

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN PREEKLAMPSI BERAT (PEB)
DI KOTA BENGKULU TAHUN 2017**



Disusun Oleh :

YAUMI KARTINI
NIM : P0 5140314 041

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIPLOMA IV
JURUSAN KEBIDANAN
2018**

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN PREEKLAMPSI BERAT (PEB)
DI KOTA BENGKULU TAHUN 2017

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Diploma IV Jurusan Kebidanan

Disusun oleh :

YAUMI KARTINI
NIM : P0 5140314 041

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIPLOMA IV
JURUSAN KEBIDANAN
2018

BIODATA



Nama : Yaumi Kartini
NIM : P0 5140314 041
Tempat/Tanggal/Lahir : Pekik Nyaring, 24 April 1996
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Orang Tua
 Ayah : Sajuri, S.Pd.I
 Ibu : Supartinah
Anak ke : 1 (satu) dari 3 (tiga) bersaudara
Nama Saudara Kandung : 1. Habib Abdul Aliy Sofyan Salim
 2. Yaumu Farhanah Sofyan Salim
Alamat : Ds. Pekik Nyaring Blok 2 RT 6 RW 3 Kec.Pondok
 Kelapa Kab.Bengkulu Tengah
No Hp : 089649785726
E-mail : Yaumi.kartini@yahoo.com
Riwayat Pendidikan : 1. RA Habibillah (2002)
 2. SD N 22 Pondok Kelapa (2008)
 3. SMP N 1 Pondok Kelapa (2011)
 4. MAN 1 (MODEL) Kota Bengkulu (2014)
 5. Jurusan Kebidanan Prodi D IV Kebidanan
 Poltekkes Kemenkes Bengkulu (2018)

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi penelitian atas :

Nama : Yaumi Kartini

Tempat/Tanggal Lahir : Pekik Nyaring, 24 April 1996

NIM : P0 5140314 041

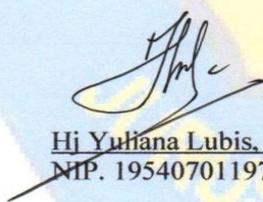
Judul skripsi penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota
Bengkulu Tahun 2017

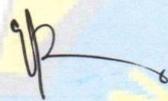
Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 31 Juli 2018

Bengkulu, 31 Juli 2018

Pembimbing I

Pembimbing II


Hj Yuliana Lubis, M. Kes
NIP. 195407011976032001


Epti Yorita, SST, MPH
NIP.197401091992032001

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN PREEKLAMPSI BERAT (PEB)
DI KOTA BENGKULU TAHUN 2017**

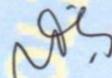
Disusun Oleh:
YAUMI KARTINI
NIM P0 5140314 041

Telah diujikan di depan Penguji Skripsi
Program Studi Diploma IV Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal 31 Juli 2018, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji


Diah Eka Nugraheni, M.Keb
NIP.198012102002122002

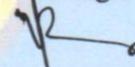
Pembimbing I


Hj Yuliana Lubis, M. Kes
NIP.195407011976032001

Penguji I


Mariati, SKM, MPH
NIP.196605251989032001

Pembimbing II

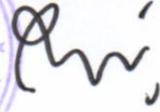

Epti Yorita, SST, MPH
NIP.197401091992032001

Skripsi ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Sarjana Terapan Kebidanan

Mengetahui

**Ketua Program Studi Diploma IV Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu**




Rialike Burhan, SST, M.Keb
NIP. 198107102002122001

ABSTRAK

Preeklampsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di Indonesia, sampai sekarang penyakit preeklampsia masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas. Masalah dalam penelitian ini adalah masih tingginya angka kejadian PEB di kota Bengkulu Tahun 2017. Tujuannya mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian PEB di Kota Bengkulu tahun 2017.

Desain penelitian ini menggunakan desain *case control*, dengan populasi ibu bersalin 2584 orang pada tahun 2017 dengan jumlah sampel 465 orang (1:2) . Sampel kasus diambil secara *Proportional sampling* dan sampel kontrol diambil secara *Systematic Random Sampling*. Analisa univariat, bivariat, multivariat menggunakan regresi logistik.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian PEB dengan $p= 0.000$ dan $OR = 2.314$. Tidak ada hubungan usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, dan pendidikan dengan kejadian PEB, gameli bersifat netral terhadap kejadian PEB. Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa usia kehamilan mempunyai hubungan yang dominan terhadap kejadian Preeklampsia berat.

Diharapkan kepada pengelola rumah sakit untuk dapat meningkatkan mutu layanan dan profesional dalam bertugas sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat berkurang.

Kata kunci : **PEB, Usia, Riwayat Hipertensi, Usia Kehamilan**

ABSTRACT

Preeclampsia is one of the main causes of perinatal morbidity and mortality in Indonesia, until now preeclampsia is still a midwifery problem that has not been completely resolved. The problem in this study is the high incidence of PEB in Bengkulu city in 2017. The aim is to find out the factors that influence the incidence of PEB in Bengkulu city in 2017.

The design of this study uses a case control design, with a maternal population of 2584 people in 2017 with a sample of 465 people (1: 2). Case samples are taken proportional sampling and control samples are taken by Systematic Random Sampling. Univariate, bivariate, multivariate analysis using logistic regression.

The results of this study indicate there is a relationship between gestational age and the incidence of PEB with $p = 0.000$ and $OR = 2.314$. There is no correlation between age, parity, distance of pregnancy, history of hypertension, diabetes mellitus, and education with the incidence of PEB, gameli is neutral on the incidence of PEB. The results of multivariate analysis showed that gestational age has a dominant relationship to the incidence of severe preeclampsia.

Hospital managers are expected to be able to improve service quality and professionalism on duty so that maternal and infant mortality can be reduced.

Keywords: PEB, Age, Hypertension History, Pregnancy Age

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat tuhan yang maha esa yang telah memberikan rahmad dan karunianya. Sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017”. Dalam penyelesaian skripsi ini penulis banyak mendapatkan bantuan baik dari materil mau pun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Darwis,S.Kep,M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Bunda Mariati,S.K.M,MPH, Selaku Ketua Jurusan Kebidanan
3. Bunda Rialike Burhan,M.Keb, Selaku Ketua Program Studi D IV Kebidanan
4. Bunda Hj Yuliana Lubis,M.Kes, Selaku Pembimbing I
5. Bunda Epti Yorita,SST,MPH, Selaku pembimbing II
6. Seluruh dosen dan staff Poltekkes Kemenkes Bengkulu
7. Bapak,Ibu dan seluruh keluarga atas dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga skripsi ini selesai pada waktunya.

Bengkulu.....2018

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- Awali aktivitas dengan bismillah dan semangat
- Dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya tiada berputus asa dari nikmat Allah melainkan orang-orang yang kafur (QS. Yusuf:87)
- Ngumpul ra ngumpul paham ra paham seng penting ngguyu

PERSEMBAHAN

Puji dan syukur kepada Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah Nya lah sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Untuk itu skripsi ini saya persembahkan kepada :

- Kedua orang tua ku yang tidak pernah lelah memberikan semangat, motivasi, yang selalu berdoa di setiap sholatnya, ayahanda ku Sajuri,S.Pdl dan ibunda ku Supartinah.
- Adik-adik ku Habib 'Abdul 'Aliy Sofyan Salim dan Yaumu Farhanah Sofyan Salim yang selalu membantu, menguatkan, mendoakan dan menghiburku
- Mbah-mbah ku H Suroso-Sumirah dan Abu Salim-Alm Surip Badariah
- Keluarga besarku yang selalu meberikan semangat, motivasi dan mendoakan kesuksesan ku
- Semua guru dan dosen yang telah membimbing dan memberikan ilmunya kepadaku
- Sahabat-sahabat yang selalu memberikan semangat dan motivasi dan tempat konsultasi Hayatri Wulandari, Yulia Rachmawati, Annisa Janur NZ.
- Team 100 yang stanby dan jadi my best team Ayu Tri Wahyuni dan Yossy Aminda Larasaty.
- Seseorang yang menjadi kakak, teman beranten dan sahabat merancang masa depan Dedi Kurniawan.
- Teman-teman DIV Kebidanan angkatan 2 yang menjadi kebanggaan
- Almamaterku.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
BIODATA.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan penelitian.....	4
D. Manfaat penelitian.....	5
E. Keaslian penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Preeklamsi.....	8
B. Faktor Risiko Preeklamsi Berat.....	27
C. Kerangka Teori.....	55
D. Kerangka Konsep.....	56
E. Hipotesis.....	56
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	58
A. Desain Penelitian.....	58
B. Variabel Penelitian.....	59
C. Definisi Operasional.....	59
D. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	61
E. Populasi Dan Sampel.....	61
F. Teknik Pengumpulan, Pengolahan Dan Analisa Data.....	63
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	67
A. Hasil.....	67
B. Pembahasan.....	77
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 : Patofisiologi Preeklampsia	12
Bagan 2.2 : Kerangka Teori	55
Bagan 2.3 : Kerangka Konsep.....	56
Bagan 3.1 : Variabel Penelitian.....	59

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 : Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 2.1 : Klasifikasi hipertensi	37
Tabel 3.1 : Definisi operasional	59
Tabel 4.1 : Ditribusi frekuensi responden berdasarkan usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan, pendidikan dan PEB di kota Bengkulu tahun 2017	69
Tabel 4.2 : Hubungan Usia dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	70
Tabel 4.3 : Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	71
Tabel 4.4 : Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	71
Tabel 4.5 : Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	72
Tabel 4.6 : Hubungan Diabetes Mellitus dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	73
Tabel 4.7 : Hubungan Gameli Dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	73
Tabel 4.8 : Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	74
Tabel 4.9 : Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017	75
Tabel 4.10 : Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017	75
Tabel 4.11 : Regresi Logistik Berganda Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017 ..	76

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Organisasi Penelitian
- Lampiran 2. Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 3. Master Tabel
- Lampiran 4. Hasil Analisis Data
- Lampiran 5. Lembar Bimbingan Skripsi
- Lampiran 6. Surat Izin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut (World Health Organization, 2017) di seluruh dunia, sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan atau persalinan pada tahun 2015. Mengurangi angka kematian ibu (AKI) dari 216 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi lebih sedikit 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (target SDG). Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI 2012) Angka kematian ibu (AKI) melonjak drastis 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kependudukan Nasional, 2013). Angka kematian ibu di Provinsi Bengkulu pada tahun 2016 yaitu sebesar 117 per 100.000 KH, Mengalami penurunan cukup signifikan dari tahun 2015 yang sebesar 137 per 100.000 KH (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2017). Pada tahun 2016 secara absolute jumlah kematian ibu yaitu sebanyak 41 orang. 6 orang di Kota Bengkulu. (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2017).

Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2016 penyebab kematian ibu terdiri dari perdarahan 30,3%, hipertensi dalam kehamilan 27,1%, infeksi 7,3% dan lain-lain disebabkan karena penyebab kematian ibu tidak langsung seperti penyakit kanker, ginjal, jantung atau penyakit lain yang diderita ibu sebesar 35,3% .(Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Hipertensi dalam kehamilan dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kategori, yaitu hipertensi kronis (*preexisting*), hipertensi gestasional, preeklampsia, hipertensi kronis yang diperberat preeklampsia (*superimposed*) dan eklampsia (Sabarudin, 2015). Preeklampsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias : hipertensi, proteinuri, dan edema, yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma. Preeklampsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di Indonesia, sampai sekarang penyakit preeklampsia masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat terpecahkan secara tuntas. Sampai saat ini terjadinya preeklampsia belum diketahui penyebabnya, tetapi preeklampsia berat dapat terjadi pada kelompok tertentu yaitu mereka yang mempunyai predisposing usia muda, kehamilan pertama, keturunan dan riwayat preeklampsia (Wiknjosastro, 2010). Akibat yang ditimbulkan dari preeklampsia berat yaitu pada ibu dan pada bayi, pada ibu terjadi perdarahan intracranial, edema serebri, edema retina, edema paru, acites dan hipertensi yang tak terkendali. Sedangkan pada bayi dapat terjadi intrauterine fetal grown restrictin, solusio placenta.premature, sepsis dan kematian neonatal (Wiknjosastro, 2008).

Menurut penelitian (Julianti, 2014) dari hasil penelitian 5 variabel yang diteliti memiliki hubungan antara usia, pendidikan, paritas, penyakit keturunan, pekerjaan dengan kejadian peeklampsia berat pada ibu hamil trimester II di RSUD Kota Bekasi tahun 2014 . Penelitian (Wulandari, 2015) Ada hubungan antara jarak kehamilan dan status gizi dengan kejadian

preeklampsia pada ibu hamil di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2015. Ada hubungan antara usia, paritas, dan Diabetes melitus dengan kejadian preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tahun 2014 (Kurniasari, 2015). Menurut penelitian (Magdalena, 2014) penyebab preeklampsia pada kehamilan yang paling banyak ditemukan adalah riwayat hipertensi (67,65%). Berdasarkan uji chi square yang telah dilakukan oleh peneliti, di dapat hasil $p = 0,009$ ($p < 0,05$). Ini berarti ada hubungan antara gemeli dengan kejadian preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014 (Apriyanti, 2014).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 3-10 januari 2018 diperoleh data kejadian Preeklampsia Berat (PEB) tahun 2016 dan 2017. Di RSUD Kota Bengkulu terdapat 10 (3,8%) kasus dari 263 ibu bersalin tahun 2016 menjadi 12 (2,6%) kasus dari 445 ibu bersalin tahun 2017. Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu terdapat 97 (9 %) kasus dari 1070 ibu bersalin menjadi 84 (13,8%) dari 605 ibu bersalin, di Rumah Sakit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu terdapat 49 kasus (4,9%) dari 989 ibu bersalin tahun 2016, dan 53 (5,4 %) dari 978 ibu bersalin tahun 2017 dan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Bengkulu terdapat 24 (2,5%) kasus dari 836 ibu bersalin tahun 2016 menjadi 40 (3,9 %) kasus dari 1001 ibu bersalin tahun 2017. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia berat di Kota Bengkulu Tahun 2017 ”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang didapatkan masalah dalam penelitian terjadi peningkatan kejadian Preeklamsi Berat di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RS Bhayangkara Tk III Bengkulu Tahun 2017, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah : Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017 ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsi berat di Kota Bengkulu Tahun 2017.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, gemeli, diabetes mellitus, usia kehamilan dan pendidikan di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- b. Diketahui hubungan usia dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- c. Diketahui hubungan paritas dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- d. Diketahui hubungan jarak kehamilan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- e. Diketahui hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.

- f. Diketahui hubungan gameli dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- g. Diketahui hubungan diabetes melitus dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- h. Diketahui hubungan usia kehamilan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- i. Diketahui hubungan pendidikan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.
- j. Diketahui faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017.

D. Manfaat

1. Bagi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu
Bagi pendidikan untuk memberikan masukan secara konseptual sesuai hasil penelitian pada mata kuliah kebidanan khususnya tentang Preeklamsi berat.
2. Bagi Rumah Sakit
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pihak rumah sakit untuk bisa melakukan deteksi dini faktor risiko preeklamsi berat.
3. Bagi peneliti lain
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti yang akan datang dan kiranya dapat melanjutkan penelitian-penelitian lain yang serupa.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 : Keaslian Penelitian

No	Nama/ Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1	(Julianti, 2014)	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pre Eklamsi Berat pada Ibu hamil Trimester II di RSUD Kota Bekasi Tahun 2014	Desain penelitian Analitik kuantitatif dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>	Hasil penelitian dari 5 variabel yang diteliti memiliki hubungan antara usia, pendidikan, paritas, penyakit keturunan, pekerjaan dengan kejadian pre eklamsi berat pada ibu hamil trimester ii di RSUD Kota Bekasi tahun 2014.	Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah judul, variabel, metode, populasi, sampel, tempat dan waktu penelitian.
2	(Wulandari, 2015)	Hubungan antara jarak kehamilan dan status gizi dengan kejadian peeklamsi pada ibu hamil di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2015	Desain analitik koselasional	Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar jarak kehamilan ada di kategori ideal 2-5 tahun 61(71,8%), status gizi ada dikategori normal 23,5cm-25cm 70(82,3%), dan sebagian besar tidak preeklamsi 54(63,6%). Ada hubungan antara jarak kehamilan dan status gizi dengan kejadian preeklamsi pada ibu hamil di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2015.	Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah judul, variabel, metode, populasi, sampel, tempat dan waktu penelitian.
3	(Apriyanti, 2014)	Hubungan Kehamilan Gemeli dan Paritas Ibu	Desain <i>case control</i>	Berdasarkan uji chi square yang telah dilakukan oleh	Perbedaan penelitian ini dengan penelitian

		<p>Dengan Kejadian Preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekan Baru Tahun 2014</p>	<p>peneliti, di dapat hasil $p = 0,009$ ($p < 0,05$). Ini berarti ada hubungan antara gemeli dengan kejadian preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014. Dengan nilai Odds Ratio (OR) = 4,14 yang artinya preeklampsia beresiko 4,14 kali lebih besar terjadi pada ibu bersalin dengan gemeli dibandingkan dengan ibu bersalin tidak dengan gemeli.</p>	<p>sebelumnya adalah judul, variabel, metode, populasi, sampel, tempat dan waktu penelitian.</p>
--	--	---	---	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Preeklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria (Wiknjosastro,2012). Preeklampsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi antepartum, intrapartum dan post partum yang ditandai dengan adanya edema, hipertensi dan di akhiri dengan proteinuria (Wiknjosastro, 2008).Preeklampsia adalah sekumpulan gejala yang spesifik hanya muncul selama kehamilan dengan usia spesifik lebih dari 20 minggu (kecuali pada penyakit trofoblastik) (Varney,2007). Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini biasanya timbul pada triwulan ke tiga kehamilan tetapi dapat timbul sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Winkjosastro,2006).

Preeklampsia berat adalah preeklampsia berlebihan yang terjadi secara mendadak (Wijayarni,2002). Preeklampsia berat adalah penyakit yang mempunyai dua atau lebih gejala seperti tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg, tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg, proteinuria > 5 gr dalam 24 jam atau 4+ pada pemeriksaan kualitatif, oliguria < 500 cc/24 jam, keluhan serebral, nyeri epigastrium, edema paru-paru dan sianosis, gangguan fungsi hepar, pertumbuhan janin intrauterine yang terhambat (Wiknjosastro, 2012). Preeklampsia berat ialah preeklampsia dengan tekanan darah

sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg, proteinuria $>2,0$ gram dalam 24 jam (dengan reagen 2+ atau 3+), muncul pertama sekali selama kehamilan dan menurun setelah persalinan, peningkatan nilai serum kreatinin ($>1,2$ mg/dL kecuali jika peningkatan telah diketahui sebelumnya), jumlah trombosit <100.000 sel mm^3 , peningkatan aktivitas enzim hati (alanin aminotransferase, aspartat aminotransferase atau keduanya), gejala gangguan syaraf : nyeri kepala menetap, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati yang menetap, oliguria “400 mililiter dalam 24 jam (Varney, 2006).

2. Tanda dan gejala

a. Preeklampsia ringan

- 1) Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- 2) Tekanan darah diastolic 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- 3) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
- 4) Proteinuria 0,3 g atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urine kateter atau urine aliran pertengahan

b. Preeklampsia Berat

Bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil, sudah dapat digolongkan preeklampsia berat.

- 1) Tekanan darah 160/110 mmHg
- 2) Oliguria, urine <400 cc/24 jam

- 3) Proteinuria lebih dari 3 g/liter
- 4) Keluhan subjektif: nyeri epigastrium, gangguan penglihatan, nyeri kepala, edema paru dan sianosis
- 5) Gangguan kesadaran
- 6) Pemeriksaan kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
- 7) Perdarahan pada retina
- 8) Trombosit <100.000/mm
- 9) Peningkatan gejala dan tanda preeklampsia berat memberikan petunjuk akan terjadi eklampsia, yang mempunyai prognosis buruk dengan angka kematian maternal dan janin tinggi.(Saifuddin, 2006).

3. Etiologi

Etiologi preeklampsia sampai saat ini belum diketahui penyebabnya dengan pasti. Banyak teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli yang mencoba menerangkan penyebabnya namun belum ada yang memberikan jawaban yang memuaskan (Wiknjosastro, 2012). Beberapa faktor yang mempengaruhi preeklampsia diantaranya paritas, umur kehamilan, molahidatidosa, gamely, diabetes mellitus, bayi besar, usia yang ekstrim, riwayat keluarga PEB, riwayat hipertensi dan obesitas (Wiknjosastro, 2008).

4. Patofisiologi

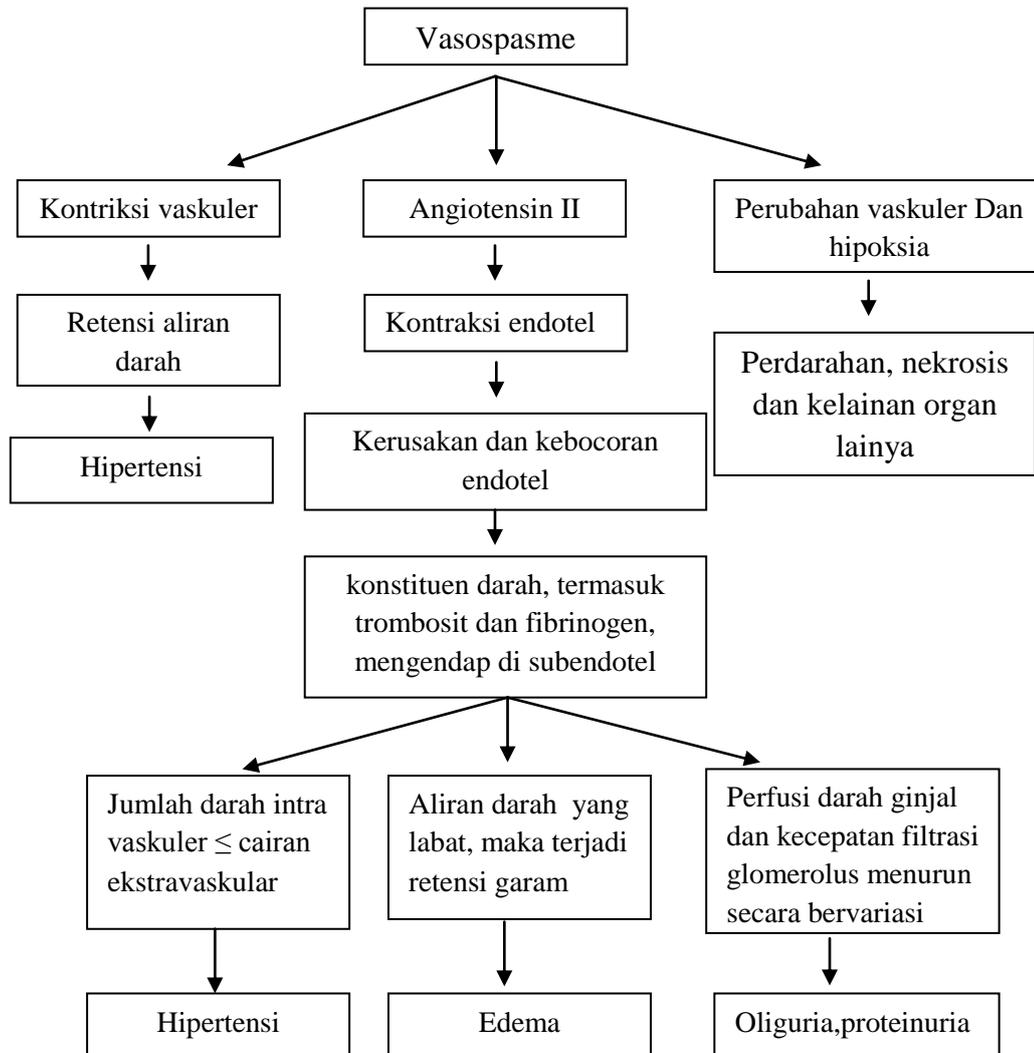
Vasospasme adalah dasar patofisiologi preeklampsia-eklampsia. Konstriksi vaskular menyebabkan resistensi terhadap aliran darah dan

menjadi penyebab hipertensi arterial. Besar kemungkinan bahwa vasospasme itu sendiri menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah. Selain itu, angiotensin II menyebabkan sel endotel berkontraksi. Perubahan-perubahan ini mungkin menyebabkan kerusakan sel endotel dan kebocoran di celah antara sel-sel endotel. Kebocoran ini menyebabkan konstituen darah, termasuk trombosit dan fibrinogen, mengendap di subendotel. Perubahan-perubahan vaskuler jaringan di sekitarnya, diperkirakan menyebabkan perdarahan, nekrosis, dan kerusakan *end-organ* lain yang kadang-kadang dijumpai pada preeklampsia berat. Pada skema ini, pengendapan fibrin cenderung menjadi dominan, seperti terlihat pada kasus-kasus fatal.(Cunningham, 2005).

Semua faktor ini dapat mempengaruhi atau menimbulkan kebocoran sel antar endotel, melalui kebocoran tersebut unsur-unsur pembentuk darah seperti trombosit tertimbun pada lapisan sub endotel. Keadaan ini mengakibatkan jumlah darah intra vaskuler menjadi sedikit dibandingkan cairan ekstrasvaskular. Karena aliran darah yang lambat, maka terjadi retensi garam yang akan mengakibatkan edema. Pada sistem urinaria kemampuan ginjal yang rendah dengan timbulnya hipertensi, perfusi darah ginjal dan kecepatan filtrasi glomerulus menurun secara bervariasi, keadaan ini mencetus terjadinya oliguria dan pada akhirnya menyebabkan proteinuria. Perubahan vaskuler yang disertai hipoksia pada jaringan setempat diperkirakan menimbulkan perdarahan, nekrosis dan

kelainan organ lainya yang sering dijumpai pada preeklampsia berat.
(Cunningham, 2005).

Bagan 2.1 : Patofisiologi Preeklampsia



5. Klasifikasi

Menurut (Marni dkk, 2011), klasifikasi preeklampsia menjadi 2 golongan :

a. Preeklampsia ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau lebih (diukur pada posisi berbaring terlentang) atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-

kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak beberapa jam. Proteinuria melebihi 0,3 gr/lit urin 24 jam atau pemeriksaan menunjukkan 1 atau lebih 2+ atau 1 gr/lit yang dikeluarkan dengan jarak waktu 6 jam. Edema pada jari kaki, jari, muka dan berat badan naik > 1kg perminggu.

b. Preeklampsia berat

Tekanan darah mencapai 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria 5 gr/lit atau lebih dalam 24 jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif, dan oliguria (jumlah urine <500 cc per 2 jam), pada preeklampsia berat biasanya terdapat edema paru dan sianosis, adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri epigastrium.

Preeklampsia berat dibagi menjadi preeklampsia berat tanpa impending eklampsia dan preeklampsia berat dengan impending eklampsia. Disebut impending eklampsia bila preeklampsia berat disertai gejala-gejala subjektif berupa nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah nyeri epigastrium, dan kenaikan progresif tekanan darah (Saifuddin,2010).

6. Perubahan Sistem Dan Organ Pada Preeklampsia

Menurut (Wiknjosastro, 2008) terjadi perubahan pada sistem dan organ pada penderita preeklampsia antara lain :

a. Volume plasenta

Pada hamil normal volume plasma meningkat dengan bermakna (disebut hipervolemia), guna memenuhi kebutuhan

pertumbuhan janin. Peningkatan tertinggi volume plasma pada hamil normal terjadi pada umur kehamilan 32-34 minggu. Sebaliknya, oleh sebab yang tidak jelas pada preeklampsia terjadi penurunan volume plasma antara 30%-40% dibanding hamil normal, disebut hipovolemia. hipovolemia diimbangi dengan vasokonstriksi, sehingga terjadi hipertensi. Volume plasma yang menurun member dampak yang luas pada organ-organ penting.

Preeklampsia sangat peka terhadap pemberian cairan intavena yang terlalu cepat dan banyak. Demikian sebaliknya, preeklampsia sangat peka terhadap kehilangan darah waktu persalinan. Oleh karena itu, observasi cairan masuk ataupun keluar harus ketat.

b. Hipertensi

Hipertensi merupakan tanda terpenting guna menegakkan diagnosis hipertensi dalam kehamilan. Tekanan diastolik menggambarkan resistensi perifer, sedangkan tekanan sistolik, menggambarkan besaran curah jantung. Pada preeklampsia peningkatan reaktivitas vaskular dimulai umur kehamilan 20 minggu, tetapi hipertensi dideteksi umumnya pada trimester II. Tekanan darah yang tinggi pada preeklampsia bersifat labil dan mengikuti irama sirkadian normal. Tekanan darah menjadi normal beberapa hari pascapersalinan, kecuali beberapa kasus preeklampsia berat kembalinya tekanan darah normal dapat terjadi 2-4 minggu

pascapersalinan. Tekanan darah bergantung pada terutama curah jantung, volume plasma, resistensi perifer, dan viskositas darah.

c. Fungsi ginjal

- 1) Proteinuria merupakan syarat untuk diagnosis preeklampsia, tetapi proteinuria umumnya timbul jauh pada akhir kehamilan, sehingga sering dijumpai preeklampsia tanpa proteinuria, karena janin sudah lahir lebih dulu.
- 2) Asam urat serum (*uric acid serum*) umumnya meningkat ≥ 5 mg/cc
- 3) Kreatinin plasma pada preeklampsia juga meningkat, dapat mencapai kadar kreatinin plasma ≥ 1 mg/cc, dan biasanya terjadi pada preeklampsia berat dengan penyakit pada ginjal.
- 4) Oliguria dan anuria terjadi karena hipovolemia sehingga aliran darah ke ginjal menurun yang mengakibatkan produksi urin menurun (oliguria), bahkan dapat terjadi anuria. Berat ringannya oliguria menggambarkan berat ringannya hipovolemia. Hal ini berarti menggambarkan pula berat ringannya preeklampsia. Pemberian cairan intravena hanya karena oliguria tidak dibenarkan.

d. Elektrolit

Kadar elektrolit total menurun pada waktu hamil normal. Pada preeklampsia kadar elektrolit total sama seperti hamil normal, kecuali bila diberi diuretikum banyak, restriksi konsumsi garam atau pemberian cairan oksitosin yang bersifat antidiuretik.

e. Tekanan osmotik koloid plasma/tekanan onkotik

Osmolaritas serum dan tekanan onkotik menurun pada umur kehamilan 8 minggu. Pada preeklampsia tekanan onkotik makin menurun karena kebocoran protein dan peningkatan permeabilitas vaskular.

f. Koagulasi dan fibrinolisis

Gangguan koagulasi pada preeklampsia misalnya trombositopenia, jarang yang berat, tetapi sering dijumpai. Pada preeklampsia terjadi peningkatan FDP, penurunan antitrombin III, dan peningkatan fibronektin.

g. Viskositas darah

Viskositas darah ditentukan oleh volume plasma, molekul makro : fibrinogen dan hematokrit. Pada preeklampsia viskositas darah meningkat, mengakibatkan meningkatnya resistensi perifer dan menurunnya aliran darah ke organ.

h. Hematokrit

Pada hamil normal hematokrit menurun karena hipovolemia, kemudian meningkat lagi pada trimester III akibat peningkatan produksi urin. Pada preeklampsia hematokrit meningkat karena hipovolemia yang menggambarkan beratnya preeklampsia.

i. Edema

Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai banyak interpretasi, misalnya 40% edema dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan

dengan hipertensi, dan 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria. Edema terjadi karena hipoalbuminemia atau kerusakan sel endotel kapilar. Edema yang patologik adalah edema yang nondependen pada muka dan tangan, atau edema generalist, dan biasanya disertai dengan kenaikan berat badan yang cepat.

j. Hematologik

Perubahan hematologik disebabkan oleh hipovolemia akibat vasospasme, hipoalbuminemia hemolisis makroangiopatik akibat spasme arteriole dan hemolisis akibat kerusakan endotel arteriole. Perubahan tersebut dapat berupa peningkatan hematokrit akibat hipovolemia, peningkatan viskositas darah, trombositopenia, dan gejala hemilisis mikroangiopatik. Disebut trombositopenia bila trombosit <100.000 sel/ml. hemolisis menimbulkan destruksi eritrosit.

k. Hepar

Dasar perubahan pada hepar adalah vasospasme, iskemia, dan perdarahan. Bila terjadi perdarahan pada sel periportal lobus perifer, akan terjadi nekrosis sel hepar dan peningkatan enzim hepar. Perdarahan ini dapat meluas hingga kapsula hepar dan disebut subkapsula hematoma. Sub kapsular hematoma menimbulkan rasa nyeri di daerah epigastrium dan dapat menimbulkan ruptur hepar, sehingga perlu pembedahan.

l. Neurologik

Dapat berupa nyeri kepala, gangguan visus seperti pandangan kabur, skotomata, amaurosis yaitu kebutaan tanpa jelas adanya kelainan dan ablasio retinae (*retinal detachment*), hiperrfleksi, kejang eklamptik, perdarahan intrakranial.

m. Kardiovaskular

Perubahan kardiovaskular disebabkan oleh peningkatan *cardiac afterload*. Akibat hipertensi dan penurunan *cardiac preload* akibat hipovolemia.

n. Paru

Penderita preeklampsia berat mempunyai risiko besar terjadinya edema paru. Edema paru dapat disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapilar paru, pemasangan *Central Venous Pressure (CVP)* tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya dari *pulmonary capillary wedge pressure*.

o. Kelenjar adrenal

Kelenjar adrenal dapat menunjukkan kelainan berupa perdarahan dan nekrosis dalam berbagai tingkat.

p. Janin

Preeklampsia dan eklampsia member pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta hipovolemia, vaso dan kerusakan sel indotel pembuluh darah plasenta. Dampak pada janin adalah *intrauterine growth restrict (IUGR)* dan oigo hiramnion. Kenaikan morbiditas dan mortalitas janin,segra tidak

langsung akibat *_intrauterine growth restrict, prematuritas* oligohidramnion , pematangan , oligohidramnion. dan solusio plasenta.

7. Manifestasi klinik

Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya dari tiga gejala, yaitu : Edema, hipertensi, proteinuria. Berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali. Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg atau tekanan sistolik meningkat > 30 mmHg atau tekanan diastolik > 15 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mmHg patut dicurigai sebagai bakat preeklampsia. Proteinuria bila terdapat protein sebanyak 0,3 g/l dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan +1 atau 2, atau kadar protein ≥ 1 g/l dalam urin yang dikeluarkan dengan kateter atau urin porsi tengah, diambil minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam (Niwang,2016).

Disebut preeklampsia berat bila ditemukan gejala : tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg, proteinuria $+ \geq 5$ gr/24 jam atau ≥ 3 pada tes celup, oliguria (< 400 ml dalam 24 jam), sakit kepala hebat di daerah frontal, gangguan penglihatan , diplopia, nyeri epigastrium dan ikterus, trombositopenia, pertumbuhan janin terhambat, mual muntah, penurunan visus (Niwang, 2016).

8. Diagnosis

Menurut (Wiknjosastro,2006) ,Diagnosis dini harus diutamakan bila diinginkan angka morbiditas dan mortalitas rendah bagi ibu dan anaknya. Walaupun terjadi preeklampsia sukar dicegah namun preeklampsia berat dan eklampsia biasanya dapat dihindarkan dengan mengenal secara dini penyakit itu dan dengan penanganan yang secara sempurna.

Pada umumnya diagnosis preeklampsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda utama: hipertensi, edema, dan proteinuria. Hal ini memang berguna untuk kepentingan statistik, tetapi dapat merugikan penderita karena tiap tanda dapat merupakan bahaya kendatipun ditemukan tersendiri. Adanya satu tanda harus menimbulkan kewaspadaan, apalagi oleh karena cepat tidaknya penyakit oleh karena cepat tidaknya penyakit meningkat tidak dapat diramalkan; dan bila eklampsi terjadi, maka prognosis bagi ibu maupun janin menjadi jauh lebih buruk. Tiap kasus preeklampsia oleh sebab itu harus ditangani dengan sungguh-sungguh.

Diagnosis diferensial antara preeklampsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang mengalami kesukaran. Pada hipertensi menahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil, pada kehamilan muda, atau 6 bulan postpartum akan sangat berguna untuk membuat diagnosis. Pemeriksaan funduskopi juga berguna karena perdarahan dan eksudat jarang ditemukan pada preeklampsia; kelainan tersebut biasanya menunjukkan hipertensi menahun. Untuk diagnosis

penyakit ginjal saat timbulnya proteinuria banyak menolong; proteinuria pada preeklampsia jarang timbul sebelum triwulan ke-3, sedang pada penyakit ginjal timbul lebih dahulu. Test fungsi ginjal juga banyak berguna ; pada umumnya fungsi ginjal normal pada preeklampsia ringan.

9. Komplikasi

Menurut Winkjosastro (2010), komplikasi preeklampsia yaitu :

a. Pada ibu

Pada saat hamil dapat terjadi edema serebri, edema retian, hipertensi yang tidak terkontrol dan kebutaan korteks, berdasarkan hasil bedah mayat pada ibu preeklampsia berat akan terjadi gangguan *subskapular hematoma hepar, rupture kapsul hepar, gagal ginjal akut, nekrosis tabular aku, trombositopenia, hematoma luka operasi, edema paru kardiogenik, depresi atau arrest, dan iskemia miokardium.*

b. Pada janin

Terjadi *intra uterine growth restriction, solusio plasenta, prematuritas, sindroma distres napas, kematian janin intrauterine, sepsis dan kematian neonatal.*

10. Pencegahan

Menurut Winkjosastro (2010), yang dimaksud pencegahan ialah upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada perempuan hamil yang mempunyai risiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia adalah suatu sindroma dari proses implantasi sehingga tidak secara keseluruhan

dapat dicegah. Pencegahan dapat dilakukan dengan nonmedikal dan medikal.

a. Pencegahan dengan nonmedikal

Pencegahan nonmedikal ialah pencegahan dengan tidak memberikan obat. Cara yang paling sederhana ialah melakukan tirah baring. Di Indonesia tirah baring masih diperlukan pada mereka yang mempunyai risiko tinggi terjadinya preeklampsia meskipun tirah baring tidak terbukti mencegah terjadinya preeklampsia dan mencegah persalinan preterm. Restriksi garam tidak terbukti dapat mencegah terjadinya preeklampsia. Hendaknya diet ditambah supelmen yang mengandung

- 1) minyak ikan yang kaya dengan asam lemak tidak jenuh, misalnya omega-3 PUFA.
- 2) antioksidan; vitamin C, Vitamin E, β -karoten, CoQ₁₀, N-Asetilesistein, Asam lipoik, dan.
- 3) elemen logam berat: zinc, magnesium, kalsium.

b. Pencegahan dengan medikal

Pencegahan dapat pula dilakukan dengan pemberian obat meskipun belum ada bukti yang kuat dan sahih. Pemberian diuretik tidak terbukti mencegah terjadinya preeklampsia bahkan memperberat hipovolemia. Antihipertensi tidak terbukti mencegah terjadinya preeklampsia. Pemberian kalsium : 1.500-2000 mg/hari dapat dipakai sebagai supelmen pada risiko tinggi terjadinya preeklampsia. Selain itu dapat pula diberikan *zinc* 200mg/hari, magnesium 365 mg/hari. Obat antitrombotik yang dianggap dapat mencegah preeklampsia ialah

aspirin dosis rendah rata-rata di bawah 100 mg/hari, atau dipiridomole. Dapat juga diberikan obat-obat antioksidan, misalnya vitamin C, vitamin E, β -karoten, CoQ₁₀, N-Asetilsistein, asam lipoik.

11. Penanganan

Menurut (Wiknjosastro, 2006).Pengobatan hanya dapat dilakukan secara simptomatis karena etiologi preeklampsia, dan faktor-faktor apa dalam kehamilan yang menyebabkannya, belum diketahui. Tujuan utama penanganan ialah mencegah terjadinya preeklampsia berat dan eklampsia; melahirkan janin hidup; melahirkan janin dengan trauma sekecil-kecilnya.

Pada dasarnya penanganan preeklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan obstetrik ditujukan untuk melahirkan bayi pada saat yang optimal, yaitu sebelum janin mati dalam kandungan, akan tetapi sudah cukup matur untuk hidup diluar uterus. Setelah persalinan berakhir, jarang terjadi eklampsia, dan janin yang suda cukup matur lebih baik hidup di luar kandungan dari pada dalam uterus. Waktu optimal tersebut tidak selalu dapat dicapai pada penanganan preeklampsia, terutama bila janin masih sangat prematur. Dalam hal ini diusahakan untuk dapat menunggu selama mungkin, agar janin lebih matur.

Pada umumnya indikasi untuk merawat penderita preeklampsia di rumah sakit ialah : a. tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan/atau tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih; b. proteinuria 1+ atau lebih; c. kenaikan berat badan 1,5 kg atau lebih dalam seminggu yang berulang;

d. penambahan edema berlebihan secara tiba-tiba. Perlu diperhatikan bahwa apabila hanya 1 tanda ditemukan, perawatan belum seberapa mendesak, akan tetapi pengawasan ditingkatkan, dan kepada yang bersangkutan dianjurkan untuk segera datang jika ada keluhan. Sementara itu, ia dinasehatkan untuk banyak beristirahat dan mengurangi pemakaian garam dalam makanan.

Pada penderita yang dirawat di rumah sakit dilakukan pemeriksaan dan penilaian sebagai berikut : a. anamnesis, pemeriksaan umum, pemeriksaan obstetrik, dan pemeriksaan laboratorium rutin; b. tekanan darah, air kencing, berat badan diperiksa setiap hari, dan edema dicari, terutama pada daerah sacral; c. balans cairan ditentukan setiap hari; d. funduskopi dilakukan pada waktu penderita masuk rumah sakit dan kemudian tiap 3 hari; e. keadaan janin diperiksa tiap hari dan besarnya dinilai. Dapat ditemukan janin tidak bertumbuh secara semestinya; penaksiran maturitas janin dalam hal ini perlu dilakukan dengan cara lain, f. penentuan hematokrit dilakukan berulang-ulang; g. penderita diingatkan untuk segera memberitahukan apabila sakit kepala, merasa mual, merasa nyeri di daerah epigastrium, atau menderita gangguan dalam penglihatan.

Pengobatan preeklampsia yang tepat ialah pengakhiran kehamilan karena tindakan tersebut menghilangkan sebabnya dan mencegah terjadinya eklampsia dengan bayi yang masih prematur penundaan pengakhiran kehamilan mungkin dapat menyebabkan eklampsia atau kematian janin. Pada janin dengan berat badan rendah pun kemungkinan

hidup pada preeklampsia berat lebih baik di luar daripada di dalam uterus. Cara pengakhiran dapat dilakukan dengan induksi persalinan atau seksio saesarea menurut keadaan. Pada umumnya indikasi untuk pengakhiran kehamilan ialah a. preeklampsia ringan dengan kehamilan lebih dari cukup-bulan; b. preeklampsia dengan hipertensi dan/atau proteinuria menetap selama 10-14 hari, dan janin sudah cukup matur; c. preeklampsia berat; d. eklampsia.

a. Penanganan preeklampsia ringan

Istirahat di tempat tidur masih merupakan terapi utama untuk penanganan preeklampsia. Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan pengaliran darah ke plasenta meningkat, aliran darah ke ginjal juga lebih banyak, tekanan vena pada ekstremitas bawah turun dan resorpsi cairan dari daerah tersebut bertambah. Selain itu, juga mengurangi kebutuhan volume darah yang beredar. Oleh sebab itu, dengan istirahat biasanya tekanan darah turun dan edema berkurang. Pemberian fenobarbital 3x30 mg sehari akan menenangkan penderita dan dapat juga menurunkan tekanan darah.

b. Penanganan preeklampsia berat

Pada penderita yang masuk rumah sakit sudah dengan tanda-tanda dan gejala preeklampsia berat segera harus diberi sedativa yang kuat untuk mencegah timbulnya kejang-kejang. Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut dapat diatasi, dapat difikirkan cara yang terbaik untuk

menghentikan kehamilan. Tindakan ini perlu untuk mencegah seterusnya bahaya eklampsia.

Sebagai pengobatan untuk mencegah timbulnya kejang-kejang dapat diberikan : 1) larutan sulfat magnesikus 40% sebanyak 10 ml (4 gram) disuntikkan intramuskulus bokong kir dan kanan sebagai dosis permulaan, dan dapat diulang 4 gram tiap 6 jam menurut keadaan. Tambahan sulfats magnesikus hanya diberikan bila dieresis baik, refleks patella positif, dan kecepatan pernapasan lebih dari 16 per menit. Obat tersebut, selain menenangkan, juga menurunkan tekanan darah dan meningkatkan dieresis; 2) klorpromazin 50 mg intramuscular; 3) diazepam 20 mg intramuscular (Winkosastro,2006).

Menurut (Saifuddin, 2006), semua kasus preeklampsia berat harus ditangani secara aktif, yaitu :

1) Penanganan kejang

Beri obat antikonvulsan (Magnesium Sulfat/MgSO₄), perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan napas, sedotan, masker dan balon, oksigen). Berikan oksigen 4-6 liter per menit. Lindungi pasien dari kemungkinan trauma, tetapi jangan terlalu keras. Baringkan pasien pada sisi kiri untuk mengurangi aspirasi. Setelah kejang, aspirasi mulut dan tenggorokan jika perlu.

2) Penanganan umum

Jika tekanan diastolik tetap lebih dari 110 mmHg, berikan obat antihipertensi, sampai tekanan diastolik di antar 90-100 mmHg.

Pasang infus dengan jarum besar (16 *gauge* atau lebih besar). Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi *overload* cairan. Kateterisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan proteinuria. Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin. Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin setiap jam. Hentikan pemberian cairan IV dan berikan diuretik misalnya furosemid 45 mg IV. Sekali saja jika ada edema paru. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan sederhana (*bedside clotting test*). Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati.

B. Faktor Risiko Preeklampsia Berat

1. Usia

a. Pengertian

Menurut (Lukman, 2008), usia adalah lamanya hidup seseorang sejak dilahirkan sampai sekarang. Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja, dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berpikir semakin matang (Depkes, 2008).

b. Klasifikasi

Menurut (Depkes RI,2001), klasifikasi usia reproduksi dibagi:

1) Usia kurang dari 20 tahun

Kehamilan pada usia ibu kurang dari 20 tahun merupakan risiko pada ibu dan janin karena organ reproduksi belum matang dan berfungsi secara optimal termasuk endometrium tempat implantasi dan perkembangan buah kehamilan untuk pemberian nutrisi dan oksigen janin yang menyebabkan gangguan bertumbuhan dan perkembangan.

2) Usia 20-35 tahun

Masa kehamilan yang baik terjadi pada saat ibu yang berusia antara 20-35 tahun, karena pada usia tersebut sangat produktif untuk terjadi kehamilan dengan jarak lebih dari 2 tahun.

3) Usia lebih dari 35 tahun

Usia lebih dari 35 tahun adalah usia untuk mengakhiri kehamilan karena pada usia tersebut alat-alat reproduksi sudah menurun sehingga tempat insersi plasenta menjadi kurang baik .

c. Hubungan usia dengan kejadian preeklampsia berat

Pada usia <20 tahun dan >35 tahun lebih berisiko terhadap kejadian preeklampsia, hal ini dikarenakan pada usia < 20 tahun diduga adanya suatu imunologi di samping endokrin dan genetik, sedangkan preeklampsia pada usia > 35 tahun diduga akibat hipertensi yang diperberat oleh kehamilan.(Cunningham, 2009).

Pada preeklampsia lebih sering terjadi pada umur belasan tahun dan pada usia di atas 35 tahun. Kejadian preeklampsia bisa meningkat 3 kali lipat dibandingkan dengan usia 20-30 tahun, beberapa penelitian melaporkan bahwa insidensi preeklampsia meningkat 2-3 kali lipat pada nuli para berusia 40 tahun. Semakin muda usia saat hamil dan melahirkan semakin besar resiko yang dihadapi ibu maupun anak, karena belum siapnya alat reproduksi untuk menerima kehamilan. Hal ini meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk preeklampsia/eklampsia (Manuaba, 2008).

Pada usia lebih 35 tahun dengan bertambahnya usia maka akan terjadi proses penuaan, dimana pada dasarnya proses menua terjadi sejak dilahirkan sampai pada saat kematian. Manifestasi utama dari proses ini adalah menurunnya kemampuan fungsi organ dan sistem tubuh, diantaranya yaitu otot, syaraf, kardiovaskuler, endokrin dan reproduksi. Tetapi pada umumnya tanda-tanda penuaan mulai tampak sejak umur 35 tahun telah terjadi penurunan curah jantung yang disebabkan oleh berkurangnya kontraksi miokardium, sedangkan pada saat hamil curah jantung meningkat (40%) untuk meningkatkan aliran darah ke organ seperti ginjal dan uterus. Peningkatan curah jantung dapat meningkatkan tahanan perifer yang berakibat daya pompa jantung meningkat sehingga terjadi kontraksi yang menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi (Cunningham, 2005).

Meningkatnya usia ibu yang menyebabkan arteri akan terjadi kaku sehingga akan meningkatkan halangan aliran darah. Selain itu juga tampak timbul pada ginjal yaitu menurunkan fungsi filtrasi glomerulus yang mengakibatkan proteinuria serta retensi natrium dan air. Diaman dengan terjadinya retensi natrium dan air, maka diuresis menurun sehingga terjadi peningkatan berat badan. Disisi lain dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi insiden hipertensi arterial, menghadapi resiko yang lebih besar untuk menderita superimposed preeklampsia. Superimposed preeklampsia adalah terjadi karena memang sudah ada hipertensi yang diperbesar oleh kehamilan disertai proteinuria dan edema (Cunningham,2005).

Menurut penelitian (Julianti, 2014) berdasarkan hasil analisis statistik, menunjukkan bahwa $P\text{-Value} = 0,014$ ($P > \alpha 0,05$), maka H_0 ditolak yang berarti bahwa ada hubungan antara usia dengan kejadian preeklampsia berat pada ibu hamil.

2. Paritas

a. Pengertian

Menurut(Manuaba, 2010), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm, Winkjosastro (2002) memberikan pengertian paritas adalah seseorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup. Paritas adalah jumlah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di dunia luar (Depkes, 2008).

b. Klasifikasi

Menurut (Manuaba, 2010) mengklasifikasikan paritas sebagai berikut :

- 1) Primipara atau paritas rendah adalah seorang wanita yang telah melahirkan seorang anak.
- 2) Multipara atau paritas sedang adalah wanita yang pernah hamil tersebut tidak lebih dari 5 kali, digolongkan paritas sedang pada hamil dan bersalin 2-4 kali pada paritas sedang ini sudah masuk kategorirawan terutama pada kasus-kasus obstetric jelek. Serta interval kehamilan yang terlalu dekat kurang dari 2 tahun. Ibu hamil dengan multipara dan perlu diwaspadai karena pada ibu hamil yang paritasnya lebih dari 3 kali perlu diwaspadai kemungkinan persalinan lama, semakin banyak anak keadaan rahim semakin lemah, dan lebih mungkin mengalami kontraksi lemah pada saat persalinan, perdarahan seteah persalinan, persalinan yang cepat, yang menyebabkan meningkatnya risiko perdarahan vagina yang berat dan plasenta previa. Karena semakin banyak anak keadaan rahim semakin lemah.
- 3) Grande multipara atau paritas tinggi adalah kehamilan persalinan pada paritas 5 kali lebih , paritas tinggi merupakan paritas rawan oleh karena paritas tinggi banyak kejadian obstetrik yang menyebabkan angka kematian lebih tinggi.

c. Hubungan paritas dengan preeklampsi berat

Pada paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari kejadian preeklamsi dan risiko meningkat lagi pada grandemultigravida (Bobak, 2006). Selain itu primi tua lama perkawinan ≥ 4 tahun juga dapat berisiko tinggi timbul preeklamsi (Rochjati,2006).

Pada wanita yang baru pertama kali hamil ditemukan 6-8 kali lebih rentan menderita preeklamsi/eklamsi (Bobak dan Jenson, 2005). Insiden preeklamsi/eklamsi lebih banyak di jumpai pada primipara dari pada multipara dan frekuensi preeklamsi/eklamsi meningkat pada primipara. Preeklamsi kadang disebut juga sebagai penyakit primigravida karena frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida terutama pada primigravida muda hal ini terjadi karena pada primigravida pembentukan bloking imun belum banyak dan sempurna seperti multigravida. Pada multigravida penyakit ini dapat dijumpai pada keadaan berikut : penyakit vaskuler ginjal, multifetal, hidrosefalus, penyakit vaskuler penyakit ginjal. (Winjosastro,2008).

Menurut penelitian (Julianti, 2014) berdasarkan hasil analisis statistik, menunjukkan bahwa $P \text{ Value} = 0,012$ ($P < \alpha 0,05$) maka H_0 ditolak yang berarti bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsi berat pada ibu hamil.

3. Jarak kehamilan

a. Pengertian

Jarak kehamilan adalah waktu sejak ibu hamil sampai terjadinya kelahiran berikutnya (Manuaba,2008).

b. Klasifikasi

1) < 2 tahun (tinggi)

Menurut Ahmad (2008) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak < 2 tahun menunjukkan proporsi kematian terbanyak, jarak kehamilan terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali normal, pada ibu hamil dengan jarak terlalu dekat berisiko terjadi anemia dalam kehamilan karena cadangan zat besi ibu hamil belum pulih akhirnya terkuras habis untuk keperluan janin yang dikandungnya.

2) >2-3 tahun (sedang)

Menurut Gazali,F (2009),menyebutkan bahwa anak-anak yang dilahirkan 3,5 tahun setelah kelahiran kakaknya, memiliki kemungkinan hidup sehat 2,5 kali lebih tinggi dari pada yang berjarak kelahiran kurang dari 2 tahun, dinding-dinding endometrium mulai regenerasi pada rahim ibu dan sel epitel kelenjar-kelenjar endometrium mulai berkembang. Bila saat ini

terjadi kehamilan endometrium telah siap menerima sel-sel memberikan nutrisi bagi pertumbuhan sel telur.

3) > 4 tahun

Pada kehamilan dengan jarak > 4 tahun sel telur yang dihasilkan sudah tidak baik, sehingga bisa menimbulkan kelainan-kelainan bawaan seperti *downsindrom* saat persalinanpun berisiko berisiko terjadi perdarahan post partum. Hal ini disebabkan otot-otot rahim tidak selentur dulu, sehingga saat harus mengkerut kembali bisa terjadi gangguan yang berisiko terjadi hemoragik post partum (HPP), risiko terjadi preeklampsia dan eklampsia juga sangat besar karena terjadi kerusakan sel-sel endotel (Gazali.F, 2009).

c. Hubungan jarak kehamilan dengan preeklampsia berat

Jarak kehamilan ideal antara satu kehamilan dengan kehamilan berikutnya adalah 3 tahun. Kurun waktu ini sangat baik untuk memberi kesempatan rahim untuk memulihkan keadaan seperti semula. Kematian ibu saat melahirkan dapat dihindari, salah satunya dengan menjaga jarak antar kehamilan (Solihah, 2007). Jarak kehamilan yang dekat kurang dari 2 tahun juga berisiko terjadi komplikasi kebidanan pada ibu dikarenakan rahim dan kesehatan ibu belum mempunyai kesempatan untuk kembali pulih dan sehat (Manuaba,2008).

Menurut penelitian (Fatkiyah, 2016), ada hubungan yang signifikan antara umur, paritas, riwayat hipertensi dan riwayat preeklampsia ibu dengan kejadian preeklampsia. Faktor umur, paritas,

jarak kehamilan, riwayat hipertensi dan riwayat preeklamsia merupakan faktor risiko terhadap kejadian preeklamsia. Riwayat hipertensi merupakan faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian preeklamsia.

4. Riwayat Hipertensi

a. Pengertian

Pada umumnya, tekanan darah yang dianggap optimal adalah kurang dari 120 mmHg untuk tekanan sistolik dan 80 mmHg untuk tekanan diastolik. Sementara tekanan yang dianggap hipertensif adalah lebih dari 140 mmHg untuk sistolik dan lebih dari 90 mmHg untuk diastolik (Corwin,2008). Hipertensi adalah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran darah sekurang kurangnya 2 kali selama 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg sebagai parameter hipertensi sudah tidak dipakai lagi (Wiknjosastro, 2007).

b. Etiologi

Penyebab hipertensi dalam kehamilan hingga kini belum diketahui dengan jelas. banyak teori telah dikemukakan tentang terjadinya hipertensi, tetapi tidak satu pun teori tersebut dianggap mutlak benar (Wiknjosastro, 2007). Hipertensi terbagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan hipertensi skunder. Hipertensi primer merupakan merupakan jenis hipertensi yang paling umum terjadi selama kehamilan yaitu sebanyak 90% sedangkan 10% lagi merupakan

hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh adanya satu atau lebih kelainan tertentu seperti penyakit ginjal, penyakit pembuluh darah dan kolagen kulit, beberapa kelainan endokrin (misalnya diabetes mellitus dengan komplikasi *vascular, feokromositoma, tirotoksikosis, penyakit Cushing,hiperaldosteronisme*) atau *koarktasio aorta* (Sabai,2007).

Sementara hipertensi pada masa kehamilan diklasifikasikan menjadi hipertensi ringan atau berat yang bergantung pada nilai tekanan darah sistolik dan diastolik. Peningkatan tekanan darah ≥ 180 mmHg dan 110 mmHg merupakan suatu hipertensi berat. Untuk tujuan penanganan maka hipertensi pada kehamilan juga dapat dikategorikan sebagai hipertensi risiko rendah atau hipertensi risiko tinggi. Termasuk dal risiko rendah adalah pasien dengan hipertensi esensial yaitu tekanan darah $\geq 140/80$ mmHg yang diukur pada kunjungan pertama ke dokter tanpa disertai adanya gangguan organ. Pasien yang pada awal kehamilannya diklasifikasikan sebagai risiko rendah dapat berkembang menjadi risiko tinggi apabila terdapat hipertensi berat atau preeklampsia (Sabai,2007).

c. Komplikasi

Menurut (Darryl,2009) pada wanita hamil yang mengalami hipertensi terjadi peningkatan angka kejadian stroke. Selain itu komplikasi lain yang sangat mengkhawatirkan yaitu terjadinya *superimposed* preeklampsia yang dapat mengakibatkan terjadinya

disfungsi hepar, gagal ginjal, serta tendensi timbulnya perdarahan yang meningkat dan perburukan kearah eklampsia. Komplikasi yang mungkin timbul dari hipertensi kronik pada kehamilan ini adalah solusio plasenta, preeklampsia, kelahiran prematur, pertumbuhan janin terhambat (Sastrawinata, 2004).

d. Klasifikasi

Tabel 2.1 : Klasifikasi hipertensi (Mansjoer, 2010) adalah :

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	<85
Ringan	140-159	90-99
Sedang	160-179	100-109
Berat	>180	>110

Adapun klasifikasi menurut (Medicastore,2008) adalah :

1) Hipertensi sistolik terisolasi

Tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan darah diastolik masih dalam kisaran normal.

2) Hipertensi Maligna

Hipertensi yang sangat parah, yang bila tidak diobati akan menimbulkan kematian dalam waktu 3-6 bulan. Hipertensi ini jarang terjadi, hanya 1 dari setia 200 penderita hipertensi.

e. Hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi kronis yaitu kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah menetap. Kebanyakan wanita dengan hipertensi kronik (hipertensi esensial) telah didiagnosa sebelum kehamilan, kebanyakan wanita didapati menderita hipertensi pada kunjungan antenatal

pertama. Bila tanpa penyebab sekunder hipertensi (misalnya *stenosis arteri renalis* atau *feokromositoma*), peninggian tekanan darah (>140/90) yang menetap dan terjadi sebelum kehamilan minggu ke 20, diagnosis hipertensi esensial dapat ditegakkan. Tanda klinik dan diagnosis :

- 1) Hipertensi terjadi pada awal kehamilan
- 2) Fungsi ginjal normal atau hanya terjadi sedikit albuminaria.
- 3) Jika kehamilan kebelakang terdapat peningkatan tekanan darah dan albuminaria secara bermakna, maka akan sulit dibedakan dengan preeklampsia berat (*Superimposed*).

f. *Superimposed* preeklampsia

Superimposed preeklampsia adalah gejala dan tanda-tanda hipertensi dan proteinuria yang muncul setelah kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya menderita hipertensi kronis. Dikatakan preeklampsia (PE) ringan jika tekanan darah > 140/90 mmHg dan proteinuria sampai positif dua (++). Sedangkan preeklampsia (PE) berat jika tekanan darah >160/110 mmHg, dengan proteinuria lebih dari positif dua (++), disertai dengan keluhan subjektif seperti nyeri ulu hati, sakit kepala, gangguan penglihatan dan volume kencing berkurang (Putra,2008).

g. Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Preeklampsia Berat

Sebagian besar ibu hamil dengan riwayat hipertensi berisiko mengalami preeklampsia. Pada wanita hamil dengan hipertensi yang

memiliki resistensi terhadap angiotensin III dapat mempengaruhi langsung sel endotel dengan membuatnya berkontraksi. Hal tersebut dapat menimbulkan Kebocoran sel antar-endotel, sehingga melalui kebocoran tersebut, unsur-unsur pembentuk darah, seperti trombosit dan fibrinogen, tertimbun pada lapisan sub endotel perubahan vaskuler yang disertai dengan hipoksia pada jaringan setempat dan sekitarnya, diperkirakan menimbulkan perdarahan, nekrosis dan kelainan organ yang sering dijumpai pada preeklamsi berat (Bobak, 2004).

(Manuaba, 2008) juga menyebutkan bahwa 20% ibu dengan riwayat hipertensi dapat menjadi preeklamsi berat. Menurut penelitian (Fatkiyah, 2016) dengan hasil nilai OR variabel riwayat hipertensi menunjukkan 6,42 dapat diartikan ibu hamil dengan hipertensi mempunyai risiko 6,42 kali terjadi preeklamsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak ada riwayat hipertensi.

5. Diabetes Melitus

a. Pengertian

Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolik dengan penyebab yang beragam, ditandai adanya hiperglikemia kronis serta perubahan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein akibat defek sekresi atau kerja insulin, atau keduanya (Wiknjastro, 2012).

Terdapat 4 macam klasifikasi diabetes yaitu :

- 1) Diabetes tipe 1 (disebabkan oleh destruksi sel yang akan menyebabkan defisiensi absolute insulin)

- 2) Diabetes tipe 2 (disebabkan oleh defek sekresi insulin yang progresif karena adanya insulin yang resisten)
- 3) Tipe spesifik diabetes lainnya (disebabkan oleh faktor, penyakit eksokrin pancreas, atau obat-obatan).
- 4) Diabetes mellitus gestasional (DMG)

Diabetes merupakan komplikasi medik yang sering terjadi pada kehamilan. Ada dua macam perempuan hamil dengan diabetes, yaitu :

- 1) Perempuan hamil dengan diabetes yang sudah diketahui sejak sebelum perempuan tersebut hamil (pregestasional).
- 2) Perempuan hamil dengan diabetes yang baru diketahui setelah perempuan tersebut hamil (diabetes mellitus gestasional).

Diabetes Mellitus Gestasional (DMG) adalah intoleransi glukosa yang dimulai atau baru ditemukan pada waktu hamil. Tidak dapat dikesampingkan kemungkinan adanya intoleransi glukosa yang tidak diketahui yang muncul seiring kehamilan. Setelah ibu melahirkan keadaan DMG sering akan kembali ke regulasi glukosa normal (Wiknjosastro, 2007).

b. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia, seksio sesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe 2 dikemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan risiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hiperbilirubinemia

neonatal, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatnya mortalitas atau kematian janin(Wiknjosastro, 2007).

Morbiditas antepartum pada perempuan dengan diabetes mellitus gestasional (DMG) adalah kemungkinan terjadinya peningkatan gangguan hipertensi. Oleh karena itu, perlu pemantauan tekanan darah, kenaikan berat badan, dan ekskresi proteinuria, khususnya pada paruh kedua kehamilan secara baik. Risiko klinik antepartum yang paling dominan dari DMG adalah terhadap janinnya. Risiko kelainan kongenital pada janin akan meningkat, terutama pada bayi yang ibunya mengalami hiperglikemia berat (misalnya konsentrasi gula darah puasa segera berada diatas 120 mg/dl [6,7 mmol/l]. dalam keadaan seperti ini sebaiknya dilakukan konseling dan pemeriksaan USG yang terarah untuk mendeteksi kelainan janin (Wiknjosastro, 2007).

Kematian janin intrauterine merupakan salah satu komplikasi yang bisa terjadi pada kehamilan dengan diabetes, termasuk pula perempuan diabetes mellitus gestasional yang tidak dikelola dengan baik. Makrosomia (bayi dengan berat lebih dari 4000 gram) merupakan morbiditas yang paling sering dijumpai dan merupakan masalah serius karena bisa menyebabkan timbulnya kesulitan dan trauma persalinan. Makrosomia diduga disebabkan oleh adanya glukosa janin yang berlebihan akibat hiperglikemia pada ibu, selain faktor lainya seperti ibu yang gemuk (obesitas), ras, dan etnis.

Perempuan hamil dengan diabetes dan obes atau dengan kenaikan berat badan waktu hamil berlebihan, merupakan faktor risiko utama terjadinya preeklampsia, seksio sesarea, kelahiran premature, makrosomia janin, dan kematian janin (Wiknjosastro, 2010).

c. Patofisiologis

Sebagian kehamilan ditandai dengan adanya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, yang pada beberapa perempuan akan menjadi faktor predisposisi untuk terjadinya DM selama kehamilan. Resistensi ini berasal dari hormon diabetogenik hasil sekresi plasenta yang terdiri atas hormone pertumbuhan (*growth hormon*), *corticotrophin releasing hormon*, *placental lactogen* , dan progesterone. Hormone ini dan perubahan endokrinologik serta metabolik akan menyebabkan perubahan dan menjamin pasokan bahan bakar dan nutrisi ke janin sepanjang waktu. Akan terjadi diabetes mellitus gestasional apabila fungsi pancreas tidak cukup untuk mengatasi keadaan resistensi insulin yang diakibatkan oleh perubahan hormone diabetogenik selama kehamilan(Wiknjosastro, 2007).

Kadar glukosa yang meningkat pada ibu hamil sering menimbulkan dampak yang kurang baik terhadap bayi yang dikandungnya. Bayi yang lahir dari ibu dengan DM biasanya lebih besar, dan bisa terjadi juga pembesaran dari organ-organya (hepar, kelenjar adrenal, jantung). Segera setelah lahir, bayi dapat mengalami hipoglikemia karena produksi insulin janin yang meningkat, sebagai

reaksi terhadap kadar glukosa ibu yang tinggi. Oleh karena itu, setelah bayi dilahirkan, kadar glukosanya perlu dipantau dengan ketat. Ibu hamil penderita diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan baik akan meningkatkan risiko terjadinya keguguran atau bayi lahir mati. Bila diagnosis diabetes mellitus sudah dapat ditegakkan sebelum kehamilan, tetapi tidak terkontrol dengan baik, maka janin berisiko mempunyai kelainan congenital (Wiknjosastro, 2010).

d. Hubungan Diabetes Mellitus dengan Kejadian Preeklampsia Berat

Penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes mellitus berpengaruh terhadap preeklampsia. Penyakit ini merupakan kelainan herediter dengan ciri berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang juga dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaliknya, diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan (Mochtar, 2012). Menurut Menurut (Saifudin, 2009), diabetes militus gestasional merupakan gangguan metabolisme pada kehamilan yang ringan, tetapi hiperglikemia ringan dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklampsia. Menurut penelitian (Kurniasari, 2015) dengan hasil analisis didapatkan $OR=14,37$ artinya ibu dengan diabetes melitus mempunyai peluang 14,37 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami diabetes melitus.

6. Gemeli

a. Pengertian

Kehamilan gemeli adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih yang ada di dalam kandungan selama proses kehamilan. Bahaya bagi ibu tidak begitu besar, tetapi wanita dengan kehamilan kembar memerlukan perhatian dan pengawasan khusus bila diinginkan hasil yang memuaskan bagi ibu dan janin (Wiknjosastro, 2007).

a. Etiologi

Bila proses fertilisasi menghasilkan janin lebih dari satu maka kehamilan tersebut disebut dengan kehamilan ganda. Angka kejadian kehamilan ganda menurut rumus Hellin adalah gemelli 1:80 kehamilan, tripel 1:80² kehamilan, kuadruplet 1:80³ dan seterusnya. Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor genetic atau keturunan, umur dan paritas, ras/suku bangsa dan obat pemicu ovulasi. Kehamilan ganda mempunyai arti yang cukup penting dalam bidang obstetric karena di samping merupakan fenomena yang menarik, keadaan ini termasuk dalam kategori risiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan (Saifuddin, 2006).

Menurut Mellyan(2007) kehamilan gemeli dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

- 1) Faktor-faktor yang mempengaruhi adalah : bangsa, umur, dan paritas sering mempengaruhi kehamilan 2 telur

- 2) Faktor obat-obat induksi profertil, domid dan *hormone gonadotropin* dapat menyebabkan kehamilan dizigotik dan kembar lebih dari dua
- 3) Faktor keturunan
- 4) Faktor yang lain belum diketahui

b. Patofisiologi

Menurut (Manuaba, 2007) kehamilan kembar dibagi menjadi dua. Monozigot, kembar yang berasal dari satu sel telur dan dizigot kembar yang berasal dari dua telur. Dari seluruh jumlah kehamilan kembar, sepertiganya adalah monozigot. Kembar dizigot berarti dua telur matang dalam waktu bersamaan, lalu dibuahi oleh sperma. Akibatnya, kedua sel telur itu mengalami pembuahan dalam waktu bersamaan. Sedangkan kembar monozigot berarti satu telur yang dibuahi sperma. Lalu membelah dua. Masa pembelahan inilah yang akan berpengaruh pada kondisi bayi kelak.

c. Jenis Kehamilan Gemeli

Kehamilan kembar dibagi menjadi 3 macam, menurut (Mochtar, 2012) adalah sebagai berikut :

- 1) Gemeli dizigotik : kembar dua telur, heterolog, biovuler dan prantenal :
Kedua telur berasal dari :
 - a) 1 ovarium dan dari dua folikel de graff
 - b) Ovarium dan dari 1 folikel de graff

- c) Dari ovarium kanan dan satu lagi dari ovarium kiri
- 2) Gemeli monozigotik : kembar satu telur, homolog, uniovuler, identik dapat terjadi karena :
 - a) Satu telur dengan 2 inti, hambatan pada tingkat blastula
 - b) Hambatan pada tingkat segmentasi
 - c) Hambatan setelah amnion dibentuk, tetapi sebelum primitif steak

3) Conjoined twins, superfekundasi

Conjoined twins atau kembar siam adalah kembar dimana janin melengket satu dengan lainnya. Misalnya torakopagus (dada dengan dada), abdominopagus (perlengketan antara kedua abdomen), kraniopagus (kedua kepala) dan sebagainya. Banyak kembar siam telah dapat dipisahkan secara operatif dengan berhasil. Superfekundasi adalah pembuahan dua telur yang dikeluarkan dalam ovulasi yang sama pada dua kali koitus yang dilakukan pada jarak waktu yang pendek.

e. Komplikasi

Dapat terjadi partus prematurus, preeklampsia/eklampsia, anemia, malpresentasi, perdarahan pasca persalinan. Bila janin kedua tidak lahir spontan dalam 30 menit setelah janin pertama lahir maka janin kedua harus dilahirkan dengan tindakan obstetrik karena risiko kehidupan pada janin kedua akan meningkat sejalan dengan waktu.

f. Tanda dan Gejala

Menurut (Dutton,2012) tanda dan gejala pada kehamilan kembar adalah sebagai berikut:

- 1) Pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan dan gejala, usia melewati batas toleransinya dan seringkali terjadi partus prematurus. Usia kehamilan makin pendek dan makin banyaknya janin pada kehamilan kembar.
- 2) Mual dan muntah berat karena HCG meningkat
- 3) Palpasi abdomen mendapatkan 3 atau lebih bagian tubuh yang besar
- 4) Auskultasi lebih dari satu denyut jantung yang terdengar jelas dan berbeda (nonmaternal) lebih dari 10 denyut/menit. Kecurigaan meningkat jika keluarga memiliki riwayat kehamilan kembar.
- 5) Penggunaan stimulator ovulasi
- 6) Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan kembar bertambah sehinggadapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain.
- 7) Frekuensi hidramnion kira-kira sepuluh kali lebih besar pada kehamilan kembar dari pada kehamilan tunggal
- 8) Frekuensi preeklampsia dan eklampsia juga dilaporkan lebih sering pada kehamilan kembar
- 9) Solusio plasenta dapat terjadi kemudian seperti sesak nafas, sering kencing, edema dan varises pada tungkai bawah dan vulva.

g. Hubungan Kehamilan Gemeli dengan Kejadian Preeklampsia Berat

Walaupun patofisiologi preeklampsia masih belum terdefiniskan secara pasti, akan tetapi iskemia plasenta atau hipoksia dianggap sebagai faktor kunci. Frekuensi preeklampsia dan eklampsia juga dilaporkan lebih sering pada kehamilan kembar. Hal ini diterangkan dengan penjelasan bahwa keregangan uterus yang berlebihan menyebabkan iskemia plasenta. Berdasarkan teori iskemia implantasi plasenta, bahan trofoblas akan diserap kedalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteriol dan tertahannya garam dan air (Prawirohardjo, 2007).

Bahaya bagi ibu pada kehamilan kembar lebih besar dari pada kehamilan tunggal karena lebih seringnya terjadi anemia, preeklampsia dan eklampsia, operasi obstetrik dan perdarahan postpartum. Kematian perinatal anak kembar lebih tinggi daripada anak kehamilan tunggal. Kematian anak pada kehamilan monozigot lebih besar daripada kehamilan dizigotik karena pada yang pertama dapat terjadi lilitan tali pusat antara janin pertama dan kedua (Prawirohardjo, 2007).

Penegangan rahim yang berlebihan menyebabkan iskemia yang berlebihan sehingga menyebabkan preeklampsia, seperti pada kehamilan ganda wanita yang dengan gestasi kembar dua bila dibandingkan dengan gestasi tunggal, memperlihatkan insiden

hipertensi gestasional (13% banding 6% dan preeklampsia 13% banding 5%) (Cunningham, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian (Apriyanti, 2014) hasil uji chi square yang telah dilakukan oleh peneliti, di dapat hasil $p = 0,009$ ($p < 0,05$). Ini berarti ada hubungan antara gemeli dengan kejadian preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014. Dengan nilai Odds Ratio (OR) = 4,14 yang artinya preeklampsia beresiko 4,14 kali lebih besar terjadi pada ibu bersalin dengan gemeli dibandingkan dengan ibu bersalin tidak dengan gemeli.

7. Usia Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau Sembilan bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo,2010).

b. Klasifikasi usia kehamilan

Menurut Manuaba (2010), kehamilan dibagi menjadi :

- 1) Trimester I : Umur kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Trimester II : Umur kehamilan 13-28 minggu
- 3) Trimester II : Umur kehamilan 29-40 minggu

Menurut Rustam Mochtar (2012) :

- 1) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable) berat janin dibawah 1000 gram. Tua kehamilan dibawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur berat janin antara 1000-2500 gram.
- 3) Partus matures atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2500 gram.
- 4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus yang ditaksir janin tersebut postmatur.

c. Hubungan usia kehamilan dengan kejadian preeklampsia berat

Preeklampsia terjadi pada sebanyak 10% dari kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga, dan setelah minggu ke-32. Beberapa wanita akan mengalami preeklampsia dini pada usia kehamilan 20 minggu, meskipun hal ini jarang terjadi. Hal ini jauh lebih umum pada wanita yang hamil untuk pertama kalinya, dan frekuensi turun secara signifikan pada kehamilan kedua (Kuswanti,2014).

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal

sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya dengan preeklampsia (Winkjosastro,2009).

Pada kehamilan cukup bulan kadar fibrinogen meningkat dengan nyata, kadar tersebut lebih meningkat lagi pada preeklampsia, waktu pembekuan darah lebih pendek dan kadang-kadang ditemukan kurang dari 1 menit pada eklampsia. selain itu perubahan plasenta normal sebagai akibat tuanya kehamilan seperti menipisnya sinsitium, menebalnya dinding pembuluh darah dipercepat prosesnya pada preeklampsia dan hipertensi, sehingga preeklampsia sering terjadi pada kehamilan aterm. Namun demikian, bukan berarti preeklampsia tidak pernah terjadi pada kehamilan preterm. Banyak faktor predisposisi lain yang dapat mempengaruhi kelahiran aterm dan preterm (Winkjosastro,2002).

Menurut penelitian (Utama, 2008) berdasarkan hasil penelitian terhadap ibu hamil PEB dan bukan PEB di RSD Raden Mattaher Jambi, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan *odds ratio* (OR) 3,673, Usia kehamilan (nilai OR 26,270), riwayat penyakit (nilai OR 2,786) dengan kejadian preeklampsia berat, serta tidak ada hubungan yang bermakna antara status gravida dengan kejadian preeklampsia berat.

8. Pendidikan

a. Pengertian

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa. Kegiatan atau proses belajar dapat terjadi dimana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja (Notoadmojo,2007). Pendidikan berasal dari kata “didik” berarti memelihara dan member latihan (ajar,pimpinan) mengenai akhlak dan kecerdasan pikiran.

Sejalan dengan pengertian di atas, menurut UU RI No.20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk menyiapkan peserta didik memulai kegiatan bimbingan dan latihan bagi peranannya di masa yang akan datang.

b. Jenjang Pendidikan

Jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik,tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. Jenjang pendidikan formal menurut UU RI tentang pendidikan No.20 tahun 2003 antara lain:

1) Pendidikan Dasar

Jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah.

Contohnya : Sekolah Dasar (SD), Madrasah Ibtidaiyah (MI),

Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Madrasah Tsanawiyah (MTs).

2) Pendidikan Menengah

Jenjang pendidikan lanjutan pendidikan dasar yang terdiri dari pendidikan menengah kejuruan. Contohnya : Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK), atau bentuk lain yang sederajat.

3) Pendidikan Tinggi

Suatu pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi di perguruan tinggi yang dapat berupa Akademik, Politeknik, Sekolah Tinggi, dan Universitas yang termasuk perguruan tinggi adalah D1, D3, D4/SI, S2, S3.

c. Hubungan pendidikan dengan kejadian preeklamsi berat

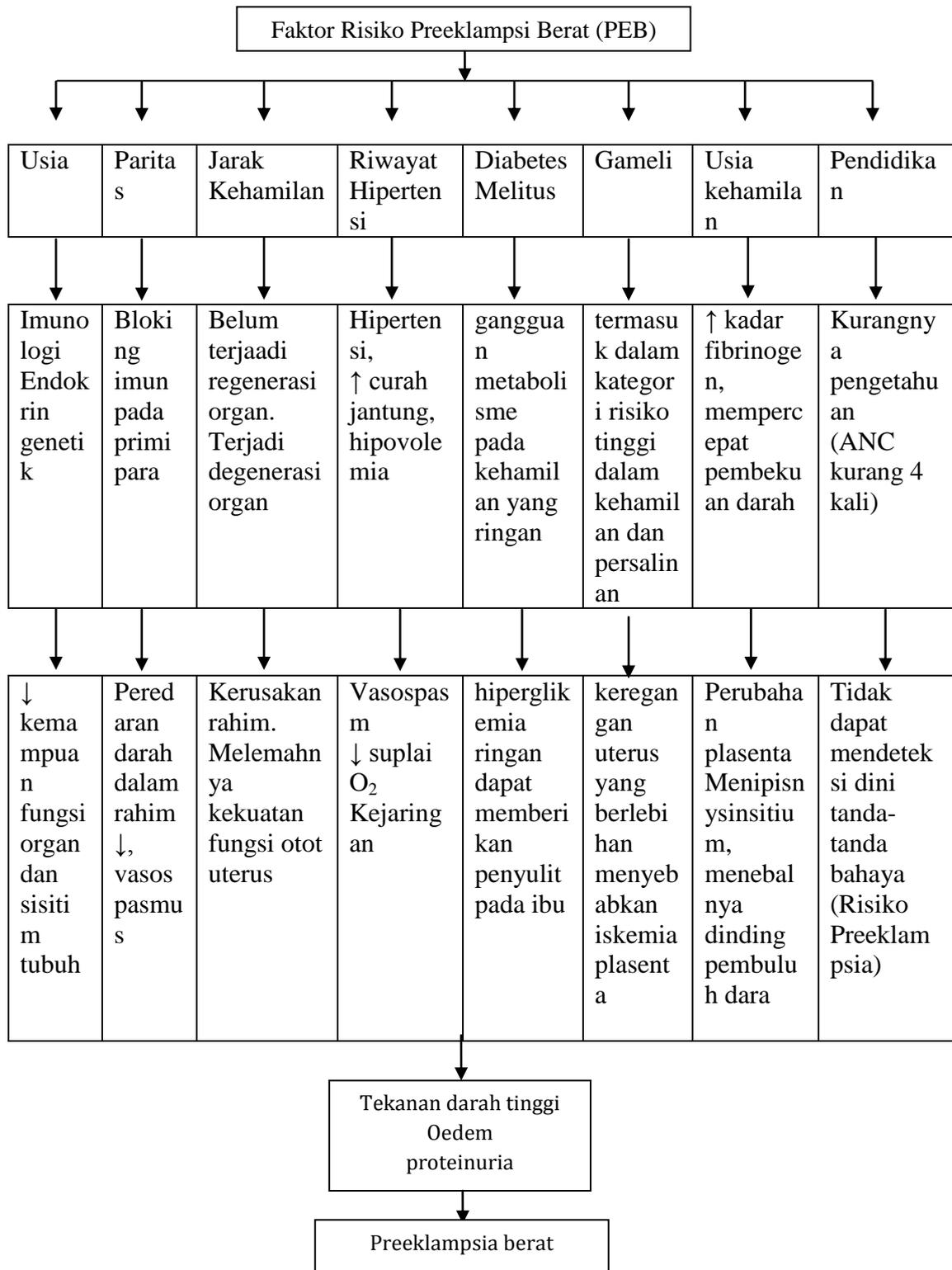
Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman tentang stimulus. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional di bandingkan mereka yang tidak berpendidikan (Notoatmojo, 2010) .

Pendidikan ibu berpengaruh terhadap preeklampsia berat, karena ibu yang kurang berpendidikan ibu kurang mengerti akan pentingnya memeriksakan kehamilan dan apabila ada kelainan pada kehamilan maka tidak dapat terdeteksi secara dini dan apabila ibu rajin dalam memeriksakan kehamilan maka ibu akan mengetahui apakah ibu mempunyai masalah kesehatan misalnya, tekanan darah tinggi dan lain sebagainya. Maka dari itulah pentingnya seorang ibu tersebut berpendidikan tinggi (Maryanti,2012).

Menurut penelitian (Julianti, 2014) Berdasarkan analisis statistic, menunjukkan bahwa P. Value = 0,003($P < \alpha$ 0,05), maka H_0 ditolak yang berarti bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian preeklamsi berat pada ibu hamil.

C. Kerangka Teori

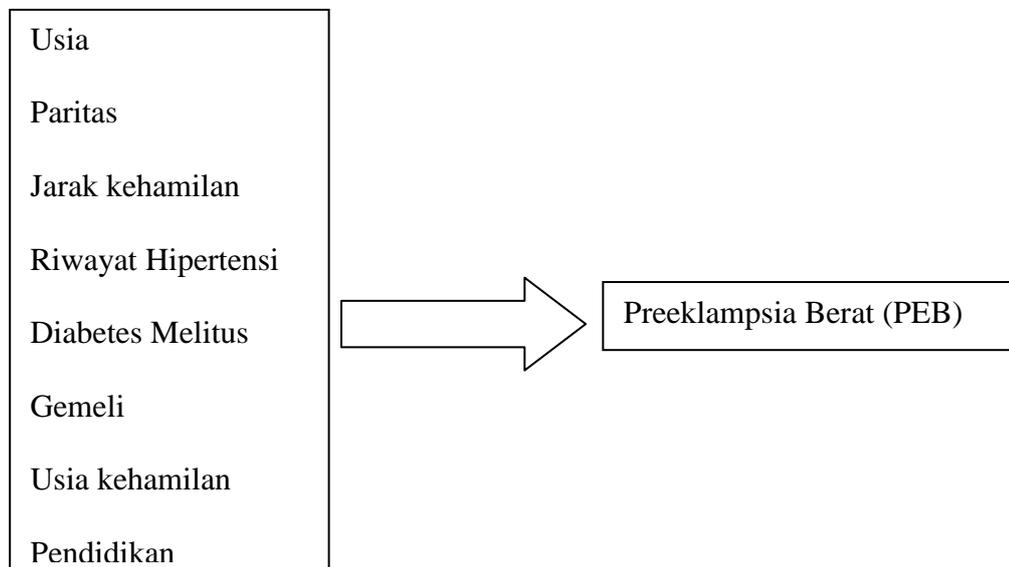
Bagan 2.2 : Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi Cuningham (2006), Manuaba (2011), Winkjosastro (2010).

D. Kerangka Konsep

Bagan 2.3 : Kerangka Konsep



E. Hipotesis

1. Ada hubungan usia dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
2. Ada hubungan paritas dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
3. Ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
4. Ada hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
5. Ada hubungan diabetes mellitus dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.

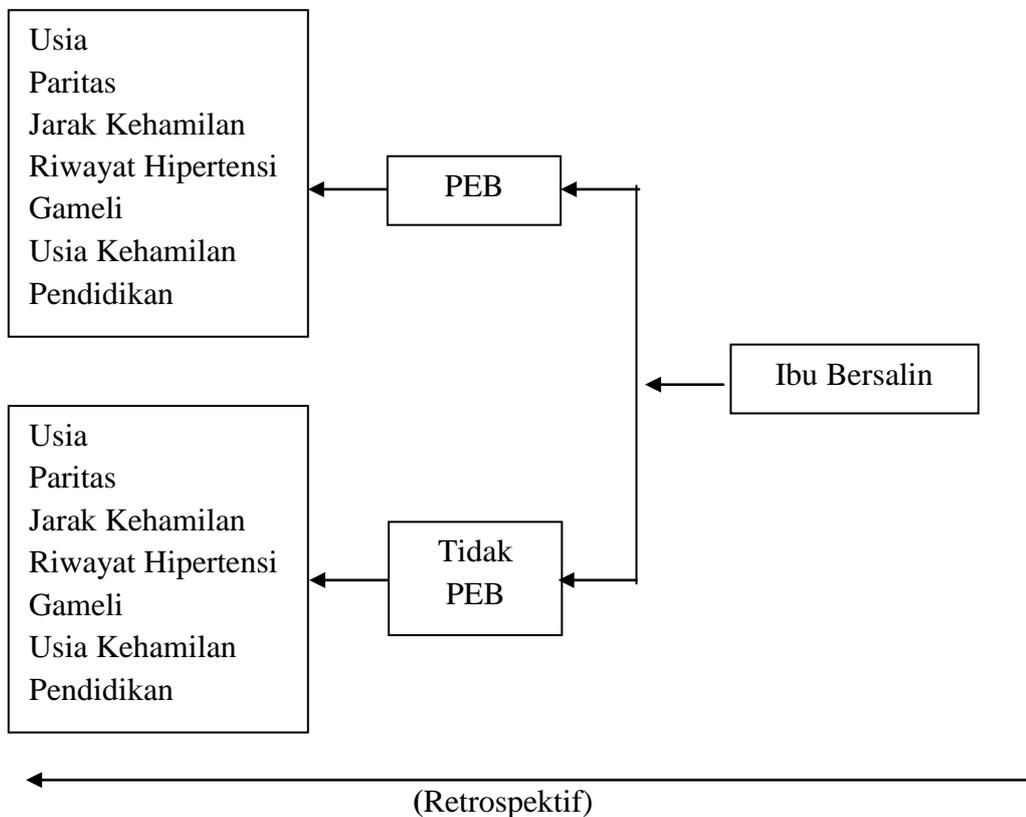
6. Ada hubungan gameli dengan kejadian Preeklampsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
7. Ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian Preeklampsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.
8. Ada hubungan pendidikan dengan kejadian Preeklampsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *Survey analitik*, dengan pendekatan *case control* adalah rancangan studi yang menyangkut bagaimana faktor risiko (usia, paritas, jarak kehamilan dan usia kehamilan) dipelajari dengan menggunakan pendekatan *Retrospective* dengan kata lain efek (penyakit / status kesehatan) (Preeklampsia Berat) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor risiko diidentifikasi adanya atau terjadinya pada waktu yang lalu (Usia, Paritas, Jarak Kehamilan, Riwayat Hipertensi, Diabetes Melitus, Gemeli, Usia Kehamilan dan Pendidikan) (Notoatmojo, 2005) .dengan desain sebagai berikut :

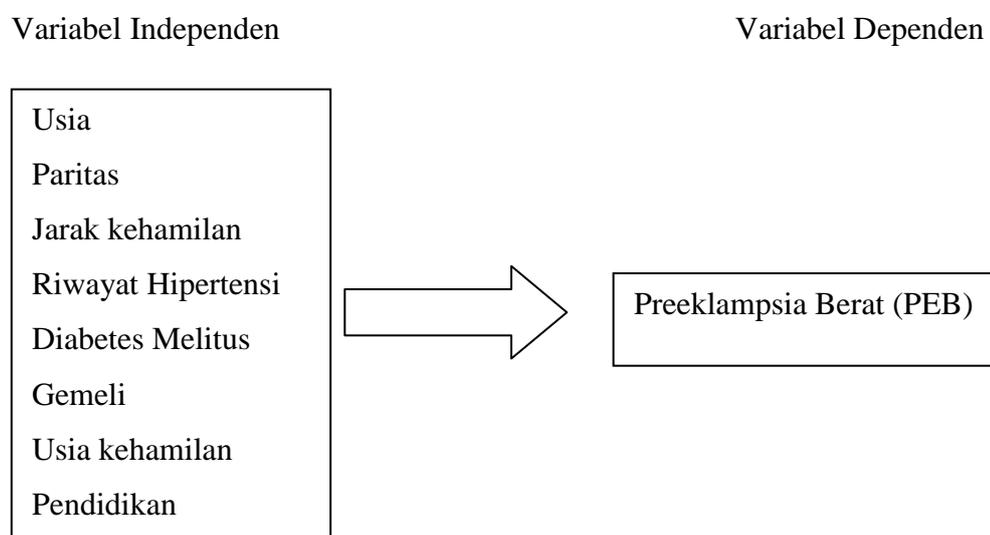


B. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel dependen (terikat) yaitu, kejadian preeklampsia berat sedangkan variabel independen (bebas) yaitu usia, paritas, jarak kehamilan dan usia kehamilan.

Untuk lebih jelasnya digambarkan sebagai berikut :

Bagan 3.1 : Variabel Penelitian



C. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Usia ibu yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak Berisiko (20 - 35 Tahun) 1=Berisiko (<20 >35Tahun)	Nominal
2	Paritas	Jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu. Responden yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak Berisiko(2 -4 anak) 1=Berisiko (<2 >4 anak)	Nominal
3	Jarak Kehamilan	Jarak dari kehamilan yang terakhir responden hingga terjadinya kehamilan	Check List	Melihat register dan rekam	0=Tidak Berisiko (0 dan 2-4 Tahun) 1=Berisiko (<2 > 4 Tahun)	Nominal

		yang sekarang yang tercatat dalam rekam medis		medis		
4	Riwayat hipertensi	Penyakit hipertensi yang pernah diderita oleh ibu sebelum kehamilan yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak 1=Ya	Nominal
5	Diabetes melitus	Penyakit diabetes mellitus yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak 1=Ya	Nominal
6	Gameli	Kehamilan gemeli adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih yang ada di dalam kandungan selama proses kehamilan yang dapat dilihat dari diagnosa pasien di rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak 1=Ya	Nominal
7	Usia Kehamilan	Usia kehamilan ibu merupakan usia kehamilan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak Breisiko (aterm) 1=Berisiko(preterm dan posterem)	Nominal
8	Pendidikan	Pendidikan formal yang telah diselesaikan oleh responden yang tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0=Tidak berisiko(pendidikan menengah dan tinggi) 1=Berisiko (pendidikan rendah)	Nominal
9	Preeklamsi Berat	Preeklampsia berat (PEB) adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema, proteinuria, dan tercatat dalam rekam medis	Check List	Melihat register dan rekam medis	0 = Tidak 1 = Ya	Nominal

Tabel 3.1 : Definisi Operasional

D. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RS Bhayangkara Tk III Bengkulu pada bulan Mei - Juni 2018.

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dan bersalin yang dirawat di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RS Bhayangkara Tk III Bengkulu yang tercatat di dalam buku register persalinan dan rekam medis Rumah Sakit pada bulan Januari – Desember 2017 berjumlah 2584 pasien.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah kasus-kontrol ibu hamil dan bersalin yang diambil di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RS Bhayangkara Tk III Bengkulu. Data yang diambil menggunakan perbandingan kelompok kasus dan kontrol adalah 1:2. Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus Lameshow sebagai berikut :

$$\frac{\text{---} \quad \text{---}}{\text{-----}}$$

Keterangan :

= besar sampel minimum

= Tingkat kemaknaan (untuk 0,05 = 1,96)

= Tingkat kuasa / kekuatan yang diinginkan (0,84)

P_1 = Prakiraan proporsi paparan pada kelompok kasus

$$Q_1 = 1 - P_1$$

P_2 = Prakiraan proporsi paparan pada kelompok kontrol

$$Q_2 = 1 - P_2$$

Perhitungannya adalah sebagai berikut :

OR = Harga proporsi di populasi yaitu 2,0 menurut penelitian

(Fatkiyah, 2016)

$$P_2 = 30\% = 0,3$$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{OR \times P_2 + 1} = \frac{2,0 \times 0,3}{2,0 \times 0,3 + 1} = 0,46$$

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,46 + 0,3}{2} = 0,38$$

Dari perhitungan diatas kemudian ditambahkan 10% dari sampel yang telah dihitung untuk meminimalisir data yang drop out sehingga sampel yang dibutuhkan peneliti sebanyak 155 sampel.

a. Kelompok kasus

Pada kelompok kasus adalah ibu hamil dan bersalin yang dirawat yang menderita Preeklamsi Berat (PEB) yang diambil menggunakan rumus perhitungan *Proportional Random Sampling* sebagai berikut :

—

RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu

— = 73

Rumkit DKT Kota Bengkulu

— = 47

Rumkit Bhayangkara Tk III Bengkulu

— = 35

Sampel kasus diambil secara *Simple Random Sampling* dengan membuat undian kemudian diambil sebanyak 155 sebagai sampel kasus.

b. Kelompok Kontrol

Jumlah sampel Kontrol (Ibu hamil dan bersalin yang dirawat yang tidak menderita preeklampsia berat) digunakan perbandingan 1:2. Sampel kontrol diambil secara *Sytematic Random Sampling* dengan kemudian diambil sebanyak 310 sampel.

F. Teknik pengumpulan, pengolahan dan analisa data

1. Pengumpulan data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari register pasien dan rekam medis di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RS Bhayangkara Tk III Bengkulu yang tercatat di dalam buku register persalinan dan rekam medis pada bulan Januari – Desember

2017, merupakan data ibu hamil dan bersalin yang mengalami PEB dan yang tidak mengalami PEB dengan melihat, usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gemeli, usia kehamilan dan pendidikan dengan menggunakan *Checklist*.

2. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan selanjutnya diolah melalui beberapa tahap

a. *Editing*

Merupakan tahap pemilihan data yang telah terkumpul baik cara pengisian dan mengetahui apakah telah sesuai seperti data yang diharapkan atau belum untuk proses lebih lanjut.

b. *Coding*

Memberikan kode pada hasil yang diperoleh dari data yang ada, menurut jenisnya, kemudian memberikan kode pada format *checklist* guna mempermudah melakukan analisa terhadap data yang diperoleh.

c. *Tabulating*

Memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

d. *Entry*

Memasukkan data yang sudah *diediting* tersebut kedalam tabel apakah sudah sesuai dengan kode.

e. *Cleaning*

Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah *dientry* apakah ada kesalahan atau tidak.

3. Analisa Data

a. Univariat

Dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen dengan menggunakan presentase (Notoatmojo, 2010).

Nilai proporsi yang di dapat dalam bentuk presentasi dapat diinterpretasikan dengan menggunakan kategori :

0% = Tidak satupun dari kejadian

1%-25% = Sebagian kecil dari kejadian

26%-49% = Hampir sebagian dari kejadian

50% = Setengah dari kejadian

51%-75% = Sebagian dari kejadian

76%-99% = Hampir seluruh dari kejadian

100% = Seluruh kejadian (Arikunto, 2011).

b. Bivariat

Analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependent. Uji statistik yang digunakan adalah X^2 (*Chi-square*), dengan tingkat kepercayaan 95% dengan $\alpha = 0,05$. Hasil *Chi-square* dapat dianalisa sebagai berikut:

- 1) Jika $p \geq \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak artinya usia, paritas, jarak kehamilan riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan tidak ada hubungan dengan kejadian preeklampsia berat.

- 2) Jika $p \leq \alpha$ (0,05) maka H_0 diterima artinya usia, paritas, jarak kehamilan riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan ada hubungan dengan kejadian preeklampsia berat.

Analisis uji OR

- 1) Bila nilai $OR > 1$ usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan dapat menyebabkan preeklampsia berat.
- 2) Bila nilai $OR = 1$ usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan bersifat netral (tidak mempengaruhi)
- 3) Bila nilai $OR < 1$ usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan tidak menyebabkan preeklampsia berat.

c. *Multivariat*

Analisis multivariat digunakan untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu. Uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik ganda.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Bhayangkara Tk III Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu dan RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 22 Juni sampai 19 Juli tahun 2018. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan rancangan *case control* dengan pendekatan *retrospective*. Penelitian ini menggunakan data sekunder dalam register kebidanan dan rekam medis ketiga rumah sakit dari bulan Januari sampai Desember 2017. Dari populasi 2584 responden ibu bersalin terdapat 177 orang dalam kelompok kasus dan 2407 dalam kelompok kontrol.

Di Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Bengkulu jumlah kasus yang ditemukan ada 40 responden, berdasarkan rumus proporsi dibutuhkan 35 sampel kasus, pengambilan sampel kasus dengan *simple random sampling* dengan cara membuat undian. Jumlah sampel pada kelompok kontrol (1:2) berjumlah 70 responden pengambilan sampel kontrol diperoleh dengan *systematic random sampling* dari 966 ibu bersalin.

Di Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu jumlah kasus yang ditemukan ada 53 responden berdasarkan rumus proporsi dibutuhkan 47 sampel kasus, pengambilan sampel kasus dengan *simple random sampling* dengan cara membuat undian. Jumlah sampel pada

kelompok kontrol (1:2) berjumlah 94 responden pengambilan sampel kontrol diperoleh dengan *systematic random sampling* dari 931 ibu bersalin.

Di RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu jumlah kasus yang ditemukan ada 84 responden berdasarkan rumus proporsi dibutuhkan 73 sampel kasus, pengambilan sampel kasus dengan *simple random sampling* dengan cara membuat undian. Jumlah sampel pada kelompok kontrol (1:2) berjumlah 146 responden pengambilan sampel kontrol diperoleh dengan *systematic random sampling* dari 532 ibu bersalin.

Seingga diperoleh didapatkan sampel 465 orang, terdiri dari 155 responden kelompok kasus diperoleh dari 35 orang di RS Bhayangkara Tk III Bengkulu, 47 orang di Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) dan 73 orang di RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu. Pada kelompok kontrol terdiri dari 310 orang (ibu bersalin yang tidak mengalami preeklamsi berat (PEB)). hasilnya diperoleh 70 orang di RS Bhayangkara Tk III Bengkulu, 94 orang di Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) dan 146 orang di RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu.

Data sekunder diperoleh langsung dengan cara melihat register pasien ruang kebidanan dan rekam medis RS Bhayangkara Tk III Bengkulu, Rumkit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) dan RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu untuk mengumpulkan data yang meliputi data diagnosa, usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan dan pendidikan. Setelah pengumpulan

data, data yang diperoleh diolah dengan tahapan *editing*, *coding*, *tabulating*, *entry* dan *cleaning*. Setelah itu data diolah melalui analisis univariat, bivariat dan multivariat.

2. Analisa Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi masing masing variabel penelitian yaitu usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan, pendidikan dan kejadian PEB di Kota Bengkulu Tahun 2017 :

Tabel 4.1 : Ditribusi frekuensi responden berdasarkan usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi, diabetes mellitus, gameli, usia kehamilan, pendidikan dan PEB di Kota Bengkulu tahun 2017.

No	Variabel	Kasus n=155		Kontrol n=310		Total n=465	
		n	%	n	%	n	%
1	Usia						
	20-35 Tahun	102	65.8	231	74.5	333	71.6
	<20 Tahun	7	4.5	28	9.0	35	7.5
	>35 Tahun	46	29.7	51	16.5	97	20.9
2	Paritas						
	Prmipara	41	26.5	100	32.3	301	64.7
	Multipara	105	67.7	196	63.2	141	30.3
	Grandemultipara	9	5.8	14	4.5	23	4.9
3	Jarak Kehamilan						
	Primipara 0 tahun	42	27.1	133	42.9	175	37.6
	2-4 Tahun	47	30.3	77	24.8	124	26.7
	< 2 Tahun	11	7.1	25	8.2	36	7.7
	>4 Tahun	55	35.5	75	24.2	130	28.0
4	Riwayat Hipertensi						
	Tidak	154	99.4	298	96.1	452	97.2
	Ya	1	0.6	12	3.9	13	2.8
5	Diabetes Mellitus						
	Tidak	153	98.7	308	99.4	461	99.1
	Ya	2	1.3	2	0.6	4	0.9
6	Gameli						
	Tidak	151	97.4	302	97.4	453	97.4
	Ya	4	2.6	8	2.6	12	2.6

7	Usia Kehamilan						
	Preterm	39	25.2	41	13.2	80	17.2
	Aterm	108	69.7	256	82.6	364	78.3
	Postterm	8	5.2	13	4.2	21	4.5
8	Pendidikan						
	SD	20	12.9	19	6.1	39	8.4
	SMP	33	21.3	83	26.8	116	24.9
	SMA	66	42.6	142	45.8	208	44.7
	PT	36	23.2	66	21.3	102	21.9
9	PEB						
	Tidak	0	0	310	66.7	310	66.7
	Ya	155	33.3	0	0	155	33.3

Berdasarkan Tabel 4.1 di atas Dari 155 ibu yang PEB terdapat 29,7 % berusia > 35 tahun dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB Hanya 16,5 % berusia > 35 tahun. Dari 155 ibu yang PEB terdapat 26.5 % dengan paritas primipara dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB 32,3 % pada paritas primipara. Dari 155 ibu yang PEB terdapat 35.5 % jarak kehamilan > 4 tahun dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB Hanya 24.2 % jarak kehamilan > 4 tahun Dari 155 ibu yang PEB terdapat 0.6 % yang memiliki riwayat hipertensi dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB 3.9% yang memiliki riwayat hipertensi.

Dari 155 ibu yang PEB terdapat 1.3 % yang memiliki diabetes mellitus dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB hanya 0.6 % yang memiliki diabetes mellitus. Dari 155 ibu yang PEB terdapat 2.6 % yang gameli dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB 2.6 % yang gameli. Dari 155 ibu yang PEB terdapat 25.2 % usia kehamilan preterm dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB Hanya 13.2 % usia kehamilan preterm. Dari 155 ibu yang PEB terdapat 21.3 % pendidikan

SMP dibandingkan dengan 310 ibu yang tidak PEB 26.8 % pendidikan SMP.

Didapatkan dari 155 ibu yang mengalami PEB sebagian besar terjadi pada ibu dengan usia 20-35 tahun (65.8 %), sebagian besar terjadi pada ibu paritas multipara (67.7 %), hampir sebagian pada jarak kehamilan > 4 tahun (35.5 %) , hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami riwayat hipertensi (99.4 %) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami diabetes mellitus (98.7 %) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami gameli (97.4 %), hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu dengan usia kehamilan aterm (69.7 %), hampir sebagian dari kejadian ditemukan pada ibu dengan pendidikan SMA (42.6 %).

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017 dengan uji statistik *Chi-Square* dengan sistem komputerasi dengan tingkat kemaknaan $p < 0.05$. Setelah dilakukan pengolahan data dengan uji *Chi-Square* didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.2 : Hubungan Usia dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Usia	Kejadian PEB				<i>p</i> value	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
<20 >35 Tahun	53	32.2	79	25.5	0.064	1,519
20-35 Tahun	102	65.8	231	74.5		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan dari 155 ibu dengan PEB sebagian besar dari kejadian ditemukan pada responden dengan usia 20-35 tahun dibandingkan dengan responden dengan usia <20 > 35 tahun yakni sebanyak 65.8 % pada ibu usia 20-35 tahun dan sebanyak 32.2 % pada ibu dengan usia <20 >35 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan usia dengan kejadian (PEB) dengan p value = 0.064 .

Tabel 4.3 : Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Paritas	Kejadian PEB				p value	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Primipara dan Grandemultipara	50	32.3	196	63.2	0.391	0.819
Multipara	105	67.7	114	36.8		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) sebagian besar dari kejadian ditemukan pada pada responden dengan paritas multipara dibandingkan dengan responden dengan paritas primipara dan grandemulti para yakni sebanyak 67.7 % pada ibu multipara dan 32.3 % pada ibu primi dan grandemultipara. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan paritas dengan kejadian PEB dengan p value = 0.391.

Tabel 4.4 : Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Jarak Kehamilan	Kejadian PEB				p value	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
< 2 > 4 Tahun	64	41.3	117	37.7	0.523	1.160
0 dan 2-4 Tahun	91	57.7	193	62.3		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan 155 dari ibu dengan PEB sebagian besar dari kejadian ditemukan pada responden dengan jarak kehamilan 0 dan 2-4 tahun dibandingkan dengan responden dengan jarak kehamilan <2 >4 tahun yakni sebanyak 57.7 % pada jarak kehamilan 0 dan 2-4 tahun dan 41.3 % pada jarak <2 >4 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 0.523$.

Tabel 4.5 : Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Riwayat Hipertensi	Kejadian PEB				$p\ value$	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Ya	1	0.6	12	3.9	0.091	0.161
Tidak	154	99.4	298	96.1		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada pada responden dengan tidak mengalami riwayat hipertensi dibandingkan dengan responden dengan riwayat hipertensi yakni sebanyak 99.4 % pada ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi dan 0.6 % pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 0.091$.

Tabel 4.6 : Hubungan Diabetes Mellitus dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Diabetes Mellitus	Kejadian PEB				$p\ value$	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Ya	2	1.3	2	0.6	0.859	2.013
Tidak	153	98.7	308	99.4		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada pada responden yang tidak mengalami diabetes mellitus dibandingkan dengan responden yang mengalami diabetes mellitus yakni sebanyak 98.7 % pada ibu yang tidak mengalami diabetes mellitus dan 1.3 % pada ibu yang mengalami diabetes mellitus. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan diabetes mellitus dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 0.859$.

Tabel 4.7 : Hubungan Gameli Dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Gameli	Kejadian PEB				$p\ value$	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Ya	4	2.6	8	2.6		
Tidak	151	97.4	302	97.4	1.000	1.000
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada pada responden yang tidak mengalami gameli dibandingkan dengan responden yang mengalami gameli yakni sebanyak 97.4 % pada ibu yang tidak mengalami gameli dan 2.6 % pada ibu yang mengalami gameli. Hasil uji statistik menunjukkan bersifat netral gameli dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 1$.

Tebel 4.8 : Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Usia Kehamilan	Kejadian PEB				$p\ value$	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Preterm dan postterm	46	29.7	48	15.5	0.001	2.304
Aterm	109	70.3	262	84.5		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.8 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) sebagian dari kejadian ditemukan pada pada responden dengan usia kehamilan aterm dibandingkan dengan responden dengan usia kehamilan preterm dan postterm yakni sebanyak 70.3 % pada ibu dengan kehamilan aterm dan 29.7 % pada ibu dengan usia kehamilan preteem dan postterm. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 0.001$ OR = 2.304. Risiko kejadian PEB lebih besar 2.304 pada ibu dengan usia kehamilan preterm dan postterm dari pada aterm.

Tabel 4.9 : Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Pendidikan	Kejadian PEB				$p\ value$	OR
	PEB		Tidak PEB			
	n	%	n	%		
Rendah	52	33.5	99	31.9	0.806	1.076
Tinggi	103	66.5	211	68.1		
Jumlah	155	100	310	100		

Berdasarkan tabel 4.9 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklamsi berat (PEB) sebagian dari kejadian ditemukan pada pada responden yang memiliki pendidikan tinggi dibandingkan dengan memiliki pendidikan rendah yakni sebanyak 66.5 % pada ibu memiliki pendidikan tinggi dan 33.5 % pada ibu yang memiliki pendidikan rendahi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan pendidikan dengan kejadian PEB dengan $p\ value = 0.300$.

4. Analisis multivariat

a. Seleksi bivariat

Tabel 4.10 : Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Variabel	<i>p</i> value	Exp (B)	95 % C.I.for Exp(B)	
			Lower	Upper
Usia	0.050	1.519	0.999	2.310
Paritas	0.337	0.819	0.544	1.232
Jarak Kehamilan	0.460	1.160	0.783	1.720
Riwayat Hipertensi	0.081	0.161	0.021	1.252
Diabetes Mellitus	0.486	2.013	0.281	14.428
Gameli	1.000	1.000	0.296	3.374
Usia Kehamilan	0.000	2.304	1.451	3.656
Pendidikan	0.726	1.076	0.714	1621

Hasil tabel diatas tidak semua variabel memiliki nilai $p < 0.25$ maka variabel paritas, jarak kehamilan, diabetes mellitus, gameli dan pendidikan dikeluarkan.

b. Pemodelan multivariat

Menentukan variabel yang paling dominan dilakukan analisa data multivariat lebih lanjut terhadap semua variabel yang menjadi kandidat dilakukannya analisis multivariat.

Tabel 4.11 : Regresi Logistik Berganda Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Variabel	<i>p</i> value	Exp (B)	95 % C.I.for Exp(B)	
			Lower	Upper
Usia	0.080	1.467	0.955	2.254
Riwayat Hipertensi	0.053	0.129	0.016	1.028
Usia Kehamilan	0.000	2.314	1.446	3.703

Berdasarkan hasil analisis tabel 4.11 tersebut menunjukkan bahwa ada variabel independen yang tidak memiliki nilai $p < 0.05$. usia kehamilan merupakan faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian PEB dengan nilai $\text{Exp}(B)$ 2.314. Hal ini berarti 2.31% kejadian PEB ditentukan oleh variabel usia kehamilan, selebihnya oleh variabel lain. Variabel usia kehamilan mempunyai hubungan positif dan sangat kuat terhadap preeklampsia berat (PEB).

B. Pembahasan

Berdasarkan Tabel 4.1 di atas didapatkan dari 155 ibu yang mengalami PEB sebagian besar terjadi pada ibu dengan usia 20-35 tahun, sebagian besar terjadi pada ibu paritas multipara, hampir sebagian pada jarak kehamilan > 4 tahun, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami riwayat hipertensi, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami diabetes mellitus, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami gameli, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu dengan usia kehamilan aterm, hampir sebagian dari kejadian ditemukan pada ibu dengan pendidikan SMA.

1. Hubungan usia dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan dari 155 ibu dengan PEB sebagian besar dari kejadian ditemukan pada responden dengan usia 20-35 tahun dibandingkan dengan responden dengan usia $<20 > 35$ tahun. Hasil uji statistik didapatkan $p \text{ value} = 0.064$ artinya tidak ada hubungan usia dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Usia reproduktif dari seorang wanita adalah 20-35 tahun, usia reproduktif ini merupakan periode yang paling aman untuk hamil dan melahirkan karena pada usia tersebut risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan lebih rendah. Usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun disebut juga usia risiko tinggi untuk mengalami komplikasi selama kehamilan, pada usia <20 tahun ukuran uterus belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan, sehingga kemungkinan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti preeklampsia menjadi lebih besar, pada usia > 35 tahun terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional yang terjadi pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia (Sudarti, 2013).

2. Hubungan paritas dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsia berat (PEB) sebagian besar dari kejadian ditemukan pada responden dengan paritas multipara dibandingkan dengan responden dengan paritas primi dan grandemulti para. Hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} = 0.391$ artinya tidak ada hubungan paritas dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Pada wanita yang baru pertama kali hamil ditemukan 6-8 kali lebih rentan menderita preeklampsia/eklampsia (Bobak dan Jenson, 2005). Insiden preeklampsia/eklampsia lebih banyak di jumpai pada primipara dari pada multipara dan frekuensi preeklampsia/eklampsia meningkat pada

primipara. Preeklamsi kadang disebut juga sebagai penyakit primigravida karena frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida terutama pada primigravida muda hal ini terjadi karena pada primigravida pembentukan bloking imun belum banyak dan sempurna seperti multigravida. Pada multigravida penyakit ini dapat dijumpai pada keadaan berikut : penyakit vaskuler ginjal, multifetal, hidrosefalus, penyakit vaskuler ginjal. (Winjosastro,2008).

3. Hubungan jarak kehamilan dengan kejadian Preeklamsi Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan 155 dari ibu dengan PEB sebagian besar dari kejadian ditemukan pada responden dengan jarak kehamilan 0 dan 2-4 tahun dibandingkan dengan responden dengan jarak kehamilan <2 >4 tahun. Hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0.523 artinya tidak ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB).

Menurut teori jarak kehamilan ideal antara satu kehamilan dengan kehamilan berikutnya adalah 3 tahun. Kurun waktu ini sangat baik untuk memberi kesempatan rahim untuk memulihkan keadaan seperti semula. Kematian ibu saat melahirkan dapat dihindari, salah satunya dengan menjaga jarak antar kehamilan (Solihah, 2007). Jarak kehamilan yang dekat kurang dari 2 tahun juga berisiko terjadi komplikasi kebidanan pada ibu dikarenakan rahim dan kesehatan ibu belum mempunyai kesempatan untuk kembali pulih dan sehat (Manuaba,2008).

Menurut penelitian (Fatkiyah, 2016), ada hubungan yang signifikan antara umur, paritas, riwayat hipertensi dan riwayat preeklampsia ibu dengan kejadian preeklampsia. Faktor umur, paritas, jarak kehamilan, riwayat hipertensi dan riwayat preeklampsia merupakan faktor risiko terhadap kejadian preeklampsia. Riwayat hipertensi merupakan faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian preeklampsia.

4. Hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsia berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada responden dengan tidak mengalami riwayat hipertensi dibandingkan dengan responden dengan riwayat hipertensi. Hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0.091 artinya tidak ada hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Tidak sejalan dengan penelitian (Fatkiyah, 2016) bahwa Faktor riwayat hipertensi mempunyai risiko 6,42 kali terjadi preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak ada riwayat hipertensi. Tekanan darah tinggi pada ibu hamil menimbulkan dampak yang beragam, mulai dari preeklampsia ringan hingga yang berat. Hipertensi dalam kehamilan terbagi atas preeklampsia ringan, preeklampsia berat, eklampsia, serta superimposed hipertensi (ibu hamil yang sebelum kehamilannya sudah memiliki hipertensi dan hipertensi berlanjut selama kehamilan).

Sebagian besar ibu hamil dengan riwayat hipertensi berisiko mengalami preeklampsia. Pada wanita hamil dengan hipertensi yang memiliki resistensi terhadap angiotensin III dapat mempengaruhi langsung sel endotel dengan membuatnya berkontraksi. Hal tersebut dapat menimbulkan Kebocoran sel antar-endotel, sehingga melalui kebocoran tersebut, unsur-unsur pembentuk darah, seperti trombosit dan fibrinogen, tertimbun pada lapisan sub endotel perubahan vaskuler yang disertai dengan hipoksia pada jaringan setempat dan sekitarnya, diperkirakan menimbulkan perdarahan, nekrosis dan kelainan organ yang sering dijumpai pada preeklampsia berat (Bobak, 2004).

5. Hubungan Diabetes mellitus dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsia berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada responden yang tidak mengalami diabetes mellitus dibandingkan dengan responden yang mengalami diabetes mellitus yakni sebanyak 99.4 % pada ibu yang tidak mengalami diabetes mellitus dan 0.6 % pada ibu yang mengalami diabetes mellitus. Hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} = 1$ artinya diabetes mellitus bersifat netral dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes mellitus berpengaruh terhadap preeklampsia. Penyakit ini merupakan kelainan herediter dengan ciri berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan

menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang juga dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaliknya, diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan (Mochtar, 2012). Menurut Menurut (Saifudin,2009), diabetes melitus gestasional merupakan gangguan metabolisme pada kehamilan yang ringan, tetapi hiperglikemia ringan dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklampsia. Menurut penelitian (Kurniasari, 2015) dengan hasil analisis didapatkan $OR=14,37$ artinya ibu dengan diabetes melitus mempunyai peluang 14,37 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami diabetes melitus.

Penyakit yang menyertai hamil seperti diabetes mellitus berpengaruh terhadap preeklampsia. Penyakit ini merupakan kelainan herediter dengan ciri berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal pada penderita yang juga dipengaruhi oleh kehamilan. Sebaliknya, diabetes akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan (Mochtar, 2012).

6. Hubungan gameli dengan kejadian Preeklampsi Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsi berat (PEB) hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada pada responden yang tidak mengalami gameli dibandingkan dengan responden yang

mengalami gemeli. Hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} = 1$ artinya gemeli bersifat netral dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Berdasarkan hasil penelitian (Apriyanti, 2014) hasil uji chi square yang telah dilakukan oleh peneliti, di dapat hasil $p = 0,009$ ($p < 0,05$). Ini berarti ada hubungan antara gemeli dengan kejadian preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014. Dengan nilai Odds Ratio (OR) = 4,14 yang artinya preeklampsia beresiko 4,14 kali lebih besar terjadi pada ibu bersalin dengan gemeli dibandingkan dengan ibu bersalin tidak dengan gemeli.

Walaupun patofisiologi preeklampsia masih belum terdefiniskan secara pasti, akan tetapi iskemia plasenta atau hipoksia dianggap sebagai faktor kunci. Frekuensi preeklampsia dan eklampsia juga dilaporkan lebih sering pada kehamilan kembar. Hal ini diterangkan dengan penjelasan bahwa keregangan uterus yang berlebihan menyebabkan iskemia plasenta. Berdasarkan teori iskemia implantasi plasenta, bahan trofoblas akan diserap kedalam sirkulasi, yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap angiotensin II, renin, dan aldosteron, spasme pembuluh darah arteriol dan tertahannya garam dan air (Prawirohardjo, 2007).

7. Hubungan usia kehamilan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.8 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsia berat (PEB) sebagian dari kejadian ditemukan pada pada responden dengan usia kehamilan aterm dibandingkan dengan responden dengan usia kehamilan preterm dan postterm. Hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} =$

0.001 artinya ada hubungan usia dengan kejadian preeklamsi berat (PEB). Risiko kejadian PEB lebih besar 2.304 pada ibu dengan usia kehamilan aterm dibanding ibu dengan usia kehamilan preterm dan postterm.

Penelitian tidak didukung dengan penelitian Palesa Mayang Sulbasari (2012), yang menunjukkan bahwa pada kasus hampir seluruhnya (76.1 %) mengalami PEB pada ibu dengan usia aterm, dan terdapat hubungan yang bermakna antara usia kehamilan aterm dan terdapat hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dan PEB. Hal ini dikarenakan banyak faktor salah satunya kurangnya pengetahuan tentang bagaimana cara merawat kehamilan. Ibu dengan kehamilan aterm biasanya keadaannya sudah semakin lemas dan leyah salah satunya karena semakin tua akan semakin besar janin. Sehingga untuk merawat diri agar tidak menalami penyakit selama kehamilan jarang untuk dilakukan.

Penelitian ini juga tidak didukung oleh Sulastrinah (2013) yang menunjukkan bahwa 158 sampel terlihat subjek dengan umur kehamilan pada trimaester 3 berjumlah 51 orang (32.3 %) yang mengalami kehamilan dengan preeklamps dan 30 orang (19.0 %) dengan kehamilan normal, sedangkan subjek dengan umur kehamilan pada trimester 1-2 yang mengalami preeklamsi pada kehamilannya berjumlah 28 orang (17.7 %) dan 49 orang (31.0%) sisanya dengan kehamilan yang normal, terlihat bahwa subjek ibu hamil yang umur kehamilannya pada trimester 3 kecenderungan mengalami preeklamsi bila dibandingkan dengan subyek

ibu hamil yang umur kehamilannya pada trimester 1-2. Umur kehamilan merupakan faktor risiko kejadian preeklampsia, preeklampsia dapat terjadi pada usia kehamilan di trimester 3 atau mendekati saat kelahiran, dan berefek buruk pada sistem kekebalan tubuh termasuk pada plasenta yang menyediakan zat gizi bagi janin.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori dari Wiknjosastro (2007) yang menyatakan pada kondisi kehamilan normal terjadi proses apoptosis yang berperan dalam pergantian sitotrofoblas dan pembaharuan pembekuan sintisium dari villi korialis, lalu dikeluarkan protein BcL-2 menurun, maka proses apoptosis pada sel sinsitiotrofoblas plasenta meningkat, sehingga terjadi preeklampsia berat atau dapat dikarenakan oleh penyempitan arteri spiralis sampai 200, sedangkan pada kehamilan normal arteri spiralis yaitu 200, menyebabkan penghambat respon yang adekuat terhadap peningkatan aliran darah, jadi perfusi plasenta menurun akan berdampak lepasnya radikal bebas dan iskemia plasenta yang merangsang peningkatan apoptosis. Semua kejadian diatas seiring terjadi dengan makin tuanya usia kehamilan. Hal ini menyebabkan preeklampsia sering terjadi pada kehamilan aterm.

Preeklampsia atau hipertensi akibat kehamilan merupakan salah satu komplikasi yang terjadi selama kehamilan. Komplikasi ini dapat dijadikan alasan untuk menginduksi (merangsang) persalinan darurat agar ibu dan anak dapat diselamatkan. Preeklampsia yang terjadi selama kehamilan dapat ringan atau parah. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan

penurunan jumlah zat asam yang mengalir dari darah tubuh ibu ke janin melalui plasenta. Sebagai akibat penurunan zat asam ini, janin tidak berhasil berkembang dan tumbuh secara normal. Preeklampsia yang tidak dapat ditanggulangi merupakan suatu bahaya bagi sang ibu. Ia dapat terserang terserang kejang-kejang yang membahayakan dirinya dan janin yang dikandungnya ini berarti bahwa ibu hamil mengalami preeklampsia harus segera diputuskan untuk melahirkan bayi secara prematur (Cunningham, 2009).

Sejalan dengan teori bahwa Preeklampsia terjadi pada sebanyak 10% dari kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga, dan setelah minggu ke-32. Beberapa wanita akan mengalami preeklampsia dini pada usia kehamilan 20 minggu, meskipun hal ini jarang terjadi. Hal ini jauh lebih umum pada wanita yang hamil untuk pertama kalinya, dan frekuensi turun secara signifikan pada kehamilan kedua (Kuswanti,2014).

8. Hubungan pendidikan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

Berdasarkan tabel 4.9 didapatkan dari 155 ibu dengan preeklampsia berat (PEB) sebagian dari kejadian ditemukan pada pada responden yang memiliki pendidikan tinggi dibandingkan dengan memiliki pendidikan rendah yakni sebanyak 66.5 % pada ibu memiliki pendidikan tinggi dan 33.5 % pada ibu yang memiliki pendidikan rendah. Hasil uji statistik didapatkan $p\ value = 0.300$ artinya tidak ada hubungan pendidikan dengan kejadian preeklampsia berat (PEB).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Julianti, 2014) Berdasarkan analisis statistic, menunjukkan bahwa $P. Value = 0,003 (P < \alpha 0,05)$, maka H_0 ditolak yang berarti bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian preeklamsi berat pada ibu hamil. Dengan kata lain, Teori pendidikan mengatakan bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan atau usaha untuk meningkatkan kepribadian serta kedewasaan. Semakin banyak pendidikan yang didapat seseorang, maka kedewasaannya semakin matang, mereka dengan mudah untuk menerima dan memahami suatu informasi yang positif.

Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman tentang stimulus. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional di bandingkan mereka yang tidak berpendidikan (Notoatmojo, 2010) .

9. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan Preeklamsi Berat (PEB)

Berdasarkan hasil analisis tabel 4.11 tersebut menunjukkan bahwa ada variabel independen yang tidak memiliki nilai $p < 0.05$. hal tersebut berarti usia kehamilan memiliki hubungan yang bermakna menurut statistik. Usia kehamilan merupakan faktor risiko yang paling dominan

terhadap kejadian PEB. Variabel usia kehamilan mempunyai hubungan positif dan sangat kuat terhadap preeklampsia berat (PEB).

Sejalan dengan teori bahwa Preeklampsia terjadi pada sebanyak 10% dari kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga, dan setelah minggu ke-32. Beberapa wanita akan mengalami preeklampsia dipada usia kehamilan 20 minggu, meskipun hal ini jarang terjadi. Hal ini jauh lebih umum pada wanita yang hamil untuk pertama kalinya, dan frekuensi turun secara signifikan pada kehamilan kedua (Kuswanti,2014).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklamsi berat (PEB) di Kota Bengkulu tahun 2017, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Didapatkan dari 155 ibu yang mengalami PEB sebagian besar terjadi pada ibu dengan usia 20-35 tahun, sebagian besar terjadi pada ibu paritas multipara, hampir sebagian pada jarak kehamilan > 4 tahun, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami riwayat hipertensi, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami diabetes mellitus, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami gameli, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu dengan usia kehamilan aterm, hampr sebagian dari kejadian ditemukan pada ibu dengan pendidikan SMA .
2. Tidak ada hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan kejadian Preeklamsi Berat (PEB)
3. Tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian Preeklamsi Berat (PEB)
4. Tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak kehamilan dengan kejadian Preeklamsi Berat (PEB)
5. Tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat hipertensi dengan kejadian Preeklamsi Berat (PEB)

6. Tidak ada hubungan bermakna antara diabetes mellitus dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)
7. Bersifat netral antara gamela dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)
8. Ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)
9. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)
10. Faktor yang paling dominan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB) usia kehamilan dengan kejadian Preeklampsia Berat (PEB)

B. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan adapun saran yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan lebih dilakukan pendeteksian dini terhadap risiko pada ibu hamil. Dapat meningkatkan upaya penatalaksanaan secara tepat, cepat dan tanggap sehingga dapat mencegah komplikasi baik pada ibu dan janin serta peningkatan pemantauan setelah dilakukan tindakan. Terutama pelayanan pada ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat (PEB), melalui penatalaksanaan berupa pemantauan PEB sehingga tidak terjadi peningkatan morbiditas dan mortalitas.

2. Bagi akademik

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan tambahan pengetahuan dan wawasan, informasi, masukan khususnya mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu Jurusan Kebidanan dalam meningkatkan ilmu pengetahuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab, tanda dan gejala, serta penatalaksanaan kejadian preeklampsi dan mampu melakukan deteksi dini terhadap risiko kebidanan.

3. Bagi peneliti lain

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan pengetahuan penelitian lebih lanjut dan lebih spesifik lagi tentang faktor lain yang menyebabkan PEB dengan penambahan variabel penelitian serta dengan metode, desain dan analisis yang berbeda dan dapat melakukan penelitian dengan variabel yang berbeda dari penelitian yang lalu.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriyanti, F. (2014) 'Hubungan Kehamilan Gemeli dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Preeklampsia di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014', *Jurnal Kebidanan STIKes Tuanku Tambusai Riau*, 18, pp. 57–65.
- Arikunto, S. (2011) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bobak, L. (2004) *Ilmu Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Bobak, L. (2006) *Buku Ajar Pediatri Rudolph Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. G. (2005) *Obstetri Williams*. 21st edn. Jakarta: EGC.
- Depkes (2008) *Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (2017) *Profil Kesehatan Kota Bengkulu Tahun 2016*. Bengkulu.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu (2017) *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2016*. Bengkulu.
- Fatkiyah, N. (2016) 'Determinan Maternal Kejadian Preeklampsia (Studi Kasus di Kabupaten Tegal, Jawa Tengah)', *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 11(1), pp. 17–23. doi: <http://dx.doi.org/10.20884/1.jks.2013.8.2.470>.
- Gazali.F (2009) *Pantauan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nusalitera Offset.
- Julianti, N. (2014) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Pre Eklampsi Berat Pada Ibu Hamil Trimester II di RSUD Kota Bekasi Tahun 2014', *Jurnal Ilmiah Kebidanan STIKes Medika Cikarang*, 9(2), pp. 1–10.
- Kementerian Kesehatan RI (2014) 'Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI', *Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*: *Penyebab Kematian Ibu*, p. 8. Available at: www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf.
- Kependudukan, B. and Nasional, B. (2013) 'Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia'.
- Kurniasari, D. (2015) 'Hubungan Usia, Paritas Dan Diabetes Mellitus Pada Kehamilan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2014', *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), pp. 142–150.

- Lukman, A. (2008) *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi 2*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Magdalena, M. (2014) 'Gambaran Faktor Penyebab Preeklampsia Pada Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tembelang Jombang'.
- Mansjoer, A. (2010) *Kapita selekta kedokteran Jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Manuaba, I. B. (2007) *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. B. (2008) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. B. (2010) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marni dkk (2011) *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar, R. (2012) *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Niwang, A. (2016) *Patologi dan Patofisiologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmojo, S. (2005) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010) *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sabarudin, U. (2015) *Penatalaksanaan Intensif Obstetri*. Jakarta: Sagung Seto.
- Saifuddin, A. B. (2006) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2010) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sastrawinata, S. (2004) *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Utama, S. Y. (2008) 'Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Berat Pada Ibu Hamil Di RSD Raden Mattaher Jambi Tahun 2007', 8(2), pp. 52–58.
- Varney, H. (2006) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, H. (2006) *Ilmu Kebidanan*. 3rd edn. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Wiknjosastro, H. (2007) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, H. (2008) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, H. (2010) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, H. (2012) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization (2017) 'Status of the health-related SDGs', *Geneva: World Health Organization*, pp. 29–35. doi: ISBN 978-92-4-156548-6.
- Wulandari, S. (2015) 'Hubungan Antara Jarak Kehamilan dan Status Gizi dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2015', 61.

LAMPIRAN

|

Lampiran 1

ORGANISASI PENELITIAN

A. Pembimbing

1. Nama : Hj Yuliana Lubis,M.Kes

NIP : 195407011976032001

Pekerjaan : PNS

Jabatan : Pembimbing 1

2. Nama : Epti Yorita,SST,MPH

NIP : 197401091992032002

Pekerjaan : PNS

Jabatan : Pembimbing II

B. Peneliti

Nama : Yaumi Kartini

NIM : P0 5140314 041

Pekerjaan : Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

**LEMBAR PENGUMPULAN DATA FAKTOR-FAKTOR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI KOTA BENGKULU TAHUN 2017**

No	Nama	PEB	Kode	Usia	Kode	Paritas	Kode	Jarak Kehamilan	Kode	Riwayat Hipertensi	Kode	Diabetes Mellitus	Kode	Gameli	Kode	Usia Kehamilan	Kode	Pendidikan	Kode
1	Ny. D	YA	1	24	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
2	Ny. P	YA	1	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
3	Ny. E	YA	1	30	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
4	Ny. E	YA	1	37	1	P4A1	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
5	Ny. R	YA	1	26	0	P3A0	0	1,3	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
6	Ny. E	YA	1	33	0	P4A0	0	8	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
7	Ny. F	YA	1	28	0	P1A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
8	Ny. R	YA	1	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
9	Ny. F	YA	1	29	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
10	Ny. E	YA	1	41	1	P3A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
11	Ny. R	YA	1	43	1	P2A0	0	17	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
12	Ny. N	YA	1	34	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
13	Ny. N	YA	1	37	1	P4A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
14	Ny. E	YA	1	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
15	Ny. W	YA	1	29	0	P3A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
16	Ny. Y	YA	1	32	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMA	0
17	Ny. E	YA	1	35	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
18	Ny. R	YA	1	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
19	Ny. S	YA	1	41	1	P3A0	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
20	Ny. R	YA	1	24	0	P1A0	1	0	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
21	Ny. S	YA	1	36	1	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
22	Ny. F	YA	1	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
23	Ny. F	YA	1	31	0	P1A2	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
24	Ny. E	YA	1	40	1	P3A1	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
25	Ny. R	YA	1	26	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
26	Ny.M	YA	1	29	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
27	Ny.D	YA	1	36	1	P3A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
28	Ny. H	YA	1	30	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
29	Ny. D	YA	1	39	1	P1A1	1	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
30	Ny. R	YA	1	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
31	Ny. R	YA	1	33	0	P3A1	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
32	Ny. S	YA	1	28	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0

33	Ny. Y	YA	1	25	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
34	Ny. V	YA	1	29	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
35	Ny. A	YA	1	19	1	P2A0	0	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
36	Ny.D	YA	1	38	1	P3A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
37	Ny.E	YA	1	31	0	P3A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
38	Ny.S	YA	1	42	1	P5A0	1	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
39	Ny.M	YA	1	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
40	Ny.U	YA	1	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
41	Ny.N	YA	1	34	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
42	Ny.N	YA	1	32	0	P6A0	1	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
43	Ny.M	YA	1	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
44	Ny.R	YA	1	35	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
45	Ny.J	YA	1	30	0	P5A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
46	Ny.D	YA	1	35	0	P1A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	0	PT	0
47	Ny.L	YA	1	34	0	P3A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMA	0
48	Ny.M	YA	1	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
49	Ny.Y	YA	1	27	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
50	Ny.M	YA	1	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
51	Ny.M	YA	1	30	0	P2A2	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
52	Ny.I	YA	1	38	1	P4A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
53	Ny.H	YA	1	45	1	P5A1	1	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
54	Ny.L	YA	1	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
55	Ny.A	YA	1	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
56	Ny.A	YA	1	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
57	Ny.M	YA	1	37	1	P1A1	1	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
58	Ny.K	YA	1	37	1	P4A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
59	Ny.E	YA	1	33	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
60	Ny.L	YA	1	35	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
61	Ny.H	YA	1	36	1	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
62	Ny.D	YA	1	32	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMA	0
63	Ny.R	YA	1	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
64	Ny.T	YA	1	41	1	P4A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
65	Ny.H	YA	1	37	1	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMA	0
66	Ny.R	YA	1	32	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
67	Ny.R	YA	1	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	0	SMA	0
68	Ny.N	YA	1	31	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
69	Ny.N	YA	1	31	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
70	Ny.R	YA	1	36	1	P5A0	1	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
71	Ny.L	YA	1	35	0	P5A0	1	2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
72	Ny.D	YA	1	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
73	Ny.S	YA	1	29	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
74	Ny.E	YA	1	29	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
75	Ny.S	YA	1	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0

76	Ny.P	YA	1	27	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	PT	0
77	Ny.P	YA	1	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
78	Ny.S	YA	1	16	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
79	Ny.S	YA	1	41	1	P3A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMA	0
80	Ny.S	YA	1	38	1	P4A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
81	Ny.N	YA	1	40	1	P3A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
82	Ny.N	YA	1	27	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
83	NY. S	YA	1	30	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
84	NY. L	YA	1	28	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
85	NY. E	YA	1	31	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMK	0
86	NY. E	YA	1	16	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
87	NY. Y	YA	1	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	YA	1	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
88	NY. A	YA	1	40	1	P2A0	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
89	NY. F	YA	1	30	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
90	NY. M	YA	1	38	1	P4A0	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
91	NY. U	YA	1	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
92	NY. N	YA	1	37	1	P2A2	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
93	NY. M	YA	1	38	1	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
94	NY. H	YA	1	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
95	NY.A	YA	1	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
96	NY. I	YA	1	27	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	SMA	0
97	NY. T	YA	1	33	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
98	NY. R	YA	1	35	0	P3A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
99	NY. S	YA	1	25	0	P3A0	0	2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
100	NY. A	YA	1	37	1	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
101	NY. Y	YA	1	26	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
102	NY. N	YA	1	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
103	NY. A	YA	1	23	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
104	NY. A	YA	1	37	1	P3A1	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	PT	0
105	NY. N	YA	1	27	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
106	NY. D	YA	1	22	0	P2A0	0	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
107	NY. Y	YA	1	26	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
108	NY. L	YA	1	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA SD	0
109	NY. A	YA	1	44	1	P4A0	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
110	NY. E	YA	1	39	1	P4A1	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	SD	1
111	NY. L	YA	1	38	1	P4A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
112	NY. L	YA	1	33	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
113	NY. I	YA	1	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
114	NY. R	YA	1	31	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
115	NY. K	YA	1	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
116	NY.H	YA	1	34	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	PT	0
117	NY. W	YA	1	40	1	P5A0	1	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Preterm	1	SD	1

118	NY. R	YA	1	33	0	P4A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
119	NY. R	YA	1	36	1	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
120	NY. S	YA	1	29	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	SMA	0
121	NY. R	YA	1	33	0	P2A0	0	7	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
122	NY. S	YA	1	38	1	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
123	NY. N	YA	1	24	0	P3A0	0	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Preterm	1	SMP	1
124	NY. Y	YA	1	36	1	P4A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
125	NY. K	YA	1	30	0	P2A1	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
126	NY. S	YA	1	35	0	P4A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
127	NY. A	YA	1	21	0	P2A0	0	1,5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
128	NY. N	YA	1	35	0	P2A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
129	NY. R	YA	1	43	1	P4A1	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
130	NY. K	YA	1	28	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
131	NY. N	YA	1	27	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
132	NY. A	YA	1	40	1	P6A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	SMP	1
133	NY. S	YA	1	22	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
134	NY. S	YA	1	43	1	P4A1	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
135	NY. D	YA	1	39	1	P3A1	0	9	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
136	NY. F	YA	1	31	0	P4A0	0	0,11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	0	SMA	0
137	NY. N	YA	1	44	1	P5A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
138	NY. L	YA	1	38	1	P4A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	1	SMP	1
139	NY. N	YA	1	30	0	P3A0	0	7	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
140	NY. J	YA	1	41	1	P4A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
141	NY. N	YA	1	30	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
142	NY. R	YA	1	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
143	NY. Y	YA	1	31	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
144	NY. M	YA	1	29	0	P2A0	0	7	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
145	NY. D	YA	1	31	0	P2AO	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
146	NY. E	YA	1	36	1	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
147	NY. R	YA	1	37	1	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
148	NY. A	YA	1	35	0	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMK	0
149	NY. S	YA	1	30	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
150	NY. L	YA	1	28	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
151	NY. E	YA	1	16	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
152	NY. Y	YA	1	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	YA	1	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
153	NY. A	YA	1	40	1	P2A0	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
154	NY. R	YA	1	34	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
155	NY. N	YA	1	37	1	P2A2	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
156	NY. T	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	5	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
157	NY. I	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
158	NY. D	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
159	NY. N	TIDAK	0	24	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
160	NY. M	TIDAK	0	26	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0

161	NY. D	TIDAK	0	19	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMK	0
162	NY. L	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
163	NY. W	TIDAK	0	33	0	P4A0	0	1,3	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
164	NY. W	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
165	NY. N	TIDAK	0	33	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
166	NY. J	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
167	NY. L	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
168	NY. R	TIDAK	0	31	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
169	NY. M	TIDAK	0	25	0	P3A0	0	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
170	NY. H	TIDAK	0	34	0	P4A0	0	2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
171	NY. E	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
172	NY. H	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
173	NY. N	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
174	NY. Y	TIDAK	0	35	0	P3A1	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
175	NY. C	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
176	NY. E	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
177	NY. E	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
178	NY. S	TIDAK	0	40	1	P3A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
179	NY. M	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
180	NY. Y	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
181	NY. L	TIDAK	0	35	0	P4A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
182	NY. D	TIDAK	0	32	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMK	0
183	NY. W	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
184	NY. Y	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
185	NY. Y	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	7	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
186	NY. A	TIDAK	0	40	1	P6A0	1	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
187	NY. T	TIDAK	0	37	1	P2A1	0	9	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
188	NY. D	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
189	NY. Y	TIDAK	0	37	1	P4A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
190	NY. S	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
191	NY. D	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
192	NY. E	TIDAK	0	16	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
193	NY. B	TIDAK	0	25	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
194	NY. A	TIDAK	0	27	0	P1A0	1	0	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMK	0
195	NY. D	TIDAK	0	34	0	P2A1	0	6	1	TIDAK	0	YA	1	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
196	NY. I	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
197	NY. S	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
198	NY. M	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
199	NY. L	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
200	NY. E	TIDAK	0	37	1	P3A0	0	9	1	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	0	SMP	1
201	NY. R	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
202	NY. R	TIDAK	0	38	1	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
203	NY. L	TIDAK	0	45	1	P2A0	0	16	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1

204	NY. E	TIDAK	0	48	1	P6A0	1	10	1	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
205	NY. V	TIDAK	0	28	0	P1A2	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
206	NY. Y	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
207	NY. M	TIDAK	0	42	1	P5A1	1	17	1	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
208	NY. M	TIDAK	0	41	1	P5A1	1	12	1	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
209	NY. F	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	0	PT	0
210	NY. W	TIDAK	0	26	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
211	NY. H	TIDAK	0	27	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
212	NY. S	TIDAK	0	40	1	P4A1	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
213	NY. D	TIDAK	0	46	1	P8A1	1	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
214	NY. R	TIDAK	0	37	1	P4A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
215	NY. Y	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
216	NY. Y	TIDAK	0	38	1	P4A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
217	NY. K	TIDAK	0	39	1	P2A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
218	NY. R	TIDAK	0	40	1	P4A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
219	NY. M	TIDAK	0	34	0	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
220	NY. B	TIDAK	0	37	1	P6A0	1	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
221	NY. M	TIDAK	0	22	0	P2A0	0	1,1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
222	NY. T	TIDAK	0	37	1	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
223	NY. C	TIDAK	0	41	1	P2A0	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
224	NY. E	TIDAK	0	33	0	P2A1	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
225	NY. M	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
226	NY. M	TIDAK	0	35	0	P3A0	0	4	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
227	NY. D	TIDAK	0	19	1	P2A0	0	1,4	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
228	NY. M	TIDAK	0	24	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
229	NY. D	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
230	NY. D	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
231	NY. Y	TIDAK	0	32	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
232	NY. R	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
233	NY. L	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
234	NY. R	TIDAK	0	29	0	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
235	NY. S	TIDAK	0	25	0	P2A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
236	NY. F	TIDAK	0	29	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
237	NY. D	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
238	NY. L	TIDAK	0	19	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
239	NY. S	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
240	NY. N	TIDAK	0	40	1	P5A0	1	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
241	NY. D	TIDAK	0	25	0	P4A1	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
242	NY. S	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
243	NY. L	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
244	NY. S	TIDAK	0	27	0	P1A2	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
245	NY. M	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
246	NY. L	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0

247	NY. R	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
248	NY. T	TIDAK	0	37	1	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMP	1
249	NY. R	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
250	NY. N	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
251	NY. D	TIDAK	0	20	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
252	NY. E	TIDAK	0	32	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
253	NY.P	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
254	NY. E	TIDAK	0	32	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
255	NY. M	TIDAK	0	38	1	P3A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
256	NY. B	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
257	NY. W	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
258	NY. N	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
259	NY. M	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
260	NY. E	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
261	NY. M	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
262	NY. H	TIDAK	0	35	1	P3A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
263	NY. M	TIDAK	0	31	0	P4A0	0	7	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
264	NY. A	TIDAK	0	24	0	P3A0	0	0,9	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
265	NY. H	TIDAK	0	38	1	P4A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
266	NY. R	TIDAK	0	23	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
267	NY. T	TIDAK	0	38	1	P4A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
268	NY. A	TIDAK	0	32	0	P5A0	1	1,3	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
269	NY. N	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
270	NY. S	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
271	NY. A	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
272	NY. T	TIDAK	0	19	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
273	NY. M	TIDAK	0	31	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
274	NY. N	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
275	NY. D	TIDAK	0	30	0	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
276	NY. H	TIDAK	0	25	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
277	NY. S	TIDAK	0	19	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
278	NY. P	TIDAK	0	37	1	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
279	NY. S	TIDAK	0	21	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
280	NY. D	TIDAK	0	36	1	P5A0	1	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
281	NY. N	TIDAK	0	24	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
282	NY. N	TIDAK	0	16	1	P2A0	0	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
283	NY. M	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
284	NY. L	TIDAK	0	34	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
285	NY. N	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
286	NY. R	TIDAK	0	24	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
287	NY. D	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
288	NY. L	TIDAK	0	30	0	P5A0	1	1,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
289	NY. L	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1

290	NY. M	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
291	NY. S	TIDAK	0	16	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
292	NY. S	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
293	NY. S	TIDAK	0	37	1	P3A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
294	NY. H	TIDAK	0	45	1	P3A0	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
295	NY. E	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
296	NY. D	TIDAK	0	32	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
297	NY. P	TIDAK	0	32	0	P4A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SD	1
298	NY. F	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
299	NY. H	TIDAK	0	42	1	P4A0	0	12	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
300	NY. C	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
301	NY. D	TIDAK	0	39	1	P4A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
302	NY.J	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
303	NY.O	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
304	NY.U	TIDAK	0	31	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
305	NY.T	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
306	NY.J	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
307	NY.S	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
308	NY.S	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
309	NY.W	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
310	NY.I	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
311	NY.R	TIDAK	0	27	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
312	NY.N	TIDAK	0	43	1	P8A0	1	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
313	NY.D	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMA	0
314	NY.D	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
315	NY.Y	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
316	NY.S	TIDAK	0	38	1	P3A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
317	NY.R	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
318	NY.R	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
319	NY.C	TIDAK	0	27	0	P3A0	0	1,6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
320	NY.D	TIDAK	0	32	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
321	NY.S	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
322	NY.H	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
323	NY.E	TIDAK	0	39	1	P4A0	0	12	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
324	NY.M	TIDAK	0	24	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
325	NY.I	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
326	NY.R	TIDAK	0	34	0	P6A0	1	0,10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
327	NY.R	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
328	NY.D	TIDAK	0	22	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
329	NY.S	TIDAK	0	26	0	P2A1	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
330	NY.V	TIDAK	0	37	1	P2A0	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
331	NY.T	TIDAK	0	27	0	P3A1	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
332	NY.W	TIDAK	0	28	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0

333	NY.M	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
334	NY.Y	TIDAK	0	31	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
335	NY.A	TIDAK	0	36	1	P2A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
336	NY.L	TIDAK	0	37	1	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
337	NY.F	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	0	S1	0
338	NY.N	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
339	NY.K	TIDAK	0	15	1	P2A0	0	15	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
340	NY.H	TIDAK	0	20	0	P1A1	1	0	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
341	NY.L	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
342	NY.M	TIDAK	0	29	0	P3A0	0	1,2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
343	NY.Z	TIDAK	0	32	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
344	NY.R	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	S1	0
345	NY.E	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
346	NY.W	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
347	NY.T	TIDAK	0	40	1	P3A1	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
348	NY.D	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
349	NY.Y	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
350	NY.P	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
351	NY.Y	TIDAK	0	34	0	P4A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
352	NY.P	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
353	NY.S	TIDAK	0	23	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
354	NY.I	TIDAK	0	26	0	P2A1	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMA	0
355	NY.Y	TIDAK	0	28	0	P3A0	0	3	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
356	NY.H	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
357	NY.Y	TIDAK	0	28	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S2	0
358	NY.R	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
359	NY.N	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
360	NY.N	TIDAK	0	26	0	P3A0	0	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMP	1
361	NY.D	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
362	NY.R	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
363	NY.Y	TIDAK	0	36	1	P2A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
364	NY.R	TIDAK	0	35	0	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
365	NY.E	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
366	NY.S	TIDAK	0	36	1	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
367	NY.O	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
368	NY.N	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
369	NY.M	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
370	NY.I	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Postterm	1	SMA	0
371	NY.Y	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
372	NY.R	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
373	NY.R	TIDAK	0	21	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
374	NY.D	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
375	NY.Y	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0

376	NY.D	TIDAK	0	34	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
377	NY.H	TIDAK	0	29	0	P4A0	0	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
378	NY.S	TIDAK	0	24	0	P2A2	0	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
379	NY.O	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
380	NY.F	TIDAK	0	23	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
381	NY.E	TIDAK	0	24	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
382	NY.S	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
383	NY.A	TIDAK	0	21	0	P2A0	0	0,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
384	NY.R	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	S1	0
385	NY.C	TIDAK	0	27	0	P3A0	0	1,8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
386	NY.I	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMA	0
387	NY.N	TIDAK	0	38	1	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	MA	0
388	NY.O	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
389	NY.R	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMP	1
390	NY.H	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
391	NY.I	TIDAK	0	41	1	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
392	NY.N	TIDAK	0	36	1	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
393	NY.S	TIDAK	0	30	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
394	NY.H	TIDAK	0	40	1	P5A0	1	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
395	NY.P	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	S1	0
396	Ny.R	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
397	Ny.F	TIDAK	0	26	0	P1A1	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
398	Ny.E	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
399	Ny.I	TIDAK	0	36	1	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
400	Ny.M	TIDAK	0	40	1	P3A2	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
401	Ny.S	TIDAK	0	22	0	P21A0	0	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
402	Ny.S	TIDAK	0	26	0	P2A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
403	Ny.N	TIDAK	0	30	0	P2A1	0	3	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
404	Ny.I	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
405	Ny.P	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
406	Ny.N	TIDAK	0	24	0	P2A1	0	2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
407	Ny.M	TIDAK	0	36	1	P3A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
408	Ny.S	TIDAK	0	22	0	P2A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
409	Ny.R	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
410	Ny.K	TIDAK	0	32	0	P4A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
411	Ny.L	TIDAK	0	24	0	P3A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
412	Ny.S	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
413	Ny.A	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
414	Ny.L	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
415	Ny.S	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
416	Ny.J	TIDAK	0	19	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
417	Ny.I	TIDAK	0	30	0	P3A1	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
418	Ny.R	TIDAK	0	35	0	P2A0	0	6	1	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0

419	Ny.D	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
420	Ny.A	TIDAK	0	15	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SD	1
421	Ny.N	TIDAK	0	35	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Preterm	1	SMA	0
422	Ny.Y	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Preterm	1	SMA	0
423	Ny.T	TIDAK	0	25	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
424	Ny.Y	TIDAK	0	29	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
425	Ny.H	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	3	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
426	Ny.L	TIDAK	0	39	1	P4A4	0	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
427	Ny.E	TIDAK	0	33	0	P3A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
428	Ny.D	TIDAK	0	37	1	P5A0	1	1	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
429	Ny.S	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
430	Ny.I	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
431	Ny.E	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
432	Ny.M	TIDAK	0	20	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
433	Ny.D	TIDAK	0	29	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
434	Ny.Y	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
435	Ny.F	TIDAK	0	31	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
436	Ny.M	TIDAK	0	39	1	P4A0	0	10	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
437	Ny.L	TIDAK	0	42	1	P1A0	1	0	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
438	Ny.D	TIDAK	0	35	0	P3A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Preterm	1	SMA	0
439	Ny.A	TIDAK	0	26	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
440	Ny.W	TIDAK	0	20	0	P2A0	0	2	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
441	Ny.S	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
442	NY.M	TIDAK	0	30	0	P3A0	0	2	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
443	NY.L	TIDAK	0	21	0	P1A0	1	0	0	YA	1	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
444	NY.S	TIDAK	0	27	0	P2A1	0	3	0	TIDAK	0	TIDAK	0	YA	1	Aterm	0	SMA	0
445	NY.S	TIDAK	0	29	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
446	NY.R	TIDAK	0	32	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
447	NY.M	TIDAK	0	35	0	P2A3	0	3	0	TIDAK	0	YA	1	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
448	NY.G	TIDAK	0	17	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
449	NY.A	TIDAK	0	37	1	P2A0	0	9	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
450	NY.M	TIDAK	0	23	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
451	NY.H	TIDAK	0	35	0	P3A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
452	NY.M	TIDAK	0	42	1	P4A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
453	NY.M	TIDAK	0	28	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	PT	0
454	NY.N	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
455	NY.B	TIDAK	0	37	1	P4A0	0	4	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
456	NY.N	TIDAK	0	18	1	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMP	1
457	NY.D	TIDAK	0	30	0	P2A0	0	8	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
458	NY.R	TIDAK	0	27	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	PT	0
459	NY.R	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
460	NY.N	TIDAK	0	34	0	P2A0	0	11	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0
461	NY.I	TIDAK	0	27	0	P2A0	0	5	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Preterm	1	SMA	0

462	NY.D	TIDAK	0	28	0	P2A0	0	6	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
463	NY.N	TIDAK	0	29	0	P4A0	0	9	1	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMP	1
464	NY.S	TIDAK	0	28	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0
465	NY.R	TIDAK	0	22	0	P1A0	1	0	0	TIDAK	0	TIDAK	0	TIDAK	0	Aterm	0	SMA	0

Hasil Analisis Data

```

FREQUENCIES VARIABLES=PEB Usia Paritas J_K R_HTD_M Gameli U_K Pendidikan
/PIE CHART PERCENT
/ORDER= ANALYSIS
    
```

Frequencies

Statistics

		PEB	Usia	Paritas	Jarak Kehamilan	Riwayat Hipertensi	Diabetes Mellitus
N	Valid	465	465	465	465	465	465
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		Gameli	Usia Kehamilan	Pendidikan
N	Valid	465	465	465
	Missing	0	0	0

Frequency Table

PEB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	310	66.7	66.7	66.7
	Ya	155	33.3	33.3	100.0
Total		465	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	333	71.6	71.6	71.6
	Berisiko	132	28.4	28.4	100.0
Total		465	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	301	64.7	64.7	64.7
	Berisiko	164	35.3	35.3	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Jarak Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	284	61.1	61.1	61.1
	Berisiko	181	38.9	38.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Riwayat Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	452	97.2	97.2	97.2
	Ya	13	2.8	2.8	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Diabetes Mellitus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	461	99.1	99.1	99.1
	Ya	4	.9	.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Gameli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	453	97.4	97.4	97.4
	Ya	12	2.6	2.6	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Usia Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	371	79.8	79.8	79.8
	Berisiko	94	20.2	20.2	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	314	67.5	67.5	67.5
	Berisiko	151	32.5	32.5	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Frequency Table

PEB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	310	66.7	66.7	66.7
	Ya	155	33.3	33.3	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

U_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 th	102	21.9	65.8	65.8
	<20 th	7	1.5	4.5	70.3
	2	46	9.9	29.7	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

P_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-4 anak	105	22.6	67.7	67.7
	< 2 anak	41	8.8	26.5	94.2
	4 anak	9	1.9	5.8	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

J_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	42	9.0	27.1	27.1
	2-4 th	47	10.1	30.3	57.4
	< 2 th	11	2.4	7.1	64.5
	> 4 th	55	11.8	35.5	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

R_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	154	33.1	99.4	99.4
	Ya	1	.2	.6	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

D_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	153	32.9	98.7	98.7
	Ya	2	.4	1.3	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

G_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	151	32.5	97.4	97.4
	Ya	4	.9	2.6	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

Uk_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	atern	108	23.2	69.7	69.7
	preterm	39	8.4	25.2	94.8
	postterm	8	1.7	5.2	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

Pn_Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	20	4.3	12.9	12.9
	SMP	33	7.1	21.3	34.2
	SMA	66	14.2	42.6	76.8
	PT	36	7.7	23.2	100.0
	Total	155	33.3	100.0	
Missing	System	310	66.7		
Total		465	100.0		

U_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 th	231	49.7	74.5	74.5
	<20 th	28	6.0	9.0	83.5
	2	51	11.0	16.5	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

P_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-4 anak	196	42.2	63.2	63.2
	< 2 anak	100	21.5	32.3	95.5
	4 anak	14	3.0	4.5	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

J_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	133	28.6	42.9	42.9
	2-4 th	77	16.6	24.8	67.7
	< 2 th	25	5.4	8.1	75.8
	> 4 th	75	16.1	24.2	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

R_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	298	64.1	96.1	96.1
	Ya	12	2.6	3.9	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

D_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	308	66.2	99.4	99.4
	Ya	2	.4	.6	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

G_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	302	64.9	97.4	97.4
	Ya	8	1.7	2.6	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

Uk_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aterm	256	55.1	82.6	82.6
	preterm	41	8.8	13.2	95.8
	postterm	13	2.8	4.2	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

Pn_Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	19	4.1	6.1	6.1
	SMP	83	17.8	26.8	32.9
	SMA	142	30.5	45.8	78.7
	PT	66	14.2	21.3	100.0
	Total	310	66.7	100.0	
Missing	System	155	33.3		
Total		465	100.0		

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 th	333	71.6	71.6	71.6
	<20 th	35	7.5	7.5	79.1
	2	97	20.9	20.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-4 anak	301	64.7	64.7	64.7
	< 2 anak	141	30.3	30.3	95.1
	4 anak	23	4.9	4.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Jarak_Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	175	37.6	37.6	37.6
	2-4 th	124	26.7	26.7	64.3
	< 2 th	36	7.7	7.7	72.0
	> 4 th	130	28.0	28.0	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Diabetes_Mellitus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	461	99.1	99.1	99.1
	Ya	4	.9	.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Gameli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	453	97.4	97.4	97.4
	Ya	12	2.6	2.6	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Usia_Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aterm	364	78.3	78.3	78.3
	preterm	80	17.2	17.2	95.5
	postterm	21	4.5	4.5	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	39	8.4	8.4	8.4
	SMP	116	24.9	24.9	33.3
	SMA	208	44.7	44.7	78.1
	PT	102	21.9	21.9	100.0
	Total	465	100.0	100.0	

CROSSTABS

```

/TABLES=UsiaParitasJ_KR_HTD_MGameliU_KPendidikanBY PEB
/FORMAT=VALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQCC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN
/COUNT ROUND CELL
    
```

Usia * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Usia	Tidak Berisiko	Count	231	102	333
		% within PEB	74.5%	65.8%	71.6%
	Berisiko	Count	79	53	132
		% within PEB	25.5%	34.2%	28.4%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.856 ^a	1	.050		
Continuity Correction ^b	3.439	1	.064		
Likelihood Ratio	3.791	1	.052		
Fisher's Exact Test				.063	.033
Linear-by-Linear Association	3.848	1	.050		
N of Valid Cases	465				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 44.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.091	.050
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (Tidak Berisiko / Berisiko)	1.519	.999	2.310
For cohort PEB = Tidak	1.159	.991	1.356
For cohort PEB = Ya	.763	.586	.993
N of Valid Cases		465	

Paritas * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Paritas	Tidak Berisiko	Count	196	105	301
		% within PEB	63.2%	67.7%	64.7%
	Berisiko	Count	114	50	164
		% within PEB	36.8%	32.3%	35.3%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.923 ^a	1	.337		
Continuity Correction ^b	.736	1	.391		
Likelihood Ratio	.930	1	.335		
Fisher's Exact Test				.356	.196
Linear-by-Linear Association	.921	1	.337		
N of Valid Cases	465				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 54.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.045	.337
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Tidak Berisiko / Berisiko)	.819	.544	1.232
For cohort PEB = Tidak	.937	.822	1.068
For cohort PEB = Ya	1.144	.867	1.511
N of Valid Cases	465		

Jarak Kehamilan * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Jarak Kehamilan	Tidak Berisiko	Count	193	91	284
		% within PEB	62.3%	58.7%	61.1%
	Berisiko	Count	117	64	181
		% within PEB	37.7%	41.3%	38.9%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.547 ^a	1	.459		
Continuity Correction ^b	.408	1	.523		
Likelihood Ratio	.545	1	.460		
Fisher's Exact Test				.481	.261
Linear-by-Linear Association	.546	1	.460		
N of Valid Cases	465				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 60.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.034	.459
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak Kehamilan (Tidak Berisiko / Berisiko)	1.160	.783	1.720
For cohort PEB = Tidak	1.051	.919	1.202
For cohort PEB = Ya	.906	.699	1.175
N of Valid Cases	465		

Riwayat Hipertensi * PEB

Crosstab

		PEB		Total	
		Tidak	Ya		
Riwayat Hipertensi	Tidak	Count	298	154	452
		% within PEB	96.1%	99.4%	97.2%
	Ya	Count	12	1	13
		% within PEB	3.9%	0.6%	2.8%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.957 ^a	1	.047		
Continuity Correction ^b	2.859	1	.091		
Likelihood Ratio	4.988	1	.026		
Fisher's Exact Test				.069	.037
Linear-by-Linear Association	3.948	1	.047		
N of Valid Cases	465				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.092	.047
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95 % Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Hipertensi (Tidak / Ya)	.161	.021	1.252
For cohort PEB = Tidak	.714	.602	.847
For cohort PEB = Ya	4.429	.671	29.243
N of Valid Cases		465	

Diabetes Mellitus * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Diabetes Mellitus	Tidak	Count	308	153	461
		% within PEB	99.4%	98.7%	99.1%
	Ya	Count	2	2	4
		% within PEB	0.6%	1.3%	0.9%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.504 ^a	1	.478		
Continuity Correction ^b	.032	1	.859		
Likelihood Ratio	.475	1	.490		
Fisher's Exact Test				.604	.407
Linear-by-Linear Association	.503	1	.478		
N of Valid Cases	465				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.033	.478
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Diabetes Mellitus (Tidak / Ya)	2.013	.281	14.428
For cohort PEB = Tidak	1.336	.500	3.568
For cohort PEB = Ya	.664	.247	1.784
N of Valid Cases		465	

Gameli * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Gameli	Tidak	Count	302	151	453
		% within PEB	97.4%	97.4%	97.4%
	Ya	Count	8	4	12
		% within PEB	2.6%	2.6%	2.6%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.633
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	465				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.000	1.000
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95 % Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Gameli (Tidak / Ya)	1.000	.296	3.374
For cohort PEB = Tidak	1.000	.667	1.500
For cohort PEB = Ya	1.000	.445	2.249
N of Valid Cases	465		

Usia Kehamilan * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Usia Kehamilan	Tidak Berisiko	Count	262	109	371
		% within PEB	84.5%	70.3%	79.8%
	Berisiko	Count	48	46	94
		% within PEB	15.5%	29.7%	20.2%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.907 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.042	1	.001		
Likelihood Ratio	12.393	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.879	1	.000		
N of Valid Cases	465				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.164	.000
N of Valid Cases		465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Kehamilan (Tidak Berisiko / Berisiko)	2.304	1.451	3.656
For cohort PEB = Tidak	1.383	1.123	1.704
For cohort PEB = Ya	.600	.463	.779
N of Valid Cases		465	

Pendidikan * PEB

Crosstab

			PEB		Total
			Tidak	Ya	
Pendidikan	Tidak Berisiko	Count	211	103	314
		% within PEB	68.1%	66.5%	67.5%
	Berisiko	Count	99	52	151
		% within PEB	31.9%	33.5%	32.5%
Total	Count	310	155	465	
	% within PEB	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.123 ^a	1	.726		
Continuity Correction ^b	.060	1	.806		
Likelihood Ratio	.122	1	.727		
Fisher's Exact Test				.753	.402
Linear-by-Linear Association	.122	1	.727		
N of Valid Cases	465				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.016	.726
N of Valid Cases	465	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tidak Berisiko / Berisiko)	1.076	.714	1.621
For cohort PEB = Tidak	1.025	.892	1.178
For cohort PEB = Ya	.953	.726	1.249
N of Valid Cases	465		

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3.791	1	.052
	Block	3.791	1	.052
	Model	3.791	1	.052

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	588.167 ^a	.008	.011

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		PEB Tidak	Ya	
Step 1	PEB Tidak	310	0	100.0
	Ya	155	0	.0
Overall Percentage				66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. Lower
Step 1 ^a	Usia	.418	.214	3.832	1	.050	1.519	.999
	Constant	-.817	.119	47.281	1	.000	.442	

Variables in the Equation

		95% C.I....
		Upper
Step 1 ^a	Usia	2.310
	Constant	

a. Variable(s) entered on step 1: Usia.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESPEB
/METHOD=ENTERParitas
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.09) POUT(0.10) ITERATE=20) CUT(0.5).
```

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.930	1	.335
	Block	.930	1	.335
	Model	.930	1	.335

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	591.028 ^a	.002	.003

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct	
		Tidak	Ya		
Step 1	PEB	Tidak	310	0	100.0
		Ya	155	0	.0
Overall Percentage					66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. Lower
Step 1 ^a	Paritas	-.200	.208	.922	1	.337	.819	.544
	Constant	-.624	.121	26.636	1	.000	.536	

Variables in the Equation

		95% C.I. Upper
Step 1 ^a	Paritas	1.232
	Constant	

a. Variable(s) entered on step 1: Paritas.

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.545	1	.460
	Block	.545	1	.460
	Model	.545	1	.460

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	591.413 ^a	.001	.002

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

	Observed		Predicted		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 1	PEB	Tidak	310	0	100.0
		Ya	155	0	.0
Overall Percentage					66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Jarak Kehamilan	.149	.201	.547	1	.460	1.160
	Constant	-.752	.127	34.956	1	.000	.472

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Jarak Kehamilan	.783	1.720
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak Kehamilan.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESPEB
/METHOD=ENTER_HT
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.09) POUT(0.10) ITERATE=20) CUT(0.5).
```

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.988	1	.026
	Block	4.988	1	.026
	Model	4.988	1	.026

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	586.970 ^a	.011	.015

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		Tidak	Ya	
Step 1	PEB	Tidak	Ya	
		310	0	100.0
	Ya	155	0	.0
Overall Percentage				66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Riwayat Hipertensi	-1.825	1.046	3.046	1	.081	.161
	Constant	-.660	.099	44.246	1	.000	.517

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Riwayat Hipertensi	.021	1.252
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Riwayat Hipertensi.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESPEB
/METHOD=ENTERD_M
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
```

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.475	1	.490
	Block	.475	1	.490
	Model	.475	1	.490

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	591.483 ^a	.001	.001

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

	Observed	PEB	Predicted		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 1	PEB	Tidak	308	2	99.4
		Ya	153	2	1.3
Overall Percentage					66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Diabetes Mellitus	.700	1.005	.485	1	.486	2.013
	Constant	-.700	.099	50.040	1	.000	.497

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Diabetes Mellitus	.281	14.428
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Diabetes Mellitus.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESP=Diabetes Mellitus
/METHOD=ENTER Gameli
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE=20 CUT(0.5).
```

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1 ^a	Step	.000	1	1.000
	Block	.000	1	1.000
	Model	.000	1	1.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	591.958 ^a	.000	.000

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

	Observed		Predicted		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 1	PEB	Tidak	310	0	100.0
		Ya	155	0	.0
Overall Percentage					66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I...
								Lower
Step 1 ^a	Gameli	.000	.620	.000	1	1.000	1.000	.296
	Constant	-.693	.100	48.366	1	.000	.500	

Variables in the Equation

		95% C.I....
		Upper
Step 1 ^a	Gameli	3.374
	Constant	

a. Variable(s) entered on step 1: Gameli.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESPEB
/METHOD=ENTERU_K
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
```

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	12.393	1	.000
	Block	12.393	1	.000
	Model	12.393	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	579.565 ^a	.026	.037

- a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		Tidak	Ya	
Step 1	PEB	310	0	100.0
		155	0	.0
Overall Percentage				66.7

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Usia Kehamilan	.834	.236	12.531	1	.000	2.304
	Constant	-.877	.114	59.204	1	.000	.416

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Usia Kehamilan	1.451	3.656
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia Kehamilan.

```
LOGISTICREGRESSIONVARIABLESPEB
/METHOD=ENTER Pendidikan
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.09) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
```

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.122	1	.727
	Block	.122	1	.727
	Model	.122	1	.727

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	591.836 ^a	.000	.000

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		PEB Tidak	Ya	
Step 1	PEB Tidak	310	0	100.0
	Ya	155	0	.0
Overall Percentage				66.7

a. The cut value is .500

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct	
		Tidak	Ya		
Step 1	PEB	Tidak	297	13	95.8
		Ya	136	19	12.3
Overall Percentage					68.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Usia	.383	.219	3.066	1	.080	1.467
	Riwayat Hipertensi	-2.052	1.061	3.741	1	.053	.129
	Usia Kehamilan	.839	.240	12.237	1	.000	2.314
	Constant	-.954	.131	52.921	1	.000	.385

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Usia	.955	2.254
	Riwayat Hipertensi	.016	1.028
	Usia Kehamilan	1.446	3.703
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia, Riwayat Hipertensi, Usia Kehamilan.



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIPLOMA IV KEBIDANAN
Jl. Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu
LEMBAR KONSULTASI



Nama Pembimbing 1 : Hj Yuliana Lubis,M.Kes

NIP : 195407011976032001

Nama Mahasiswa : Yaumi Kartini

NIM : P0 5140314 041

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian

Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf
1	Senin, 15 Januari 2018	Masalah dan judul proposal	ACC Judul proposal	
2	Kamis, 15 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II, III	
3	Selasa, 20 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II, III	
4	Rabu, 14 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II, III	
5	Selasa, 17 April 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II, III	
6	Selasa, 24 April 2018	Konsultasi BAB I, II, III	ACC seminar proposal penelitian	
7	Rabu, 9 Mei 2018	Konsultasi BAB IV	Perbaikan BAB IV	
8	Kamis, 10 Mei 2018	Konsultasi BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB IV dan BAB V	
9	Senin, 4 Juni 2018	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB IV dan BAB V dan pembuatan abstrak	
10	Kamis, 13 Juli 2018	Konsultasi Abstrak	Perbaikan Abstrak	
11	Kamis, 26 Juli 2018	Konsul perbaikan Abstrak	ACC Sidang Skripsi	
12	Jum'at, 3 Agustus 2018	Perbaikan Skripsi	ACC Skripsi	



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIPLOMA IV KEBIDANAN
Jl. Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu
LEMBAR KONSULTASI



Nama Pembimbing 2 : Epti Yorita,SST,MPH

NIP : 197401091992032002

Nama Mahasiswa : Yaumi Kartini

NIM : P0 5140314 041

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian

Preeklampsia Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf
1	Senin, 15 Januari 2018	Masalah dan judul proposal	ACC Judul proposal	
2	Kamis, 15 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II,III	
3	Selasa, 20 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II,III	
4	Rabu, 14 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II,III	
5	Selasa, 17 April 2018	Konsultasi BAB I, II, III	Perbaikan BAB I, II,III	
6	Selasa, 24 April 2018	Konsultasi BAB I, II, III	ACC seminar proposal penelitian	
7	Rabu, 9 Mei 2018	Konsultasi BAB IV	Perbaikan BAB IV	
8	Kamis, 10 Mei 2018	Konsultasi BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB IV dan BAB V	
9	Senin, 4 Juni 2018	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB IV dan BAB V dan pembuatan abstrak	
10	Kamis, 13 Juli 2018	Konsultasi Abstrak	Perbaikan Abstrak	
11	Kamis, 26 Juli 2018	Konsul perbaikan Abstrak	ACC Sidang Skripsi	
12	Jum'at, 3 Agustus 2018	Perbaikan Skripsi	ACC Skripsi	



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
webside: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



31 Mei 2018

Nomor : : DM. 01.04/..459/0..2/2018
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala DPMPTSP Provinsi Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2017/2018 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Yaumi Kartini
NIM : P0 5140314041
Program Studi : Diploma IV Kebidanan
No Handphone : 089649785726
Tempat Penelitian :
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Rumah Sakit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu
Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Bengkulu
Waktu Penelitian : Mei-Juni 2018
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Pembantu Direktur Bidang Akademik,

Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001

Tembusan disampaikan kepada:



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Batang Hari No.108 Padang Harapan, Kec. Ratu Agung, Kota Bengkulu Telp/Fax : (0736) 22044 SMS : 091919 35 6000
Website: dpmptsp.bengkuluprov.go.id / Email: email@dpmptsp.bengkuluprov.go.id
BENGKULU 38223

REKOMENDASI

Nomor : Nomor : 503/08.65/1281/DPMTSP/2018

TENTANG PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Sebagian Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan Pemerintah Provinsi Bengkulu Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu.
 2. Surat dari Pembantu Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor : DM.01.04/45918/2/2018, Tanggal 31 Mei 2018 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan Diterima Tanggal 07 Juni 2018 .

Nama / NPM : Yaumi Kartini / P05140314041
Pekerjaan : Mahasiswi
Maksud : Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kajadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017
Daerah Penelitian : -RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu
-Rumah Sakit TK IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu
-Rumah Sakit Bhayangkara TK III Bengkulu
Waktu Penelitian/ Kegiatan : 07 Juni 2018 s.d 07 Juli 2018
Penanggung Jawab : Pembantu Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu

Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota Cq.Kepala Badan/ Kepala Kantor Kesbang Pol atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/ menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
- e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Bengkulu, 07 Juni 2018

**a.n. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu**
Kabid Adm. Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan I,
u.b
Kasi Adm. Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan I




Lita Petriana, SIP, M.Si
Penata

NIP. 19860719 200903 2 002



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
webside: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001:2015
SAI GLOBAL
QE C30130

31 Mei 2018

Nomor : : DM. 01.04/45916./2/2018
Lampiran : -
Hal : : Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2017/2018, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Yaumi Kartini
NIM : P0 5140314041
Program Studi : Diploma IV Kebidanan
No Handphone : 089649785726
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Bengkulu
Waktu Penelitian : Mei-Juni 2018
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Pembantu Direktur Bidang Akademik,

Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001

Tembusan disampaikan kepada:



KEPOLISIAN DAERAH BENGKULU
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RUMKIT BHAYANGKARA TK III BENGKULU
Jalan Veteran No. 2 Telp. 0736 - 341086 Bengkulu

Bengkulu, 21 Juni 2018

Nomor : B / 162 / VI / 2018 / Diklit
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian Izin Penelitian

Kepada,

Yth. Pembantu Direktur Bidang
Akademik Poltekkes Kemenkes
Bengkulu

di -

Bengkulu

1. Dasar :

- a. Renja Rumkit Bhayangkara Tk III Bengkulu T. A. 2018
- b. Surat dari Pembantu Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor :DM. 01. 04/45916/2/2018 tanggal 31 Mei 2018 tentang Surat Permohonan Izin Penelitian;
- c. Surat Rekomendasi dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor : 503/08.65/1281/DPMPSTP/2018 tanggal 07 Juni 2018 tentang Penelitian.

2. Sehubungan dengan Dasar tersebut diatas, diberitahukan kepada Bapak / Ibu bahwa diberikan Izin Penelitian kepada :

Nama : Yaumi Kartini

NPM : P05140314041

Judul Penelitian : Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KARUMKIT BHAYANGKARA TK III BENGKULU
KASUBBAG BINFUNG
u.b KAUR DIKLIT

NOVITA HERLIANA, SKM
PENDA TK I NIP. 198304172005012005



KEPOLISIAN DAERAH BENGKULU
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RUMKIT BHAYANGKARA TK III BENGKULU
Jalan Veteran No. 2 Telp. 0736 - 341086 Bengkulu

Nomor : B/191/VII/2018/Diklit
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberitahuan Selesai Penelitian

Bengkulu, 20 Juli 2018

Kepada,

Yth. Pembantu Direktur Bidang
Akademik Poltekkes Kemenkes
Bengkulu

di -

Bengkulu

1. Dasar :

Surat dari Karumkit Bhayangkara TK. III Bengkulu Nomor : B/162/VI/2018/Diklit Tanggal 21 Juni 2018 tentang Izin Penelitian;

2. Sehubungan dengan Dasar tersebut diatas, diberitahukan kepada Bapak / ibu bahwa yang bersangkutan a.n :

Nama : YAUMI KARTINI

NPM : P05140314041

Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB)
di Rumah Sakit Bhayangkara TK. III Bengkulu Tahun 2017.

Telah melaksanakan penelitian sejak tanggal 07 Juni 2018 s.d 07 Juli 2018 di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Bengkulu.

3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KARUMKIT BHAYANGKARA TK III BENGKULU
KASUBBAG BINFUNG
u.b. KAUR DIKLIT



NOVITA HERLIANA, SST. SKM
PENDA TK I NIP. 198304172005012005



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
webside: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



31 Mei 2018

Nomor : : DM. 01.04/.../2018
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2017/2018 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Yaumi Kartini
NIM : P0 5140314041
Program Studi : Diploma IV Kebidanan
No Handphone : 089649785726
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Tk IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu
Waktu Penelitian : Mei-Juni 2018
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Pembantu Direktur Bidang Akademik,

Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001

Tembusan disampaikan kepada:

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 02,04.01
RUMAH SAKIT TK IV 02.07.01 ZAINUL ARIFIN

SURAT KETERANGAN
Nomor : SK / 118 / VI / 2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : FD. Samosir
Pangkat / NRP : Lettu Ckm 21990011871178
Jabatan : Paurtuud Rumkit Tk IV 02.07.01 Z.I Arifin
Kesatuan : Kesdam II/Swj.
Menerangkan bahwa :
Nama : Yaumi Kartini
NP M : P0 5140314041
Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kejadian Preeklamsi Berat (FEB) di Rumkit Tk.
IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu .

Yang bersangkutan telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Tk
IV 02.07.01 Zainul Arifin (DKT) Bengkulu pada tanggal Juni 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Bengkulu, 29 Juni 2018
a.n. Kepala Rumkit Tk IV 02.07.01
Paurtuud,



FD. Samosir
Lettu Ckm NRP 21990011871178



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Quality
ISO 9001: 2015
BY AN GLOBAL
DE 030130

31 Mei 2018

Nomor : : DM. 01.04/4594./2/2018
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Skripsi bagi Mahasiswa Prodi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2017/2018, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Yaumi Kartini
NIM : P0 5140314041
Program Studi : Diploma IV Kebidanan
No Handphone : 089649785726
Tempat Penelitian : RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Waktu Penelitian : Mei-Juni 2018
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Berat (PEB) Di Kota Bengkulu Tahun 2017

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Pembantu Direktur Bidang Akademik,



Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001

Tembusan disampaikan kepada:



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Bengkulu, 28 Juni 2018

Kepada

Nomor : 074/ 851 /BID-DIK
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yth. 1. Kabag. Penyusunan Program & Evaluasi
Cq. Kasubbag. Rekam Medis
2. Kabid. Pelayanan Keperawatan
RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
di-

Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu,

Nomor: DM.01.04/45914/2/2018, Tanggal 31 Mei 2018. Perihal Permohonan Izin Penelitian mahasiswa:

Nama : **YAUMI KARTINI**

Acc data rekam medis 9/3 2018

NPM : P05140314041

Program Studi : DIV Kebidanan

Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017

Ruangan : MR dan Mawar

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung mulai tanggal 28 Juni s.d 28 Juli 2018.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Bengkulu, 28/6/2018
Ka. Bid. Pelayanan Keperawatan

[Signature]

Hj. HADARA, SKM, MM
NIP.196110011981122002

Pt. KEPALA BIDANG PENDIDIKAN



[Signature]
dr. HARTIN NITA WULANSARI
NIP.197309232006042010

Tembusan disampaikan kepada Yth;

1. Yang Bersangkutan
2. Arsip





PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



SURAT KETERANGAN

Nomor : 074/2340/BID Dik / 2018

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : dr. HARTIN NITA WULANSARI
b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **YAUMI KARTINI**
b. NIM : P05140314041
c. Institusi : DIV Kebidanan / Poltekkes Kemenkes Bengkulu
d. Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsi Berat (PEB) di Kota Bengkulu Tahun 2017
e. Tempat Penelitian : MR dan Mawar
f. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 28 Juni s.d 19 Juli 2018

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 19 Juli 2018

Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan


dr. HARTIN NITA WULANSARI

NIP. 19730923 200604 2 010