

Hubungan Antara Pre Eklampsia Dengan Kejadian Persalinan Preterm

by Evi Sintawati

Submission date: 02-Sep-2022 05:25AM (UTC+0300)

Submission ID: 1891044587

File name: Evi_Sintawati_REV1.docx (523.86K)

Word count: 6667

Character count: 42081

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian bayi atau kematian perinatal merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat di Indonesia. Kelahiran prematur menyebabkan morbiditas dan kematian. Kelahiran prematur terjadi ketika bayi lahir sebelum 37 minggu. Preeklamsia adalah salah satu penyebab paling umum dari persalinan prematur dan kematian neonatal, bersama dengan usia ibu, banyak kehamilan, infeksi, gangguan ibu kronis seperti diabetes mellitus, tiroid, anemia, malnutrisi, dan banyak variabel janin (RJ, 2014). Preeklamsia menyebabkan hipoperfusi organ, vasospasme, dan gangguan fungsi sel endotel (Prawirohardjo, 2014).

Frekuensi preeklamsia bervariasi dari 0,5% hingga 38,4%, dan 15 juta bayi lahir setiap tahun. WHO memprediksi negara-negara terbelakang memiliki tujuh kali lebih banyak preeklamsia. 8% dari kelahiran hidup dibandingkan negara industri (0,4%) (WHO, 2019). Menurut Menteri Kesehatan RI Nila Djuwita F. Moeloek, kematian ibu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup. Dengan angka kematian ibu 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 23 per 1.000 kelahiran hidup, kita tidak bisa mencapai MDGs. SDGs menargetkan angka kematian ibu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Indonesia memiliki 7-10% preeklamsia. Preeklamsia dan eklampsia menempati urutan pertama komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2015). Data

Dinas Kesehatan Jawa Timur tahun 2017 menunjukkan 91 kematian ibu per 100.000 kelahiran. 23 bayi per 1.000 bayi lahir mati (Depkes RI, 2017).

Etiologi preeklampsia tidak diketahui, tetapi beberapa faktor mempengaruhi kejadiannya, antara lain primigravida/nuliparitas, usia ibu yang ekstrim (20 tahun dan >35 tahun), riwayat keluarga preeklampsia/eklampsia, penyakit ginjal dan hipertensi sebelum hamil, obesitas, diabetes mellitus, dan penyakit rofoblas (Varney, 2015). Preeklampsia dapat menyebabkan preeklampsia berat, eklampsia, perdarahan, perdarahan otak, penurunan fungsi hati, dan gangguan ginjal kronis, serta masalah anak seperti IUGR, prematur, oligohidramion, gawat janin, IUFD. Faktor risiko persalinan prematur adalah terkait kehamilan dan individu. Faktor yang berhubungan dengan kehamilan termasuk hidramnion, ketuban pecah dini, gemelli, pre-eklampsia-eklampsia, dan perdarahan antepartum. Situasi sosial ekonomi rendah (malnutrisi, anemia, paritas, usia ibu muda atau tua) dan gangguan terkait kehamilan menyebabkan variabel unik (tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit jantung atau paru-paru, penyakit endokrin, faktor rhesus) (Manuaba, 2016).

Karena penyebab preeklampsia belum diketahui, dokter akan meminta ibu hamil untuk mengurangi konsumsi garam, meski dianggap tidak efektif menurunkan risiko preeklampsia. Pemeriksaan kehamilan secara teratur memerlukan pemantauan tekanan darah ibu hamil, pertumbuhan berat badan, dan urin untuk protein urin guna memastikan kesehatan ibu dan janin. Diagnosis pre-eklampsia dini membantu dokter mengusulkan pengobatan untuk ibu dan bayi. Rekomendasi diet dapat menghindari preeklampsia. Setidaknya 10 jam istirahat sehari, termasuk tidur siang dan tidur malam

(Prawirohardjo, 2014). Menurut Manuaba, (2016) Salah satu cara untuk mencegah pre eklampsia tentunya dengan menghindari penyebabnya. Hanya saja, penyebab preeklampsia hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Meski begitu, sebagian mencurigai bahwa lemak tubuh yang berlebihan, genetik, dan nutrisi yang buruk merupakan penyebab terjadinya preeklampsia. Masih ada cara yang bisa dilakukan untuk menghindari preeklampsia yang bisa membahayakan ibu dan janin. Salah satunya dengan melakukan pemeriksaan kandungan secara berkala dapat mendeteksi sejak dini jika di dalam urine terkandung banyak protein, tekanan darah Anda mulai meninggi, atau ada gejala yang dicurigai sebagai tanda pre eklampsia atau eklampsia. Hingga saat ini aspirin juga dianggap memiliki efek pelindung bagi wanita yang memiliki risiko pre eklampsia. Dan jika memiliki riwayat preeklampsia dan memiliki risiko yang signifikan, biasanya akan menyarankan untuk mengonsumsi aspirin pada usia kandungan 12 minggu atau lebih. Dosis yang diberikan pun merupakan dosis rendah. Hindari penggunaannya jika belum mengonsultasikannya dengan dokter.

Dari fenomena di atas tersebut maka penulis tertarik mengambil judul “Hubungan Antara Pre Eklampsia Dengan Kejadian Persalinan Preterm”.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan antara pre eklampsia dengan kejadian persalinan preterm berdasarkan studi empiris 5 tahun terakhir?.

1.3 Tujuan Penelitian

Meriview jurnal untuk mengetahui hubungan antara pre eklampsia dengan kejadian persalinan preterm berdasarkan studi empiris 5 tahun terakhir.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pre-Eklampsia

2.1.1 Pengertian

Pre-eklampsia adalah suatu kondisi spesifik kehamilan dimana hipertensi terjadi setelah 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal (Bobak, 2015).

Pre-eklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan protein urinaria (Prawirohardjo, 2014).

Pre-eklampsia adalah sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel (Cunningham FG, Gant NF, 2013).

10 2.1.2 Etiologi

Pre-etologi eklampsia tidak diketahui; spesialis telah mengusulkan beberapa kemungkinan, tetapi tidak ada yang memadai. Hipotesis iskemia plasenta digunakan. Gagasan ini tidak dapat menjelaskan semua tentang kondisi ini (Mochtar, 2014). Para ahli berpikir anomali plasenta menyebabkan pre-eklampsia. Pre-eklampsia tidak diketahui. Penyebab preeklampsia:

1. Plasenta atau aliran darah uterus yang buruk
2. Kerusakan arteri plasenta
3. Malnutrisi

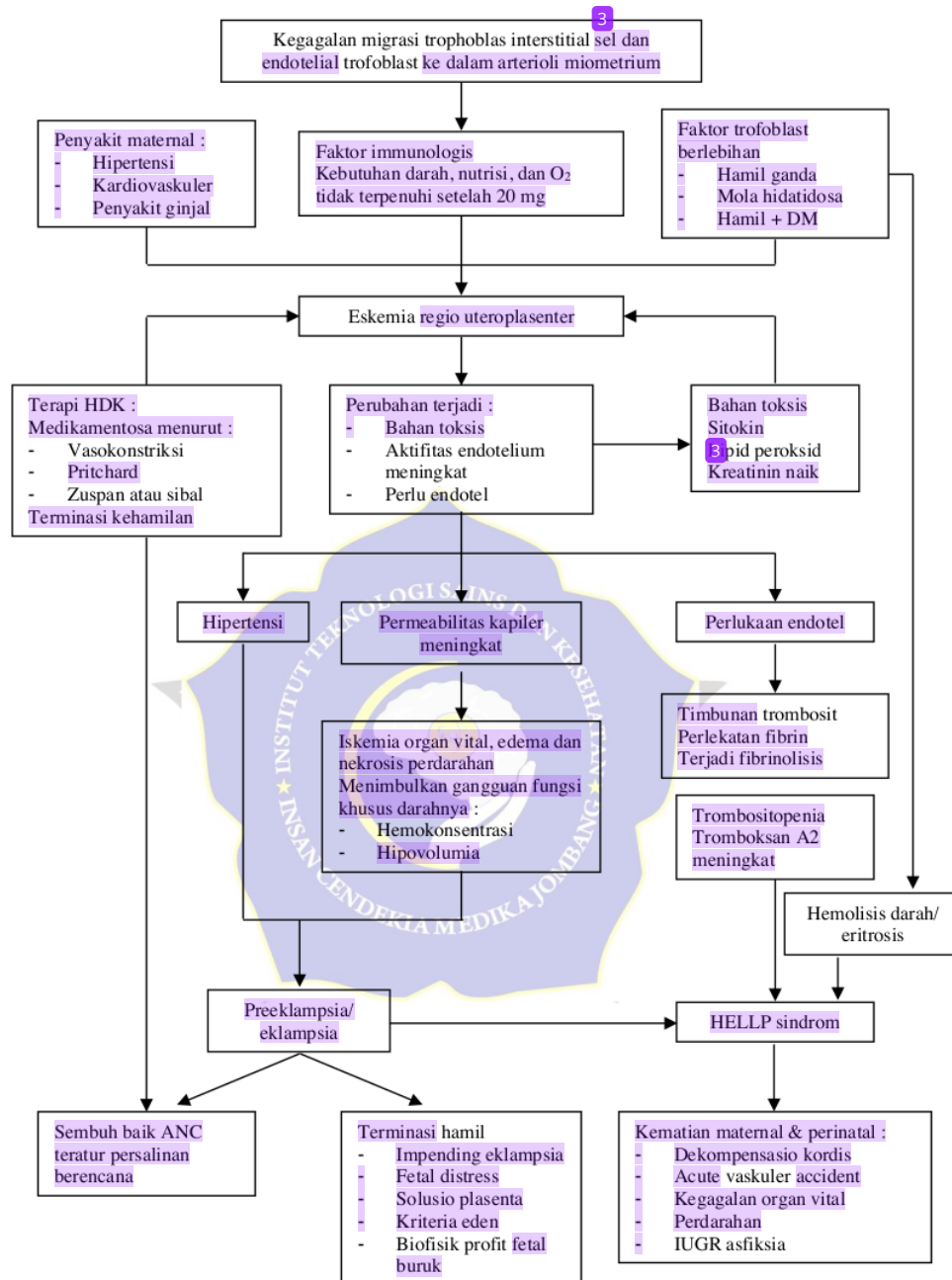
4. Autoimun
5. Kegemukan
6. Gen

(Prawirohardjo, 2014).

2.1.3 Patofisiologi

Pre-eklampsia menyebabkan kejang pembuluh darah dan retensi garam/air. Biopsi ginjal menunjukkan spasme arteriol glomerulus. Dalam keadaan yang jarang terjadi, hanya satu sel darah merah yang dapat melewati lumen arteriol. Jika semua arteriol dalam tubuh kejang, tekanan darah meningkat untuk mengimbangi peningkatan tekanan perifer dan memastikan oksigenasi jaringan.

Penambahan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penumpukan air interstisial yang berlebihan mungkin berhubungan dengan retensi air dan garam. Spasme arteriol dapat menyebabkan perubahan glomerulus, menyebabkan protein urin (Mochtar, 2014).



Sumber : (Manuaba, 2016)

Gambar 2.1 Skema patofisiologi pre eklampsia

2.1.4 Tanda dan Gejala

7 Biasanya tanda-tanda pre-eklampsia timbul dalam urutan:

pertambahan berat badan yang berlebihan, diikuti oedema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada umumnya diagnosis preeklampsia didasarkan dengan adanya trias tanda utama :

1. Sistolik 140 mmHg atau lebih tinggi / 30 mmHg di atas normal, tetapi tidak 160 mmHg. 10 90 mmHg atau lebih besar / 30 mmHg di atas tekanan rata-rata, tetapi tidak 110 mmHg. Tekanan darah dipantau dua kali dalam 10 6 jam.
2. Proteinuria di atas 0,3 g/L selama 24 jam dan 1 g/L secara acak. Proteinuria harus bertahan 2 hari. Proteinuria, preeklampsia ringan
3. > 20 minggu pubis, tungkai, dan edema wajah. 500 g/minggu, 10 2000 g/bulan, atau 13 kg selama kehamilan. Peningkatan berat badan > 500 g/minggu, 2000 g/bulan, atau 13 kg selama kehamilan pada preeklampsia sedang dan masalah lain mengindikasikan preeklampsia. Eklampsia berat dengan oliguria 400 ml/jam, koma, trombosit 100.000, selada, perdarahan okular, dan keluhan subjektif lainnya:
 - a. Sakit perut
 - b. Gangguan penglihatan (diplopia)
 - c. Migrain frontal
 - d. Sesak napas, edema paru
 - e. Disorientasi
 - f. Muntah, mual

g. Hiperrefleksia/kejang/koma

(Wiknjosastro, 2015).

2.1.5 Faktor predisposisi/ risiko dan penyebab

Preeklamsia dan eklamsia masih diakui sebagai Penyakit Teori. Pasien yang rentan preeklamsia membutuhkan perawatan khusus. Menurut Wiknjosastro (2015) variabel predisposisi/risiko ini meliputi:

1. Primigravida di bawah 20 dan di atas 35 lebih rentan. Preeklamsia sering terjadi pada wanita muda karena sistem reproduksi yang belum matang dan kesehatan mental yang buruk. Bertambahnya usia wanita menyebabkan perubahan sistem kardiovaskular, dan preeklamsia menyebabkan patologi endotel. Kebanyakan nulipara mengalami preeklamsia-eklamsia. Wanita yang sangat muda dan tua lebih mungkin untuk mendapatkan preeklamsia.
2. Hipertensi berlipat ganda pada primigravida. Implantasi fetoplasenta membutuhkan toleransi imunologis antara janin dan ibu, pertumbuhan trofoblas di arteri spiralis, dan perlindungan sistem imun. Komponen fetoplasenta yang menembus miometrium melalui arteri spiralis berdampak pada imunologi. Preeklamsia terjadi akibat maladaptasi sistem imun. Studi: 20-30 tahun adalah usia reproduksi wanita yang sehat. Setelah usia 20 tahun, setiap 2-3 tahun sampai usia 30 tahun. 2-3 anak sudah cukup. Kematian ibu dan janin meningkat setiap kali melahirkan (Roeshadi, 2014). Paritas 2 menurunkan angka kematian ibu,

menurut Prawirohardjo (2015-168). Paritas 1 dan tinggi (lebih dari 3) memiliki angka primigravida yang lebih tinggi, dan gravida di atas 35 berisiko mengalami preeklamsia-eklampsia.

3. Mungkin warisan resesif. Chapman (2013) mengatakan riwayat ibu atau saudara kandung meningkatkan risiko empat hingga delapan kali. Anak perempuan dapat mewarisi risiko kehamilan hipertensi (Manuaba, 2016).
4. Preeklamsia dan eklampsia berhubungan dengan kemiskinan. Pendapatan rendah menyebabkan preeklamsia. Para ahli berpikir faktor sosial ekonomi mengurangi preeklamsia.
5. Kehamilan dengan kembar, geraham, atau hidrops. Kehamilan ganda meningkatkan risiko preeklamsia. Kehamilan ganda sering menyebabkan hipertensi. Teori hiperplasenta menghubungkan banyak kehamilan dengan preeklamsia. Preeklamsia 4-5 kali lebih sering terjadi pada kehamilan kembar. Kembar tiga dan lebih meningkatkan preeklamsia.
6. Hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, SLE, APS.
(Karkata, 2014).

2.1.6 Frekuensi

6% dari semua kehamilan dan 12% dari kehamilan primigravida. Menurut berbagai publikasi, prevalensi 1-3% lebih tinggi pada primigravida muda dibandingkan multigravida (Mochtar, 2014).

2.1.7 Diagnosis

1. ¹⁰ Pertambahan berat badan yang berlebihan, edema, hipertensi, dan protein urin
2. Sakit kepala frontal, ketidaknyamanan epigastrium, penglihatan kabur, skotoma, diplopia, mual dan muntah, gemetar, peningkatan refleks dan kegelisahan adalah gejala subjektif.
3. Tekanan darah tinggi, peningkatan refleks, dan protein dalam urin. (Mochtar, 2014).

2.1.8 Klasifikasi Pre-Eklampsia

1. Pre eklampsia

a. Tensi meningkat

Kenaikan tekanan darah sistole > sama dengan 30 mmHg atau diastole > sama dengan 15 mmHg (dari tekanan darah sebelum hamil) pada kehamilan 20 minggu atau lebih, atau sistole > sama dengan 140 (<160 mmHg), diastole > sama dengan ¹⁴ 90 mmHg (< 110 mmHg)

b. Proteinuria

Protein urine 0,3 gr/L dalam 24 jam atau secara kualitatif (++)

c. Edema pada :

- 1) Pretibia
- 2) Dinding perut
- 3) Lumbosakral
- 4) Wajah/tangan

2. Pre eklampsia berat

a. Tekanan darah

Darah sistolik > sama dengan 160 mmHg, diastolik > sama dengan 110 mmHg

b. Proteinuria

Protein urine > sama dengan 5 g/24 jam atau kualitatif 4+

c. Produksi urine

Oliguria jumlah produksi urine < sama dengan 500 cc/24 jam atau disertai kenaikan kadar kreatinin darah

d. Adanya gejala-gejala impending eklampsia :

Gangguan visus, gangguan serebral, nyeri epigastrium, hiperrefleksia

e. Adanya sindroma HELLP

H : Hemolisis, EL : Elevated Liver Enzyme, LP : Low Platelet Count

3. Eklampsia

a. Usia kehamilan

Kehamilan > 20 minggu, atau saat persalinan atau masa nifas

b. Tanda-tanda preeklampsia

Hipertensi, edema, proteinuria

c. Kejang atau koma kadang disertai gangguan fungsi organ

(*Obstetri & Gynekologi*, 2016).

2.1.9 Perubahan Sistem Organ Pada Pre-Eklampsia

1. Otak

Preeklamsia menyebabkan aliran darah normal dan pemanfaatan oksigen. Preeklamsia meningkatkan resistensi pembuluh darah otak. Dalam kasus yang parah, perdarahan mungkin terjadi dari edema serebral.

2. Plasenta dan Rahim

Berkurangnya suplai darah ke plasenta mengganggunya, mengganggu perkembangan janin dan menyebabkan ketidaknyamanan janin. Pada preeklamsia dan eklampsia, tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan meningkat, menyebabkan persalinan prematur.

3. Ginjal

Penurunan aliran ginjal mengurangi filtrasi glomerulus. Hal ini menurunkan filtrasi natrium glomerulus, menyebabkan retensi garam dan air. Filtrasi glomerulus dapat menurun hingga 50% dari normal, menyebabkan oliguria dan anuria.

4. Paru-paru

Pada kehamilan dan eklampsia, edema paru menginduksi dekompensasi jantung. Pneumonia aspirasi atau abses paru dapat menyebabkannya.

5. Mata

Edema retina dan spasme vaskular mungkin terjadi. Jika ini terjadi, pre-eklampsia berat harus dipertimbangkan. Karena

edema oftalmik, ablasi retina dapat terjadi pada eklampsia, yang memerlukan penghentian. Scotoma, diplopia, dan ambliopia juga dapat mengindikasikan preeklamsia berat. Perubahan aliran darah di korteks serebral atau retina menyebabkan ini.

6. Keseimbangan air dan elektrolit

Pada preeklamsia sedang, air, elektrolit, kristaloid, dan protein serum dimetabolisme secara normal. Tidak ada gangguan elektrolit. Gula darah, bikarbonat, dan pH normal. Pada preeklamsia berat dan eklampsia, kadar gula melonjak sesaat dan simpanan alkali turun. Epilepsi menyebabkan gangguan ini. Molekul organik dioksidasi selama kejang, melepaskan natrium, yang bergabung dengan asam karbonat untuk menghasilkan natrium bikarbonat. Ini mengembalikan cadangan alkali.

7. Janin

Preeklamsia dan eklampsia menghasilkan penurunan perfusi uteroplasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel vaskular plasenta. Preeklamsia dan eklampsia menyebabkan:

- a. IUGR/oligohidramnion
- b. Peningkatan morbiditas dan mortalitas janin akibat hambatan pertumbuhan intrauterin, prematur, oligohidramnion, dan solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

2.1.10 Pencegahan

Yang dimaksud dengan pencegahan adalah upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada perempuan hamil yang mempunyai resiko terjadinya preeklampsia. Preeklampsia adalah suatu sindrom dari proses implantasi sehingga tidak secara keseluruhan dapat dicegah. Pencegahannya dapat dilakukan dengan *nonmedical* dan *medical*.

1. Pencegahan dengan *nonmedical*

Istirahat di tempat tidur paling mudah. Di Indonesia, orang yang berisiko tinggi mengalami preeklampsia masih memerlukan istirahat di tempat tidur, meskipun belum terbukti dapat mencegah preeklampsia dan kelahiran prematur. Preeklampsia tidak dicegah dengan pengurangan garam. Suplemen makanan harus mencakup minyak ikan yang kaya omega-3 PUFA, antioksidan, vitamin C, E, B-karoten, asam lipoat, dan seng, magnesium, dan kalsium. Setidaknya 10 jam istirahat setiap hari, termasuk tidur siang dua jam dan malam delapan jam.

2. Pencegahan dengan *medical*

Tanpa bukti yang substansial dan tepat. Diuretik tidak mencegah preeklampsia dan memperburuk hipovolemia. Antihipertensi tidak mencegah preeklampsia. Pada risiko tinggi preeklampsia, konsumsi 1.500-2.000 mg kalsium setiap hari. Seng juga 200 mg/hari. 365mg/hari magnesium. Aspirin dosis rendah

atau dipiridamol dapat mencegah preeklamsia. Vitamin C, vitamin E, dan asam lipoat juga merupakan antioksidan (Forte, 2013).

2.1.11 Penanganan Preeklamsia

1. Penanganan pre eklamsia

a. Rawat jalan :

- 1) Banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
- 2) Diet tinggi protein rendah karbohidrat
- 3) Dilakukan pemeriksaan USG dan NST tiap 2 minggu
- 4) Pemeriksaan lab: PCV, Hb, trombosit
- 5) Obat-obatan: roboransia, vitamin, aspirin dosis rendah sekali sehari
- 6) Control 1 minggu kemudian

b. Rawat inap

- 1) Kriteria rawat inap: kecenderungan memiliki resiko terjadi PEB
- 2) Pengobatan dan evaluasi
 - a) Banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
 - b) Diet tinggi protein rendah karbohidrat
 - c) Dilakukan pemeriksaan USG dan NST tiap 2 minggu
 - d) Pemeriksaan lab : PCV, Hb, trombosit
 - e) Obat-obatan: roboransia, vitamin, aspirin dosis rendah sekali sehari

2. Penatalaksanaan Preeklamsia berat

a. Konservatif

1) Indikasi

Pada umur kehamilan < 34 minggu (estimasi berat janin < 2000 gr tanpa ada tanda impending eklampsia)

2) Pengobatan

a) Di kamar bersalin :

(1) Tirah baring

(2) Infus RL yang mengandung dextrose 5% 60-125 cc/jam

(3) 10 gr MgSO₄ 50% im setiap 6 jam s/d 24 jam

pasca salin

(4) Nifedipin 5-10 mg tiap 8 jam, dapat diberikan bersama dengan metildopa 250-500 mg tiap 8 jam. Nifedipin dapat diberikan ulang sublingual 5-10 mg dalam waktu 30 menit pada keadaan tekanan sistolik > 180 mmHg atau diastolic > atau sama dengan 110 mmHg

(5) Pemeriksaan lab RFT dan LFT dan produksi urine 24 jam

(6) Konsultasi bagian lain: mata, jantung, bagian lain sesuai indikasi

b) Pengobatan dan evaluasi selama rawat inap di kamar bersalin

(1) Tirah baring

(2) Roboransia

- (3) ¹² Aspirin dosis rendah 87,5 mg sehari sekali
 - (4) Nifedipin 5-10 mg setiap 8 jam atau metildopa ¹³ 250 mg tiap 8 jam)
 - (5) Penggunaan atenolol dan B bloker dapat dipertimbangkan pada pemberian kombinasi
 - (6) Pemeriksaan lab: Hb, PCV, hapusan darah tepi, trombosit
 - (7) Diet tinggi protein rendah karbohidrat
- Perawatan konservatif dianggap gagal apabila

- (1) Ada tanda impending eklampsia
- (2) Kenaikan tekanan darah yang progresif
- (3) Ada sindroma HELLP
- (4) Ada kelainan fungsi ginjal
- (5) Penilaian NST menunjukkan hasil jelek ¹²

b. Perawatan aktif

1) Indikasi

- a) Hasil NST menunjukkan hasil jelek
- b) Ada gejala impending eklampsia
- c) Ada sindroma HELLP
- d) Kehamilan late preterm (> 34 minggu estimasi berat janin > 2000 gr)
- e) Apabila perawatan konservatif gagal

2) Medikamentosa

- ⁸ a) Segera rawat inap

b) Tirah baring miring ke satu sisi

c) Infus RL yang mengandung dextrose 5% dengan 60-125 cc/jam

d) Pemberian anti kejang MgSO₄

3) Dosis awal

MgSO₄ 20% 4gr i.v

MgSO₄ 50% 10gr i.m

Pada bokong kanan/kiri masing-masing 5 gr

4) Dosis ulangan

MgSO₄ 50% 5 gr i.m diulang tiap 6 jam setelah dosis awal s/d 6 jam pasca persalinan

5) Syarat pemberian

Reflex patella (+)

Respirasi >16 kali/menit

Urine sekurang-kurangnya 150 cc/6 jam

6) Antihipertensi dipertimbangkan bila systole >180 mmHg dan diastole >120 mmHg. Berikan nifedipin 5-10 mg tiap 8 jam atau metyldopa 250 mg tiap 8 jam

3. Penanganan eklampsia

a. Infus Rd 5

b. Furosemide 2 ampul i.v

c. Digoxin/Cedilanid 1 ampul i.v

d. Bila perlu pemberian morphin inj

- e. Pertimbangkan pemberian vasodilator (dopamine) untuk perfusi jaringan
- f. Terapi suportif
- g. Anti MgSO₄
- h. Terminasi:
 - 1) Eklampsia⁴ krusial, dilakukan SC : terutama janin hidup estimasi berat janin 1800-2000 gr
 - 2) Eklampsia klasik persalinan pervaginam (prostaglandin, drip oksitosin, diharapkan persalinan selesai dalam waktu 24 jam)
- i. CT-Scan kepala bila kejang > 4x
- j. Bila edem otak pertimbangkan pemberian manitol
- k. Obat anti kejang MgSO₄ (Magnesium Sulfat):
 - 1) Dosis awal: 4 gr 20% i.v pelan-pelan selama 3 menit atau lebih, disusul 10 gr 50% i.m.
 - 2)⁴ Sebagai anti kejang pada eklampsia post partum dapat dipikirkan pemberian Phenyhidantoin 100 mg parenteral (diencerkan dalam 25 cc dan diberikan dalam waktu 5 menit) diulang tiap 6 jam.
 - 3) Setelah pemberian, kurang lebih 4-5 jam berikutnya dilakukan penilaian tanda vital.
(Obstetri & Gynecologi, 2016).

2.1.12 Akibat Preeklampsia Pada Ibu dan Janin

Preeklamsia mempengaruhi ibu dan janin. Preeklamsia dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, persalinan dini, atau kematian janin dalam kehamilan. Pemisahan plasenta prematur adalah mungkin. Eklamsia adalah preeklamsia dengan kejang. Ini dapat membahayakan organ termasuk hati, ginjal, dan otak, yang menyebabkan kematian. Preeklamsia pada ibu hamil mengurangi nutrisi dan oksigen janin. Sindrom ini terjadi ketika saluran darah plasenta menyempit. Nutrisi yang buruk menghambat perkembangan janin, menyebabkan berat badan lahir rendah. Janin mungkin lahir lebih awal, biru, dll (Chapman, 2013).

2.2 Konsep Dasar Persalinan Preterm

2.2.1 Pengertian persalinan preterm

Kelahiran prematur terjadi antara usia kehamilan 20-37 minggu atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram (Nugroho, 2014).

Persalinan prematur terjadi antara minggu 28-38. Bahkan bayi baru lahir yang berusia kurang dari satu bulan dapat hidup sendiri dengan pemantauan dan perawatan yang tepat, terutama jika sudah memasuki bulan kesembilan (Rahmawati, 2015).

2.2.2 Klasifikasi persalinan preterm

1. Menurut kejadiannya

a. Spontan

50% penyebab persalinan prematur tidak diketahui, sehingga dikategorikan spontan. Kehamilan ganda,

polihidramnion, dan variabel psikologis dan gaya hidup dapat menyebabkan kelahiran prematur.

b. Elektif

1) Keadaan ibu

- a) Preeclampsia berat dan eklampsia.
- b) Perdarahan antepartum
- c) Penyakit jantung, paru dan ginjal berat.

2) Keadaan janin

- a) Gawat janin.
- b) Infeksi intrauterine.
- c) Pertumbuhan janin terhambat.

2. Menurut usia kehamilannya

- a. Usia 32-36 minggu : preterm.
- b. Usia 28-32 minggu : sangat preterm.
- c. Usia 20-27 minggu : ekstrem preterm.

3. Menurut berat badan lahir

- a. 1500-2500 gram : berat badan lahir rendah.
- b. 1000-1500 gram : berat badan sangat rendah.

(Rahmawati, 2015).

2.2.3 Etiologi persalinan preterm

1. Faktor Iatrogenik

Operasi caesar sebelum waktunya karena bayi lebih baik di departemen pediatrik. Hal ini dilakukan karena diabetes ibu,

hipertensi dalam kehamilan, atau masalah perkembangan intrauterin.

2. Faktor Maternal

a. Umur ibu

25-35 adalah usia reproduksi yang baik. Secara fisik dan mental, ibu hamil usia kurang dari 20 tahun kurang memperhatikan kebutuhan gizi. Pada usia 10 di atas 35 tahun, berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh dan penyakit lainnya.

b. Paritas ibu

Jika beratnya tidak diketahui, usia kehamilan lebih dari 24 minggu digunakan.

Varney (2015) membagi paritas menjadi:

1) Primiparitas

Ibu pertama kali, hidup atau mati.

2) Multiparitas

Ibu bersalin ganda (sampai 5 kali atau lebih)

c. Trauma

Jatuh, berhubungan seks, memukul perut, atau memiliki bekas luka operasi/bedah seperti bekas luka SC dapat mempengaruhi kehamilan. Stres atau terlalu banyak pikiran dapat mempengaruhi kehamilan seorang ibu secara psikologis. Ibu yang pernah jatuh, sakit perut, atau pernah mengalami SC.

d. ⁵ Riwayat prematur sebelumnya

Persalinan prematur dapat terjadi pada ibu dengan riwayat prematur sebelumnya. Menurut Forte, (2013) risiko persalinan prematur berulang bagi wanita yang persalinan pertamanya preterm, dapat meningkat tiga kali lipat dibanding dengan wanita yang persalinan pertamanya mencapai aterm.

e. Plasenta previa

Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi ostium uteri posterior dan anterior. ⁵ Plasenta yang menutupi jalan lahir dapat menutupi ostium uteri interna seluruhnya atau sebagian.

f. Inkompetensi serviks

Inkompetensi serviks adalah ketidakmampuan serviks untuk mempertahankan kehamilan sampai persalinan.

g. Infeksi intra-amnion

Infeksi intra-amnion disebabkan oleh pecahnya selaput ketuban yang berkepanjangan. Cegah pecahnya ketuban selama lebih dari 18 jam dalam persalinan untuk menghindari infeksi ini.

h. Hidramnion

Lebih dari 2 liter cairan ketuban dianggap hidramnion. Kelebihan produksi cairan ketuban dapat menyebabkan kelahiran prematur dan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) pada bayi baru lahir.

i. Hipertensi

Hipertensi terkait kehamilan membunuh ibu dan bayi. Preeklamsia/eklampsia disebabkan oleh hipertensi dan peningkatan protein urin. Preeklamsia-eklampsia dapat menyebabkan solusio plasenta, perdarahan otak, dan kegagalan otak yang cepat. Preeklamsia-eklampsia meningkatkan risiko kelahiran prematur, IUGR, dan hipoksia.

j. Malnutrisi

Prematuritas, perkembangan janin yang buruk, lahir mati, dan kematian neonatus/bayi disebabkan oleh malnutrisi selama kehamilan. Ukur berat badan ibu sebelum dan selama kehamilan untuk menentukan kesehatan gizinya.

3. Faktor Janin

a. Gemelli

Kehamilan ganda risiko kehamilan dan persalinan ganda, bukan proses kelahiran.

b. Janin Mati

Prenatally (IUFD) Kematian janin intrauterin (IUFD) terjadi pada janin berukuran 500 gram atau lebih dan 20 minggu atau lebih.

c. Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital adalah cacat lahir yang berkembang pada sel telur yang telah dibuahi. Kelainan kongenital bayi baru lahir biasanya BBLR atau mungil. 20% BBLR dengan cacat bawaan meninggal pada minggu pertama.

4. Faktor Perilaku

a. Merokok

5
Lebih dari 10 batang rokok sehari dapat mengganggu perkembangan janin dan meningkatkan risiko prematur.

b. Minum alkohol

Alkohol dapat mempengaruhi kehamilan, perkembangan janin, dan persalinan prematur pada ibu yang minum.

(Sujiyatini, 2014).

2.2.4 Diagnosis persalinan preterm

Persalinan prematur sulit didiagnosis. Terkadang kontraksi hamil tidak mengancam persalinan.

Persalinan prematur yang terancam dapat didiagnosis menggunakan banyak kriteria:

1. Kontraksi 7-8 menit atau 2-3 menit.
2. Sakit punggung.
3. Kebocoran.
4. Pemeriksaan serviks menunjukkan dilatasi 2cm dan penipisan 50-80%.
5. Presentasi rendah.
6. Ketuban yang pecah menandakan persalinan prematur.

7. Kehamilan 22-37 minggu (Prawirohardjo, 2014).

Menurut berbagai sumber, diagnosis mungkin didasarkan pada hal-hal berikut:

1. Usia kehamilan antara 140 dan 259 hari (20-37 minggu).
2. Tinggi fundus menunjukkan usia kehamilan.
3. Usia kehamilan mempengaruhi berat badan janin.
4. Dilatasi dan servisititis menunjukkan kontraksi uterus yang sering (his).
5. Leher rahim 50-80% datar atau 2 cm.
6. Ketuban biasanya pecah.
7. perut terasa berat, tekanan intrapelvis, dan rasa tidak nyaman pada punggung.
8. Keputihan, pendarahan (Nugroho, 2014).

Menurut dua sumber di atas, ada banyak cara untuk mendiagnosis persalinan prematur:

1. UK >20-<37 minggu
2. TFU sesuai dengan usia gestasi.
3. TBJ sesuai dengan usia gestasi.
4. Tanda – tanda persalinan:
 - a. Adanya HIS yang teratur.
 - b. Sakit perut.
 - c. **Pengeluaran lendir dan darah.**

- d. Pembukaan serviks dan penipisan serviks.
- e. Selaput ketuban pecah

2.2.5 Komplikasi

1. Distress maternal

Ketidaknyamanan ibu (kelelahan) harus dihindari karena dapat mempengaruhi ibu dan janin. Sejak awal persalinan, perhatikan nutrisi ibu dan cari bantuan medis jika persalinan macet.

2. Asfiksia

Asfiksia neonatus terjadi ketika neonatus gagal bernapas secara spontan dan teratur setelah melahirkan, sehingga mereka tidak dapat mengambil oksigen atau mengeluarkan karbon dioksida (Dewi, 2013).

Asfiksia memiliki 3 jenis:

a. Berat (APGAR 0-3)

- 1) Detak jantung 40bpm
- 2) Tidak terengah-engah.
- 3) Tonus otot rendah.
- 4) Bayi tidak merespon rangsangan.
- 5) Bayi berwarna abu-abu dan pucat.

b. Sedang (APGAR 4-6)

- 1) Detak jantung lebih rendah (60-80 bpm).
- 2) Nafas menjadi lamban.
- 3) Tonus otot sangat baik.

- 4) Bayi merespons rangsangan.
 - 5) Bayi itu berwarna biru.
- c. Ringan (APGAR 7-10)
- 1) Takipnea dengan 60+ napas/mnt.
 - 2) Bayi sianosis.
 - 3) Bayi itu mengerang.
 - 4) Pernapasan hidung.
 - 5) Bayi tidak aktif

(Dewi, 2013)

Faktor ibu, plasenta, janin, dan neonatus dapat menyebabkan asfiksia. (Rukiah, 2013).

a. Ibu

Hipoksia pada ibu dapat menyebabkan mati lemas dan kesulitan lain pada janin.

b. Placenta

Solusio plasenta, plasenta previa, dll mempengaruhi pertukaran gas antara ibu dan janin.

c. Fetus

Kompresi umbilical dapat mengganggu aliran darah di pembuluh darah umbilical dan membatasi pertukaran gas.

d. Neonatus

Penyebab depresi pernapasan hidung bayi meliputi:

- 1) Penggunaan anestesi ibu yang berlebihan.
- 2) Trauma persalinan

3) Cacat lahir.

Bayi baru lahir asfiksia neonatorum mungkin:

- a) Bersihkan jalan napas
- b) Potong tali pusat
- c) Keringkan badan bayi
- d) Nilai status pernapasan. Jika ditemukan tanda-tanda asfiksia :
 - (1) Segera baringkan dengan kepala bayi sedikit ekstensi dan penolong berada disisi kepala bayi.
 - (2) Miringkan kepala bayi.
 - (3) Bersihkan mulut bayi
 - (4) Isap cairan dari mulut dan hidung.
- e) Menilai status pernapasan.

Gosok punggung bayi jika indikasi mati lemas terus berlanjut.
Jika tidak, mulailah pernapasan buatan (Drew, 2014).

3. Gawat janin

Hipoksia menyebabkan penderitaan janin. Ini kronis atau akut. DJJ dalam persalinan bervariasi dan kembali normal sepanjang waktu. Jika DJJ tidak menjadi normal setelah kontraksi ini, ada rasa tidak nyaman pada janin. (Saifuddin AB., 2015).

4. Perdarahan post partum

Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih setelah persalinan pervaginam atau abdomen (Walyani, 2015).

Setelah bayi dan plasenta dilahirkan, perdarahan postpartum didiagnosis jika perdarahan masih kuat, banyak, menggumpal, dan fundus uteri masih di tengah atau di atasnya dengan kontraksi ringan (Prawirohardjo, 2014).

2.2.6 Dampak

1. Infeksi intrapartum

Infeksi selama persalinan membahayakan ibu dan janin, terutama ketika selaput ketuban pecah. Bakteri dalam cairan amnion memasuki desidua dan arteri korionik, menyebabkan bakteremia dan sepsis.

2. Hipotermia

Suhu bayi normal adalah 36,5oC–37,5oC. 36oC atau kaki dan tangan yang dingin merupakan tanda awal hipotermia. Jika seluruh tubuh bayi dingin, ia mengalami hipotermia ringan, 32–36oC. 32oC adalah hipotermia berat. Hipotermia bisa berakibat fatal. Hipotermia menyebabkan penyempitan pembuluh darah, metabolisme anaerobik, hipoksia, dan kematian. (Prawirohardjo, 2014).

3. Kejang

Kejang neonatus adalah gejala, bukan penyakit. Cacat otak bawaan menyebabkan sebagian besar kejang; masalah metabolisme dan infeksi adalah penyebab sekunder.

Beberapa penyebab dapat memicu kejang:

- 1) Ibu yang tidak divaksinasi dapat tertular TT.

- 2) Hipoksia dari perdarahan sebelum 28 minggu.
- 3) Induksi persalinan karena gawat janin. Asfiksia dapat terjadi.
- 4) Berorientasi pada aksi
- 5) Alat bersalin yang tidak steril dapat menyebabkan infeksi.
- 6) Trauma kehamilan atau ¹ persalinan dapat menyebabkan perdarahan intrakranial.

7) DM

(Dewi, 2013).

4. Bayi berat lahir rendah (BBLR).

Bayi dengan berat badan lahir rendah memiliki berat kurang dari 2500 gram saat melahirkan. BBLR Terbagi:

- a. BBLR : 1500-2500 gram.
- b. BBLSR : <1500 gram.
- c. BBLER : <1000 gram.

Penanganan bayi berat lahir rendah:

- a. Mempertahankan suhu
BBLR rentan terhadap hipotermia, sehingga suhu tubuhnya dikontrol dengan ketat.
- b. Mencegah infeksi
BBLR sensitif terhadap infeksi; ¹ cuci tangan sebelum menyentuh bayi.
- c. Pengawasan nutrisi/ASI

Refleks menelan BBLR tidak sempurna, sehingga nutrisi penting.

d. Penimbangan ketat.

Perubahan berat badan mencerminkan nutrisi bayi dan sistem imunologis, sehingga penimbangan harus dilakukan secara ketat. 120-150 ml/kg/hari atau 100-200 kal/kg/hari. Pemberian dilakukan secara bertahap sesuai kebutuhan cairan/kalori bayi. (Wahyuni, 2014).

2.2.7¹ Penanganan persalinan preterm

1. Pemantauan Persalinan

Pantau persalinan untuk melindungi kesehatan ibu dan janin. Pemantauan meliputi denyut jantung janin dan kemajuan persalinan.

2. Kortikosteroid

Pengobatan kortikosteroid membantu surfaktan paru janin matang, membatasi perdarahan intraventrikular dan mengurangi kematian bayi baru lahir.

Deksametason atau betametason diberikan. Penggunaan berulang steroid ini dapat mengganggu perkembangan janin. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi intrapartum, seperti pada ketuban pecah dini.

a. Betametason : 2×12 mg (IM) pemberian 24 jam.

b. Deksametason: 4×6 mg (IM) pemberian 12 jam.

3. Kelahiran

- a. APN merekomendasikan kelahiran secara bertahap dan hati-hati.
 - b. Membran yang tidak bisa dipecahkan. Kantung ketuban melindungi tengkorak prematur yang halus dengan jahitan yang lebar.
 - c. Episiotomi mengurangi tekanan kranial.
 - d. Forsep rendah dapat memperlebar jalan lahir dan mengarahkan kepala bayi ke dalam perineum. Jika memungkinkan, lakukan kelahiran spontan.
 - e. Tidak ada ekstraksi bokong. Pada persalinan prematur, sungsang tidak dapat melebarkan jalan lahir yang cukup untuk menampung kepala bayi yang besar.
 - f. Bayi prematur rentan terhadap persalinan prematur dan tidak didukung.
 - g. Kelahiran membutuhkan ahli neonatologi (Forte, 2013).
4. Penanganan bayi baru lahir
 - a. Bebaskan jalan napas
 - b. Mengeringkan bayi
 - c. Mencegah kehilangan suhu
 - d. Mencegah infeksi (Wahyuni, 2014).
 5. Resusitasi
 - a. Persiapan resusitasi
 - 1) Persiapan keluarga

Sebelum membantu persalinan, diskusikan kemungkinan hasil dengan keluarga.

2) Persiapan tempat

Ruang yang hangat dan terang adalah yang terbaik. Datar, bersih, keras, dan kering sangat ideal untuk resusitasi.

Postur kepala bayi harus rata.

¹ 3) Persiapan alat

a) 2 helai kain/handuk.

b) Bahan ganjal bahu.

c) Delee

d) Tabung dan sungkup.

e) Sarung tangan.

4) Persiapan diri

a) Memakai APD.

b) Lepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan.

c) Gunakan sarung tangan.

d) Kotak alat resusitasi (Tando, 2013).

b. Tahapan-tahapan dalam melakukan resusitasi:

1) Rangsangan taktil

Tepuk atau kibaskan ¹ telapak kaki bayi atau sentuh punggung bayi.

2) Ventilasi tekanan positif

VTP dilakukan dengan menggunakan masker, balon, atau ¹ tabung. 40-60 napas/menit.

a) Frekuensi jantung > 100

Dilakukan rangsangan taktil untuk merangsang frekuensi dan dalamnya pernapasan. VTP dihentikan.

b) Frekuensi jantung 60-100

Lanjutkan VTP.

c) Frekuensi jantung <60

Lanjutkan VTP dan mulai kompresi dada.

d) Kompresi dada

Kompresi dilakukan di 1/3 bagian bawah tulang dada dibawah garis khayal yang menghubungkan kedua puting susu bayi. Rasio kompresi dada dan VTP dalam 1 menit adalah 90 kompresi dada dan 30 VTP (rasio 3:1). Dengan demikian kompresi dilakukan 3 kali dalam 1 ½ detik dan ½ detik untuk 1 kali ventilasi.

e) Memberikan obat-obatan

Pemberian obat-obatan dilakukan setelah usaha VTP dan kompresi dada tidak berhasil. Obat pertama yang diberikan adalah Epinefrin dosis 0,1-0,3 ml/kg (IV) (Drew, 2014).

BAB 3 METODE

3.1 Strategi Pencarian

Penelitian ini merangkum berbagai penelitian sebelumnya untuk menyampaikan fakta-fakta terkait.

3.1.1 *Framework atau Kerangka Kerja*

Tinjauan pustaka ini menggunakan sistem kerja PICOS untuk mengevaluasi dan menyajikan temuan.

1. **Populasi** adalah ibu bersalin.
2. **Intervensi**, tidak ada
3. **Comparison**, tidak ada
4. **Outcome**, hasil dari penelitian.
5. **Study Design**, desain studi untuk direview dalam jurnal.

3.1.2 *Keyword atau Kata Kunci*

Menggunakan kata kunci untuk memperluas atau mempersempit pencarian Anda akan membantu Anda menemukan artikel atau publikasi yang tepat. Kata kunci penelitian ini adalah “Preeclampsia”, “Premature Labor”, “Preeklampsia” dan “Persalinan Prematur”.

3.1.3 *Database*

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari penulis sebelumnya, bukan observasi langsung. Menggunakan database,

sumber data sekunder seperti *BioMed*, *DOAJ*, *Hindawi*, *Plos One*, *Science Direct* dan *Google Scholar*.

3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Tabel 3.1 Kriteria inklusi dan eksklusi

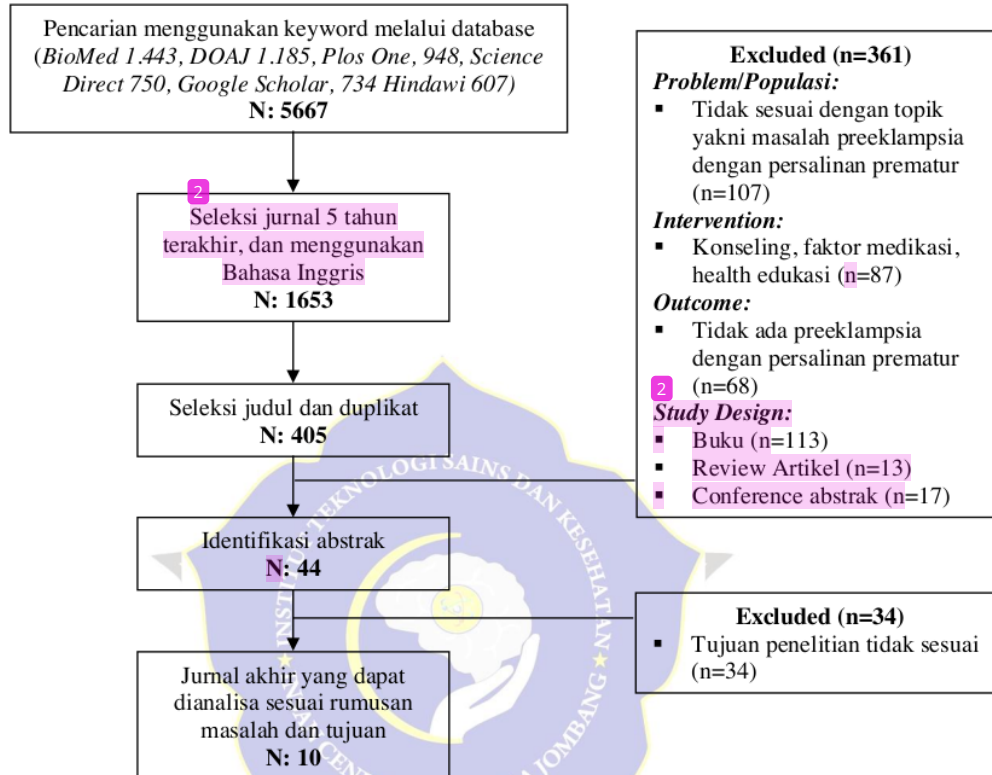
Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Jurnal nasional dan internasional yang berhubungan dengan topik penelitian yakni masalah preeklampsia dengan persalinan prematur	Jurnal nasional dan internasional selain topik penelitian masalah preeklampsia dengan persalinan prematur
<i>Intervention</i>	Tidak ada intervensi	-
<i>Comparison</i>	Tidak ada faktor pembanding	Tidak ada faktor pembanding
<i>Outcome</i>	Ada hubungan dengan masalah preeklampsia dengan persalinan prematur	Tidak ada hubungan masalah preeklampsia dengan persalinan prematur
<i>Study Design</i>	<i>Mix methods study, cross-sectional study, case-control study, qualitative study, experimental study</i>	Buku, Review Artikel, <i>Conference abstrak</i>
<i>Tahun Terbit</i>	Artikel atau jurnal yang terbit tahun 2017 – 2021	Artikel atau jurnal yang terbit sebelum tahun 2017
<i>Bahasa</i>	Bahasa Inggris dan bahasa Indonesia	Selain bahasa Inggris dan bahasa Indonesia

3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

3.3.1 Hasil pencarian dan seleksi studi

Pencarian artikel atau jurnal melalui publikasi *BioMed*, *DOAJ*, *Hindawi*, *Plos One*, *Science Direct* dan *Google Scholar*. Menggunakan kata kunci “*Preeclampsia*”, “*Premature Labor*”, “*Preeklampsia*” dan “*Persalinan Prematur*” penulis menemukan 5667. Jurnal penelitian dipilih berdasarkan tahun publikasi, dengan 1653 jurnal yang diterbitkan di bawah tahun 2017 dikecualikan. Evaluasi

kelayakan 405 jurnal dipilih berdasarkan judul, diperoleh 44 jurnal untuk identifikasi abstrak, dan diperoleh 10 jurnal.



Gambar 3.1 Diagram alur review jurnal

3.3.2 Hasil pencarian

Tabel 3.2 Daftar artikel hasil pencarian

No.	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
1.	Chiquita Febby Pragitara, Risa Etika, Lilik Herawati, Aditiawarman	2020	Vol. 11	<i>Risks of preterm birth and low Apgar score among preeclamptic women</i>	<p>D : Retrospective case-control</p> <p>S : Random sampling</p> <p>V : Preterm birth, apgar score, preeclampsia</p> <p>I : S.I.I</p> <p>A : Chi-square test and Fisher's Exact Test</p>	Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara preeklampsia dan kelahiran prematur ($p < 0,007$).	BioMed https://journal.uit.ac.id/JKKI/article/view/13506
2.	Agustus Dewantiningrum, Zaki Hetami	2018	Vol. 11	<i>Level of CRP Maternal Serum during Puerperium of Severe Preeclampsia</i>	<p>D : Cross sectional study</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : High Sensitivity C-Reactive Protein; severe preeclampsia; puerperal period; normotensive; CRP</p> <p>I : CRP method</p>	Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kelompok preeklampsia parah memiliki risiko meningkatkan serum ibu CRP 2,5 kali dibandingkan dengan kelompok normotensif ($p < 0,05$).	DOAJ https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jbtr/article/view/2501
3.	Widya Kusumawati, Lilis Krisnawati	2017	Vol. 6	<i>Hubungan Preeklampsia Dengan Kejadian Persalinan Preterm Pada Ibu Bersalin</i>	<p>D : Retrospektif</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : Preeklampsia, persalinan, persalinan preterm, ibu bersalin</p> <p>I : Rekam medik</p> <p>A : Chi-kuadrat</p>	Preeklampsia mempengaruhi 22 (7,6%) responden, sedangkan kelahiran prematur mempengaruhi 27 (9,3%). Berdasarkan Chi-squared $p = 0,975$ ($p > 0,05$), H1 ditolak, artinya preeklampsia dan kelahiran prematur tidak memiliki hubungan.	Google Scholar https://akb-id-dharmahu-sada-kediri.ejournal.id/JKDH/article/view/5

No.	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
4.	Nurhayati	2018	Vol. 9	Hubungan Preeklamsia Dengan Kejadian Persalinan Preterm di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang	<p>D : Case control</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : Preeklamsia dan persalinan preterm</p> <p>I : Rekam medik</p> <p>A : Chi-square</p>	Dibandingkan dengan wanita tanpa preeklamsia, wanita dengan preeklamsia sedang dan preeklamsia memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan prematur (OR: 3,85; 95% CI: 2,06-6,50). Riwayat kelahiran prematur dan perawatan prenatal adalah variabel lain.	Google Scholar https://www.neliti.com/publications/290974/
5.	Muhamad Romadhon	2017	Vol. 16	Hubungan Preeklamsi, Plasenta Previa, Dan Anemia Terhadap Kejadian Persalinan Prematur Di Rumah Sakit Tk li Dr. Ak Gani Palembang	<p>D : Survey analitik dengan pendekatan case control</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : Persalinan Prematur, Preeklamsi, Plasenta Previa, Anemia</p> <p>I : Rekam medik</p> <p>A : Chi-square</p>	18 ibu (50%) melahirkan lebih awal, 14 memiliki preeklamsia, 19 memiliki plasenta previa, dan 20 (55,6%) mengalami anemia, menurut penelitian. Preeklamsia dan kelahiran prematur tidak memiliki hubungan yang signifikan (p=0,710), sedangkan plasenta previa memiliki hubungan yang signifikan (p=0,003). Anemia berhubungan dengan kelahiran prematur (p=0,001)	Google Scholar https://garuda.kemdikbud.go.id/document/detail/1696267
6.	Bunga Tiara Carolin, Ika Widiastuti	2019	Vol. 1	Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Persalinan Preterm Di Rumah Sakit	<p>D : Survey analitik dengan pendekatan retrospective</p> <p>S : Random sampling</p> <p>V : KPD, paritas,</p>	Analisis chi-kuadrat bivariat dari hasil studi. Usia, paritas, KPD, dan preeklamsia semuanya tidak berhubungan. Usia ibu, paritas, KPD, dan	Google Scholar http://our.nal.unas.ac.id/health

No.	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
2				Muhammadiyah Taman Puring Kebayoran Baru Jakarta Selatan Periode Januari - Agustus Tahun 2017	Preeklampsia, Preterm, Usia ibu, I : Rekam medik A : <i>Chi-square</i>	preeklampsia terkait dengan kelahiran prematur.	/article/view/495
7.	Ananda Ika Nuriza, Semi Na'im, Ardiyanti Hidayah	2020	Vol. 2	Hubungan Preeklampsia Dengan Persalinan Prematur Di RSUD Jombang Bulan Agustus Tahun 2019	D : <i>Survey analitik dengan pendekatan retrospective</i> S : <i>Total sampling</i> V : Preeklampsia, I : Persalinan Prematur A : Rekam medik Chi-kuadrat	Lebih dari setengah responden dengan preeklamsia adalah 50 (62,5%), dan hampir setengahnya dengan preeklamsia berat adalah 30 (37,5%). Sebagian besar responden tidak melahirkan secara prematur yaitu 55 (68,8%), 25 (31,2%). Analisis Chi-Quadrat menunjukkan adanya hubungan antara preeklamsia dengan kelahiran prematur di RSUD Jombang. Berdasarkan tabel interpretasi, nilai korelasi Chi-Quadrat sebesar 0,346 berkisar antara 0,200 hingga 0,399.	Google Scholar http://jurnal.stikesnu.sadajombang.ac.id/index.php/jadew/article/view/15
8.	Mohammad A. A. Bayoumi Abir A. H. Ali Sara G. Hamad Alaa A. M. Ali Eimas E. Elmalik Mohamed M. I. R.	2020	Vol. 6	Effect of Maternal Preeclampsia on Hematological Profile of Newborns in Qatar	D : <i>Case control study</i> S : <i>Total sampling</i> I : <i>Medical book</i> A : <i>Unpaired t-test, chi-square test, and logistic regression analysis</i>	Dari hasil penelitian didapatkan berat rata-rata, panjang, lingkar kepala, berat plasenta, dan usia kehamilan secara signifikan lebih rendah ($p < 0,05$) pada bayi yang lahir dari wanita dengan	Hindawi https://www.hindawi.com/journal/bmri/2020/7953289/

No.	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
2	Elkalaf Bassem A. A. Moustafa, Deena A. D. A. Shaltout Prem Chandra Lisa J. Langtree Noimot O. Olayiwola					preeklampsia. Hanya 13% bayi yang lahir dari wanita dengan preeklampsia dengan bayi thrombocytopenia yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan hanya 2% dalam kelompok kontrol (chi-square $\chi^2 = 9.14$; $p = 0.003$). Regresi logistik multivariasi menunjukkan bahwa usia kehamilan, berat badan lahir, panjang, dan ANC memiliki hubungan yang signifikan dengan preeklampsia ($p < 0.05$).	
9.	Svein Rasmussen, Cathrine Ebbing, Lorentz M. Irgens	2017	Vol. 10	Predicting preeclampsia from a history of preterm birth	D : Cohort study V : Preeclampsia, preterm birth A : Regression linear	Dari hasil penelitian didapatkan kelahiran prematur tanpa preeklampsia pada kehamilan pertama, risiko preterm pra-eklampsia pada kehamilan kedua adalah 4-7 kali lipat lebih tinggi daripada setelah kelahiran jangka waktu (rasio peluang 3,5; interval kepercayaan diri 95% (CI) 3,0-4,0 hingga 6,5; 95% CI 5,1-8,2).	<i>Plos One</i> https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181016
10.	Annettee Nakimuli, Jennifer E. Starling, Sarah	2020	Vol. 6	Relative impact of pre-eclampsia on birth weight in a low	D : Prospective cohort study V : Pregnancy, Pre-	Berat lahir rata-rata untuk pasien preeklampsia adalah 2,48 kg (0,81SD)	<i>Science Direct</i> https://www

No.	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
2	Nakbulwa, Imelda Namagembe, Musa Sekikubo, Eve Nakabembe, James G. Scott, Ashley Moett, Catherine E Aiken			resource setting: A prospective cohort study	eclampsia Birth- weight, Gestational age	dibandingkan 3,06 kg (0,46SD) untuk kontrol (p 0,001). Pada minggu ke-28, perbedaan berat lahir rata-rata antara pasien pra-eclampsia dan kontrol adalah 0,58 kg (p 0,05), dan 0,17 kg pada minggu 39 (p 0,01).	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210778920300416



BAB 4
HASIL DAN ANALISIS

4.1 Hasil Literature Review

Bagian ini berisi hasil dan analisis literatur yang relevan untuk keperluan penelitian, penyajian hasil dan analisis literatur dalam penulisan tugas akhir ini, ringkasan utama dari setiap artikel yang dipilih dalam bentuk tabel, kemudian menjelaskan arti tabel dan trennya dalam paragraf di bawah setiap tabel.

Tabel 4.1 Karakteristik literature review

No	Kategori	Frekuensi	Prosentase
A. Tahun Publikasi			
1.	2017	3	30%
2.	2018	2	20%
3.	2019	1	10%
4.	2020	4	40%
Jumlah		10	100%
B. Desain Penelitian			
1.	<i>Retrospective case-control</i>	6	60%
2.	<i>Cross sectional study</i>	1	10%
3.	<i>Case control study</i>	1	10%
4.	<i>Cohort study</i>	2	20%
Jumlah		10	100%
C. Sampling			
1.	<i>Random Sampling</i>	2	20%
2.	<i>Total sampling</i>	8	80%
Jumlah		10	100%
D. Instrumen Penelitian			
1.	<i>CRP method</i>	1	10%
2.	<i>Medical records</i>	9	90%
Jumlah		10	100%
E. Analisis Statistik			
1.	<i>Chi-square test and Fisher's Exact Test</i>	1	10%
2.	<i>Chi-square</i>	6	60%
3.	<i>Unpaired t-test, chi-square test, and logistic regression analysis</i>	1	10%
4.	<i>Regresion linear</i>	2	20%
Jumlah		10	100%

Hasil *study literature review* menunjukkan hampir setengah dari *literature* yang dianalisis dipublikasikan pada tahun 2020 yaitu sebanyak 4 *literature* atau sebesar 40% dari keseluruhan *literature*. Desain yang digunakan dari *study literature review* yang dianalisis sebagian besar menggunakan desain penelitian *retrospective case-control* yaitu sebanyak 6 *literature* (60%). Sampling yang digunakan pada *literature* yang dianalisis sebagian besar 8 *literature* (80%) menggunakan *total sampling* dan sebagian besar *literature* yang dianalisis menggunakan instrument berupa data *medical records* yaitu sebesar 9 *literature* 90% dan sebagian besar dari *literature* yang didapatkan dalam melakukan analisis penelitian yang dilakukan menggunakan *Chi-square* yaitu sebanyak 6 *literature* (60%).

4.2 Analisis *Literature Review*

Tabel 4.2 Analisis *literature review*

Hasil Literatur Review	Sumber Empiris Utama
Hubungan Pre Eklampsia Dengan Persalinan Prematur	
Hasil analisis dari literatur review didapatkan bahwa ada hubungan pre eklampsia dengan persalinan prematur	(Ananda Ika Nuriza, 2020; Bayoumi et al., 2020; Carolin Bunga Tiara, 2019; Dausset, 2018; Kusumawati & Mirawati, 2017; Nakimuli et al., 2020; Nurhayati, 2018; Pragitara et al., 2020; Rasmussen et al., 2017; Romadhon, 2017)

Preeklamsia melipattigakan kemungkinan kelahiran prematur (Nurhayati, 2018). Preeklamsia terjadi pada 5% kehamilan dan lebih mungkin terjadi pada kehamilan pertama dan pada wanita dengan tekanan darah tinggi atau penyakit pembuluh darah. Bayi preeklampsia 4-5 kali lebih rentan terhadap cacat lahir. Bayi kecil dapat dilahirkan karena disfungsi plasenta atau prematuritas. Kehamilan memperburuk masalah jantung dan dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin.

Hasil literatur review 10 artikel penelitian (Ananda Ika Nuriza, 2020; Bayoumi et al., 2020; Carolin Bunga Tiara, 2019; Dausset, 2018; Kusumawati & Mirawati, 2017; Nakimuli et al., 2020; Nurhayati, 2018; Pragitara et al., 2020; Rasmussen et al., 2017; Romadhon, 2017) didapatkan bahwa ada hubungan pre eklampsia dengan persalinan prematur. Hasil review dari 10 artikel penelitian juga menyebutkan bahwa Preeklamsia menyebabkan disfungsi endotel vaskular, spasme vaskular, dan tekanan darah tinggi. Spasme arteriol mempengaruhi aliran darah uteroplacenta. Plasenta mengambil darahnya dari arteri uteroplacenta dan berkembang pada trimester pertama dan kedua. Berkurangnya aliran darah plasenta mengganggu fungsi. Spasme arteriol menyebabkan mati lemas. Kejang yang berlangsung lama dapat menghambat perkembangan janin. Peningkatan tonus dan sensitivitas uterus dapat menyebabkan persalinan prematur. Pada eklampsia, kejang dapat memicu kontraksi rahim dan persalinan prematur.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Hubungan Preeklampsia Dengan Persalinan Prematur

Hasil literatur review artikel penelitian dari (Ananda Ika Nuriza, 2020; Bayoumi et al., 2020; Carolin Bunga Tiara, 2019; Dausset, 2018; Kusumawati & Mirawati, 2017; Nakimuli et al., 2020; Nurhayati, 2018; Pragitara et al., 2020; Rasmussen et al., 2017; Romadhon, 2017) terdapat hubungan pre eklampsia dengan persalinan prematur. Hasilnya adalah kelahiran preterm, dengan risiko 3,85 kali lebih besar dibandingkan dengan tidak mengalami preeklamsi.

Preeklamsia menyebabkan disfungsi endotel vaskular, spasme vaskular, dan tekanan darah tinggi. Spasme arteriol mempengaruhi aliran darah uteroplasenta. Plasenta memperoleh suplai darahnya dari arteri uteroplasenta pada trimester pertama dan kedua. Berkurangnya aliran darah plasenta mengganggu fungsi. Spasme arteriol menyebabkan mati lemas. Kejang yang berlangsung lama dapat menghambat perkembangan janin. Peningkatan tonus dan sensitivitas uterus dapat menyebabkan persalinan prematur. Pada eklampsia, kejang dapat memicu kontraksi rahim dan persalinan prematur. Fibronektin janin mempengaruhi kelahiran prematur. Saat implantasi, fibronektin janin normal dalam cairan serviks. Setelah 24 minggu kehamilan, fibronektin janin menunjukkan pecahnya membran dari desidua, yang tiga kali lipat risiko kelahiran prematur pada wanita yang mengalami kontraksi rahim.

Menurut peneliti, banyak orang Indonesia yang tidak menyadari preeklamsia dan akibatnya. Rendahnya pemahaman masyarakat tentang kesehatan ibu hamil berpengaruh terhadap kematian ibu, namun masih banyak unsur yang harus diperhatikan untuk mengatasi masalah ini. Pemerintah, dunia usaha, dan masyarakat, khususnya keluarga, harus meningkatkan pelayanan kesehatan ibu.



BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari 10 jurnal dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan pre eklampsia dengan persalinan prematur.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang dapat diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

6.2.1 Bagi petugas kesehatan

Diharapkan dapat dijadikan informasi dan masukan pengetahuan serta wawasan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu yang memiliki resiko preeklampsia dalam upaya menurunkan angka kematian ibu

6.2.2 Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menambah referensi dan ilmu pengetahuan serta wawasan dalam melakukan penelitian selanjutnya.

Hubungan Antara Pre Eklampsia Dengan Kejadian Persalinan Preterm

ORIGINALITY REPORT

21 %
SIMILARITY INDEX

21 %
INTERNET SOURCES

2 %
PUBLICATIONS

10 %
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 www.scribd.com 5%
Internet Source

2 repo.stikesicme-jbg.ac.id 5%
Internet Source

3 Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan 2%
Student Paper

4 pdfcoffee.com 1%
Internet Source

5 docplayer.info 1%
Internet Source

6 irmawafaparmia.blogspot.com 1%
Internet Source

7 jurnal.stikeshusadajombang.ac.id 1%
Internet Source

8 www.researchgate.net 1%
Internet Source

media.neliti.com

9

Internet Source

1 %

10

qdoc.tips
Internet Source

1 %

11

www.hindawi.com
Internet Source

1 %

12

Submitted to University of Muhammadiyah
Malang
Student Paper

1 %

13

Submitted to Institut Agama Islam Negeri
Manado
Student Paper

1 %

14

sichesse.blogspot.co.id
Internet Source

1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography Off