SKRIPSI

FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS ANTANG

Oleh:

JUNITA RAHAKRATAT

A1C324008

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERSITAS MEGAREZKY

MAKASSAR

2025

FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS ANTANG

Disusun Dan Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Di Program Studi Pendidikan Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar

Oleh:

JUNITA RAHAKRATAT

A1C324008

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERSITAS MEGAREZKY

MAKASSAR

2025

HALAMAN PENGESAHAN

Pada Hari ini Jumat Tanggal 15 Bulan Agustus Tahun, bertempat di Ruang Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Megarezky, telah dilaksanakan Ujian Skripsi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Sarjana Keperawatan terhadap mahasiswa atas nama:

Nama : Junita Rahakratat
NIM : A1C324008
Program Studi :Pendidikan Profesi Ners
Jenjang : Strata 1
Judul Skripsi : Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Yang telah diuji oleh Tim Penguji Skripsi, sebagai berikut:

Tim Penguji	**Tanda Tangan**
1. Sultan, S.Kep., MSN.	(.....)
2. Ayu Lestari, S.Kp., M.Kep	(.....)
3. Nusdin, S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)

Mengetahui,

Dekan,

Dr. Wilma, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0920018501

Ketua Program Studi,

Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIDN. 0914048306

ABSTRAK

Junita Rahakratat (A1C324008) "Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang" Dibimbing oleh Ayu Lestari dan Nusdin. XII + 102

Latar Belakang : Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang tergolong serius serta berpotensi membahayakan keselamatan ibu serta janin. Beberapa faktor, termasuk usia ibu, paritas, jarak antar kehamilan, obesitas, serta usia kehamilan, diduga berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Tujuan : Mengidentifikasi faktor berhubungan akan terjadinya preeklampsia ibu hamil di Puskesmas Antang. Metode : penelitian memakai desain *case control* dari pendekatan retrospektif, Analisis data dijalankan memakai uji *chi-square* tingkat signifikansi 0,05. Hasil : analisis menyatakan jika usia, paritas, jarak kehamilan, obesitas, serta usia kehamilan akan kejadian preeklampsia menunjukkan hubungan yang signifikan. Kesimpulan : tingkat kepercayaan 95%, terlihat bahwa nilai signifikansi sebesar $\rho = 0{,}000 < \alpha = 0{,}05$, yang menunjukkan jika H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hal ini berarti ada hubungan atau keterkaitan antara satu variabel dengan variabel lainnya. Saran: perlu dilakukan pemantauan antenatal lebih intensif pada ibu hamil dengan jarak kehamilan berisiko, obesitas, dan usia kehamilan kurang bulan. Edukasi mengenai perencanaan kehamilan yang sehat, pengendalian berat badan, serta deteksi dini gejala preeklampsia perlu ditingkatkan guna mengurangi risiko komplikasi.

Kata Kunci : Jarak Kehamilan, obesitas, Paritas Preeklampsia, usia,

Litteratur : 32 (2019-2020)

ABSTRACT

Junita Rahakratat (A1C324008). *Factors Associated with the Incidence of Preeclampsia in Pregnant Women at Antang Health Center (Supervised by Ayu Lestari and Nusdin).*

Background: *Preeclampsia is a pregnancy complication that can endanger both maternal and fetal safety. Several factors, including maternal age, birth spacing, obesity, and gestational age, are suspected to contribute to an increased risk of preeclampsia.* ***Objective:*** *To identify factors associated with the incidence of preeclampsia in pregnant women at Antang Health Center.* ***Method:*** *This study employed a case-control design with a retrospective approach. Data were analyzed using the chi-square test with a significance level of 0.05.* ***Results:*** *The analysis showed that maternal age, parity, birth spacing, obesity, and gestational age were significantly associated with the incidence of preeclampsia.* ***Conclusion:*** *At a 95% confidence level, the results showed a significance value of $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, indicating rejection of H0 and acceptance of H1. This means there is a strong relationship or interrelation between these variables and the incidence of preeclampsia.* ***Recommendation:*** *More intensive antenatal monitoring is recommended for pregnant women with risky birth spacing, obesity, or advanced maternal age. Education on pregnancy planning, healthy lifestyle, weight management, and early detection of preeclampsia symptoms is necessary to reduce the risk of complications.*

Keywords: *Birth spacing, obesity, parity, preeclampsia, age.*

Literature: 17 (2019-2020)



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat, taufik, serta hidayah-Nya, hingga penulis bisa menuntaskan skripsi berjudul: "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Preeklampsia pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang, Kota Makassar". Skripsi disusun sebagai syarat mendapatkan gelar Sarjana pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Megarezky.

Skripsi ini yakni hasil kerja keras dan dedikasi penulis dalam upaya memperoleh hasil terbaik. Namun, penulis sadar jika masih ada kekurangan serta ketidaksempurnaan di dalam penyusunannya.

Penulis menemui sejumlah kesulitan dan hambatan saat menyusun skripsi ini. Tapi, berkat ketekunan, semangat pantang menyerah, serta dukungan dari banyak pihak, skripsi ini bisa diselesaikan. Sehingga, dengan penuh hormat, penulis ingin menyampaikan terima kasih serta penghargaan sebesar-besarnya kepada: Pertama, keluarga tercinta, Ayahanda Alexander Rahakratat dan Ibunda Enggelina Sedubun, serta Ayahanda Essau Kasil Rahakratat dan Ibunda Fransina Ruslau, atas kasih sayang, perhatian, doa, serta pengorbanan yang tiada henti. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada seseorang istimewa yang kehadirannya memberi dukungan, perhatian, serta motivasi hingga penulis lebih giat menyelesaikan skripsi ini.

Selanjutnya, kepada Ibu Ayu Lestari, S.Kp., M.Kep. selaku Pembimbing I, Serta Ns. Nusdin, S.Kep., M.Kep. selaku Pembimbing II, atas kesabaran, keikhlasan, serta bimbingan dan arahan yang diberikan selama proses penyusunan skripsi. Terima kasih juga disampaikan kepada Sultan S.Kep., MSN. selaku penguji, dimana sudah memberi masukan dan arahan demi penyempurnaan proposal ini. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Dr. H. Alimuddin, S.H., M.H., M.Kn selaku Pembina Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar.

2. Moeh Noer Alim Qalby, S.H., L.LM selaku Ketua Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar.
3. Prof. Dr. Anwar Ramli, S.E., M.Si selaku Rektor Universitas Megarezky.
4. Dr. Wilma S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan.
5. Ns. Iqwan Syarif, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
6. Semua dosen serta staf Universitas Megarezky dimana sudah memberi kemudahan serta dukungan selama proses pendidikan.
7. Bapak/Ibu Direktur Puskesmas Antang Kota Makassar atas izin yang diberikan untuk pelaksanaan penelitian.
8. Bapak/Ibu responden dimana bersedia meluangkan waktu berpartisipasi dalam penelitian ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa RPL kelas reguler Prodi Sarjana Keperawatan yang sudah memberi dukungan, dorongan moral, serta bantuan selama perkuliahan hingga penyelesaian pendidikan.
10. Penulis sadar jika skripsi ini masih jauh akan sempurna, sehingga penulis terbuka terhadap kritik serta saran konstruktif demi perbaikan dan pengembangan diri di masa mendatang.

Makassar, 23 Mei 2025

Junita Rahakratat

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN v
MOTTO v
HALAMAN PERSEMBAHAN v
CURRICULUM VITAE vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR BAGAN x
DAFTAR TABEL xi
ABSTRAK xii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang Masalah 1
B. Rumusan Masalah 4
C. Tujuan Penelitian 4
D. Manfaat Penelitian 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
A. Tinjauan Umum Kehamilan 6
B. Tinjauan Umum Preeklampsia 11
C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia 22
D. Kerangka Teori 26
E kerangka Konsep 27
F Hipotesis 28
BAB III METODE PENELITIAN 32
A. Desain Penelitian 32
B. Variabel Penelitian 32
C. Definisi Operasional 34
D. Populasi dan Sampel 31
E. Tempat Dan Waktu Penelitian 35
F. Analisa Data 36

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN 38
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian 38
B. Hasil Penelitian 39
C. Pembahasan 48
BAB V PENUTUP 58
A. Kesimpulan 58
B. Saran 59
DAFTAR PUSTAKA 60
LAMPIRAN 62

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Preeklampsia adalah komplikasi kehamilan serius dan jadi penyebab utama morbiditas serta mortalitas ibu serta janin secara global. Di Indonesia, hipertensi dalam kehamilan, termasuk preeklampsia, menduduki peringkat pertama sebagai penyebab kematian ibu, dengan kontribusi sebesar 33% (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tetap tinggi, yakni 305/100.000 kelahiran hidup, sebagian besar disebabkan oleh komplikasi obstetri, termasuk preeklampsia.

Kondisi ini ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg disertai proteinuria, dengan ataupun tanpa edema, dan biasanya muncul sesudah usia kehamilan 20 minggu (WHO, 2022). Tanpa penanganan yang tepat, preeklampsia bisa berkembang jadi eklampsia, membahayakan nyawa ibu dan janin. Faktor-faktor risiko yang terkait antara lain usia ibu, paritas, jarak kehamilan, pekerjaan, riwayat hipertensi, kehamilan kembar, riwayat diabetes mellitus, serta penyakit ginjal (Dewi et al., 2024).

Secara global, preeklampsia berkontribusi terhadap lebih 50.000 kematian ibu serta hampir 500.000 kematian bayi setiap tahun. Insidensinya bervariasi berdasarkan tingkat ekonomi negara, dengan 9%–26% terjadi di negara berpenghasilan rendah dan sekitar 16% di negara berpenghasilan tinggi. Kejadian preeklampsia juga dipengaruhi oleh etnis dan ras, paling sering ditemukan pada kelompok Afrika-Amerika dan Hispanic.

Di Sulawesi Selatan, preeklampsia menempati urutan kedua menjadi penyebab kematian ibu, menunjukkan perlunya perhatian lebih dalam pencegahan dan penanganannya. Data dari Puskesmas Antang pada periode Januari–Desember 2024 mencatat 45 kasus ibu hamil dengan preeklampsia.

Penelitian oleh Amalina et al. (2022) menekankan bahwa usia ibu, paritas, dan jarak kehamilan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya preeklampsia. Selain itu, laporan lain menyebutkan bahwa preeklampsia terjadi 5–7% dari semua kehamilan serta tetap menjadi penyebab utama kematian ibu di negara berkembang.

Faktor risiko lain yang berkontribusi terhadap preeklampsia yakni usia ibu di bawah 20 tahun ataupun di atas 35 tahun, obesitas, serta kehamilan pertama (Yuniarti et al. 2023). Selain itu, preeklampsia juga dapat dipengaruhi faktor genetik serta lingkungan. Faktor genetik berkaitan dengan predisposisi ataupun kecenderungan seseorang mengalami preeklampsia berdasarkan warisan gen dari orang tua yaitu wanita dengan riwayat keluarga preeklampsia (ibu atau saudara) memiliki risiko lebih tinggi, kelainan gen pada ibu atau janin dapat mengganggu fungsi plasenta, menyebabkan tekanan darah tinggi, ketidakcocokan genetik antara ibu dan janin bisa memicu respons imun yang berlebihan. Faktor lingkungan meliputi segala sesuatu di luar tubuh yang bisa meningkatkan risiko preeklampsia. Faktor lingkungan yang bisa mempengaruhi yaitu gaya hidup tidak sehat (merokok, pola makan buruk, kurang olahraga) meningkatkan risiko, paparan polusi dan stres kronis dapat menyebabkan peradangan dan kerusakan pembuluh darah, status sosial ekonomi rendah dapat membatasi akses ke perawatan kehamilan yang baik. Penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan IMT tinggi mempunyai risiko lebih besar mengalami preeklampsia dibanding mereka yang mempunyai BB normal selama kehamilan (Nurun Ayati Khasanah et al., 2025)

Preeklampsia bukan cuma berdampak terhadap kesehatan ibu, tapi meningkatkan risiko komplikasi pada janin, seperti pertumbuhan janin terhambat, kelahiran prematur, serta hingga kematian janin (Mc Kinney et al. 2024). Oleh karena itu, pemahaman mendalam akan faktor berhubungan preeklampsia sangat penting untuk pencegahan dan penanganan yang efektif. Pencegahan preeklampsia dapat dilakukan melalui pemantauan rutin tekanan darah selama kehamilan, pengaturan pola makan, serta pemeriksaan antenatal secara berkala.

Selain itu, peningkatan kesadaran dan edukasi mengenai preeklampsia di kalangan masyarakat dan tenaga kesehatan sangat diperlukan. Deteksi dini dan pemantauan rutin selama kehamilan dapat mengurangi risiko komplikasi yang disebabkan oleh preeklampsia. Studi menunjukkan bahwa wanita yang mendapatkan pelayanan antenatal care (ANC) yang optimal memiliki risiko lebih rendah mengalami preeklampsia dibandingkan mereka yang tidak melakukan pemeriksaan rutin selama kehamilan (Atmadja et al. 2025)

Mengingat tingginya angka kejadian dan dampak serius dari preeklampsia, dalam mengidentifikasi faktor risiko spesifik yang bisa dimodifikasi, diperlukan penelitian lebih lanjut. Hal ini akan mendukung penyusunan rencana perawatan dan tindakan pencegahan yang lebih terfokus bagi ibu hamil di Indonesia. Upaya promotif serta preventif harus ditingkatkan dengan memberi edukasi pada ibu hamil mengenai pola hidup sehat dan tanda-tanda awal preeklampsia agar intervensi dapat dilakukan lebih dini.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, peningkatan akses dan kualitas antenatal care (ANC) menjadi kunci dalam upaya pencegahan dan penanganan preeklampsia. Agar intervensi dapat dilakukan dengan cepat, tenaga kesehatan profesional harus memiliki pengetahuan dan kemampuan yang diperlukan untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal dan faktor risiko preeklampsia. Untuk memberikan edukasi dan perawatan prenatal berkualitas tinggi kepada ibu hamil, bidan dan tenaga kesehatan profesional lainnya sangat penting.

Selain faktor medis, pendekatan psikososial juga penting dalam mencegah dan menangani preeklampsia. Dukungan sosial dari keluarga, lingkungan, serta akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai berperan dalam meningkatkan kesejahteraan ibu hamil dan mengurangi risiko komplikasi kehamilan. Penelitian oleh Putriani dan Asnindari (2017) menyatakan jika ibu hamil mendapatkan dukungan emosional pasangan serta keluarga mempunyai tingkat stres yang lebih rendah, sehingga berkontribusi terhadap kesehatan kehamilan yang lebih baik.

Dengan memahami dan mengatasi faktor berhubungan dengan preeklampsia, diharapkan angka kejadian serta dampak negatif dari kondisi ini

bisa diminimalisir, sehingga kesehatan ibu dan anak di Indonesia dapat lebih terjamin. Melalui penelitian yang mendalam, strategi intervensi yang tepat, serta peningkatan kesadaran masyarakat, upaya pencegahan dan penanganan preeklampsia dapat ditingkatkan demi mewujudkan generasi yang lebih sehat di masa depan. Berdasarkan latar belakang penulis tertarik menjalankan penelitian tentang ***"Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Preeklampsia Pada Ibu Hamil"***

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil. Mengingat preeklampsia merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu serta janin, maka penting untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian preeklampsia. Penelitian ini akan membahas faktor-faktor seperti usia ibu, paritas, usia kehamilan, obesitas,dan jarak kehamilan serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang dapat berkontribusi terhadap kejadian preeklampsia. Dengan memahami faktor-faktor ini, diharapkan dapat dirumuskan strategi pencegahan yang lebih efektif dalam upaya menurunkan angka kejadian preeklampsia dan meningkatkan kesehatan ibu hamil di Indonesia.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui variabel berhubungan akan prevalensi preeklampsia ibu hamil di PKM Antang, Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Diketahuinya usia ibu hamil di PKM Antang.
b. Diketahuinya paritas Ibu hamil di PKM Antang
c. Diketahuinya usia kehamilan ibu hamil di PKM Antang
d. Diketahuinya obesitas di PKM Antang

e. Diketahuinya jarak kehamilan di PKM Antang
f. Diketahuinya kejadian preeklampsia pada ibu hamil di PKM Antang
g. Diketahuinya hubungan usia preeklampsia ibu hamil di PKM Antang
h. Diketahuinya hubungan paritas preeklampsia ibu hamil di PKM Antang
i. Diketahuinya hubungan usia kehamilan dengan kejadian preeklampsia di PKM Antang
j. Diketahuinya hubungan obesitas kejadian preeklampsia di PKM Antang
k. Diketahuinya hubungan jarak kehamilan kejadian preeklampsia di PKM Antang

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Peneliti Berikutnya

Penelitian bisa menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya untuk memperdalam kajian tentang faktor risiko preeklampsia serta mengembangkan strategi intervensi yang lebih efektif dalam pencegahan dan penanganan preeklampsia.

2. Manfaat Bagi Instansi

Hasil penelitian dapat dipakai instansi kesehatan, seperti rumah sakit serta puskesmas, untuk meningkatkan pelayanan antenatal care, mengidentifikasi ibu hamil dengan resiko tinggi preeklampsia, serta menyusun kebijakan yang lebih baik dalam upaya pencegahan preeklampsia.

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian diharap bisa mengembangkan kesadaran masyarakat, khususnya ibu hamil dan keluarganya, mengenai pentingnya deteksi dini dan pencegahan preeklampsia, sehingga bisa mengurangi angka kejadian serta komplikasi akibat preeklampsia.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari proses fertilisasi, yaitu pertemuan antara spermatozoa serta ovum, dimana kemudian diikuti oleh nidasi ataupun implantasi. Kehamilan normal berlangsung selama kurang lebih 40 minggu ataupun 9 bulan 7 hari, yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2018). Kehamilan yakni periode janin berkembang di rahim seorang perempuan, dimulai dari pembuahan ketika sel sperma bertemu dengan sel telur. Rahim, yang menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi perkembangan janin, adalah tempat janin berkembang dan matang setelah pembuahan (Ratna, 2017). Masa kehamilan yang diukur dari hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga awal persalinan, yang menandai dimulainya fase pada persalinan, dikenal sebagai periode antepartum. Sementara itu, periode prenatal mencakup waktu dari HPHT sampai kelahiran bayi, menandai awal periode pascanatal. Umumnya, kehamilan berlangsung konsepsi hingga lahirnya janin, dengan lamanya masa kehamilan normal sekitar 40 minggu ataupun 9 bulan 7 hari. Berdasarkan usia kehamilan, masa kehamilan dibagi jadi 3 tahap utama (Varney et al., 2023).

a. Kehamilan triwulan pertama (0-13 minggu).
b. Kehamilan triwulan kedua (13-27 minggu).
c. Kehamilan triwulan ketiga terakhir (27-40 minggu).

2. Etiologi

Kehamilan terjadi sebagai hasil dari serangkaian proses biologis yang melibatkan sistem reproduksi pria dan wanita. Etiologi kehamilan mencakup berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan konsepsi hingga implantasi embrio dalam rahim. Berikut adalah faktor-faktor utama yang berkontribusi terhadap terjadinya kehamilan:

a. Fertilisasi (Pembuahan)

Fertilisasi merupakan proses penyatuan sel sperma sel telur dimana sudah matang di tuba falopi. Proses ini melibatkan beberapa tahapan:

1) Sperma masuk ke saluran reproduksi wanita berenang menuju tuba falopi.
2) Hanya sperma yang memiliki motilitas (pergerakan) yang baik yang mampu mencapai sel telur.
3) Saat sperma berhasil menembus lapisan pelindung sel telur (zona pelusida), maka terjadi pembuahan dan terbentuk zigot.
4) Zigot ini akan mengalami pembelahan sel dan berkembang menjadi blastokista sebelum menempel di dinding rahim (implantasi).

Fertilisasi hanya bisa terjadi jika ada keseimbangan kualitas sperma, sel telur, serta kondisi lingkungan dalam sistem reproduksi wanita.

b. Ovulasi dan Siklus Menstruasi yang Normal

Kehamilan hanya mungkin terjadi jika seorang wanita mengalami ovulasi, yakni pelepasan sel telur oleh ovarium ke tuba falopi. Sekitar hari ke-14 siklus menstruasi 28 hari, atau di pertengahan siklus, ovulasi terjadi. Faktor-faktor dapat mempengaruhi ovulasi meliputi:

1) Keseimbangan hormon (FSH, LH, estrogen, dan progesteron).
2) Usia wanita, di mana kualitas dan jumlah sel telur menurun seiring bertambahnya usia.
3) Gangguan siklus menstruasi, seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS) yang dapat menghambat ovulasi.
4) Jika ovulasi tidak terjadi, maka pembuahan tidak dapat berlangsung dan kehamilan tidak akan terjadi.

c. Kesehatan Organ Reproduksi

keadaan kesehatan organ reproduksi baik pria ataupun wanita sangat menentukan keberhasilan kehamilan. Faktor-faktor yang berpengaruh meliputi:

1) Wanita: Saluran tuba falopi harus terbuka dan berfungsi dengan baik agar sel telur dapat bertemu dengan sperma. Selain itu, kondisi rahim yang sehat diperlukan untuk implantasi embrio.
2) Pria: Testis harus menghasilkan sperma dengan kualitas serta kuantitas baik sehingga bisa membuahi sel telur.
3) Gangguan seperti endometriosis, fibroid rahim, infeksi saluran reproduksi, atau varikokel pada pria dapat menurunkan peluang kehamilan.

d. Kualitas Sperma dan Sel Telur

Sperma yang berkualitas harus memiliki jumlah yang cukup (di atas 15 juta sperma per mililiter semen), bentuk yang normal, dan pergerakan yang baik agar dapat mencapai sel telur. Sementara itu, sel telur yang sehat harus memiliki kromosom yang normal agar dapat berkembang menjadi embrio yang layak.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas sperma dan sel telur antara lain:

1) Paparan zat beracun, seperti asap rokok, alkohol, atau polusi lingkungan.
2) Kekurangan nutrisi, terutama asam folat dan zinc, yang penting untuk kesuburan.
3) Usia, karena semakin tua seseorang, semakin besar risiko kelainan genetik pada sel telur dan sperma.

e. Waktu dan Frekuensi Hubungan Seksual

Kehamilan lebih mungkin terjadi jika hubungan seksual dilakukan dalam masa subur, yakni sekitar 2-3 hari sebelum ovulasi hingga sehari sesudah ovulasi. Jika hubungan seksual dilakukan di luar periode subur, kemungkinan terjadinya kehamilan menjadi lebih kecil.

Frekuensi hubungan seksual juga berpengaruh. Hubungan seksual yang terlalu jarang dapat mengurangi peluang kehamilan, sementara terlalu sering bisa menurunkan kualitas sperma jika pria memiliki produksi sperma yang rendah.

f. Faktor Hormon

Hormon memiliki peran penting dalam mengatur proses kehamilan, mulai dari pematangan sel telur, ovulasi, hingga implantasi. Hormon yang berperan paling penting dalam proses kehamilan adalah hormon Progesteron. Hormon Progesteron mempunyai fungsi utama yaitu sebagai berikut :

1). Menebalkan dan memelihara dinding rahim (endometrium) agar siap untuk implantasi embrio.
2). Mencegah kontraksi otot rahim agar janin tidak keguguran.
3). Mendukung pertumbuhan plasenta.
4). Menekan sistem kekebalan ibu agar tidak menyerang janin (yang secara genetis merupakan benda asing).

Hormon utama yang berperan dalam kehamilan meliputi:

1) *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) serta *Luteinizing Hormone* (LH) berperan dalam pematangan folikel ovarium dan pelepasan sel telur.
2) Estrogen yang membantu menebalkan dinding rahim agar siap menerima embrio.
3) Ketidakseimbangan hormon dapat menyebabkan siklus menstruasi yang tidak teratur atau ovulasi yang tidak terjadi, sehingga menghambat kehamilan.

g. Kondisi Psikologis dan Gaya Hidup

Stres yang berlebihan dapat mengganggu keseimbangan hormon yang berperan dalam ovulasi. Kemudian, pola hidup tidak sehat misalnya kurang tidur, konsumsi makanan yang tidak bergizi, dan kurang aktivitas fisik dapat menurunkan kesuburan.

Faktor-faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi keberhasilan kehamilan meliputi:

1) Obesitas yang dapat mengganggu keseimbangan hormon dan siklus menstruasi.
2) Kekurangan nutrisi, terutama asam folat, zat besi, dan vitamin D.
3) Paparan zat berbahaya, seperti pestisida atau radiasi, yang dapat merusak sel telur dan sperma.

B. Pre-eklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia merupakan kondisi penyakit kehamilan ditandai hipertensi, edema, serta proteinuria. Preeklampsia berat ditandai dengan munculnya dua atau lebih gejala, antara lain tekanan darah sistolik 160 mmHg, diastolik 110 mmHg, proteinuria >5 g/24 jam, oliguria <400 ml/24 jam, gangguan serebral, nyeri epigastrium, edema paru, atau sianosis (Winkjosastro, 2012). Preeklampsia biasanya muncul sesudah usia kehamilan 20 minggu serta disertai proteinuria (Anissa Regita & Yulia Nur Khayati, 2024). Beberapa hal penting perlu diperhatikan terkait preeklampsia antara lain:

a. Hipertensi, yaitu tekanan darah sistolik serta diastolik 140/90 mmHg, diukur 2 kali dengan interval 4–6 jam.
b. Proteinuria, yaitu adanya protein didalam urin sebesar 300 mg selama 24 jam ataupun setara dengan 1+ menggunakan dipstik.

c. Edema, yang sebelumnya dianggap sebagai indikator preeklampsia bila terjadi pada tungkai, kini hanya edema generalisata yang dijadikan perhatian, termasuk bila terjadi peningkatan BB >0,57 kg/minggu.
d. Preeklampsia yakni sindrom spesifik kehamilan yang disebabkan oleh berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme serta aktivasi endotel. Proteinuria menjadi tanda penting dari kondisi ini, dengan ambang □300 mg atau +1 pada pemeriksaan urin (Cunningham, 2013).

2. Etiologi

Hingga kini, etiologi preeklampsia belum dapat dipastikan dengan cara lengkap. Berbagai teori telah dijelaskan dari para ahli untuk menjelaskan penyebabnya, tapi belum ada yang memberi jawaban komprehensif. Salah satu teori saat ini sering dipakai dalam menguraikan terjadinya preeklampsia yakni teori "iskemia plasenta", meskipun teori ini belum mampu menjelaskan seluruh aspek penyakit. Tampaknya, preeklampsia dan eklampsia tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal. Beberapa teori yang dikemukakan antara lain (Anissa Regita & Yulia Nur Khayati, 2024) :

a. Peran prostasikiklin dan tromboksan

   Pada preeklampsia dan serta terjadi kerusakan pada endotel vaskuler, sehingga produksi vasodilator prostasiklin oleh sel endotel plasenta menurun, sedangkan pada kehamilan normal produksinya meningkat. Sementara itu, sekresi tromboksan oleh trombosit meningkat, yang menyebabkan vasokonstriksi menyeluruh dan penurunan sekresi aldosteron. Perubahan ini mengakibatkan perfusi plasenta menurun hingga 50%, hipertensi, dan berkurangnya volume plasma.

b. Peran faktor imunologi

   Preeklampsia selalu terjadi di kehamilan pertama sebab pembentukan antibodi penghambat (*blocking antibodies*) pada *antigen plasenta* belum

optimal. Pada kondisi ini, kompleks imun humoral terbentuk dan sistem komplemen teraktivasi, yang bisa memicu munculnya proteinuria.

c. Peran faktor genetik

Preeklampsia cuma ditemukan di manusia, dan risiko meningkat pada anak dari ibu sebelumnya mengalami preeklampsia.

d. Iskemia serta uterus. Terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke uterus, yang mempengaruhi perfusi plasenta.

e. Defiensi kalsium.

Kalsium berperan dalam mempertahankan vasodilatasi pembuluh darah, sehingga kekurangannya dapat berkontribusi pada hipertensi kehamilan.

f. Disfungsi dan aktivasi dari endothelial

Kerusakan sel endotel vaskuler maternal mempunyai peran sentral di dalam pathogenesis preeklampsia. Sel endotel rusak melepaskan fibronektin, yang kadar darahnya naik dengan signifikan pada wanita hamil preeklampsia. Peningkatan fibronektin dimulai sejak trimester pertama serta terus naik seiring bertambahnya usia kehamilan.

3. Klasifikasi

Berdasarkan Heriana, Nurasiah, dan Fahmi (2013), preeklampsia bisa diklasifikasikan jadi 2 kategori utama:

a. Preeklampsia ringan

Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolik 15 mmHg maupun kenaikan sistolik 30 mmHg saat diukur dalam posisi berbaring terlentang. Pengukuran dilakukan minimal dua kali dengan jarak beberapa jam. Proteinuria tercatat lebih dari 0,3 g/L dalam urin 24 jam, atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1–2+ atau sekitar 1 g/L dalam 6 jam. Edema dapat muncul pada kaki, tangan, wajah, dan terdapat peningkatan berat badan >1 kg Perminggu.

b. Preeklampsia berat

Preeklampsia berat ditandai oleh tekanan darah 160/110 mmHg, proteinuria 5 g/L dalam urin 24 jam atau 4+ pada pemeriksaan kualitatif, serta oliguria (<500 mL urin per 2 jam). Pada kondisi ini sering ditemukan edema paru, sianosis, gangguan serebral, gangguan penglihatan, dan nyeri epigastrium. Preeklampsia berat dibagi menjadi preeklampsia berat tanpa gejala eklampsia yang akan datang (impending eclampsia) dan preeklampsia berat dengan gejala impending eclampsia, yang ditandai oleh nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, muntah, nyeri epigastrium, dan peningkatan tekanan darah progresif

4. Patofisiologi Preeklampsia

Preeklampsia bisa berkembang akibat spasme pada pembuluh darah yang disertai retensi garam serta air. Pada pemeriksaan biopsi ginjal, terlihat spasme hebat pada arteriola glomerulus, dengan beberapa kasus menunjukkan lumen arteriola menyempit sehingga hanya cukup untuk dilewati satu sel darah merah. Jika spasme terjadi pada semua arteriola, tekanan darah meningkat sebagai mekanisme kompensasi untuk mempertahankan oksigenasi jaringan. Peningkatan berat badan serta edema muncul akibat akumulasi cairan di ruang interstitial belum sepenuhnya dipahami, namun diduga berkaitan dengan retensi garam dan air. Proteinuria

kemungkinan timbul akibat perubahan pada glomerulus akibat spasme arteriola (Utami et al., 2023).

Pada kehamilan normal, kadar angiotensin, renin, serta aldosteron meningkat menjadi mekanisme kompensasi agar sirkulasi darah serta metabolisme tetap berjalan lancar. Sebaliknya, preeklampsia dan eklampsia terjadi penurunan kadar angiotensin, renin, dan aldosteron, walaupun edema, hipertensi, dan proteinuria tetap muncul. Menurut teori iskemia implantasi plasenta, bahan trofoblas yang masuk ke sirkulasi dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, sehingga menimbulkan spasme arteriola serta retensi garam dan air. Menurut Jung et al. (2022), teori iskemia pada daerah implantasi plasenta didukung oleh beberapa fakta:

a. Preeklampsia serta eklampsia lebih sering terjadi di primigravida, kehamilan kembar, serta mola hidatidosa.
b. Insidensinya naik seiring bertambahnya usia kehamilan.
c. Gejala penyakit dapat berkurang apabila terjadi kematian janin.

   Dampak preeklampsia janin termasuk vasospasmus menyeluruh, termasuk spasme arteriol spiralis deciduae, yang mengurangi aliran darah ke plasenta. Hal ini menimbulkan masalah sirkulasi fetoplacentair berperan dalam nutrisi dan oksigenasi janin. Gangguan kronis dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat karena berkurangnya pasokan karbohidrat, protein, dan faktor pertumbuhan penting lainnya.

5. Perubahan Sistem dan Organ pada Preeklampsia

Menurut Simbolon (2013), preeklampsia menimbulkan beberapa perubahan patologis, antara lain:

a. Volume plasma

   Pada kehamilan normal, volume plasma meningkat (hipervolemia) guna memenuhi kebutuhan pertumbuhan janin, dengan puncak kenaikan terjadi pada usia kehamilan 32–34 minggu. Namun, pada preeklampsia, volume plasma menurun sekitar 30–40% dibanding kehamilan normal, kondisi ini disebut hipovolemia. Hipovolemia ini dikompensasi dengan

vasokonstriksi sehingga muncul hipertensi. Penurunan volume plasma mempengaruhi fungsi berbagai organ penting. Wanita dengan preeklampsia sangat sensitif pada pemberian cairan intravena berlebihan maupun kehilangan darah saat persalinan, sehingga pemantauan cairan harus dilakukan secara ketat.

1) Hipertensi

Hipertensi menjadi tanda utama dalam menegakkan diagnosis hipertensi kehamilan. Tekanan diastolik mencerminkan resistensi perifer, sedangkan tekanan sistolik menunjukkan besarnya curah jantung. Pada preeklampsia, peningkatan reaktivitas vaskular mulai terlihat sejak usia kehamilan 20 minggu, namun hipertensi biasanya terdeteksi pada trimester kedua. Tekanan darah tinggi pada preeklampsia bersifat labil dan mengikuti ritme sirkadian normal, umumnya kembali normal beberapa hari setelah persalinan, kecuali pada preeklampsia berat, yang bisa normal setelah 2–4 minggu. Hipertensi muncul akibat vasospasme menyeluruh, dengan kriteria tekanan darah tetapi lebih menjadi tanda waspada

2) Ginjal

Perubahan fungsi ginjal pada preeklampsia disebabkan beberapa mekanisme:

a) Penurunan aliran darah ke ginjal akibat hipovolemia, yang dapat menimbulkan oliguria atau anuria.
b) Kerusakan sel glomerulus meningkatkan permeabilitas membran basal, menyebabkan proteinuria. Proteinuria biasanya muncul pada akhir kehamilan, hingga preeklampsia dapat terjadi tanpa proteinuria bila janin lahir terlebih dahulu.
c) Endoteliosis kapiler glomerulus muncul akibat pembengkakan sel endotel dan adanya deposit fibril.
d) Gagal ginjal akut dapat terjadi disebabkan nekrosis tubulus ginjal, terutama sebagian besar korteks ginjal terjadi nekrosis, yang bersifat reversibel.
e) Kerusakan jaringan ginjal intrinsik sebab vasospasme arteriola bisa diatasi pemberian dopamin untuk vasodilatasi ginjal.
f) Proteinuria dapat muncul dalam beberapa kondisi:
   (1) Proteinuria bisa muncul sebelum hipertensi, biasanya sebagai gejala penyakit ginjal.
   (2) Jika tanpa hipertensi, proteinuria dapat dianggap sebagai komplikasi kehamilan.
   (3) Tanpa peningkatan diastolik 90 mmHg, proteinuria biasanya terkait infeksi saluran kemih atau anemia; jarang muncul pada tekanan diastolik 90 mmHg.
   (4) Proteinuria merupakan syarat diagnosis preeklampsia, namun sering muncul pada akhir kehamilan
   (5) Pengukuran proteinuria dapat dilakukan melalui:

(a) Urin dipstick: 100 mg/L ataupun +1, minimal diperiksa dua kali dalam urin acak dengan interval 6 jam

(b) Pengumpulan urin 24 jam: dianggap patologis jika proteinuria 300 mg/24 jam.

6. Komplikasi

Komplikasi paling serius dari preeklampsia dan eklampsia adalah kematian ibu maupun janin. Kasus preeklampsia berat serta eklampsia, sejumlah komplikasi dapat terjadi, antara lain: solusio plasenta, hipofibrinogenemia, hemolisis (yang ditandai ikterus ataupun kerusakan sel darah merah), nekrosis periportal, perdarahan otak, gangguan penglihatan sementara (dapat berlangsung hingga seminggu), edema paru, nekrosis hati, sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, dan trombosit rendah), gangguan fungsi ginjal, serta komplikasi tambahan seperti lidah tergigit, trauma, dan pneumonia aspirasi. Preeklamsia berat juga dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan, dismaturitas, dan kelahiran prematur.

7. Pencegahan

Pemeriksaan antenatal rutin dan cermat memungkinkan deteksi dini tanda preeklampsia, hingga perawatan bisa segera diberi tanpa harus menggunakan diuretik atau obat antihipertensi. Pendekatan ini merupakan salah satu kemajuan penting dalam pelayanan antenatal yang berkualitas. Selain itu, edukasi mengenai pentingnya istirahat dan pola makan yang tepat juga berperan didalam pencegahan preeklampsia. Istirahat tidak selalu harus dilakukan sepenuhnya di tempat tidur; yang dianjurkan adalah mengurangi aktivitas fisik berat dalam kehidupan sehari-hari, serta memperbanyak waktu duduk atau berbaring secara teratur.

8. Penatalaksanaan

Turner (2010) membagi pengelolaan preeklampsia berdasarkan tingkat keparahannya menjadi preeklampsia ringan serta preeklampsia berat, yakni:

a. Pre-eklamsia ringan

Pengelolaan secara rawat jalan tidak mewajibkan tirah baring penuh, diet dapat dilakukan secara normal tanpa pembatasan garam khusus, dan tidak diperlukan pemberian diuretik, antihipertensi, atau obat redative. Indikasi rawat inap untuk preeklampsia ringan meliputi hipertensi atau proteinuria menetap lebih dua minggu, hasil pemeriksaan laboratorium abnormal, atau munculnya satu ataupun lebih gejala preeklampsia berat. Dari sisi obstetri, jika usia kehamilan kurang dari 37 minggu serta gejala tidak memburuk, kehamilan bisa dipertahankan hingga aterm. Jika usia kehamilan lebih 37 minggu dan serviks telah matang, induksi persalinan dengan oksitosin ataupun prostaglandin dapat dilakukan setelah pecah ketuban. Bila serviks belum matang, pematangan serviks dapat dilakukan menggunakan prostaglandin atau kateter Foley, ataupun dilakukan seksio sesarea jika diperlukan.

b. Pre-eklampsia berat

Segera dilakukan rujukan ke rumah sakit. Pasien dianjurkan tirah baring miring ke kiri secara intermiten, diberikan infus Ringer Laktat ataupun dekstrosa 5%, serta terapi antikejang menggunakan magnesium sulfat (MgSO4) menjadi pencegahan serta pengobatan kejang. Antihipertensi diberi jika tekanan darah 180/100 mmHg.

Perawatan sesuai usia kehamilan serta perkembangan gejala preeklampsia berat dibagi menjadi:

1) Perawatan aktif

   NST dan USG digunakan untuk memeriksa janin sebelum memulai terapi aktif.

   a) Indikasi ibu : usia kehamilan 37 minggu, muncul tanda atau gejala peringatan eklampsia, atau pengobatan konservatif tidak berhasil (misalnya, tidak ada perbaikan setelah 6 jam pemberian obat hipertensi).

   b) janin : hasil fetal assessment buruk, terdapat IUGR, atau adanya sindrom HELLP.

   Pengelolaan medis meliputi rawat inap, tirah baring miring, pemeriksaan tanda vital tiap 30 menit, pemeriksaan refleks patella tiap jam, pemberian infus dekstrosa 5% dicampur RL (60–125 cc/jam), diet tinggi protein, rendah karbohidrat, lemak, serta garam, serta pemberian MgSO4. Dosis awal MgSO4: 4 gram IV (20%) diberikan 1 gram/menit, dilanjutkan 4 gram IM di pantat kiri dan 4 gram di pantat kanan (40%), dengan xylocain 2% untuk mengurangi nyeri. Dosis ulang 4 gram IM setiap 6 jam, maksimal 2–3 hari.

2) Perawatan konservatif. Kehamilan dipertahankan dengan terapi medis tambahan.

   a) Indikasi : kehamilan preterm <37 minggu tanpa tanda impending eklampsia dan kondisi janin baik.

   b) Pengobatan medisinal : sama seperti perawatan aktif, tetapi dosis loading MgSO4 cukup diberikan intramuskular.

   c) Pengobatan obstetri : observasi serta evaluasi sama misalnya perawatan aktif tanpa terminasi kehamilan. MgSO4 dihentikan bila tanda preeklampsia ringan muncul, paling lambat 24 jam. Jika tidak ada perbaikan dalam 24 jam, dikatakan gagal dan tindakan terminasi dilakukan. Pasien preeklampsia dapat dipulangkan bila:

(1) Gejala menurun menjadi preeklampsia ringan serta telah dirawat minimal 3 hari.
(2) Jika tetap dalam kondisi preeklampsia ringan selama 3 hari, pasien dapat dipulangkan dengan perawatan lanjutan menjadi preeklampsia ringan (perkiraan lama perawatan 1–2 minggu).

C. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia

Memiliki riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, mengalami kehamilan ganda, memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami preeklamsia, menjadi primigravida atau memiliki jarak kelahiran lebih dari 10 tahun sejak persalinan terakhir, memiliki kondisi medis tertentu, mengalami obesitas, berusia di bawah 20 tahun, atau menggunakan teknik fertilisasi in vitro merupakan beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya preeklamsia (Bothamley & Maureen, 2012). Sekitar 20% ibu dengan riwayat preeklamsia dan beberapa faktor risiko berisiko mengalaminya lagi (Robson & Jason, 2012).

Selain itu, pendidikan rendah, status ekonomi lemah, dan gizi yang kurang memadai juga yakni faktor predisposisi yang dapat memicu preeklampsia (Manuaba, 2011). Secara genetis, anak perempuan dari ibu mengalami preeklampsia memiliki kemungkinan 26% terjadi preeklampsia, sementara anak laki-laki hanya sekitar 8% (Prawirohardjo, 2009).

Bertambahnya usia kehamilan, primigravida muda, usia ibu di atas 35 tahun, kelas sosial ekonomi, kehamilan yang berlangsung lebih dari 28 minggu, banyaknya kehamilan, dan hipertensi kronis merupakan variabel tambahan yang terkait dengan terjadinya preeklamsia. Kehamilan pada usia remaja memiliki risiko komplikasi, termasuk preeklampsia, sebesar 20% (Farrer, 2001).

1. Usia

a. Pengertian

Usia didefinisikan sebagai lamanya seseorang hidup sejak lahir hingga perayaan ulang tahunnya. Semakin bertambah usia, tingkat kematangan fisik, kekuatan, dan kemampuan berpikir individu cenderung meningkat (Yani, 2009).

b. Klasifikasi

Dalam konteks kehamilan, kelompok umur ibu dibagi menjadi tiga kategori: kurang 20 tahun, 20–35 tahun, serta lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2007). Ibu hamil dengan usia di bawah 20 tahun memiliki risiko komplikasi lebih tinggi dibanding usia reproduksi optimal 20–35 tahun. Hal ini dikarenakan alat reproduksi yang belum matang sepenuhnya, hingga bisa berdampak negatif pada kesehatan ibu serta pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2012).

Secara anatomis, rahim wanita di bawah 20 tahun biasanya belum berkembang sempurna, dengan ukuran rahim yang lebih kecil dan tulang panggul yang belum cukup lebar. Kondisi ini dapat membatasi ruang pertumbuhan janin, meningkatkan risiko hipertensi, dan menghambat pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2012). Dari sisi psikologis, kesiapan mental wanita muda masih rendah, yang dapat menurunkan kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan. Selain itu, risiko kanker serviks mengembangkan akibat hubungan seksual serta persalinan sebelum usia 20 tahun. Sehingga, ibu hamil muda harus mendapatkan perhatian lebih didalam pemilihan tenaga penolong persalinan (Naek L. Tobing, 2010).

Usia 20–35 tahun dianggap optimal kehamilan, karena alat reproduksi dalam kondisi paling subur, dengan jarak kehamilan ideal sekitar dua tahun (Winkjosastro, 2012). Sebaliknya, ibu hamil di atas 35 tahun mempunyai risiko lebih tinggi karena mulai terjadi proses penuaan dan degenerasi alat reproduksi, yang dapat mengganggu kehamilan serta persalinan (Winkjosastro, 2012)..

c. Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Preeklampsia

Wanita dengan usia kurang 20 tahun ataupun di atas 35 tahun berada di awal serta akhir masa reproduksi. Usia yang terlalu muda meningkatkan risiko komplikasi sebab alat reproduksi belum siap untuk mendukung kehamilan dan perkembangan janin, hingga bisa memicu preeklampsia dan eklampsia (Manuaba, 2010).

Sementara itu, wanita berusia lebih tua mempunyai risiko komplikasi melahirkan lebih tinggi dibanding usia reproduksi ideal (20–35 tahun). Selain kondisi fisik mulai menurun, risiko munculnya hipertensi, diabetes, serta penyakit lain, termasuk preeklampsia, meningkat (Mayang, 2012). Karena menurunnya fleksibilitas sendi dan kebugaran otot, wanita hamil yang lebih tua juga lebih mungkin mengalami preeklamsia, persalinan prematur, persalinan lama, keguguran, dan masalah lainnya (Murkoff, 2006).

Peningkatan umur juga berdampak pada kekakuan arteri, yang menghambat aliran darah, serta menurunnya fungsi filtrasi ginjal, yang dapat menyebabkan proteinuria dan retensi natrium serta cairan. Kondisi ini memicu peningkatan berat badan dan risiko hipertensi, sehingga ibu lanjut usia lebih rentan terhadap preeklampsia superimposed, yaitu hipertensi kronis yang diperparah kehamilan, disertai proteinuria serta edema (Cunningham, 2005).

Hasil penelitian Hanum (2013) mengenai faktor risiko preeklampsia ibu bersalin di RSUP DR. M. Djamil Padang menyatakan jika 83,3% kasus preeklampsia dipengaruhi oleh usia berisiko, yakni di bawah 20 tahun serta di atas 35 tahun.

2. Paritas

a. Pengertian

Paritas merujuk pada jumlah anak telah dilahirkan seorang wanita (Statistik, 2009). Secara lebih spesifik, paritas yakni jumlah kehamilan berakhir dengan kelahiran janin dimana mampu bertahan hidup atau kehamilan yang mencapai syarat kehidupan tertentu (Varney, 2002). Dengan

kata lain, paritas menggambarkan pengalaman persalinan seorang wanita yang melahirkan bayi hidup (Winkjosastro, 2012).

b. Klasifikasi

Dari Winkjosastro (2012), paritas diklasifikasikan menjadi tiga kategori:

1. Primipara

   Perempuan yang melahirkan untuk pertama kalinya, baik dengan bayi cukup bulan maupun prematur, dikenal sebagai primipara. Primipara, terutama perempuan yang melahirkan untuk pertama kalinya sebelum usia 20 tahun, lebih mungkin mengalami masalah, termasuk kematian janin. Hal ini disebabkan oleh ketidakmatangan organ reproduksi, termasuk kondisi endometrium yang belum optimal untuk nidasi. Faktor psikologis dan sosial, seperti kesiapan mental ibu dan menikah pada usia muda, juga memengaruhi kesehatan ibu dan janin (Winkjosastro, 2012).

2. Multipara

   Multipara yakni wanita melahirkan lebih satu anak, umumnya 2–3 anak. Pada usia reproduksi 20–35 tahun, organ reproduksi telah berfungsi optimal, endometrium siap menerima implantasi, dan kondisi fisik maupun psikologis ibu lebih stabil. Sehingga, paritas 2–3 anak dianggap paling aman segi kematian maternal serta janin (Winkjosastro, 2012).

3. Grandemultipara

   Grandemultipara merujuk pada ibu melahirkan lebih tiga kali. Ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko komplikasi kehamilan yang lebih besar, yang dapat berdampak pada hasil persalinan. Angka kematian maternal dan janin pada grandemultipara juga lebih tinggi dibandingkan multipara (Sastrawinata, 2004; Winkjosastro, 2012).

c. Hubungan *Paritas* Dengan Kejadian Preeklampsia

Preeklampsia lebih sering terjadi primigravida. Risiko preeklampsia tercatat sebesar 4% pada kehamilan pertama, dibandingkan 1,7% pada kehamilan berikutnya (Manuaba, 2008). Secara imunologis, kehamilan pertama berpotensi menimbulkan preeklampsia karena pembentukan

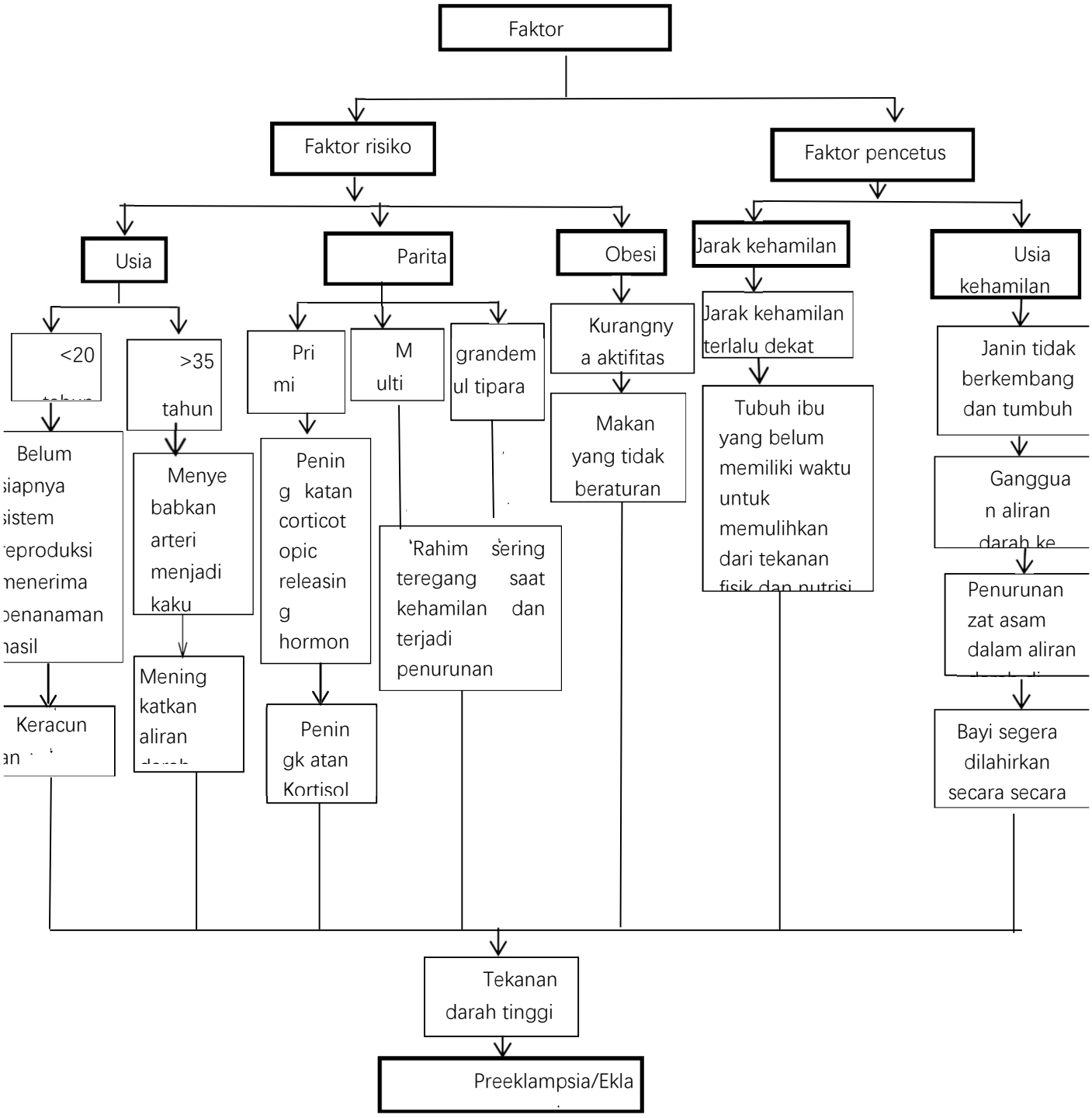
blocking antibodies pada antigen plasenta belum sempurna, hingga menurunkan toleransi imun ibu terhadap plasenta. Akibatnya, tekanan diastolik dapat meningkat 20 mmHg antara usia kehamilan 28–32 minggu, yang berkontribusi pada timbulnya preeklampsia menjelang persalinan (Bahari, 2009).

Stres emosional juga berperan. Pada primipara, stres persalinan meningkatkan pelepasan *corticotropic releasing hormone* (CRH) dari hipotalamus, selanjutnya meningkatkan kortisol dan respon simpatis, termasuk curah jantung serta tekanan darah (Corwin, 2001; dikutip dalam Artikasari, 2009). Bobak (2014) menyebutkan bahwa preeklampsia terjadi pada 85% kasus primigravida, sedangkan hanya 15% pada multigravida dan grandemultipara.

Pada ibu multigravida dan grandemultipara, preeklampsia cenderung jarang terjadi karena rahim yang sering teregang dapat menurunkan angiotensin, renin, serta aldosteron, hingga tetap terjadi edema, hipertensi, serta proteinuria, namun kasus tidak mengalami preeklampsia lebih banyak dibandingkan primigravida. Kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan secara rutin memungkinkan deteksi dini tanda-tanda preeklampsia, sehingga baik primipara maupun multipara yang mengikuti antenatal care secara teratur cenderung lebih aman.

Hasil penelitian Tigor Situmorang (2014) di Poli KIA RSU Anutapura Palu menyatakan adanya hubungan signifikan antara paritas dan kejadian preeklampsia, menegaskan pentingnya pemantauan khusus pada primigravida.

D. Kerangka Teori

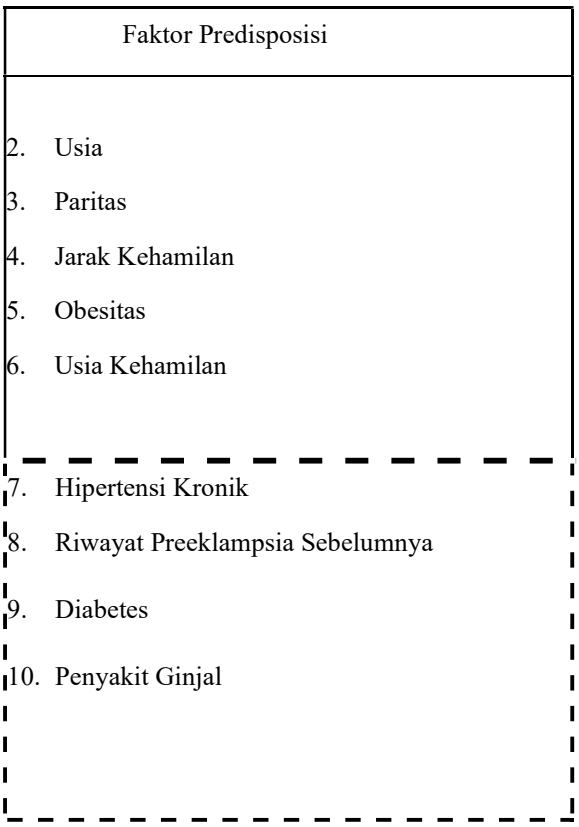


Sumber : Modifikasi Teori Bobak (2014) Manuaba (2010), Murkoff (2006),Winkjosastro(2012), Maryanti (2012), Prawirohardjo (2007)

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian mencakup variabel dependen yakni kejadian preeklampsia, serta variabel independen yang terdiri dari usia, paritas, jarak kehamilan, obesitas, dan usia kehamilan.

Bagan Kerangka konsep



Keterangan :

: Variabel diteliti

: Variabel Tidak diteliti

Preeklamp

F. Hipotesis

Hipotesis yakni jawaban sementara rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah masih bersifat sementara karena masih harus dibuktikan melalui penelitian (Sugiyono, 2017). Berdasarkan rumusan masalah, maka hipotesisnya adalah :

1. Ada Hubungan Usia Ibu Preeklampsia di Puskesmas Antang
2. Ada Hubungan Paritas Ibu Preeklampsia di Puskesmas Antang
3. Ada Hubungan Usia Kehamilan kejadian Preeklampsia di Puskesmas Antang
4. Ada Hubungan Obeitas kejadian Preeklampsia di Puskesmas Antang
5. Ada Hubungan Jarak Kehamilan kejadian Preeklampsia di Puskesmas Antang

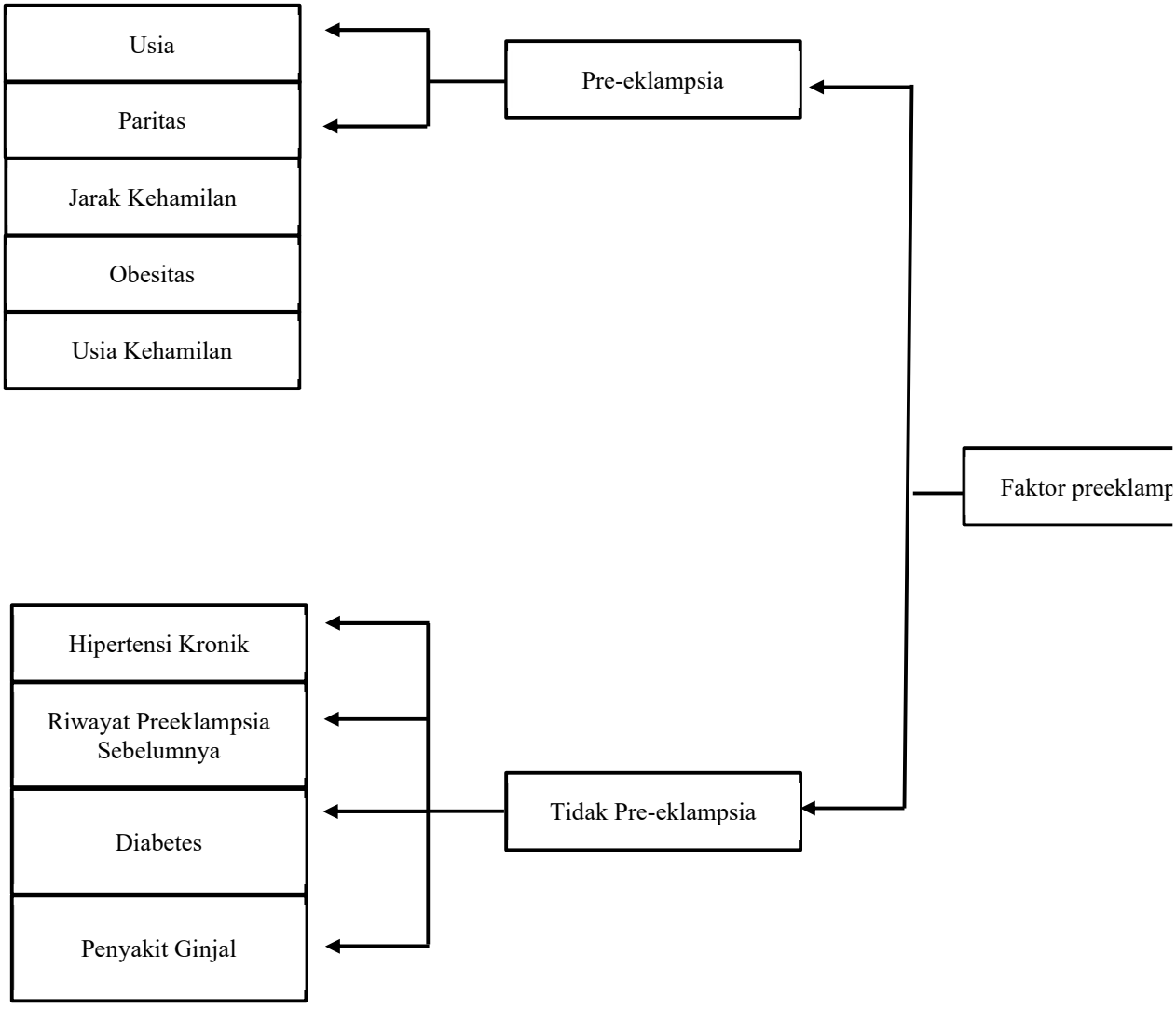
BAB III

METODE PENELITIAN

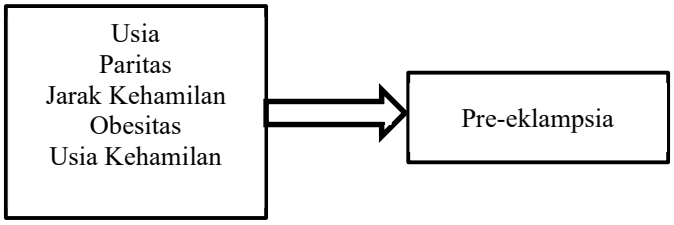
A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode *case control* dengan pendekatan retrospektif, di mana variabel efek (preeklampsia) diidentifikasi ketika, sedangkan faktor risiko diperiksa berdasarkan kejadian yang terjadi di masa lalu (Notoadmojo, 2010).

Bagan A. Desain Penelitian



B. Variabel Penelitian



Sumber : Modifikasi Notoadmodjo 2002

C. Defenisi Operasional

Dipakai memberi peneliti perspektif luas, panduan, serta batasan pekerjaan mereka, misalnya tabel dbawah.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Parameter
1	Usia	Usia ibu dicatat didalam buku registrasi.	Format pengumpulan data (Checklist)	Melihat Register	1 = Berisiko (Usia <20 tahun dan >35 tahun) 0 = Tidak Berisiko (Usia 20-35 Tahun)
2	Paritas	Jumlah anak dimiliki seorang ibu. Peserta terdaftar di buku registrasi	Format pengumpulan data (Check list)	Melihat Register	1 = Berisiko (Primipara dan Grandemultipara) 0 = Tidak Berisiko (Multipara
3	Jarak Kehamilan	Rentang waktu kehamilan terakhir sert sebelumnya	Melihat register	Melihat Register	1 = Beresiko 0 =Tidak Berisiko
4	Obesitas	Kondisi dengan indeks massa tubuh (IMT) 30 kg/m²	Melihat Register	Melihat Register (BB dan tinggi badan (m), lalu menghitung IMT = BB/TB²	IMT < 25 (normal), 25-29.9 (overweight), 30 (obesitas)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Parameter
5	Usia Kehamilan	Umur kehamilan ibu pada saat mengalami preeklampsia	Melihat Register	0 = > 37 Minggu 1 = < 37 Minggu	Trimester I (0-13 Minggu) Trimester II (14-27 Minggu) Trimester III (28 Minggu)
6	Preeklampsia	Dikatakan preeklampsia apabila ibu hamil mengalami hipertensi dan ditemukan protein dalam urin. Tidak preeklampasia apabila tidak ditemukan ibu hamil dengan hipertensi dan terdapat protein dalam urin.	Format pengumpulan data	Melihat rekam medis / register Puskesmas	0 = Tidak Preeklampsia 1 = Preeklampsia

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian yakni semua ibu hamil tercatat di buku register PKM Antang Januari – Desember 2024 yaitu sebanyak 649 dengan kasus preeklampsia berjumlah 45 ibu hamil.

2. Sampel

Sampel yakni bagian populasi yang memenuhi syarat inklusi dan dianggap mencerminkan populasi yang diteliti.

a. Sampel Kasus

Dalam penelitian ini, pengambilan sampel bagi kelompok kasus serta kontrol memakai perbandingan 1:1. Berjumlah 49 ibu merasakan preeklampsia dijadikan sampel kasus melalui metode total sampling.

b. Sampel Kontrol

Penentuan sampel kontrol dilakukan dengan menggunakan teknik matching sederhana dan perbandingan 1 : 1, artinya setiap satu kasus akan dipasangkan dengan satu kontrol yang memiliki karakteristik dasar yang serupa (misalnya usia kehamilan atau periode kunjungan ANC), namun tidak mengalami preeklampsia.

3. Kriteria Inklusif dan Eksklusif

a. Kriteria Inklusif

Kriteria inklusi digunakan untuk menentukan populasi target sesuai tujuan penelitian, kemudian agar memastikan homogenitas karakteristik responden yang diteliti (Setiawan, 2020).

Kriteria inklusif yang dipakai dalam penelitian ini yakni :

1) Usia
2) Paritas
3) Jarak kehamilan
4) Obesitas
5) Usia kehamilan

b. Kriteria Eksklusif

Kriteria eksklusi digunakan untuk menghindari bias dari variabel luar yang dapat memengaruhi validitas hasil penelitian. Kriteria eksklusif yang dipakai pada penelitian ini yakni :

1) Ibu hamil dengan gangguan mental yang menghambat komunikasi atau pengambilan data.
2) Ibu hamil dengan riwayat eklampsia pada kehamilan sebelumnya.
3) Ibu hamil tidak bersedia jadi responden atau menarik diri ketika proses pengumpulan data berlangsung.
4) Data medis ibu hamil tidak lengkap atau tidak tersedia untuk ditinjau ulang.

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian dijalankan di Puskesmas Antang pada 23 Juni – 23 Agustus 2025

1. Pengumpulan, pengolahan dan analisis Data

a. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian dijalankan memakai data sekunder diambil melalui register di Puskesmas Antang dengan rentang waktu Januari – Desember 2024.

b. Pengolahan Data

Pengolahan data dijalankan dengan dengan cara bertahap, yakni :

1) Editing

Dilakukan untuk meneliti kelengkapan dan konsistensi data dimana sudha dikumpulkan dari buku register. Editing dilakukan di tempat penelitian agar kesalahan dapat segera diperbaiki.

2) Coding

Memberikan kode numerik pada setiap jawaban atau variabel untuk memudahkan proses input data dan analisis statistik. Kode yang digunakan telah ditentukan pada tabel definisi operasional.

3) Cleaning data

Proses pemeriksaan kembali data dimana sudah dimasukkan memastikan tidak ada kesalahan input, data ganda, atau nilai yang tidak logis. Kesalahan akan diperbaiki sebelum dilakukan analisis. Data sudah misal kemudian dimasukkan ke perangkat lunak statistik (misalnya SPSS) mempermudah proses analisis. Data dimasukkan ke dalam master table untuk setiap variabel.

4) Tabulating

Data sudah bersih disusun didalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk setiap variabel. Tabulasi ini mempermudah penyajian hasil penelitian secara deskriptif dan inferensial.

F. Analisis Data

Data telah diolah dianalisi melalui cara :

1. Univariat

Analisis Univariat tujuannya agar memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari setiap variabel diteliti, baik variabel independen (usia, paritas, usia kehamilan, obesitas, serta jarak kehamilan) ataupun variabel dependen

(preeklampsia). Analisis ini dilakukan dengan memakai persentase, yang dihitung menggunakan rumus berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = Persentase yang diinginkan

f = Frekuensi kejadian

n = jumlah Sampel (Notoadmodjo, 2010)

Interpretasi persentas::

0 % : tidak ada kejadian

1%-25% : sebagian kecil kejadian

26%-49% : hampir sebagian kejadian

50% : setengah kejadian

51%-75% : sebagian besar kejadian

76%-99% : hampir seluruh kejadian

100% : semua kejadian (Arikunto, 2011)

2. Bivariat

Analisis Bivariat dijalankan agar menilai hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (preeklampsia). Data dianalisis memakai uji statistik Chi-square (X^2) dengan tingkat signifikansi 95% atau $\alpha = 0{,}05$. Kekuatan hubungan diukur memakai Odds Ratio (OR), dan seluruh analisis diolah dengan program komputer.

Interpretasi hasil Chi-square:

A. Jika p 0,05, sehingga Ho diterima, berarti tidak terdapat hubungan signifikan faktor risiko (usia, paritas, jarak kehamilan, obesitas, usia kehamilan) dengan kejadian preeklampsia.

B. Jika p 0,05, sehingga Ha diterima, artinya ada hubungan signifikanantara faktor risiko akan kejadian preeklampsia.

Interpretasi Odds Ratio (OR)

a. OR > 1 → faktor risiko berpotensi mengembangkan kemungkinan terjadinya preeklampsia.
b. OR = 1 → faktor risiko bersifat netral, tidak memengaruhi preeklampsia.
c. OR < 1 → faktor risiko cenderung turun kemungkinan terjadinya preeklampsia

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Antang Makassar. Puskesmas ini letaknya di Jl. Raya Antang, Kel. Antang, Kec. Manggala, Kota Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia. Puskesmas Antang merupakan salah satu puskesmas non rawat inap yang ada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Makassar. Puskesmas ini memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi masyarakat di wilayah kerjanya yang mencakup beberapa kelurahan dengan jumlah penduduk yang cukup padat.

Puskesmas Antang menyediakan berbagai pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif. Kemudian, puskesmas ini pun dilengkapi banyak sarana serta prasarana penunjang seperti ruang pelayanan umum, ruang KIA, ruang imunisasi, laboratorium, serta apotek. Bentuk pelayanan yang dilaksanakan di Puskesmas Antang mencakup pelayanan kesehatan individu maupun masyarakat, serta turut mendukung program nasional seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Puskesmas Antang juga menjadi tempat pelaksanaan kegiatan edukatif seperti penyuluhan kesehatan dan kegiatan posyandu, serta mendukung kegiatan pembelajaran dan penelitian di bidang kesehatan. Oleh karena itu, puskesmas ini sangat representatif sebagai lokasi penelitian yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Dalam penelitian ini, karakteristik responden meliputi Agama, Pendidikan, dan Pekerjaan. Karakteristik tersebut dideskripsikan sesuai jenis datanya didalam bentuk distribusi frekuensi serta persentase yakni:

Table 4.1
Karakteristik Responden Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Pekerjaan	**n**	**Persentase (%)**
IRT	33	80,0
Pedagang	4	8,0
Karyawan Swasta	8	12,0
Total	**45**	**100**
Pendidikan	**N**	**Persentase (%)**
Tidak Sekolah	5	10,0
SD	5	10,0
SMP	15	35,0
SMA	15	35,0
SARJANA	5	10,0
Total	45	**100**

Sumber: Data Primer 2025

Tabel 4.1 dipahami jika karaktersitik responden ibu hamil di Puskesmas Antang diketahui pekerjaan paling banyak didalam penelitian ini yaitu yang berprofresi menjadi Ibu rumah tangga berjumlah 33 responden (80,0%), sedangkan segi pendidikan yaitu diketahui responden dominan berpendidikan menengah pertama dan atas yang terdiri dari masing-masing 15 responden (35,0%)

2. Uji Univariat

Dalam penelitian ini, profil responden terdiri atas usia, paritas, jarak kehamilan, obesitas, usia kehamilan dan kejadiaan preeklampsia yang dijelaskan berdasarkan jenis atau kelompoknya yang akan distribusi dalam tabel yaitu :

a. Frekuensi Distribusi Usia

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Usia pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Usia Ibu	n	Persentase (%)
Risiko	24	53,3
Tidak Berisiko	21	46,7
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Tabel 4.2 secara keseluruhan responden mengikuti penelitian ini yaitu 45 responden dengan usia yang bervariasi. Dari hasil penelitian, dipahami jika dalam ibu hamil, responden usia diketahui kelompok beresiko berjumlah 24 responden (53,3%) kemudian kelompok termasuk tidak beresiko 21 responden (46,7%).

b. Frekuensi Distribusi Paritas

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Paritas pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Paritas	n	Persentase (%)
Primipara	15	33,3
Multipara	13	28,9
Grandemultipara	17	37,8
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Dari tabel 4.3 diketahui bahwa distribusi ibu hami mengalami paritas primipara 15 responden (33,3%), paritas multipara sebanyak 13

responden (28,9%), sedangkan yang mengalami paritas grandemultipara sebanyak 17 responden (37,8%).

c. Frekuensi Distribusi Jarak Kehamilan

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi jarak kehamilan pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Jarak kehamilan	N	Persentase (%)
Berisiko	26	57,8
Tidak berisiko	19	42,2
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Tabel 4.4 dupahami jika distribusi jarak kehamilan yang menjadi responden dalam penelitian ini diketahui bahwa yang paling banyak itu pada ibu hamil yang berisiko sebanyak 26 responden (57,8%) sedangkan ibu hamil dengan jarak kehamilan tidak beresiko 19 responden (42,2%).

d. Frekuensi Distribusi Obesitas

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Obesitas pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Obesitas	N	Persentase (%)
Normal	18	40,0
Obesitas	27	60,0
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Tabel 4.5 diketahui jika ibu hamil dalam penelitian ini di puskesmas Antang diketahui responden paling banyak didalam penelitian yakni ibu hamil yang obesitas yaitu ssebanyak 27 responden (60,0%), sedangkan ibu hamil berat badan yang normal yaitu sebanyak 18 responden (40,0%).

e. Frekuensi Distribusi Usia Kehamilan

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi usia kehamilan pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Usia kehamilan	n	Persentase (%)
Trisemester 1	8	17,8
Trisemester 2	20	44,4
Trisemester 3	17	37,8
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Dari tabel 4.6 dipahami jika distribusi usia kehamilan yang menjadi responden dalam penelitian ini diketahui bahwa yang paling banyak itu pada ibu hamil yang trisemester 2 sebanyak 20 responden (44,4%), sedangkan yang paling sedikit dalam penelitian ini yaitu trisemester 1 dengan jumlah 8 responden (17,8%).

f. Frekuensi Distribusi Preeklampsia

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang

Kejadian Preeklampsia	N	Persentase (%)
Preeklampsia	32	71,1
Tidak Preeklampsia	13	28,9
Total	**45**	**100**

Sumber : Data Primer 2025

Tabel 4.7 dipahami jika ibu hamil didalam penelitian ini di puskesmas Antanng diketahui yang mengalami kejadian preeklampsia berjumlah 32 responden (71,1%), kemudian ibu hamil tidak mengalami preeklampsia yaitu 13 responden (28,9%).

3. Analisa Bivariat

Analisis bivariat yakni metode analisis statistik yang dipakai dalam menguji hubungan dua variabel dengan memakai statistik *Uji Chi-Square*. Tujuannya adalah menentukan apakah ada hubungan antar variabel pada ibu hamil mengalami kejadian preeklampsia

a. Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Tabel 4.8
Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia

Usia	Kejadian Preeklamsia				Total	%	Nilai *P*
	PE	%	TPE	%			
Beresiko	24	53,3	0	0	24	53,3	0,000
Tidak beresiko	8	11,6	13	35,1	21	46,7	
Total	32	64,9	13	35,1	45	100	

Sumber : Data Statistik 2025

Tabel 4.8 dipahami jika hasil penelitian dilakukan bahwa responden yang usia kehamilan berisiko lebih banyak terjadi preeklampsia yaitu sebanyak 24 responden (53,3%), dibandingkan usia ibu hamil yang tak berisiko mengalami preeklampsia hanya 8 responden (11,6%). Sehingga dengan memakai uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ

value=0,000 <α = 0,05 menguraikan jika H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan ataupun terkaitan variabel satu dengan variabel yang lain.

b. Hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Tabel 4.9
Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia

Paritas	Kejadian Preeklamsia				Total	%	Nilai *P*
	PE	%	TPE	%			
Primipara	15	33,3	0	0	15	33,3	0,000
Multipara	13	28,9	0	0	13	28,9	
Grandemultipara	4	7,8	13	30,0	17	37,8	
Total	32	70	13	30,0	45	100	

Sumber : Data Statistik 2025

Tabel 4.9 diketahui jika hasil penelitian dilakukan bahwa responden yang paritas kehamilan yang lebih banyak mengalami preeklampsia yaitu primipara sebanyak 15 responden (33,3%) kemudian paling sedikit menglami preeklampsia yaitu paritas grandemultipara sebanyak 4 responden (7,8%). Sehingga dengan memakai uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan paritas ibu hamil kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menguraikan jika H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan atau terkaitan antara variabel satu dengan variabel yang lain.

c. Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Tabel 4.10
Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia

Usia	Kejadian Preeklamsia				Total	%	Nilai *P*
	PE	%	TPE	%			
Beresiko	26	57,8	0	0	26	57,8	0,000
Tidak beresiko	6	12,2	13	30,0	19	42,2	
Total	32	70,0	13	30,0	45	100	

Sumber : Data Statistik 2025

Tabel 4.10 dipahami jika hasil penelitian dijalankan jika responden dengan jarak kehamilan kehamilan yang banyak mengalami preeklampsia yaitu jarak kehamilan yang beresiko sebanyak 26 responden (57,8%), sedangkan jarak kehamilan yang tak berisiko yang mengalami preeklampsia sebanyak 6 responden (12,2%). Sehingga dengan menggunakan uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menguraikan jika H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan ataupun terkaitan variabel satu dengan variabel yang lain.

d. Hubungan obesitas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Tabel 4.11
Hubungan obesitas pada ibu hamil dengan kejadian preeklampsia

Usia	Kejadian Preeklamsia				Total	%	Nilai *P*
	PE	%	TPE	%			
Normal	16	30,0	2	10,0	18	40,0	0, 032
Obesitas	16	40,0	11	20,0	27	60,0	
Total	32	70,0	13	30,0	**45**	**100**	

Sumber : Data Statistik 2025

Tabel 4.11 diketahui jika hasil penelitian yang dilakukan bahwa responden dengan berat badan (pengukuran berat badan dan tinggi badan) pada saat kehamilan yang mengalami preeklampsia yaitu berat badan normal sebanyak 16 responden (30,0%) sedangkan yang obesitas sebanyak 16 responden (40,0%). Sehingga dengan memakai uji *chi-square* yaitu adanya hubungan obesitas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan atau terkaitan antara variabel satu dengan variabel yang lain.

e. Hubungan usia kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Tabel 4.12
Hubungan usia kehamilan pada ibu hamil dengan kejadian preeklampsia

Usia kehamilan	Kejadian Preeklamsia				Total	%	Nilai *P*
	PE	%	TPE	%			
Trisemester 1	8	17,8	0	0	8	17,8	0,000
Trisemester 2	18	40,0	2	4,4	20	44,4	
Trisemester 3	6	11,8	11	26,0	17	37,8	
Total	32	69,6	13	30,4	**45**	**100**	

Sumber : Data Statistik 2025

Berdasarkan tabel 4.12 diketahui bahwa hasil penelitian yang dilakukan bahwa responden dengan usia kehamilan diketahui bahwa yang lebih banyak yang mengalami preeklampsia yaitu ibu hamil dengan trisemester 2 sebanyak 18 responden (40,0%) sedangkan usia kehamilan trisemester 3 yang paling sedikit mengalami preeklampsia yaitu sebanyak 6 responden (11,8%). Sehingga dengan menggunakan uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan usia kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan atau terkaitan antara variabel satu dengan variabel yang lain.

C. Pembahasan

1. Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Berdasarkan responden yang mengikuti penelitian ini yaitu 45 responden dengan usia yang bervariasi. Dari hasil penelitian, diketahui jika dalam ibu hamil, responden usia diketahui kelompok beresiko berjumlah 24 responden (53,3%) kemudian kelompok termasuk tidak beresiko berjumlah 21 responden (46,7%)

Temuan studi ini mendukung hipotesis bahwa mereka yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun lebih mungkin mengalami preeklamsia. Salah satu faktor yang memengaruhi insiden preeklamsia/eklamsia adalah usia. Kehamilan pada usia di bawah 20 tahun membawa sejumlah risiko, termasuk masalah kesehatan bahwa organ reproduksi tidak siap untuk mendukung kehamilan, yang dapat menyebabkan komplikasi seperti preeklamsia dan risiko anemia, yang sering kali meningkatkan angka kematian ibu.

Berdasarkan penelitian, ditemukan bahwa ibu hamil dengan usia berisiko (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki kemungkinan 6,261 kali lebih tinggi untuk mengalami preeklampsia dibandingkan ibu dengan usia tidak berisiko (20–35 tahun). Studi lain juga menunjukkan bahwa ibu berusia <20 tahun atau >35 tahun memiliki risiko 4,886 kali lebih tinggi terkena

preeklampsia dibanding ibu berusia 20–35 tahun. Hal ini disebabkan oleh tingkat fertilitas yang lebih tinggi, kesiapan fisik wanita menerima kehamilan, dan risiko komplikasi kehamilan yang lebih rendah. Oleh karena itu, kehamilan pada usia berisiko (<20 dan >35 tahun) kurang dianjurkan secara medis

Namun, penelitian ini sejalan dengan temuan Anissa (2024) yang menunjukkan bahwa preeklampsia juga dapat terjadi pada ibu dengan usia tidak berisiko. Hal ini menandakan bahwa preeklampsia tidak hanya dipengaruhi oleh usia, tetapi juga faktor lain seperti riwayat penyakit individu, riwayat keluarga, peningkatan berat badan, dan kondisi ekonomi keluarga. Faktor genetik, riwayat keluarga, dan pendapatan keluarga dapat mendukung terjadinya preeklampsia meskipun usia ibu tidak termasuk kategori berisiko.

Uji statistik dengan uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan atau terkaitan usia dengan kejadian preeklampsia

Berdasarkan asumsi peneliti, terjadinya preeklampsia tidak disebabkan oleh satu faktor saja, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor pendukung. Menurut WHO, rentang usia paling aman bagi seorang

wanita untuk melahirkan adalah antara 20 hingga 35 tahun, karena pada usia tersebut ibu dianggap siap secara fisik maupun psikologis. Oleh karena itu, diharapkan semua ibu hamil, baik yang berisiko maupun tidak, rutin melakukan pemeriksaan kehamilan untuk memungkinkan deteksi dini dan pencegahan preeklampsia berat maupun eklampsia.

2. Hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Berdasarkan distribusi ibu hami yang mengalami paritas primipara sebanyak 15 responden (33,3%), paritas multipara sebanyak 13 responden (28,9%), sedangkan yang mengalami paritas grandemultipara sebanyak 17 responden (37,8%). Ibu hamil dengan paritas kehamilan yang lebih banyak mengalami preeklampsia yaitu primipara sebanyak 15 responden (33,3%) sedangkan yang paling sedikit menglami preeklampsia yaitu paritas grandemultipara sebanyak 4 responden (7,8%). Dengan menggunakan *chi-square* yaitu adanya Hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan paritas dengan kejadian preeklampsia

Temuan ini sejalan dengan studi yang dilakukan di Singkawang yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara status paritas dan kejadian preeklamsia (p = 0,018), di mana primipara mendominasi jumlah

kasus preeklamsia pada ibu hamil (Asni & Rahayu, 2021). Studi ini menggarisbawahi pentingnya memperhatikan status kehamilan pertama sebagai faktor risiko karena keterbatasan adaptasi tubuh terhadap proses kehamilan yang baru terjadi pertama kali.

Penelitian lain oleh (Anissa.,2024) menunjukkan bahwa primipara memiliki risiko lebih tinggi terhadap preeklamsia dibandingkan multipara. Temuan ini juga diperkuat oleh penelitian Lestari et al. (2025), yang mengungkapkan bahwa paritas merupakan salah satu dari beberapa faktor risiko independen yang signifikan dalam memengaruhi kejadian preeklamsia, di samping usia ibu, status gizi, dan riwayat hipertensi.

Selain itu, Susanti (2024) dalam penelitiannya di Poltekkes Semarang melaporkan bahwa hampir 40% kejadian preeklamsia terjadi pada kelompok ibu hamil nullipara dan primipara, dengan kecenderungan risiko meningkat pada kehamilan pertama. Penelitian Dewi (2024) di Padang juga memperlihatkan bahwa paritas berkorelasi kuat dengan tingkat keparahan preeklamsia, dengan hasil uji statistik yang signifikan ($p = 0,001$).

peneliti asumsi bahwa primipara cenderung lebih rentan terhadap preeklamsia karena belum adanya paparan sistem imun terhadap antigen janin dari kehamilan sebelumnya. Hal ini mengakibatkan respons imun yang belum optimal terhadap perubahan fisiologis selama kehamilan. Sebaliknya, ibu multipara yang telah mengalami kehamilan sebelumnya cenderung memiliki toleransi imunologis yang lebih baik terhadap

kehamilan berikutnya, meskipun multipara tinggi (>5 anak) juga dapat menimbulkan risiko tersendiri.

3. Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Diketahui bahwa distribusi jarak kehamilan yang menjadi responden dalam penelitian ini diketahui bahwa yang paling banyak itu pada ibu hamil yang berisiko sebanyak 26 responden (57,8%) sedangkan ibu hamil dengan jarak kehamilan yang tidak beresiko sebanyak 19 responden (42,2%). responden dengan jarak kehamilan kehamilan yang lebih banyak mengalami preeklampsia yaitu jarak kehamilan yang beresiko sebanyak 26 responden (57,8%), sedangkan jarak kehamilan yang tak berisiko yang mengalami preeklampsia sebanyak 6 responden (12,2%).

Menurut teori, jika jarak antara dua kehamilan lebih dari 5 tahun, selain bertambahnya usia ibu, hal ini dapat memicu proses degeneratif yang melemahkan fungsi otot uterus dan panggul. Kondisi ini sangat memengaruhi proses persalinan pada kehamilan berikutnya dan dapat menimbulkan kerusakan sel endotel, sehingga meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Selain itu, organ reproduksi wanita juga mengalami penurunan fungsi, termasuk ovarium yang berperan dalam produksi hormon estrogen dan progesteron. Estrogen penting untuk perkembangan seksual wanita, termasuk mempersiapkan rahim menerima janin. Penurunan produksi estrogen menyebabkan rahim kurang siap

menerima janin, sehingga ibu masuk dalam kategori risiko tinggi yang berpotensi mengalami preeklampsia berat.

Berdasarkan uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian preeklampsia

Hal didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Utami et al. 2023) Faktor yang berhubungan dengan kejadian preeclampsia berat pada ibu hamil di RSUD Semarang, hasil distribusi frekuensi jarak kehamilan didapatkan bahwa dari 42 orang ibu bersalin, terdapat 10 orang ibu bersalin dengan jarak kehamilan yang beresiko. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian preeklampsia, ditandai dengan nilai p sebesar 0,012. Penelitian serupa yang dilakukan di RSUD Kota Prabumulih pada tahun 2022 juga menemukan hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian PEB, dengan nilai p sebesar 0,011. Peneliti berasumsi bahwa setelah melahirkan, ibu membutuhkan waktu 2 hingga 10 tahun untuk pulih secara fisiologis dari kehamilan dan persalinan sebelumnya, agar tubuh siap menghadapi kehamilan berikutnya. Semakin kecil jarak antara dua kehamilan, maka semakin besar resiko untuk mengalami preeklampsia karena dengan jarak kehamilan yang pendek

memilki fungsi rahim yang belum Kembali sempurna, namun sudah terjadi kembali kehamilan berikutnya, maka hal tersebut dapat menyebabkan rahim tidak bisa menjalankan fungsinya secara sempurna dalam menerima kehamilan

4. Hubungan obesitas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

penelitian ini di puskesmas Antang diketahui responden yang paling banyak dalam penelitian adalah ibu hamil yang mengalami obesitas yaitu sebanyak 27 responden (60,0%), sedangkan ibu hamil dengan berat badan yang normal yaitu sebanyak 18 responden (40,0%). responden dengan berat badan (pengukuran berat badan dan tinggi badan) pada saat kehamilan yang mengalami preeklampsia yaitu berat badan normal sebanyak 16 responden (30,0%) sedangkan yang obesitas sebanyak 16 responden (40,0%).

Ibu hamil dengan IMT ≥25 cenderung memiliki aktivitas fisik yang terbatas, sehingga asupan energi melebihi energi yang dikeluarkan. Kelebihan energi ini disimpan dalam bentuk glikogen dan lemak, yang menumpuk di bawah kulit maupun sekitar ginjal. Penumpukan lemak pada glomerulus pada pasien preeklampsia disebut glomerular endotheliosis, yang berhubungan dengan munculnya proteinuria. Kadar LDL dan trigliserida tinggi juga berkontribusi pada

kerusakan ginjal. Perubahan metabolisme lemak ini dapat memengaruhi kerusakan endotel yang terjadi pada preeklampsia, di mana tingkat hipertensi dan proteinuria mencerminkan keparahan kerusakan endotel, yang dipengaruhi oleh obesitas.

Obesitas merupakan kondisi ketidakseimbangan antara berat badan dan tinggi badan akibat akumulasi jaringan lemak berlebih, sehingga menyebabkan berat badan berlebih. Pada kehamilan, obesitas dapat terjadi pada wanita dengan berbagai usia, tetapi umumnya lebih meningkat pada ibu di atas 35 tahun.

Berdasarkan uji chi-square di Puskesmas Antang, ditemukan hubungan antara obesitas pada ibu hamil dengan kejadian preeklampsia, ditandai dengan nilai signifikan $\rho = 0{,}032 < \alpha = 0{,}05$, yang berarti H0 ditolak dan H1 diterima.

Penelitian oleh Harahap dan Situmeang (2022) menunjukkan hubungan obesitas dengan kejadian preeklampsia, di mana dari 33 responden obesitas, 14 orang (42,4%) mengalami preeklampsia, sedangkan dari 62 responden non-obesitas, hanya 3 orang (4,8%) mengalami preeklampsia. Uji Chi Square menghasilkan p value = 0,000 < 0,05.

Berdasarkan asumsi peneliti, wanita obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan wanita dengan berat badan normal. Preeklampsia pada wanita obesitas sering lebih parah dan berpotensi menimbulkan komplikasi seperti eklampsia, gangguan fungsi

organ, dan persalinan prematur. Obesitas berhubungan dengan retensi insulin, yang merupakan faktor risiko preeklampsia, serta dapat memengaruhi fungsi dan perfusi plasenta melalui perubahan metabolik seperti hiperlipidemia, hiperinsulinemia, dan hiperleptinemia, yang meningkat pada plasma ibu hamil obesitas, bahkan lebih tinggi pada wanita dengan preeklampsia.

5. Hubungan usia kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang

Distribusi usia kehamilan yang menjadi responden dalam penelitian ini diketahui bahwa yang paling banyak itu pada ibu hamil yang trisemester 2 sebanyak 20 responden (44,4%), sedangkan yang paling sedikit dalam penelitian ini yaitu trisemester 1 dengan jumlah 8 responden (17,8%). responden dengan usia kehamilan diketahui bahwa yang lebih banyak yang mengalami preeklampsia yaitu ibu hamil dengan trisemester 2 sebanyak 18 responden (40,0%) sedangkan usia kehamilan trisemester 3 yang paling sedikit mengalami preeklampsia yaitu sebanyak 6 responden (11,8%).

Berdasarkan uji *chi-square* yaitu adanya Hubungan usia kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecil yaitu 0,000 yang intrepretasi hipotesis mengetahui pengaruh antara variabel dengan tingkat kepercayaan 95% yang dapat dilihat jika nilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05 menjelaskan bahwa H0 ditolak H1 diterima artinya ada hubungan usia kehamilan dengan kejadiaan preeklampsia

Peneliti berasumsi bahwa kejadian preeklampsia paling banyak ditemukan pada usia kehamilan 28–36 minggu. Hal ini dikarenakan pada trimester awal banyak ibu hamil yang belum rutin memeriksakan kehamilan, sehingga gejala awal preeklampsia ringan tidak terdeteksi. Akibatnya, gejala tersebut dapat berkembang menjadi preeklampsia berat pada trimester ketiga, terutama mendekati usia kehamilan aterm (>36 minggu).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia pada ibu hamil di Puskesmas Antang meliputi paritas, jarak kehamilan, dan obesitas. Hasil analisis menunjukkan bahwa:

1. Hasil penelitian diketahui adanya Hubungan usia ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecilnilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05.
2. Hasil penelitian diketahui adanya Hubungan paritas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecilnilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05.
3. Hasil penelitian diketahui adanya Hubungan jarak kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecilnilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05.
4. Hasil penelitian diketahui adanya Hubungan obesitas ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecilnilai signifikan jika ρ value=0,032 <α = 0,05
5. Hasil penelitian diketahui adanya Hubungan usia kehamilan ibu hamil dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Antang karena nilai signifikan ρ (value) lebih kecilnilai signifikan jika ρ value=0,000 <α = 0,05

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsia pada ibu hamil di Puskesmas Antang, maka disampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Tenaga Kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan edukasi dan konseling kepada ibu hamil terutama yang termasuk dalam kelompok berisiko tinggi seperti primipara, ibu dengan jarak kehamilan tidak ideal, dan ibu dengan obesitas. Edukasi sebaiknya difokuskan pada deteksi dini gejala preeklamsia, pentingnya pemantauan tekanan darah secara rutin, serta menjaga status gizi yang baik selama kehamilan.
2. Bagi Puskesmas Antang, penting untuk mengembangkan program skrining risiko preeklamsia secara terstruktur dalam layanan antenatal care (ANC), termasuk pencatatan paritas, riwayat kehamilan sebelumnya, dan status indeks massa tubuh ibu. Puskesmas juga perlu mengadakan pelatihan rutin bagi petugas kesehatan agar mampu melakukan penatalaksanaan preeklamsia secara tepat.
3. Bagi Ibu Hamil, disarankan untuk rutin memeriksakan kehamilannya sesuai jadwal yang ditentukan, mengikuti anjuran petugas kesehatan, serta menerapkan pola hidup sehat seperti menjaga berat badan ideal, mengatur jarak kehamilan, dan menghindari faktor risiko lain yang dapat memicu komplikasi kehamilan.
4. Bagi Keluarga, khususnya suami dan orang terdekat, diharapkan dapat memberikan dukungan penuh terhadap ibu hamil dalam menjaga

kesehatannya, membantu pemenuhan gizi seimbang, dan mendorong kepatuhan terhadap kontrol kehamilan.

5. Untuk Peneliti Selanjutnya, disarankan agar melakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan mencakup variabel lain yang berpotensi berhubungan dengan preeklamsia, seperti riwayat hipertensi, tingkat stres, dan status sosial ekonomi untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Amalina, Nurul, Rahmi Sari Kasoema, and Ainal Mardiah. 2022. "FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL." *Jurnal Voice of Midwefery* 12(01): 723–33.

Anissa Regita, and Yulia Nur Khayati. 2024. "Riwayat Preeklampsia, Usia Dan Paritas Ibu Meningkatkan Resiko Preeklampsia, Studi Case Control Di RSUD Gondosuwarno Ungaran." *Journal of Holistics and Health Sciences* 6(2): 230–40.

Atmaja, Suryana, Dhinny Novryanthi, Eva Martini, and Ria Andriani. 2025. "HUBUNGAN ANTENATAL CARE (ANC) DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL TRIMESTER III." *MALAHAYATI NURSING JOURNAL* 7(4): 1776–82.

Dewi, Isna N.S, Adiratna S Siwi, and Tin Utami. 2024. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Reeklampsia." *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal* 14(3): 75–82.

Harahap, Nirmala, and Irene Florensia Situmeang. 2022. "Determinan Kasus Preeklampsia Pada Ibu Bersalin." *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* 11(04): 342–50.

Heriana, Cecep, Ai Nurasiah, and Rianur Fahmi. 2013. "FAKTOR RISIKO KEJADIAN PREEKLAMSIA BERAT (PEB) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH '45 KUNINGAN (Studi Kohort Retrospektif : Januari-Desember 2011)." *JURNAL ILMU-ILMU KESEHATAN* 2(2): 79–83.

Jung, Eunjung et al. 2022. "The Etiology of Preeclampsia." *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 226(2): S844–66.

McKinney, David et al. 2016. "The Impact of Fetal Growth Restriction on Latency in the Setting of Expectant Management of Preeclampsia." *American journal of obstetrics and gynecology* 214(3): 395-e1.

Nurun Ayati Khasanah, Ferila Adiesti, and Citra Adityarini Safitri. 2025. "Indeks Massa Tubuh (Imt) Ibu Hamil Dengan Kejadian Preeklamsia." *Hospital Majapahit (JURNAL ILMIAH KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN MAJAPAHIT MOJOKERTO)* 17(1): 52–59.

Phillippi, Julia, and Ira Kantrowitz-Gordon. 2023. *Varney's Midwifery*. Jones & Bartlett Learning.

Prawirohardjo, S. 2013. "Ilmu Kebidanan Dan Penyakit Kandungan." *Jakarta: YayasanBinaSarwonoPrawirohardjo*.

Putriani, Amega, and lutfi nurdian Asnindari. 2017. "Kunjungan Antenatal Care Di Puskesmas Kunjungan Antenatal Care Di Puskesmas." *Naskah Publikasi* 13(April): 1–13.

Ratna, Hidayati. 2011. "Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan Fisiologi Dan

Patologis." *Salemba Medika*.

Simbolon, Samuel Evanov Basana. 2013. "Gambaran Histopatologi Plasenta Pada Kehamilan Dengan Preeklampsia." *Ebiomedik* 1(2).

Turner, Judi A. 2010. "Diagnosis and Management of Pre-Eclampsia: An Update." *International journal of women's health*: 327–37.

Utami, Riska, Winarsih Nur Ambarwati, E T N Ns, and M Kep. 2023. "Gambaran Manifestasi Klinik Pada Ibu Hamil Setelah Divaksinasi COVID-19: A Study Retrospective."

Yuniarti, Tri et al. 2023. "Risiko Kejadian Pre-Eklampsia Pada Ibu Hamil Dengan Obesitas." *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal* 13(4): 1265–74.

Lembar Konsultasi

NO	Jenis kegiatan	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agu
1	Pengumpulan hasil screening judul KTI dan pembimbing serta technical meeting									
2	Penyusunan dan konsultasi proposal									
3	Ujian proposal									
4	Perbaikan proposal dan evaluasi									
5	Penelitian									
6	Penyusunan dan konsultasi skripsi									
7	Ujian seminar Hasil									

Lembar penjelasan menjadi responden

Kepada Yth.

Seluruh Calon Responden

Di PKM Antang, Makassar, Sulawesi Selatan.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Universitas Megarezky Makassar Program Sarjana Keperawatan terhadap mahasiswa atas nama

Nama : Junita Rahakratat

NIM : A1C324008

Program Studi :Pendidikan Profesi Ners

Jenjang : Strata 1

akan mengadakan penelitian dengan judul ''Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Antang'' Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implemantasi perawat dalam mengetahui faktor-faktor ibu hamil yang mengalami preeklampsia

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugkan bagi siapapun. Kerahasiaan seluruh informasi yang didapatkan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Tidak ada paksaan dalam keikutsertaan menjadi responden penelitian. Untuk itu saya mohon kesediaan Ibu sebagai responden dalam penelitian ini, jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden saya mohon Bapak/Ibu menandatangani lember persetujuan dan menjawab pertanyaan pada lembar identitas responden yang telah disediakan, serta menjawab pertanyaan berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Junita Rahakratat

MASTER TABEL

No	Inisial	pekerjaan	pendidikan	Usia	Kategori Paritas	Jarak Kehamilan	Usia Kehamilan	Obesitas	Stat Preekla
1	NY S	IRT	SMP	18	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 1	Normal	Tida Preekla
2	NY Y	Pedagang	SMA	29	Multipara	Beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
3	NY D	IRT	SD	15	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Normal	Preekla
4	NY E	IRT	SMP	30	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
5	NY F	IRT	SMP	15	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
6	NY Y	Swasta	Sarjana	31	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Tida Preekla
7	NY E	Swasta	Sarjana	26	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
8	NY B	IRT	SMP	14	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Tida Preekla
9	NY J	IRT	SD	14	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Normal	Preekla
10	NY D	IRT	SMA	22	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
11	NY H	Pedagang	SMP	16	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
12	NY H	IRT	SMA	32	grandemultipara	Beresiko	Trisemester 1	Normal	Preekla
13	NY L	IRT	SMA	33	Multipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
14	NY D	IRT	SMP	17	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
15	NY S	IRT	SD	16	Multipara	Beresiko	Trisemester 3	Normal	Tida Preekla
16	NY N	IRT	SMP	17	Multipara	Beresiko	Trisemester 1	Obesitas	Preekla
17	NY S	IRT	SMA	28	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 2	Normal	Preekla
18	NY H	IRT	SD	17	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
19	NY K	Swasta	SMA	23	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
20	NY R	IRT	SMP	16	Multipara	Beresiko	Trisemester 2	Normal	Tida Preekla
21	NY M	Swasta	Sarjana	22	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 1	Obesitas	Preekla
22	NY R	IRT	SD	15	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Tida Preekla
23	NY M	IRT	SMP	16	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Tida Preekla
24	NY A	IRT	SMA	23	Multipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
25	NY I	Pedagang	SMP	17	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
26	NY W	IRT	SMA	30	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 1	Obesitas	Tida Preekla
27	NY V	Swasta	Sarjana	27	Multipara	Beresiko	Trisemester 2	Normal	Preekla
28	NY Y	IRT	SMA	34	Grande Multipara	Beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
29	NY I	IRT	SMP	16	Primipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Tida Preekla
30	NY M	Swasta	Sarjana	32	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 1	Obesitas	Tida Preekla

No	Inisial	pekerjaan	pendidikan	Usia	Kategori Paritas	Jarak Kehamilan	Usia Kehamilan	Obesitas	Stat Preekla
31	NY F	IRT	SMA	36	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 2	Normal	Preekla
32	NY S	IRT	SMP	18	Multipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
33	NY M	Pedagang	SMA	37	Multipara	Beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
34	NY C	IRT	SMP	36	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
35	NY Y	Swasta	SMA	37	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 1	Normal	Preekla
36	NY U	IRT	SMP	17	Multipara	Beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
37	NY D	IRT	SMA	36	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
38	NY N	IRT	SMP	38	Grande Multipara	Beresiko	Trisemester 1	Normal	Tida Preekla
39	NY Y	IRT	SMA	18	Multipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
40	NY N	IRT	SMA	19	multipara	Beresiko	Trisemester 3	Normal	Preekla
41	NY H	Swasta	SMA	23	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 2	Obesitas	Preekla
42	NY S	IRT	SMA	23	Grandemultipara	Beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Tida Preekla
43	NY C	IRT	SMA	19	multipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
44	NY P	Swasta	SMA	32	Grandemultipara	Tidak beresiko	Trisemester 3	Obesitas	Preekla
45	NY A	IRT	SMA	22	grandemultipara	Tidak beresiko	Trisemester 2	Normal	Tida Preekla

Keterangan kategori

a. Pekerjaaan
    1. Ibu rumah tangga
    2. Pedagang
    3. Karyawan swasta
b. Pendidikan
    1. SD
    2. SMP
    3. SMA
    4. Sarjana
c. Kategori Usia:
    1. < 20 tahun → Berisiko
    2. 20 – 35 tahun → Tidak Berisiko
    3. > 35 tahun → Berisiko
d. Kategori Paritas:
    1. Primipara (1 anak) → Berisiko
    2. Multipara (2–3 anak) → Tidak Berisiko
    3. Grandemultipara (>3 anak) → Berisiko
e. Kategori Jarak Kehamilan:
    1. < 2 tahun → Berisiko
    2. ≥ 2 tahun → Tidak Berisiko
f. Obesitas:
    1. IMT ≥ 30 kg/m^2 → Ya
    2. IMT < 30 kg/m^2 → Tidak
g. Usia Kehamilan:
    1. Trisemester 1
    2. Trisemester 2
    3. Trisemester 3

OUTPUT PENELITIAN

Statistics

	usia	paritas	usia_kehamilan	jarak_kehamilan	obesitas	preeklampsia

N	Valid	45	45	45	45	45	45
	Missing	0	0	0	0	0	0

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	berisiko	24	53.3	53.3	53.3
	tidak berisiko	21	46.7	46.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primipara	15	33.3	33.3	33.3
	multipara	13	28.9	28.9	62.2
	grandemultipara	17	37.8	37.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

usia_kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	trisemester 1	8	17.8	17.8	17.8
	trisemester 2	20	44.4	44.4	62.2
	trisemester 3	17	37.8	37.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

jarak_kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	beresiko	26	57.8	57.8	57.8
	tidak beresiko	19	42.2	42.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

obesitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	normal	18	40.0	40.0	40.0
	obesitas	27	60.0	60.0	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

preeklampsia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	preeklampsia	32	71.1	71.1	71.1
	tidak preeklampsia	13	28.9	28.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
paritas * preeklampsia	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

paritas * preeklampsia Crosstabulation

			preeklampsia		Total
			preeklampsia	tidak preeklampsia	
paritas	primipara	Count	15	0	15
		Expected Count	10.7	4.3	15.0
		% within paritas	100.0%	0.0%	100.0%
		% within preeklampsia	46.9%	0.0%	33.3%
	multipara	Count	13	0	13
		Expected Count	9.2	3.8	13.0
		% within paritas	100.0%	0.0%	100.0%
		% within preeklampsia	40.6%	0.0%	28.9%
	grandemultipara	Count	4	13	17
		Expected Count	12.1	4.9	17.0
		% within paritas	23.5%	76.5%	100.0%
		% within preeklampsia	12.5%	100.0%	37.8%
Total		Count	32	13	45
		Expected Count	32.0	13.0	45.0
		% within paritas	71.1%	28.9%	100.0%
		% within preeklampsia	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.110[a]	2	.000
Likelihood Ratio	35.554	2	.000
Linear-by-Linear Association	23.016	1	.000
N of Valid Cases	45		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.76.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia * preeklampsia	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

usia * preeklampsia Crosstabulation

	preeklampsia		Total
	preeklampsia	tidak preeklampsia	

usia	berisiko	Count	24	0	24
		Expected Count	17.1	6.9	24.0
		% within usia	100.0%	0.0%	100.0%
		% within preeklampsia	75.0%	0.0%	53.3%
	tidak berisiko	Count	8	13	21
		Expected Count	14.9	6.1	21.0
		% within usia	38.1%	61.9%	100.0%
		% within preeklampsia	25.0%	100.0%	46.7%
Total		Count	32	13	45
		Expected Count	32.0	13.0	45.0
		% within usia	71.1%	28.9%	100.0%
		% within preeklampsia	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20.893[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	17.988	1	.000		
Likelihood Ratio	26.194	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.429	1	.000		
N of Valid Cases	45				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.07.
b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia_kehamilan * preeklampsia	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

usia_kehamilan * preeklampsia Crosstabulation

			preeklampsia		Tota
			preeklampsia	tidak preeklampsia	
usia_kehamilan	trisemester 1	Count	8	0	
		Expected Count	5.7	2.3	
		% within usia_kehamilan	100.0%	0.0%	100
		% within preeklampsia	25.0%	0.0%	17
	trisemester 2	Count	18	2	
		Expected Count	14.2	5.8	2
		% within usia_kehamilan	90.0%	10.0%	100
		% within preeklampsia	56.3%	15.4%	44
	trisemester 3	Count	6	11	
		Expected Count	12.1	4.9	

	% within usia_kehamilan	35.3%	64.7%	100
	% within preeklampsia	18.8%	84.6%	37
Total	Count	32	13	
	Expected Count	32.0	13.0	
	% within usia_kehamilan	71.1%	28.9%	100
	% within preeklampsia	100.0%	100.0%	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.340[a]	2	.000
Likelihood Ratio	19.026	2	.000
Linear-by-Linear Association	14.476	1	.000
N of Valid Cases	45		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.31.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jarak_kehamilan * preeklampsia	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

jarak_kehamilan * preeklampsia Crosstabulation

			preeklampsia		T
			preeklampsia	tidak preeklampsia	
jarak_kehamilan	beresiko	Count	26	0	
		Expected Count	18.5	7.5	
		% within jarak_kehamilan	100.0%	0.0%	1
		% within preeklampsia	81.3%	0.0%	
	tidak beresiko	Count	6	13	
		Expected Count	13.5	5.5	
		% within jarak_kehamilan	31.6%	68.4%	1
		% within preeklampsia	18.8%	100.0%	
Total		Count	32	13	
		Expected Count	32.0	13.0	
		% within jarak_kehamilan	71.1%	28.9%	1
		% within preeklampsia	100.0%	100.0%	1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	25.016[a]	1	.000		

Continuity Correction[b]	21.797	1	.000		
Likelihood Ratio	30.405	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	24.461	1	.000		
N of Valid Cases	45				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.49.
b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
obesitas * preeklampsia	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

obesitas * preeklampsia Crosstabulation

			preeklampsia		Total
			preeklampsia	tidak preeklampsia	
obesitas	normal	Count	16	2	18
		Expected Count	12.8	5.2	18.0
		% within obesitas	88.9%	11.1%	100.0%
		% within preeklampsia	50.0%	15.4%	40.0%
	obesitas	Count	16	11	27
		Expected Count	19.2	7.8	27.0
		% within obesitas	59.3%	40.7%	100.0%
		% within preeklampsia	50.0%	84.6%	60.0%
Total		Count	32	13	45
		Expected Count	32.0	13.0	45.0
		% within obesitas	71.1%	28.9%	100.0%
		% within preeklampsia	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.615[a]	1	.032		
Continuity Correction[b]	3.286	1	.070		
Likelihood Ratio	5.047	1	.025		
Fisher's Exact Test				.045	.032
Linear-by-Linear Association	4.513	1	.034		
N of Valid Cases	45				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.20.
b. Computed only for a 2x2 table

Dokumentasi







PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makasssar 90171
Website: dpmptsp.makassarkota.go.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor: 070/6044/SKP/SB/DPMPTSP/6/2025

DASAR:

a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Keterangan Penelitian.
b. Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah
c. Peraturan Walikota Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan
d. Keputusan Walikota Makassar Nomor 954/503 Tahun 2023 Tentang Pendelegasian Kewenangan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar Tahun 2023
e. Surat Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan nomor 13758/S.01/PTSP/2025, Tanggal 23 Juni 2025
f. Rekomendasi Teknis Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar nomor 6049/SKP/SB/BKBP/VI/2025

Dengan Ini Menerangkan Bahwa :

Nama	:	JUNITA RAHAKRATAT
NIM / Jurusan	:	A1C324008 / Keperawatan
Pekerjaan	:	Mahasiswa (S1) / Universitas Megarezky
Alamat	:	Jl. Antang Raya no. 43, Makassar
Lokasi Penelitian	:	Dinas Kesehatan Kota Makassar
Waktu Penelitian	:	23 Juni 2025 - 23 Agustus 2025
Tujuan	:	Skripsi
Judul Penelitian	:	FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PRE-EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS ANTANG

Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

a. Surat Keterangan Penelitian ini diterbitkan untuk kepentingan penelitian yang bersangkutan selama waktu yang sudah ditentukan dalam surat keterangan ini.
b. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai / tidak ada kaitannya dengan judul dan tujuan kegiatan penelitian.
c. Melaporkan hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar melalui email bidangekososbudkesbangpolmks@gmail.com.
d. Surat Keterangan Penelitian ini dicabut kembali apabila pemegangnya tidak menaati ketentuan tersebut diatas.



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 26 Juni 2025

Ditandatangani secara elektronik oleh
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA MAKASSAR

H. MUHAMMAD MARIO SAID, S.IP., M.Si.

Tembusan Kepada Yth:

1. Pimpinan Lembaga/Instansi/Perusahaan Lokasi Penelitian;
2. Pertinggal -

PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN
Jl. Teduh Bersinar No. 1, Gunung Sari, Rappocini, Kota Makassar, Sulawesi Selatan Kode Pos 90111
TELP. (0411) 881549 FAX (0411) 887710
Laman dinkeskotamakassar.id, Pos-el kesehatankotamakassar@gmail.com

Makassar, 2 Juli 2025

Nomor : 000.9.2/6/Dinkes/VII/2025
Sifat : Biasa
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yth. **Kepala Puskesmas Antang**

Di_
Makassar

Menindaklanjuti surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dengan No Surat 070/6044/SKP/SB/DPMPTSP/6/2025 Tanggal 26 Juni 2025 dengan perihal diatas, maka disampaikan kepada saudara/(i)

Nama	: JUNITA RAHAKRATAT
NIM / Jurusan	: A1C324008 / Keperawatan
Pekerjaan	: Mahasiswa (S1) / Universitas Megarezky
Waktu	: 23 Juni 2025 – 23 Agustus 2025
Judul	:"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PRE-EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS ANTANG".

Bermaksud untuk melakukan penelitian di wilayah Puskesmas yang saudara/(i) pimpin, Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan,
Sekretaris Dinas,

dr. H. Ahmad Asy'Arie
Pangkat : Pembina / IV.a
Nip.198107312009011007

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS ANTANG
Jln. Antang Raya no.43 Kode Pos: 90235
Call Center: 082188184628, Email: puskesmas_antang@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
Nomor.241/PKM-ANT/VIII/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : drg. Hj. Sulpiah
Jabatan : Kepala Puskesmas

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Junita Rahakratat
Nim : A1C324008
Jurusan : S1 Keperawatan
Institusi : Universitas Megarezky Makassar
Judul : Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Preeklamsia Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Antang.

Benar, Telah Melakukan Penelitian di Puskesmas Antang Kota Makassar pada Tanggal 23 Juli – 9 Agustus 2025.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 09 Agustus 2025
Plt. Kepala Puskesmas Antang

drg. Hj.Sulpiah
Pangkat/ Gol: Pembina/ IV.a
Nip. 19721029 200604 2 013

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)
UNIVERSITAS MEGAREZKY
SK. Menristekdikti RI. No.1194/KPT/I/2018 Terakreditasi BAN PT
Kampus II : Jalan Antang Raya No. 43 Telp. 0411 - 492 401 - 496401 Fax. 496614 Website : http://universitasmegarezky.ac.id-Email: info@universitasmegarezky.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN DETEKSI PLAGIASI

SKRIPSI DENGAN JUDUL : *)

Hasil

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PRE-EKLAMSIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS ANTANG

Oleh :

Nama	: Junita Rahakratat
NIM	: A1C324008
Program Studi	: S1 Keperawatan
Fakultas	: Keperawatan dan Kebidanan

Telah memenuhi persyaratan untuk dilakukan deteksi plagiasi

Menyetujui

Makassar, 09 Agustus 2025

Pembimbing I	Pembimbing II
Ayu Lestari, S.Kp., M.Kep.	Nusdin, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN: 0916107301	NIDN. 0914048306

*) Coret yang tidak perlu

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)
UNIVERSITAS MEGAREZKY
SK. Menristekdikti RI. No.1194/KPT/I/2018 Terakreditasi BAN PT
Kampus II : Jalan Antang Raya No. 43 Telp. 0411 - 492 401 - 496401 Fax. 496614 Website : http://universitasmegarezky.ac.id-Email: info@universitasmegarezky.ac.id

KETERANGAN LOLOS UJI TURNITIN
No.1386/T/07.091056/VIII /2025

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Syamsyuriyana Sabar, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 0915118602

Jabatan : Ketua LPPM

Menyatakan bahwa :

Nama : Junita Rahakratat

Nim : A1C324008

Prodi : Keperawatan

judul skripsi/kti : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Antang

Telah melalui uji *similarity* dengan software *Turnitin* dan dinyatakan lolos dengan **persentase 27 %** sesuai bukti terlampir.

Demikian Surat Keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 16 Agustus 2025
Ketua,

Ns. Syamsyuriyana Sabar, M.Kep
NIDN: 09 151186 02

UNIMERZ LPPM

skripsi junita26 - Junita rahakratat.docx

TURNITIN_UNIMERZ_ 15 Agustus 2025

LPPM

LLDIKTI IX Turnitin Consortium Part III

Document Details

Submission ID
trn:oid:::1:3314445013

Submission Date
Aug 16, 2025, 11:10 AM GMT+7

Download Date
Aug 16, 2025, 11:16 AM GMT+7

File Name
skripsi_junita26_-_Junita_rahakratat.docx

File Size
3.7 MB

81 Pages

13,303 Words

83,534 Characters

27% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

24% Internet sources
13% Publications
12% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.