

**HUBUNGAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI
DI PUSKESMAS RANCAEKEK KABUPATEN
BANDUNG TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan
Program Studi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung**



Disusun oleh :

Dea Zulfa Milati

CK.1.15.048

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

BANDUNG

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : HUBUNGAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN
PREEKLAMSI DI PUSKESMAS RANCAEKEK TAHUN
2018

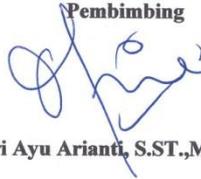
Nama : DEA ZULFA MILATI

NIM : CK.1.15.048

Telah disetujui untuk mengikuti Sidang Proposal
Program Studi D-III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, Agustus 2018

Pembimbing



Sri Ayu Arianti, S.ST.,M.MKes

Mengetahui

**Ketua Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI DI
PUSKESMAS RANCAEKEK TAHUN 2018**

Disusun Oleh:

Dea Zulfa Milati

CK.1.15.048

Telah diujikan didepan Tim Penguji

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Hari : Selasa

Tanggal : 14 Agustus 2018

Penguji I



(Iceu Mulyati, M.Keb)

Penguji II



(Cici Valiani, S.ST., M.Kes)

Mengetahui

Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung



R.Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : Dea Zulfa Milati

NIM : CK.1.15.048

Program Studi : D III Kebidanan

Judul Laporan Tugas Akhir : Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi di Puskesmas Rancaekek Thun 2017

Menyatakan :

1. Tugas akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan Srikes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.

Dengan demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan



Dea Zulfa Milati

ABSTRACT

According from the World Health Organization (WHO), overall, preeclampsia and eclampsia occur approximately 14% of maternal deaths per year which is around 50,000-75,000 deaths. Preeclampsia is a disease that can cause 17.6% of maternal deaths. Many factors have been known to influence the occurrence of preeclampsia, one of which is obesity in pregnant women. With a weight gain of 5-7 kg / m² it will have the chance of developing preeclampsia as much as 2 times.

The purpose of this study was to determine the relationship of obesity with preeclampsia events in PKM Rancaekek. The research used is correlational research with the approach "case control. Sempel in this study uses a total sampling technique, which is a sampling technique where the number of samples is the same as the population. (Sugiyono, 2012). The author uses the matching method with a ratio of 1: 1, so the total sample is 72, divided into 36 cases (Preeclampsia) and 36 samples (No Preeclampsia). The analysis used Univariate Analysis with percentages. and Bivariate Analysis In the analysis can be done statistical testing with Chi Square.

The results of the study, found that half of the respondents experienced the incidence of preeclampsia as many as 36 people (50%) and half of the respondents did not experience preeclampsia as many as 36 people (50%). More than half of the respondents were not obese as many as 45 people (62.5%). Based on the results of statistical tests using Chi Square, it is known that the P value (0.015) is smaller than the value of α (0.05), so it can be concluded that there is a relationship between obesity and the incidence of preeclampsia. From the results of the analysis, it is also obtained that the value of OR = 3.912, meaning that respondents who are obese have a chance of experiencing 3.912 times preeclampsia compared to respondents not obese.

It is expected that every family mother can utilize existing health services such as antenatal care services (ANC) so that if there are abnormalities in pregnancy and the fetus can be immediately taken precautionary measures and prior anticipation

Keywords : Obesity, preeclampsia

Bibliography : 20 (2010-2018)

ABSTRAK

Menurut data *World Health Organisation* (WHO), secara keseluruhan, preeklampsia dan eklampsia terjadi kurang lebih 14% kematian maternal per tahun yaitu sekitar 50.000-75.000 kematian. Preeklampsia merupakan penyakit yang bisa mengakibatkan 17,6% kematian maternal. Banyak faktor yang telah diketahui mempengaruhi terjadinya preeklampsia salah satunya adalah obesitas pada ibu hamil. Dengan adanya kenaikan berat badan sebesar 5-7 kg/m² akan memiliki peluang terjadinya preeklampsia sebesar 2 kali lipat.

Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsia di PKM Rancaekek. Penelitian yang digunakan adalah penelitian *korelasional* dengan pendekatan "*case control*". Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. (sugiyono, 2012). Penulis menggunakan metode *matching* dengan perbandingan 1:1 maka total keseluruhan sampel sebanyak 72, yang dibagi menjadi 36 sampel kasus (Preeklamsia) dan 36 sampel Kontrol (Tidak Preeklamsia). Analisis yang digunakan Analisis *Univariat* dengan persentase. dan Analisis *Bivariat* Dalam analisis dapat dilakukan pengujian statistik dengan *Chi Square*.

Hasil penelitian, diketahui setengahnya dari responden mengalami kejadian preeklamsia sebanyak 36 orang (50%) dan setengahnya dari responden tidak mengalami preeklamsia sebanyak 36 orang (50%). Lebih dari setengahnya responden tidak mengalami obesitas sebanyak 45 orang (62,5%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi Square*, diketahui bahwa nilai P (0,015) lebih kecil dari nilai α (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara obesitas dengan kejadian preeklamsia. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR= 3,912, artinya responden yang obesitas mempunyai peluang 3,912 kali mengalami preeklamsia dibandingkan dengan responden tidak obesitas.

Diharapkan bagi setiap keluarga ibu dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada seperti pelayanan Antenatal Care (ANC) sehingga apabila ada kelainan pada kehamilan dan janin dapat segera dilakukan tindakan pencegahan danantisipasi sebelumnya

Kata Kunci : Obesitas, Preeklamsia

Daftar Pustaka : 20(2010-2018)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum.Wr.Wb

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahamat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan judul :

“HUBUNGAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI DI PUSKESMAS RANCAEKEK TAHUN 2018”. Penyusunan laporan tugas akhir ini untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan program studi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Proses penyusunan laporan tugas akhir ini tentunya tidak terlepas peran pembimbing dan bantuan semua pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. H.Mulyana,SH.,M.Pd.,MH.Kes selaku ketua yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. R.Siti Jundiah,S.Kp.,M.Kep selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Dewi Nurlaela Sari,M.Keb selaku ketua program studi kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung
4. Sri Ayu Arianti, S.ST.,M.,MKes selaku pembimbing laporan tugas akhir yang telah sabar dan meluangkan waktunya dalam membimbing kami
5. PUSKESMAS Rancaekek yang telah memberikan izin dalam proses penelitian
6. Dosen dan staf Prodi D III kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung
7. Kedua orang tua tercinta, kakak serta adik yang telah memberikan dukungan dan do'a yang tida henti

8. Sahabat-sahabat tercinta yang selalu mendukung dan sama-sama sedang berjuang untuk menyelesaikan tugas akhir
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas dukungan dan do'a yang telah diberikan

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan dalam penyusunan oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca untuk memperbaiki di masa yang akan datang.

Semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak yang membaca.

Wasalamualikum Wr.Wb

Bandung, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Bagi Peneliti.....	8
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	8
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
2.1 Preeklamsi	9
2.1.1 Pengertian Preeklamsi.....	9
2.1.2 Faktor Resiko Preeklamsi	10
2.1.3 Patofisiologi Preeklamsi	12
2.1.4 Tanda dan Gejala	14
2.1.5 Diagnosa	15
2.1.6 Komplikasi.....	16
2.1.7 Asuhan Kebidanan Yang Diberikan	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.2 Indeks Massa Tubuh	21
2.2.1 Pengertian	21
2.2.2 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh	21
2.2.3 Faktor Yang Berhubungan Dengan Indeks Massa Tubuh	23

BAB III METODOLOGI PENELITIAN	26
3.1 Desain Penelitian.....	26
3.2 Variabel Penelitian	26
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	26
3.3.1 Populasi	26
3.3.2 Sampel.....	27
3.4 Kerangka Pemikiran.....	28
3.4.1 Kerangka Pemikiran.....	28
3.4.2 Kerangka Konsep	30
3.5 Definisi Oprasional	31
3.6 Rancangan Analisis dan Hasil Penelitian.....	31
3.7 Rencana Pengolahan Data.....	33
3.8 Langkah-langkah Penelitian.....	33
3.8.1 Tahap Persiapan	33
3.8.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	34
3.8.3 Tahap akhir.....	34
3.8.4 Waktu dan Tempat	34
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	35
4.1 Hasil Penelitian	35
4.1.1 Analisis Univariat.....	35
4.1.1.1 Kejadian Preeklamsi.....	35
4.1.1.2 Kejadian Obesitas.....	36
4.1.2 Analisi Bivariat	37
4.1.2.1 Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi.....	37
4.2 Pembahasan.....	38
4.2.1 Kejadaian Preeklamsi.....	38
4.2.2 Kejadian Obesitas.....	39
4.2.3 Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi.....	41

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	45
5.1 Kesimpulan	45
5.2 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	47

DAFTAR TABEL

2.1 Klasifikasi Nilai IMT	22
3.5 Definisi Oprasional	31
4.1 Distribusi Ferekuensi Responden Berdasarakn Kejadian Preeklamsi Di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung	35
4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kejadian Obesitas Di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung	36
4.3 Distribusu Frekuensi Responden Berdasarkan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi Di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung	37

DAFTAR BAGAN

3.1 Kerangka Konsep.....	30
--------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera.(1)

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan wanita bersalin merupakan masalah besar di berbagai negara. Menurut WHO (*World Health Organization*), WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu pertahunnya meninggal saat hamil dan bersalin. Di dunia dari 100.000 kelahiran tingkat kematian ibu mencapai 400 jiwa. Di negara berkembang rata-rata angka kematian ibu mencapai 440 per 100.000 kelahiran hidup.(1)

WHO melaporkan, kejadian preeklampsia dan eklampsia di dunia masih tergolong cukup tinggi. Angka kejadian preeklampsia sebanyak 861 dari 96.494 ibu hamil dan eklampsia sebanyak 862 dari 96.497 ibu hamil.(1)

Secara keseluruhan, preeklampsia dan eklampsia terjadi kurang lebih 14% kematian maternal per tahun yaitu sekitar 50.000-75.000 kematian. Preeklampsia merupakan penyakit yang bisa mengakibatkan 17,6% kematian maternal.(1)

Preeklampsia merupakan penyebab kematian kedua terbesar pada kehamilan di dunia. Kematian pada umumnya terjadi akibat

keterlambatan penanganan serta ketidaktahuan ibu mengenai Preeklampsia. Preeklampsia adalah kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari: hipertensi, dan proteinuria. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2008, angka kejadian preeklampsia di seluruh dunia berkisar antara 0,51%-38,4%.(1)

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia secara Nasional dari tahun 1994 sampai dengan tahun 2007. Berdasarkan SDKI survei terakhir tahun 2007 (AKI) Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara target *Millennium Development Goal* (MDG's) menargetkan angka kematian ibu tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.(2)

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil.(3)

Angka kematian ibu akibat preeklampsia di Indonesia adalah antara 9,8% sampai 25%. Kejadian reeklampsia di Indonesia diperkirakan 3,4% sampai 8,5%.(3) Di Indonesia, preeklampsia berat dan eklampsia merupakan penyebab kematian ibu berkisar 15-25%. Sedangkan kematian bayi antara 45-50%.(3)

Indonesia mempunyai angka kejadian preeklampsia sekitar 7-10% dari seluruh kehamilan. Kejadian preeklampsia dan eklampsia menempati peringkat kedua dari seluruh kasus yang menimpa ibu hamil.(4)

Berdasarkan distribusi persentase penyebab kematian ibu melahirkan sebesar 28% perdarahan, 24% eklampsia, 11% Infeksi, 5% abortus, 5% persalinan lama, 3% emboli obat, 8% komplikasi masa puerperium, 11 % lain – lain.(4)

Salah satu penyebab kematian terbanyak adalah preeklampsia dan eklampsia yang bersama infeksi dan pendarahan, diperkirakan mencakup 75-80 % dari keseluruhan kematian maternal. Kejadian preeklampsia eklampsia dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat apabila CFR PE-E mencapai 1,4%-1,8%.(5)

Penyebab utama yang menyumbang angka kematian ibu yaitu perdarahan sebanyak 32 %, hipertensi dalam kehamilan 25 %, infeksi 5 %, partus lama 5 %, penyebab lain 1 %. Penyebab lain-lain yaitu 32 % cukup besar, termasuk didalamnya penyebab penyakit non obstetrik.(3)

Kriteria minimum untuk mendiagnosis preeklampsia adalah adanya hipertensi disertai proteinuria minimal.¹¹ Hipertensi terjadi ketika tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg dengan pengukuran tekanan darah sekurangkurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Kemudian, dinyatakan terjadi proteinuria apabila terdapat 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan $\geq 1+$ dipstick.(6)

Indeks masa tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Berat badan kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi,

sedangkan berat badan lebih akan meningkatkan resiko terhadap penyakit degeneratif.(7)

Obesitas merupakan faktor risiko yang telah banyak diteliti terhadap terjadinya preeklampsia. Obesitas memicu kejadian preeklampsia melalui beberapa mekanisme, yaitu berupa superimposed preeklampsia, maupun melalui pemicu-pemicu metabolit maupun molekul-molekul mikro lainnya. Risiko preeklampsia meningkat sebesar 2 kali lipat setiap peningkatan berat badan sebesar 5-7 kg/m² selain itu ditemukan adanya peningkatan risiko preeklampsia dengan adanya peningkatan IMT. Wanita dengan IMT > 35 sebelum kehamilan memiliki risiko empat kali lipat mengalami preeklampsia dibandingkan dengan wanita dengan IMT 19- 27. Beberapa studi juga menemukan bahwa pada wanita dengan IMT < 20 risiko preeklampsiannya berkurang. Risiko terjadinya preeklampsia karena tingginya IMT kemungkinan disebabkan oleh hubungannya dengan peningkatan risiko terjadinya hipertensi.(8)

Banyak faktor yang telah diketahui mempengaruhi terjadinya preeklampsia salah satunya adalah obesitas pada ibu hamil. Dengan adanya kenaikan berat badan sebesar 5-7 kg/m² akan memiliki peluang terjadinya preeklampsia sebesar 2 kali lipat. selain itu ditemukan adanya peningkatan risiko preeklampsia dengan adanya peningkatan IMT. Wanita dengan IMT > 35 sebelum kehamilan memiliki risiko empat kali lipat mengalami preeklampsia dibandingkan dengan wanita dengan IMT 19- 27. Beberapa

studi juga menemukan bahwa pada wanita dengan IMT < 20 risiko preeklamsianya berkurang.(7)

Faktor-faktor seperti inflamasi, resistensi insulin, dislipidemia, stres oksidatif, serta diet berhubungan dengan peningkatan kadar ADMA. ADMA adalah suatu inhibitor endogen dari Nitrit oxide sintase (NOS) yang akan meningkat pada wanita obesitas dan akan mempengaruhi terjadinya preeklamsia. Maka dari itu dalam perencanaan kehamilan diperlukan perhatian dalam pengaturan makanan seperti diet tinggi protein, dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan karena terbukti bahwa obesitas dapat mempengaruhi terjadinya preeklamsia.(8)

Angka kematian ibu di Jawa Barat tahun 2014 sebesar 73 per 100.000 kelahiran hidup, jika dibandingkan dengan proporsi angka kematian ibu tahun 2015 yang ditargetkan maka angka kematian ibu di Provinsi Jawa Barat sudah berada dibawah target nasional tahun 2015.(3)

Sedangkan jumlah angka kematian ibu di Kota Bandung tahun 2014 melaporkan sebanyak 30 kasus kematian. Angka ini menurun dari tahun sebelumnya sebesar 4 kasus kematian menjadi 26 kasus kematian di tahun 2015.(3)

Puskesmas Kabupaten Bandung diantaranya Puskesmas Rancaekek kejadian preeklamsia pada tahun 2017 sebanyak 36 kasus. Di Puskesmas Nagreg kejadian Preeklamsi sebanyak 20 kasus. Di Puskesmas Ibum kejadian preeklamsi sebanyak 29 kasus.(23)

Dari data yang didapat kejadian preeklamsi terbanyak terjadi di puskesmas Rancaekek sebanyak 36 kasus preeklamsi sehingga peneliti memilih untuk dijadikan tempat penelitian.

Preeklamsi merupakan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan. Penyakit ini ditandai dengan adanya hipertensi, protein uria dan odema serta kondisi terburuk yaitu kejang atau koma.(9)

Penyakit hipertensi mempersulit 5 hingga 10 persen kehamilan bersama perdarahan dan infeksi, mereka membentuk suatu trias klasik yang mematikan, yang berperan pada angka kesakitan dan kematian. WHO mengevaluasi kematian ibu diseluruh dunia secara sistematis. Di negara maju 16 persen kematian ibu disebabkan oleh hipertensi. Presentasi ini lebih besar dari tiga penyebab utama kematian lain. Kematian terkait hipertensi sebenarnya dapat dicegah. Bagaimana kehamilan saat memicu atau memperburuk hipertensi saat ini masih belum diketahui, bahkan penyakit hipertensi tetap merupakan salah satu masalah paling signifikan dan paling menarik perhatian yang belum terpecahkan di dunia obstetrik.(6)

Penerapan uji skrining preeklamsi yang efektif sejak dini sangat penting untuk membantu dimulainya terapi pencegahan (preventif). Identifikasi akurat terhadap ibu yang beresiko mengalami preeklamsi akan membantu penetapan sasaran yang perlu mendapat pemantauan lebih, sehingga ibu yang beresiko rendah terkena preeklamsi dapat berpartisipasi dalam asuhan antenatal berbasis komunitas. Faktor resiko terjadinya preeklamsia, preeklamsia umumnya terjadi pada kehamilan pertama kali, kehamilan di usia

remaja dan pada wanita usia diatas 40 tahun, riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat sebelumnya, kegemukan, gemeli, kelainan ginjal.(4)

Berdasarkan data dan uraian diatas penulis tertarik untuk menengangkat masalah **“HUBUNGAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN PREEKLAMSI DI PKM RANCAEKEK”**

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi di PKM Rancaekek?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan Obesitas Dengan Kejadian Preeklamsi di PKM Rancaekek.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran ibu bersalin yang mengalami preeklamsi di PKM Rancaekek.
- b. Mengetahui gambaran ibu yang mengalami Obesitas di PKM Rancaekek
- c. Mengetahui hubungan obesitas dengan Kejadian preeklamsi di PKM Rancaekek

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penenliti

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai media pembelajaran untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan tentang kebidanan yang didapat di perkuliahan.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi tentang hubungan Obesitas dengan kejadian preeklamsi sehingga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat dan dapat berguna berguna serta dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam penanggulangan kejadian preeklamsi.

1.4.3 Bagi Peneliti Peneliti Selanjutnya

Dapat bermanfaat sebagai dokumentasi, informasi pengetahuan serta bahan perbandingan antara teori dan praktik sehingga dapat digunakan sebagai sumber perbandingan penelitian selanjutnya

BAB II

TIJNAUAN TEORI

2.1 Preeklamsia

2.1.1 Pengertian Preeklamsi

Preeklamsia berat adalah suatu keadaan pada kehamilan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau diastolik lebih dari 40 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang setidaknya berjarak 6 jam dengan ibu posisi tirah baring.(10)

Preeklamsi adalah keadaan dimana hipertensi disertai dengan proteinuria, edema atau kedua-duanya yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke-20 atau kadang-kadang timbul lebih awal bila terdapat perubahan hidatidiformis yang luas pada vili dan korialis.(10)

Preeklamsi adalah sindrom spesifik kehamilan berupa berkurang perfusi organ akibat vasospasme, aktif endotel.(11)

Preeklamsi dan eklamsi merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan selama masa nifas, yang terdiri atas trias gejala, yaitu hipertensi, proteinuria dan edema, kadang-

kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tandatanda kelainan vaskular atau hipertensi sebelumnya.(12)

2.1.2 Faktor Resiko Preeklamisa

Beberapa faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia antara lain :

A. Primigravida

Primigravida diartikan sebagai wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Preeklampsia tidak jarang dikatakan sebagai penyakit 8 primagravida karena memang lebih banyak terjadi pada primigravida daripada multigravida.(11)

B. Primipaternitas

Primipaternitas adalah kehamilan anak pertama dengan suami yang kedua. Berdasarkan teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin dinyatakan bahwa ibu multipara yang menikah lagi mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya preeklampsia jika dibandingkan dengan suami yang sebelumnya.(13)

C. Umur yang ekstrim

Kejadian preeklampsia berdasarkan usia banyak ditemukan pada kelompok usia ibu yang ekstrim yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun(14), tekanan darah meningkat seiring

dengan penambahan usia sehingga pada usia 35 tahun atau lebih terjadi peningkatan risiko preeklamsia.

D. Hiperplasentosis

Hiperplasentosis ini misalnya terjadi pada mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar.(13)

E. Riwayat pernah mengalami preeklamsia

Wanita dengan riwayat preeklamsia pada kehamilan pertamanya memiliki risiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami preeklamsia lagi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan preeklamsia pada kehamilan keduanya, maka bila ditelusuri ke belakang ia memiliki 7 kali risiko lebih besar untuk memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan pertamanya bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami preeklamsia di kehamilannya yang kedua.(15)

F. Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklamsia

Riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklamsia akan meningkatkan risiko sebesar 3 kali lipat bagi ibu hamil. Wanita dengan preeklamsia berat cenderung memiliki ibu dengan riwayat preeklamsia pada kehamilannya terdahulu.(15)

G. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Pada penelitian yang dilakukan oleh Davies dkk dengan menggunakan desain penelitian case control study dikemukakan bahwa pada populasi yang diselidikinya wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah yang lebih banyak untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini.(16)

H. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko preeklampsia dan risiko semakin besar dengan semakin besarnya IMT. Obesitas sangat berhubungan dengan resistensi insulin, yang juga merupakan faktor risiko preeklampsia. 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).(17)

Pada studi kohort yang dilakukan oleh Conde-Agudelo dan Belezian pada 878.680 kehamilan, ditemukan fakta bahwa frekuensi preeklamsia pada kehamilan di populasi wanita yang kurus (IMT <19,8) adalah 2,6% dibandingkan 10,1% pada populasi wanita yang gemuk (IMT >29,0).(17)

2.1.3 Patofisiologi Preeklamsia

Teori kelainan vaskularisasi plasenta menjelaskan bahwa pada preeklampsia tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot

arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi dan terjadi kegagalan remodeling arteri spiralis sehingga aliran darah utero plasenta menurun dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta.(6)

Plasenta yang mengalami iskemia akibat tidak terjadinya invasi trofoblas secara benar akan menghasilkan radikal bebas. Salah satu radikal bebas penting yang dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksil. Radikal hidroksil akan mengubah asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Kemudian, peroksida lemak akan merusak membran sel endotel pembuluh darah . Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut sebagai disfungsi endotel.(6)

Pada waktu terjadi kerusakan sel endotel yang mengakibatkan disfungsi sel endotel, maka akan terjadi gangguan metabolisme prostaglandin karena salah satu fungsi sel endotel adalah memproduksi prostaglandin. Dalam kondisi ini terjadi penurunan produksi prostasiklin (PGE₂) yang merupakan suatu vasodilator kuat. Kemudian, terjadi agregasi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi trombosit memproduksi tromboksan yang merupakan suatu vasokonstriktor kuat. Peningkatan produksi

bahan-bahan vasopresor (endotelin) dan penurunan kadar NO (vasodilatator), serta peningkatan faktor koagulasi juga terjadi.(6)

2.1.4 Tanda dan Gejala

a. Kriteria Minimal Preeklamsi

1. Tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
2. Protein urine melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urine dipstik > positif 1. Jika tidak didapatkan protein urine, hipertensi dapat diikuti salah satu dibawah ini :
 - 1) Trombosit <100.000/mikroliter
 - 2) Gangguan ginjal kreatin serum diatas 1,1mg/Dl atau didapatkan peningkatan kadar kreatin serum dari seblumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
 - 3) Gangguan liver peningkatan konsentrasi transaminiase 2 kali normal dan atau adanya nyer daerah epigastrik/regio kanan atas abdomen
 - 4) Gejala neurlogis stroke, nyeri kepala, gangguna visus
 - 5) Gangguan sirkulasi, oligohodramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan uteroplasenta

adanya *absent or reversed end diastolic velocity*
(ARDV)(14)

b. Kriteria Preeklamsi Berat

1. Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada duakali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
2. Trombosit <100.000/mikroliter
3. Gangguan ginjal, kreatin serum diatas 1,1m/dl dan didapatkan peningkatan kadar kreatin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
4. Gangguan liver, peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri didaerah epigastrik/regio kanan atas abdomen
5. Gejala neurologis, stroke, nyeri kepala, gangguan visus
6. Gangguan sirkulasi, oligohidramnion, (FGR) atau didapatkan uteroplasenta adanya (ARDV)(17)

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis ditegakan berdasarkan kriteria preeklamsi berat sebagaimana tercantum sebagai berikut:

Preeklamsi digolongkan preeklamsi berat bila ditemukan satu lebih gejala sebagai berikut:

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat dirumah sakit dan telah menjalani tirah baring.
- b. Proteinuria lebih 5g/24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif.
- c. Oliguria, yaitu produksi urin kurang dari 500cc/24 jam.
- d. Kenaikan kadar kreatinin plasenta.
- e. Gangguan virus dan serebral : penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
- f. Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat teregangnya kapsula glisson)
- g. Edema paru-paru dan sianosis
- h. Hemolisis mikroangopatik.
- i. Trombositonemia berat : < 100.000 sel/mm³ atau penurunan trombosit dengan cepat.
- j. Gangguan fungsi hepar (kerusakan hepatoselular): peningkatan kadar alanin
- k. Pertumbuhan janin intrauterine yang terlambat
- l. Sidrom HELLP(9)

2.1.6 Kompilkasi

- a. Sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*)

- b. KID (koagulasi intravaskuler diseminata)
- c. Edema paru
- d. Gagal jantung
- e. Perdarahan otak, penyebab utama kematian matrnal pada preeklamsi
- f. Prematur
- g. IUGR(9)

2.1.7 Asuhan Kebidanan Yng diberikan Pada Preeklamsi

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan
3. Melakukan *informed consent*
4. Memasang infus RL dengan canul IV besar
5. Memasang kateter foley untuk memantau produksi urine, diperiksa setiap 4 jam, produksi urin normal ≥ 100 cc/4 jam
6. Kolaborasi dengan dr. SpOG untuk pemberian terapi dan tindakan sesuai protap:
 - a. Loading dose (dosis awal) grm Mgo4 (40% dalam 10 cc) atau (20 % dalam 20 cc) larutkan pada larutan RL 100 cc selama 15-20 menit.
 - b. Maintenance (dosis pemeliharaan) 10 grm (20% 50 cc) atau (40 % 25 cc) larutkan dalam 100 cc RL 1 gram 1 jam.

2. Terapi oral nifedipin 10 mg
3. Hamil aterm : induksi atau akselerasi
4. Hamil preterm : nilai dalam waktu 24 jam, bila masih tetap PB terminasi, bila jatuh ke PER rawat selama 3 hari
5. Rujuk jika : keratin serum ≥ 2 mg/dl, produksi urin 30cc/jam, koma telah berlangsung >24 jam
6. TD $\leq 140/90$ mmHg klien boleh pulang(15)

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengelolaan preeklamsi berat mencakup pencegahan kejang pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan suportif terhadap penyulit organ yang terlibat dalam persalinan.

Perawatan preeklamsi berat dibagi menjadi dua unsur yaitu :

- a. Pemberian obat-obatan terapi medisinalis

Penderita preeklamsi berat harus segera masuk ke rumah sakit untuk rawat inap dan dianjurkan tirah baring miring ke satu sisi (kiri). Selain itu perawatan pada pasien dengan preeklamsi berat ialah pengelolaan cairan karena penderita preeklamsi berat mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya odema paru dan oligouria. Oleh karena itu monitoring cairan input (melalui infus/oral) dan output (melalui urin) menjadi sangat penting . untuk itu pada pasien yang menderita preeklamsi berat perlu dilakukan pemasangan kateter dan urin bag untuk mengukur pengeluaran urin.

b. Pemberian obat anti kejang yaitu magnesium sulfat (Mgso4)

Mgso4 dapat menurunkn / menghambat kadar asitekolin pada rangsangan saraf dengan menghambat transmisi neuromuscular. Transmisi neuromuscular membutuhkan kalsium pada sinaps. Pada pemberian Mgso4 akan menggeser kalsium sehingga aliran rangsangan tidak terjadi. Cara pemberian Mgso4 :

1. Loading dose (dosis awal)

4 grm Mgo4 (40% dalam 10 cc) atau (20 % dalam 20 cc) larutkan pada larutan RL 100 cc selama 15-20 menit.

2. Maintenance (dosis pemeliharaan)10 grm (20% 50 cc) atau (40 % 25 cc) larutkan dalam 100 cc RL 1 gram 1 jam.

Syarat pemberian Mgso4

1. Tersedia antidotum atau Ca glukonas karena jika terjadi keracunan Mgso4 seperti hilangnya reflek patela, depresi pernafasan, oligauria, henti nafas dan henti jantung, berikan Ca glukonas 1 gram dalam 10 cc diberikan IV selama 3 menit.
2. Reflek patella positif
3. Frekuensi pernafasan >16 x permenit
4. Urin >30 cc/ jam(18)

Untuk pasien dengan preeklamsi berat obat anti hipertensi diberikan untuk merendahkan tekanan darah. Pemberian terapi

antihipertensi akan mengurangi morbiditas dan mortalitas maternal yang berkaitan dengan gagal ventrikel kiri dan perdarahan otak bila tekanan darah sistolik >160 atau diastolik > 100 mmHg terapi hipertensi yang diberikan yaitu :

1. Nifedifin

Nifedipine bekerja dengan menghambat jumlah kalsium yang menuju sel otot 'halus' di dinding pembuluh darah dan jantung, sehingga dapat mengurangi tekanan darah, mengurangi tekanan dan rata-rata detak jantung, memperluas dan membuat rileks pembuluh darah, serta meningkatkan aliran darah ke kaki dan tangan. Sel otot akan menjadi rileks dengan berkurangnya jumlah kalsium karena untuk berkontraksi, otot memerlukan kalsium. Dosis yang diberikan 10 mg per 8 jam.

2. Methil dopa (dopamet)

Metildopa termasuk kelompok obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah. Tekanan darah tinggi, atau yang biasa disebut hipertensi. Obat ini bekerja untuk mengurangi tekanan darah dengan cara melemaskan dan melebarkan pembuluh darah, akibatnya darah dan oksigen bisa bersirkulasi lebih bebas dalam tubuh. Menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi dapat menurunkan

risiko gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. Dosis 2 x 250 mg.(14)

2.2 Indeks Massa Tubuh

2.2.1 Pengertian

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Berat badan kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi, sedangkan berat badan lebih akan meningkatkan resiko terhadap penyakit degeneratif.(8)

2.2.2 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Ada rumus tersendiri untuk menghitung IMT anda yakni :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Tabel 2.1 Klasifikasi Nilai IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemeli	-	16 – 20,5

Sumber : (Prawirohadjo, 2013)

Prinsip dasar yang perlu diingat: berat badan naik perlahan dan bertahap, bukan mendadak dan drastis. Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg.

Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu:

- a. 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg
- b. 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg
- c. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg.

(Sari, Ulfa, & Daulay, 2015)

- d. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2.2.3 Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Indeks Massa Tubuh

1. Usia

Prevalensi Indeks Massa Tubuh lebih (obesitas) meningkat secara terus menerus dari usia 20-60 tahun. Setelah usia 60 tahun, angka obesitas mulai menurun.(8) Hasil survei kesehatan Inggris menyatakan bahwa kelompok usia 16-24 tahun tidak beresiko menjadi obesitas dibandingkan kelompok usia yang lebih tua. Kelompok usia setengah baya dan pensiun memiliki resiko obesitas lebih tinggi.

2. Genetik

Beberapa bukti membuktikan bahwa faktor genetik dapat memengaruhi berat badan seseorang. Lebih dari 40% variasi IMT dijelaskan dengan faktor genetik. IMT sangat berhubungan erat dengan generasi pertama keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa

orangtua obesitas menghasilkan proporsi tertinggi anak-anak obesitas.

3. Pola makan

Pola makan adalah pengulangan susunan makanan yang dapat dilihat ketika makanan itu dimakan. Terutama sekali berkenaan dengan jenis dan proporsinya, dan kombinasi makanan yang dimakan oleh individu, masyarakat atau sekelompok populasi.

Kenyamanan modern dan makanan siap saji juga berkontribusi terhadap epidemi obesitas. Banyak keluarga yang mengonsumsi makanan siap saji yang mengandung tinggi lemak dan tinggi gula. Alasan lain yang meningkatkan kejadian obesitas yaitu peningkatan porsi makan. Hal ini terjadi di rumah makan, restoran siap saji dan di rumah.

Penelitian menunjukkan bahwa orang-orang mengonsumsi makanan tinggi lemak lebih cepat mengalami peningkatan berat badan dibanding mereka yang mengonsumsi makanan tinggi karbohidrat dengan jumlah kalori yang sama. Ukuran dan frekuensi asupan makan juga memengaruhi peningkatan berat badan dan lemak tubuh.(8)

4. Kebiasaan Merokok

Kecenderungan seseorang untuk mengalami peningkatan berat badan dapat diakibatkan oleh beberapa faktor misalnya berhenti merokok. Merokok menyebabkan peningkatan rasio

metabolisme dan cenderung untuk menurunkan intake makanan dibandingkan dengan orang yang tidak merokok.

Prevalensi penduduk merokok setiap hari tinggi pada kelompok usia produktif (25-64 tahun). Pada saat ini prevalensi perokok pada laki-laki 11 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan, tetapi rata-rata rokok dihisap oleh perokok perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki (16 batang dan 12 batang).

5. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik mencerminkan gerakan tubuh yang disebabkan oleh kontraksi otot menghasilkan energi ekpenditur. Berjalan kaki, bertanam, menaiki tangga, bermain bola, menari merupakan aktivitas fisik yang baik dilakukan. Untuk kepentingan kesehatan, aktivitas fisik haruslah sedang atau bertenaga serta dilakukan hingga kurang lebih 30 menit setiap harinya dalam seminggu. Untuk penurunan badan atau mencegah peningkatan berat badan, dibutuhkan aktifitas fisik sekitar 60 menit dalam sehari

Saat ini level aktifitas fisik telah menurun secara dramatis dalam 50 terakhir, seiring dengan pengalihan buruh manual dengan mesin dan peningkatan penggunaan alat bantu rumah tangga, transportasi dan rekreasi. Rendahnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko untuk peningkatan berat badan dan sekali atau dua

kali jalan-jalan pendek setiap minggu tidak cukup untuk mengompensasi hal ini. Sebagai contoh, latihan fisik selama 30 menit per hari yang dianjurkan oleh American Heart Foundation dan WHO tidak cukup untuk mencegah peningkatan berat badan dan obesitas; latihan fisik yang dibutuhkan ialah selama 45-60 menit per hari.(7)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian yang digunakan adalah penelitian *korelasional* dengan pendekatan “*case control*”, yaitu rancangan penelitian dengan cara membandingkan kelompok kasus dengan kelompok kontrol dengan tujuan untuk mengetahui proporsi kejadian berdasarkan riwayat ada tidaknya sebuah paparan.(19)

3.2 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu(20) dalam penelitian ini variabel terdiri dari:

- a. Variabel Bebas (Independen). Variabel ini bebas dalam mempengaruhi variabel lain. Dalam penelitian ini variabel independennya adalah obesitas.