

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Pre Eklamsia

Preeklamsia merupakan keadaan yang khas pada kehamilan yang ditandai dengan gejala edema, hipertensi, serta proteinuria yang terjadi setelah usia kehamilan 28 minggu dan belum diketahui penyebabnya. Tetapi ada faktor tertentu sebagai predisposisi yaitu kekhasan pada kehamilan terutama pada primigravida, overdistensi uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi essensial, diabetes, dan disfungsi plasenta (Muzalfah dkk, 2018).

Preeklamsia dan eklampsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias : hipertensi, proteinuria dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya (Fatkhiyah dkk, 2018).

B. Gejala – Gejala Pre Eklamsia

Terjadinya peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosa. Penentuan

tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklamsia berat.

Berikut tanda- tanda atau gejala preeklamsia :

1. Sakit kepala yang keras karena vasospasmus atau oedema otak.
2. Sakit di ulu hati karena regangan selaput hati oleh haemorrhagia atau edema,atausakit kerena perubahan pada lambung.
3. Gangguan penglihatan : Penglihatan menjadi kabur malahan kadang-kadang pasien buta. Gangguan ini disebabkan vasospasmus, edema atau ablatioretinae. Perubahan ini dapat dilihat dengan ophtalmoscop.
4. Gangguan pernafasan sampai sianosis
5. Pada keadaan beratakan diikuti gangguan kesadaran

C. Macam – macam pre Eklamsia

Preeklamsia ini dibagi dalam preeklamsia ringan dan berat. Preeklamsia ringan masih dapat berobat jalan dengan diet rendah garam dan kontrol setiap minggu. Disamping itu diberikan nasihat bila keluhan makin meningkat disertai gangguan subjektif maka disarankan untuk segera kembali memeriksakan diri. Preeklamsia berat merupakan kelanjutan preeklamsia ringan (Sumampouw,2019). Preeklamsia dibagi menjadi beberapa golongan yaitu: (Utami dkk,2020)

1. Preeklamsia ringan,bila disetai keadaan sebagai berikut:
 - a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau

lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih pada usia kehamilan 20 minggu dengan riwayat tekanan darah sebelumnya normal.

- b. Proteinuria $\geq 0,3$ gr perliter atau kuantitatif 1+ atau 2+ pada urine keteter atau midstream
2. Preeklamsia berat, bila disetai keadaan sebagai berikut:
- a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
 - b. Proteinuria 5 gr perliter atau lebih dalam 24 jam atau kuantitatif 3+ atau 4+
 - c. Oliguri, yaitu jumlah urine $<500\text{cc}$ per 24 jam
 - d. Adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, dan rasa nyeri diepigastrium
 - e. Terdapat edema paru dan sianosissi hati
 - f. Pertumbuhan janin terhambat
3. Eklamsia : pada umumnya gejala eclampsia didahului dengan semakin memburuknya preeklamsia. Apabila keadaan ini tidak dikenali dan diobati segera maka akan timbul kejang terutama pada saat persalinan. Eklampsia merupakan keadaan langka yang tidak dapat terjadi mendadak tanpa didahului preeklamsia, yang ditandai dengan terjadinya kejang. Kejang biasanya didahului adanya peningkatan intensitas preeklamsia, gejala majemuk yang bertambah, mata yang berputar-putar, kedutan, dan pernapasan yang tidak teratur.

D. Pencegahan preeklamsia

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, dapat menemukan tanda-tanda bahaya sedini mungkin, lalu diberikan pengobatan yang cukup supaya penyakit tidak menjadi lebih berat, selalu waspadai terhadap kemungkinan terjadinya preeklamsia. Walaupun timbulnya preeklamsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi sepenuhnya, namun frekuensi terjadinya masih dapat dikurangi dengan pelaksanaan pengawasan yang baik pada ibu hamil (Hasliani & Rahmawati,2017)

E. Penanganan Preeklamsia

Konsep pengobatannya harus dapat mematahkan mata rantai *iskemiaregio uteroplasenter* sehingga gejala hipertensi dalam kehamilan dapat diturunkan (Imelda & Rahmawati, 2018). Tujuan dasar penatalaksanaan untuk setiap kehamilan dengan penyulit preeklamsia adalah (Eneng dkk, 2020) :

1. Terminasi kehamilan dengan trauma sekecil mungkin bagi ibu dan janinnya
2. Lahirnya bayi yang kemudian dapat berkembang
3. Pemulihan sempurna kesehatan ibu

Berikut merupakan penanganan preeklamsia sesuai dengan jenis preeklamsianya :

1. Preeklamsia ringan

Penderita preeklamsia ringan biasanya tidak dirawat dan harus lebih sering

melakukan pemeriksaan antenatal dengan memantau tekanan darah, urine (untuk proteinuria), dan kondisi janin. Selain itu Pasien diminta untuk istirahat, dan juga konseling pasien dengan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya. Obat anti hipertensi dan diuretik belum direkomendasikan untuk digunakan pada penderita preeklamsia ringan kecuali jika terdapat edema paru, dekompensatio kordis atau gagal ginjal akut (Ramadhani, 2020)

2. Preeklamsia berat

Penanganan preeklamsia berat dan eklampsia sama, kecuali bahwa persalinan harus berlangsung dalam 12 jam setelah timbulnya kejang pada eklampsia. Semua kasus preeklamsia berat harus ditangani secara aktif (Artikasari,2019). Pengelolaan preeklamsia berat mencakup pencegahan kejang, pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan *supportif* terhadap penyulit organ yang terlibat dan saat yang tepat untuk persalinan. Pengelolaan cairan pada preeklamsia bertujuan untuk mencegah terjadinya edema paru dan oliguria. Diuretikum diberikan jika terjadi edema paru dan payah jantung. Pemberian obat anti kejang pada preeklamsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia).Obat yang digunakan sebagai anti kejang antara lain diazepam, fenitoin, dan magnesiumsulfat ($MgSO_4$) (Nirmalasari & Suciaty, 2019). $MgSO_4$ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tata laksana kejang) dan preeklamsia berat (sebagai pencegahan kejang) (Kemenkes RI, 2019).

F. Karakteristik Penyebab Pre Eklamsia

1. Umur

Kehamilan bagi wanita dengan umur muda maupun umur tua merupakan suatu keadaan yang dapat menimbulkan risiko komplikasi dan kematian ibu. Pada Umur 20-35 tahun adalah periode yang aman untuk melahirkan dengan risiko kesakitan dan kematian ibu yang paling rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Langelo, dkk (2018), menunjukan bahwa wanita umur <20 tahun dan >35 tahun memiliki risiko 3,37 kali dibandingkan wanita umur 20-35 tahun. Selain itu, hasil penelitian Asrianti (2019) menyimpulkan bahwa umur ibu hamil <20 tahun dan >35 tahun berisiko 3,144 kali mengalami preeklamsia, penelitian Salim (2005) juga menyebutkan usia ibu hamil < 20 tahun atau ≥ 35 tahun berisiko 3,615 kali lebih besar untuk mengalami preeklamsia, serta hasil penelitian Ferida (2017) menyimpulkan, ibu hamil dengan usia yang sama berisiko 3,659 kali lebih besar untuk mengalami Pre Eklamsia.

Pada umur kurang dari 20 tahun, rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya ibu hamil pada umur itu berisiko mengalami penyulit pada kehamilannya dikarenakan belum matangnya alat reproduksinya. Keadaan tersebut diperparah jika ada tekanan (stress) psikologisaat kehamilan (Hasnani, 2021).

Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun akibatnya ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat,persalinan lama dan perdarahan. Disamping

itu, pada wanita usia >35 tahun sering terjadi kekakuan pada bibir rahim sehingga menimbulkan perdarahan hebat yang bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan kematian ibu (Butar & Ester, 2018). Royston & Armstrong (2017), menyatakan bahwa wanita usia remaja yang hamil untuk pertama kali dan wanita yang hamil pada usia >35 tahun akan mempunyai risiko yang sangat tinggi untuk mengalami preeklamsia

2. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Oleh karena itu, Pendidikan sangat erat hubungannya dengan pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap dan perilaku seseorang. (Sulistiyani, 2018).

Sebanyak 93,9% penderita preeklamsia berpendidikan kurang dari 12 tahun. Ibu yang mengalami preeklamsia 63,1% memiliki pendidikan kurang dan ibu yang memiliki pendidikan rendah 2,190 akan mengalami kejadian preeklamsia dari pada ibu yang memiliki pendidikan tinggi

(Wahyuni & Rahmawati, 2018). Pendidikan seseorang berhubungan dengan kesempatan dalam menyerap informasi mengenai pencegahan dan faktor-faktor risiko preeklampsia. Tetapi pendidikan ini akan dipengaruhi oleh seberapa besar motivasi, atau dukungan lingkungan seseorang untuk menerapkan pencegahan dan faktor risiko preeklampsia / eklampsia (Putriana & Yenie, 2019)

3. Paritas

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman. 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%.

Paritas yang berisiko mengalami komplikasi yaitu apabila tidak hamil selama 8 tahun atau lebih sejak kehamilan terakhir, mengalami kehamilan dengan durasi sedikitnya 20 minggu sebanyak 5 kali atau lebih, dan kehamilan terjadi dalam waktu 3 bulan dari persalinan terakhir (Lockhart, 2016). 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 semakin tinggi kematian maternal. 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 (Komariah &

Nugroho, 2020).

4. Status Pekerjaan ibu

Faktor pekerjaan ibu dapat mempengaruhi terjadinya resiko preeklamsia/eklampsia. Wanita yang bekerja diluar rumah memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklamsia dibandingkan dengan ibu rumah tangga. Pekerjaan dikaitkan dengan adanya aktifitas fisik dan stress yang merupakan faktor resiko terjadinya preeklamsia (Nurwijayati, 2019).

Pekerjaan dikaitkan dengan adanya aktifitas fisik dan stress yang merupakan faktor resiko terjadinya preeklamsia. Akan tetapi, pada kelompok ibu yang tidak bekerja dengan tingkat pendapatan yang rendah akan menyebabkan frekuensi ANC berkurang disamping dengan pendapatan yang rendah menyebabkan kualitas gizi juga rendah. Kecuali itu pada kelompok buruh/tani biasanya juga dari kalangan pendidikan rendah kurang sehingga pengetahuan untuk ANC maupun gizi juga berkurang. Sosial ekonomi rendah menyebabkan kemampuan daya beli berkurang sehingga asupan gizi juga berkurang terutama protein. Akibatnya kejadian atau masalah-masalah dalam kehamilan seperti preeklamsia, molahidatidosa, partus prematurus, keguguran dan lain-lain (Zakiyah dkk, 2018).

5. Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya

Selama kehamilan sumber biologis dalam tubuh ibu secara sistematis terpakai dan untuk kehamilan berikutnya dibutuhkan waktu 2-4 tahun agar kondisi tubuh ibu kembali seperti kondisi sebelumnya. Apabila terjadi

kehamilan sebelum 2 tahun, kesehatan ibu akan mundur secara progresif. Jarak yang aman bagi wanita untuk melahirkan kembali paling sedikit 2 tahun. Hal ini agar wanita dapat pulih setelah masa kehamilan dan laktasi. Ibu yang hamil lagi sebelum 2 tahun sejak kelahiran anak terakhir sering kali mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan.

Ibu dengan jarak kehamilan yang dekat atau kurang dari 24 bulan mempunyai risiko terjadi preeklamsia berat yaitu 0,92 kali dibandingkan dengan seorang ibu dengan jarak kehamilan 24 bulan atau lebih. Wanita dengan jarak kelahiran <2 tahun juga mempunyai risiko dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan jarak kelahiran yang lebih lama (Trisari dkk, 2020).

6. *Antenatal Care (ANC)*

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

Pelayanan Antenatal yang diberikan sesuai dengan Standar Asuhan Kebidanan sangat mempengaruhi kondisi ibu dan janin, baik pada saat kehamilan, persalinan, maupun masa nifas (0-42 hari) dan neonatus (0-28 hari). Faktor resiko juga dapat terdeteksi sehingga penanganan dan rujukan dapat dilakukan sedini mungkin (Ningsih, 2020).

a) Kunjungan *Antenatal care (ANC)*

Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian *antenatal*

care (ANC) atau perawatan antenatal (PAN) sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu sebagai berikut (Untari & Sehmawati, 2019):

- 1) Trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu) : 1 kali
- 2) Trimester II (Usia kehamilan 12-24 minggu) : 1 kali
- 3) Trimester III (Usia kehamilan 24-36 minggu) : 2 kali

Pelayanan antenatal yang berkualitas (sesuai standar) dapat mendeteksi gejala dan tanda yang berkembang selama kehamilan. Jika ibu tidak memeriksakan diri hingga paruh kedua masa kehamilan, diagnosis hipertensi kronis akan sulit dibuat karena tekanan darah biasanya menurun selama trimester kedua dan ketiga pada wanita dengan hipertensi.

Kunjungan antenatal kurang dari 4 kali dengan demikian akan meningkatkan risiko menderita pereklampsia/eklampsia (White dkk, 2020). Pada hasil penelitian Langelo, dkk (2018) ibu yang melakukan pemeriksaan ANC kurang dari 4 kali berisiko 2,72 untuk mengalami preeklampsia, sedangkan pada hasil penelitian yang dilakukan Rozanna (2020) menunjukkan bahwa ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang tidak teratur merupakan faktor risiko terhadap kejadian preeklampsia dengan nilai OR 2.66. Rostika (2018), menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara Antenatal care dengan kejadian preeklampsia di RSUD Dr. R. Soedarsono Kota Pesuruan Jawa Timur Tahun 2018 dengan *p value* 0,004 dan ibu yang

memiliki riwayat *antenatal care* tidak lengkap lebih berisiko mengalami kejadian preeklamsia 5,7 kali dibandingkan dengan ibu yang memiliki riwayat *antenatal care* lengkap.

b) Pelayanan Standar

Pelayanan tenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi, oleh karena itu pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, terpadu, dan sesuai standar pelayanan antenatal yang berkualitas. Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan, termasuk gizi, agar kehamilan berlangsung sehat
- 2) Melakukan deteksi dini masalah, penyakit, dan penyulit/komplikasi kehamilan
- 3) Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- 5) Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan
- 6) Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi. (Bahjatul, 2019)

Sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, pelayanan antenatal pada ibu hamil diupayakan agar memenuhi standar kualitas “7T”,yaitu:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 4) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi
- 5) Pemberian tablet tambah darah (tabletFe) minimal 90 tablet selama kehamilan
- 6) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
- 7) Pelayanan teslaboratorium sederhana, minimal teshemoglobin darah (Hb) dan pemeriksaan golongan darah (jika belum pernah dilakukan sebelumnya) (Triani, 2019).

7. Riwayat Kompiliasi

Ibu yang pernah mengalami komplikasi pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya akan menghadapi risiko tinggi pada kehamilan dan persalinan berikutnya. Menurut Amiriyyah dkk (2019), ibu yang mengalami komplikasi pada kehamilan terdahulu berisiko 14 kali mengalami komplikasi pada kehamilan berikutnya dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi pada kehamilan dahulu. Selain itu, ibu yang mengalami komplikasi pada persalinan terdahulu berisiko 9 kali

mengalami komplikasi pada persalinan berikutnya dibandingkan ibu yang preeklamsia/eklampsia dapat terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronik, diabetes dan adanya riwayat preeklamsia/eklampsia sebelumnya.

8. Penyakit Kronik

Riwayat penyakit kronis seperti hipertensi dan *diabetes mellitus* dapat menyebabkan kesehatan dan pertumbuhan janin terganggu dan dapat terjadi penyulit selama kehamilan. Apabila ibu hamil memiliki hipertensi maka resiko terjadinya lahir mati, retardasi pertumbuhan janin, dan preeklampsia akan menjadi lebih besar. Sedangkan ibu yang memiliki penyakit diabetes mellitus (DM) akan meningkatkan mortalitas perinatal sebesar 3-5%. Sedangkan kejadian anomali kongenital berisiko lebih tinggi 6-12% dibandingkan dengan ibu hamil tanpa DM 2-3% (Dartiwen dkk, 2019).

G. Faktor – faktor yang berhubungan dengan Preeklamsia

1. *Primigravida*

Yang perlu diketahui, kategori rawan ternyata hanya berlaku pada kehamilan anak pertama. Sedangkan pada kehamilan kedua dan ketiga, risiko akan menurun dengan sendirinya. Namun, bahaya akan kembali meningkat saat kehamilan keempat dan berikutnya karena ibu menghadapi risiko perdarahan pada proses persalinan. Kehamilan pertama dianggap berisiko karena belum adanya catatan medis tentang perjalanan persalinan

ibu. Kehamilan pertama dianggap berisiko. Pada usia rawan, risiko kehamilan anak pertama tersebut meningkat karena ada beberapa faktor ancaman tambahan (Probowati & Sulastri, 2019).

Menurut Marniati dkk (2019) pada primigravida frekuensi preeklamsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida terutama primigravida muda.

2. Kejadian kehamilan ganda

Kehamilan ganda disebut juga dengan kehamilan kembar. Jika pada ovulasi dilepaskan lebih dari 1 sel telur dan kemudian diikuti dengan pembuahan, maka akan terjadi kehamilan ganda. Pada kehamilan kembar berat badan bayi lebih ringan dari pada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Sampai dengan usia kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan janin tunggal. Setelah itu kenaikan berat badannya lebih kecil, mungkin karena regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah plasenta mengurang. Berat badan janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan dari pada janin kehamilan tunggal. Berat badan bayi yang baru lahir umumnya pada kehamilan kembar kurang dari 2500 garam. Selain itu berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50 sampai 1000 gram. Padahamil kembar, peregangan rahim berlebihan, sehingga melewati batas toleransinya dan seringkali terjadi lahir prematur. Terjadinya preeklamsia lebih sering pada kehamilan kembar/ganda, karena peregangan uterus yang berlebihan menyebabkan aliran darah keuterus

berkurang (Hasliani & Rahmawati, 2019).

3. Diabetes

Diabetes merupakan suatu penyakit di mana tubuh tidak menghasilkan insulin dalam jumlah cukup atau sebaliknya, tubuh kurang mampu menggunakan insulin secara maksimal (walaupun jumlah insulin sudah cukup). Insulin adalah hormon yang dihasilkan pankreas, yang berfungsi mensuplai glukosa dari darah ke sel-sel tubuh untuk dipergunakan sebagai bahan bakar tubuh (Aulya dkk, 2021).

Kehamilan dapat mempengaruhi timbulnya timbulnya penyakit diabetes pada seseorang. Sejak kehamilan terjadilah perubahan tingkat karbohidrat dalam tubuh ibu. Hal itu terjadi selama dalam kehamilan diperlukan energi yang lebih dari biasanya bagi pertumbuhan janin. Namun, intake atau asupan karbohidrat yang meningkat dapat membuat persediaan hormon insulin dalam tubuh tidak mencukupi. Peran hormon ini adalah mengendalikan kadar gula dalam darah yang diubah dari karbohidrat tersebut. Akibatnya terjadilah penimbunan kadar gula yang tinggi dalam darah yang menyebabkan kenaikan kadar gula darah. Gejala keluhan yang paling khas adalah banyaknya kencing, banyak minum, dan banyak makan.

4. Hipertensi

Hipertensi atau penyakit darah tinggi terjadi karena adanya pembuluh darah yang menegang sehingga membuat tekanan darah meningkat. Gejala yang umum dialami:

- a. Pusing dan sakit kepala

- b. Kadang disertai bengkak dibagian tungkai
- c. Bila dilakukan pemeriksaan laboratorium, akan ditemui adanya protein yang tinggi dalam urinnya. Tekanan darah bisa mencapai 140/90 sementara tekanan darah atas antara 100-120 dan tekanan darah bawah 70-85 (Tiara, 2020).

Pada preeklamsia hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain. Menurut Hasliani & Rahmawati (2019) Riwayat menderita hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya preeklamsia.

5. Obesitas

Wanita yang sedang hamil akan mengalami perubahan-perubahan dalam komposisi baik hormonal, sistem kardiovaskular, system trakus urinarius, dan lainnya berbeda dengan wanita tidak hamil. Pada minggu ke-6 akan terjadi peningkat anvolume cairan dan mencapai titik maksimal pada minggu ke-36 sebanyak satu setengah kali lipat disertai dengan peningkatan berat badan. Pertambahan berat badan yang berlebihan pada wanita hamil kelak dapat menimbulkan masalah (Nadiya & Fazira, 2021).

Wanita yang berlebihan berat badan akan gemuk (obesitas) biasanya akan menghadapi risiko lebih besar dibanding wanita yang pertambahan berat badannya normal. Wanita dengan obesitas kemungkinan menghadapi masalah medis tertentu, misal munculnya gejala diabetes pada kehamilan dan tekanan darah tinggi. Wanita yang menderita tekanan darah tinggi beresiko terjadi preeklamsia disertai edema. Pada keadaan ini tekanan darah naik dengan tajam dan dalam air kencing

terdapat protein. Kalau tidak segera diatasi, keadaan ini dapat berkembang menjadi eklamsia yang disertai gejala kejang-kejang. Obesitas tentu saja sangat berisiko bagi keselamatan ibu dan janinnya. Obesitas pada ibu hamil bisa berisiko keguguran, preeklamsia, dan tindakan caesar saat bersalin (Hutasoit dkk, 2018). Menurut Yuliani dkk (2018), obesitas merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia.

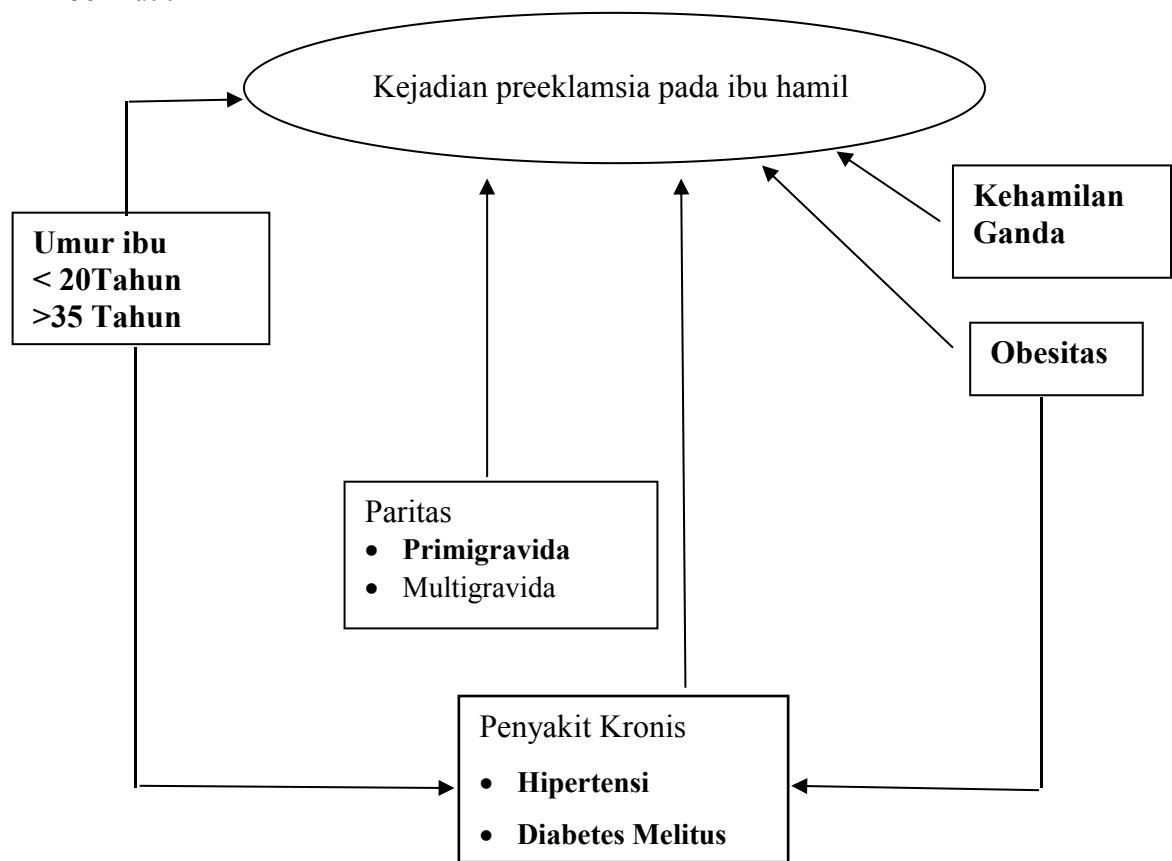
6. Umur Ibu

Usia wanita mempengaruhi risiko kehamilan. Berdasarkan statistik usia muda dianggap berisiko bagi kehamilan yaitu dibawah usia 20 tahun dan diatas 35 tahun. Risiko kehamilan pada ibu yang terlalu muda biasanya timbul merekabelum siap secara psikis maupun fisik. Beberapa organ reproduksi seperti rahimbelum cukup matang untuk menanggung beban kehamilan. Bagian panggul juga belum cukup berkembang sehingga bisa mengakibatkan kelainan letak janin. Kemungkinan komplikasionalnya adalah terjadinya preeklamsia (Ramie dkk, 2018). Jika usia ibu diatas 35 tahun maka kehamilannya diaanggap rawan, sebab tingkat morbiditas dan mortalitasnya memang meningkat. Risiko kehamilan yang akan dihadapi pada premigravida tua hampir mirip pada primigravidamuda. Hanya saja, karena faktor kematangan fisik yang dimilikimaka ada beberapa faktor risiko yang akan berkurang pada premigravida tua. Panggulnya juga sudah berkembang baik. Bahaya yang mengancam premigravidatua justru berkaitan dengan fungsi organ reproduksi di atas usia 35 yang sudah mulai menurun, sehingga bias mengakibatkan perdarahan pada proses persalinan

dan preeklamsia (Ramie dkk, 2018).

H. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, disusun kerangka teori sebagai berikut :



Keterangan :

Tulisan yang dicetak tebal adalah Variabel Diteliti

Bagan 2. 1 Kerangka Teori Kejadian Preeklampsi

Sumber : Mc Charty dan Mainne (1992) dimodifikasi oleh Astuti (2015)