adalah kehamilan segera di akhiri atau diterminasi dan ditambah pengobatan medisinal. Perawatan aktif dilakukan jika memiliki 1 atau lebih kriteria yaitu ada tanda – tanda impending eklampsia, ada HELLP sindrom (hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia), ada

kegagalan penanganan konservatif, ada tandatanda janin terhambat, dan usia kehamilan > 35 minggu.

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari data sekunder di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari – Maret tahun 2011 yang peneliti lakukan, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- a. Dari 69 ibu bersalin yang mengalami preeklampsia, yang terjadi pada bulan Januari –Maret tahun 2011 didapatkan bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4 %).
- b. Kejadian ibu bersalin dengan preeklampsia sebagian besar tidak mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 55 (79,7%), dan sebagian kecil ibu bersalin dengan preeklampsia mengalami partus prematurus yaitu sebanyak 14 (20,3%). Sebagian besar ibu bersalin dengan preeklampsia berat yaitu sebanyak 41 (59,4%) dan tidak mengalami partus prematurus sebanyak 28 (40,6%), dan sebagian kecil ibu dengan preeklampsia ringan sebanyak 28 (40,6%) dan mengalami partus prematurus sebanyak 1 (1,4%).
- c. Dan berdasarkan uji *Chi Square* di dapatkan ($X^2_{hit} > X^2_{tab}$) atau (8,144 > 3,481) maka hubungan signifikan yaitu preeklampsia memberikan hubungan yang signifikan ($p \leq 0,05$) dengan angka kejadian partus prematurus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode bulan Januari-Maret tahun 2011.

2. Saran

- a. Bagi Rumah Sakit
Hendaknya rumah sakit meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama pada ibu bersalin yang mengalami preeklampsia sehingga dapat menurunkan kejadian partus prematurus.
- b. Bagi Tenaga Kesehatan
Hendaknya dari hasil penelitian ini tenaga kesehatan bisa meningkatkan pelayanan ANC maupun deteksi dini ibu hamil yang mengalami preeklampsia sehingga dapat menurunkan angka kejadian ibu bersalin dengan partus prematurus yang dapat membahayakan jiwa ibu maupun bayinya.
- c. Bagi Peneliti Selanjutnya
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan metode penelitian yang berbeda serta perlu melakukan observasi secara langsung dengan pasien yang mengalami preeklampsia mengenai faktor predisposisi preeklampsia dan partus prematurus serta tanda – tanda *impending eklampsia* sehingga akan didapatkan hasil yang lebih sempurna.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. 2009. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Anak*. Jakarta : Depkes
2. Dinkes Jawa Tengah. 2008. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*.
Dikutip dari : www.dinkes-jateng.go.id. Diakses pada tanggal 14 Januari 2011 jam 13.00 wib.
3. Badan Pusat Statistik. 2003. *Populasi & Vital Statistik*.
Dikutip dari : www.bps.go.id. Diakses pada tanggal 17 Januari 2011 jam 14.30 wib.
4. Dinkes Surakarta. 2008. *Profil kesehatan Kota Surakarta*.
Dikutip dari: www.dinkes-surakarta.go.id. Diakses pada tanggal 2 Februari 2011 jam 20.00 wib
5. Anonim. 2010. *Preeklamsi- Bblr*
Dikutip dari : <http://www.scribd.com/doc/48937596/PREEKLAMSI-BBLR>.
Diakses pada tanggal 2 April 2011 jam 20.00 wib
6. Rukiyah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Jakarta : Trans Info Medika.
7. Kosim, M S. 2008. *Buku Ajar Neonatologi*. Edisi I, Cetakan I. Jakarta : IDAI.
8. Subekti, N.B. 2007. *Buku Saku Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir : Panduan Untuk Dokter, Perawat & Bidan*. Jakarta : EGC
9. Wiknjosastro, H. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.
10. Mansjoer, A. 2001. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencanaan Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
11. Castro, C L. 2004. Chapter 15 : *Hypertensive Disorders of Pregnancy, In : Essential of Obstetri and Gynecology*. Edisi IV. Philadelphia : Elsviersaunders.
12. Manuaba, I B G. 2008. *Gawat Darurat Obstetri – Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta : EGC.
13. Manuaba, I B G. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC.

14. Wibowo B, dkk. 2006. *Preeklampsia Dan Eklampsia, dalam : Ilmu Kebidanan. Edisi III*. Jakarta : YayasanBina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
15. Saifudin, A B. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
16. Maryunani A, dkk. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta : Trans Info Medika.
17. Manuaba, I B G. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi Dan KB*. Jakarta : EGC
18. Anonim. 2010. *Partus Prematurus*
Dikutip dari : <http://J3b3w.multiply.com/journal/item/3/Partus> Prematurus.
Diakses pada tanggal 3 Maret 2011 jam 15.00 wib
19. Notoatmodjo S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
20. Notoatmodjo, S. 2002. *Dasar - Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta ; FKUI
21. Effendi, N. 1998. *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
22. Budiarto, E. 2002. *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta : EGC
23. Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktek*. Jakarta : PT Rina Cipta.
24. Sabri, L. 2006. *Statiska Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
25. Sugiyono. 2005. *Statiska Untuk Penelitian*. Bandung : ALFABETA
26. Machfoedz, I. 2007. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta : Fitramaya.