

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Sleman Yogyakarta alamatnya di Jalan Bhayangkara No. 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta dengan telepon/fax : (0274) 868437. Peneliti melakukan penelitian ini diruang rekam medik (lantai 3) dimana dalam jumlah staf 23 orang, instalasi rekam medis di RSUD Sleman berdiri sejak tahun 1976, sejak awal berdiri bernama catatan medik, yang terdiri dari 3 petugas serta 1 petugas pendaftaran TPP rawat jalan. Berkas rekam medik saat ini terdiri dari berkas rawat jalan dan rawat inap. Berkas rawat jalan memiliki lembar pelayanan dan kartu identitas berobat (KIB), sedangkan berkas rawat inap berbentuk bandel yang terdiri dari 7 lembar yaitu lembar keluar masuk, anamnesa, catatan keperawatan dan dokter, lembar grafik, lembar laboratorium, lembar tindakan dan lembar obat.

RSUD Sleman berdiri pada tahun 1977 secara resmi sebagai Rumah Sakit umum pemerintah dengan tipe D berdasarkan surat keputusan kepala kantor wilayah departemen kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor: 01065/kanwil/1977 , tanggal 5 november 1977. Perubahan kelas D ke kelas C diperoleh pada tanggal 15 februari 1988. Sedangkan kenaikan kelas C ke kelas B Non-Pendidikan diperoleh sejak tahun 2003 hingga saat ini. Terhitung mulai tanggal 27 desember 2010, RSUD Sleman secara resmi telah di tetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan status penuh, berdasarkan keputusan Bupati Sleman Nomor: 384/kep. KDH/A/2010, tentang penerapan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

Penetapan badan layanan umum daerah (BLUD) penuh ini sangat diharapkan akan berdampak besar pada peningkatan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat bagi masyarakat secara signifikan. Visi RSUD Sleman adalah Menjadi Rumah Sakit Andalan Kabupaten Sleman, serta mempunyai Misi yaitu :

1. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, paripurna, dan terjangkau dengan dukungan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/kesehatan (Iptekdokkes) yang memadai
2. meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pengembangan sumber daya manusia dan upaya pengembangan jejaring (*network*) pelayanan dan kemitraan.

Pada aspek manajemen mutu, RSUD Sleman telah memperoleh sertifikasi ISO 9001:2000 tahun 2008 yang telah di-update ke versi 9001:2000 tahun 2010. Direncanakan pada tahun 2012 ini telah dilakukan renewal. Selain itu, peningkatan upaya ini juga diupayakan melalui assessment akreditasi yang dibuktikan dengan terbitnya sertifikat dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) nomor :KARS-SERT/92/X/201,dengan status terakreditasi: LULUS TINGKAT LENGKAP,yang berlaku 3 tahun mulai tanggal 12 oktober 2011 sampai dengan 12 oktober 2014. Pengakuan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) tersebut pada dasarnya adalah pengakuan telah terpenuhinya standar pelayanan rumah sakit yang meliputi 16 pelayanan yang terdiri dari Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, Pelayanan Farmasi, K3, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Pengendalian Infeksi di RS, Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Intensif,dan Pelayanan darah.

Rumah sakit umum daerah Sleman (RSUD Sleman) Yogyakarta dalam melakukan perawatan pasien preeklampsia yaitu :

- a. Pasien dirawat di ruang tenang (ruang isolasi)
- b. Dokter dibantu bidan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu tubuh, tekanan darah diukur 2 x dalam posisi berbaring dengan interval waktu 4-6 jam
- c. Dokter dibantu bidan memeriksa suntikan dosis pemeliharaan mgSO₄ 1 gram/jam dengan cara melarutkan MgSO₄ 40 % sebanyak 6 jam (28 tetes/menit) secara i.v melalui selang infus dan dilanjutkan pemberiannya selama 24 jam, dengan syarat pemberian reflek patella (+), respirasi 16-24x

jam/menit, produk urin ≥ 100 ml/4 jam terakhir serta tersedia antidotum yaitu calcium glukonas 10 %.

- d. Dokter melalui bidan memonitor balance cairan setiap 6 jam. Dokter memberikan obat antihipertensi bila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg/ diastolik ≥ 110 MmHg yaitu nifedipin 3x10 mg dengan setiap pemberian dilakukan pemeriksaan Tekanan darah ulang.
- e. Dokter melakukan jenis dan frekuensi pemeriksaan minitoring janin (CTG dan USG bila diperlukan).
- f. Dokter menentukan tindakan obstetrik manajemen aktif dan manajemen konservatif.

- 1) Manajemen konservatif dilakukan jika kehamilan < 36 minggu

- 2) Manajemen Aktif dilakukan terminasi kehamilan dengan cara:

- a) Belum dalam persalinan

Induksi persalinan sesuai protokol setelah 30 menit terapi medicinal.

- b) Sectio sesarea bila terdapat kontraindikasi terhadap oksitosin atau setelah 12 jam dalam induksi persalinan tidak masuk fase aktif.

Manajemen aktif dilakukan jika terdapat satu atau lebih keadaan di bawah ini:

- (1) Umur kehamilan ≥ 36 minggu

- (2) Terdapat gejala impending eklamsi

- (3) Kegagalan terapi konservatif medikamentosa antara lain:

- (a) Apabila 6 jam sejak pengobatan medicinal terjadi kenaikan tekanan darah.

- (b) Tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan dengan kriteria tekanan darah diastolik ≥ 100 mmhg dan indeks gestasi ≥ 36 minggu terdapat tanda-tanda gawat janin

- (c) Terdapat tanda-tanda *intra uterine Growth Reterdation* (IUGR) $<$ dari 10 menit persentil dari kurva normal dan terdapat *Hemolysis elvated liver enzyme* (HELLP).

2. Karakteristik Responden

a. Karakteristik responden berdasarkan umur dan paritas

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, karakteristik responden dapat didiskripsikan sebagai berikut :

Tabel 4.1

Tabel karakteristik responden

No	Karakteristik responden	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Umur		
	< 20 Tahun	2	4.3
	20-35 Tahun	28	59.5
	> 35 Tahun	17	36.2
	Total	47	100.0
2.	Paritas		
	Primipara	16	34.0
	Multipara	30	63.9
	Grandemultipara	1	2.1
	Total	47	100.00

Sumber : Data Sekunder diolah, 2017

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar umur responden adalah 20-35 tahun dengan jumlah responden 28 responden atau 59,5%. Paritas sebagian besar adalah multipara yaitu 30 responden atau 63,8%.

1) **Gambaran keadaan umum bayi baru lahir pada ibu preeklampsia di Rumah sakit umum daerah sleman tahun 2016**

a. **Gambaran berat badan lahir bayi pada ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta**

Tabel 4.2

Gambaran berat badan lahir bayi pada ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Berat badan bayi baru lahir	Frekuensi	Persentase (%)
BBLN	41	87.2
BBLR	6	12.8
Total	47	100.0

Sumber : Data Sekunder diolah, 2017

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan pada ibu preeklampsia lahir dengan berat badan normal yaitu sebanyak 41 responden atau 87,2%.

b. **Gambaran usia gestasi pada ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta**

Tabel 4.3

Gambaran usia gestasi pada ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Usia gestasi	Frekuensi	Persentase (%)
Aterm	43	91.5
Prematur	4	8.5
Total	47	100.0

Sumber : Data Sekunder diolah, 2017

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa bayi yang dilahirkan pada ibu preeklampsia sebagian besar lahir aterm yaitu sebanyak 43 responden atau 91,5%.

c. Gambaran bayi asfiksia yang dilahirkan ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Tabel 4.4

Gambaran bayi asfiksia yang dilahirkan ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Bayi asfiksia	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	5	10.6
Tidak	42	89.4
Total	47	100.0

Sumber : Data Sekunder diolah, 2017

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar keadaan bayi yang dilahirkan pada ibu preeklampsia adalah tidak asfiksia yaitu 42 responden atau 89,4%.

B. Pembahasan

1. Gambaran berat badan lahir bayi yang dilahirkan pada ibu dengan Preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa berat badan lahir bayi di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta sebagian besar adalah normal yaitu 47 responden atau 87.2%.

Ibu yang mengalami preeklampsia janin akan hidup dalam rahim dengan nutrisi dan oksigen yang kurang. Hal tersebut akan mengakibatkan partus prematurus, dismaturitas, dan kematian janin intra uteri (IUFD). Keadaan ini bisa terjadi karena pembuluh darah yang mengandung oksigen dan nutrisi untuk janin menuju plasenta mengalami penyempitan. Karena buruknya nutrisi dan oksigen yang kurang, pertumbuhan janin terhambat sehingga akan terjadi bayi dengan berat badan lahir rendah dan partus prematurus (Rukiyah, 2010).

Ibu hamil dengan preeklampsia akan mengalami vasokonstriksi pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya gangguan perfusi plasenta dalam bentuk iskemia uteroplacentar. Aliran darah yang berisi nutrisi maupun

oksigen sangat penting artinya untuk tumbuh kembang janin dalam uterus (Manuaba, 2007).

Berat badan lahir rendah (BBLR) akibat preeklampsia akibat preeklampsia atau pertumbuhan janin terhambat (PJT) berhubungan dengan pertumbuhan yang lambat intrauterin, berhubungan dengan peningkatan pembentukan deposit berupa jaringan lemak selama proses pertumbuhan dan kemungkinan dapat meningkatkan penambahan berat badan yang berlebihan selama periode anak-anak. Preeklampsia pada janin jika dilihat dari mekanismenya mempunyai 2 penyebab gangguan nutrisi yaitu : inadekuatnya aliran darah karena vasokonstriksi dan gangguan transfer nutrisi. Hal ini dapat menimbulkan kerusakan pada sawar darah plasenta sehingga proses transfer dapat terganggu. Proses terganggunya transfer tidak hanya pada glukosa tetapi juga pada nutrisi secara keseluruhan karena berkurangnya luas permukaan untuk proses transfer nutrisi (Adhi dkk, 2015).

Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Padmawati R, dkk di rumah sakit umum daerah waled kabupaten cirebon bahwa dari 1728 ibu bersalin terdapat 362 responden (20,9%) ibu dengan preeklampsia melahirkan bayi dengan berat rata-rata 2879,28 gram dan 1366 dengan ibu tidak preeklampsia (70,1%) melahirkan bayi dengan berat badan lahir rata-rata 2992,46 gram.

Pada penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambarwati N.W, Irdawati (2009) bahwa didapatkan sebagian besar berat badan lahir bayi adalah normal atau cukup diantaranya dipengaruhi karena sebagian besar usia gestasi responden adalah aterm atau cukup yaitu 91,5%, sehingga pada penelitian ini dapat diketahui bahwa berat bayi baru lahir sebagian besar adalah normal yaitu 87,2%.

2. Gambaran usia gestasi bayi yang dilahirkan pada ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa umur kehamilan ibu bersalin dengan preeklampsia di rumah sakit umum daerah yogyakarta sebagian besar adalah ibu dengan umur >37 minggu yaitu 43 responden atau 91.5%.

Sukarni dan sudarti (2014) menyatakan bahwa preeklampsia merupakan sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin, dan nifas yang terdiri dari edema, hipertensi, dan proteinuria yang muncul pada usia kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah bersalin sehingga dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar umur kehamilan ibu saat bersalin yaitu lebih dari 37 minggu atau aterm dimana gejala sudah muncul pada usia kehamilan 20 minggu.

Hipertensi kehamilan (preeklamsia) didefinisikan secara umum sebagian sebagai hipertensi dan proteinuria yang timbul setelah umur kehamilan 20 minggu (pada trimester ketiga) sebelumnya normal yang disebabkan oleh banyak faktor. Pada kondisi berat preeklamsia dapat menjadi preeklamsia berat kemudian eklamsia dengan gejala kejang-kejang. Faktor yang menyebabkan preeklamsia yaitu di antaranya primipara, genetik, kehamilan ganda, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi, dan obesitas (Saiffudin,2013).

Preeklampsia yang sering terjadi pada usia kehamilan >37 minggu adalah preeklampsia ringan, tetapi pada usia kehamilan > 37 minggu juga sering terjadi preeklampsia berat dikarenakan pada kasus ini usia ibu hamil masih dalam usia subur dan usia masih muda (Gunawan S, 2010). Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa umur ibu bersalin pada usia kehamilan > 37 minggu adalah ibu dengan usia 20-35 tahun yaitu 28 responden atau 59.5%.

Hal tersebut sama dengan penelitian yang dilakukan oleh D.Widyastutik dan A.Suciati bahwa pasien dengan preeklampsia paling banyak melahirkan pada usia > 37 minggu dengan jumlah 55 dari 69 responden di rumah sakit umum daerah Dr.Moewardi surakarta tahun 2011.

Menurut Adhi, dkk (2015) Terdapat 3 prinsip dasar dalam penatalaksanaan pasien preeklamsia. Pertama adalah persalinan merupakan terapi terbaik pada ibu tetapi tidak selalu baik bagi janin. Bagi kesehatan ibu, tujuan terapi adalah untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas. Tetapi bila janin juga merupakan tujuan persalinan maka perawatan ekspektatif adalah suatu alternatif perawatan selain pengakhiran kehamilan. Pertimbangan memperbaiki luaran janin untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas juga harus difikirkan sebelum memutuskan untuk pengakhiran kehamilan.

Kedua adalah perubahan patologis telah terjadi sebelum gejala klinis yang menjadi dasar kriteria timbul. Konsekuensinya adalah mungkin saja perubahan yang telah terjadi sebelum gejala timbul telah menimbulkan kelainan pada janin. Ketiga adalah tanda dan gejala preeklamsia tidak terlalu penting secara patologi karena prosesnya mungkin telah berlangsung lama sebelum gejala klinis timbul.

Menurut Williams, dalam perawatan obstetrik preeklamsia yaitu sikap terhadap kehamilan preterm ialah kehamilan antara 22 sampai < 37 minggu. Pada umur kehamilan < 37 minggu bila tanda dan gejala tidak memburuk, kehamilan dapat dipertahankan sampai aterm tapi jika umur kehamilan > 37 minggu persalinan ditunggu sampai timbul onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan dan tidak menutup kemungkinan dapat dilakukan persalinan secara spontan (Prawirohardjo, 2008).

3. Gambaran keadaan bayi asfiksia yang dilahirkan dengan ibu preeklampsia di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Berdasarkan hasil yang telah dilakukan diketahui bahwa bayi yang lahir dengan ibu preeklampsia di rumah sakit umum daerah yogyakarta sebagian besar adalah tidak asfiksia yaitu sebanyak 42 responden atau 89.4%.

Asfiksia neonatorum pada preeklampsia adalah keadaan bayi tidak menangis segera setelah lahir. Asfiksia neonatorum yaitu keadaan di mana bayi tidak dapat bernafas spontan dan teratur sehingga dapat menurunkan O_2 dan

semakin meningkatkan CO² yang menimbulkan akibat yang buruk dalam kehidupan selajutnya (Rukiyah, 2010).

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Winarsih Nur Ambarwati dan Irdawati di rumah sakit umum daerah Dr. Moewardi surakarta bahwa preeklampsia dapat menyebabkan komplikasi asfiksia pada bayi yang dilahirkan dikarenakan mengecilnya aliran darah menuju sirkulasi retroplasenter pada ibu hamil dengan preeklamsia menimbulkan gangguan pertukaran nutrisi, CO₂ dan O₂ yang menyebabkan asfiksia.

Menurut manuaba (2010), salah satu faktor yang menjadi penyebab terjadinya asfiksia adalah faktor ibu (preeklampsia dan eklampsia) yaitu keadaan bayi yang menyebabkan terjadinya asfiksia adalah prematur (<37 minggu) karena paru-paru kekurangan surfaktan sehingga menyulitkan ventilasi perkembangan otak imatur, upaya bernafas kurang, volume darah sedikit. Ibu dengan preeklampsia dapat menyebabkan gangguan peredaran darah pada plasenta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh manuaba (2010), bahwa penyebab asfiksia adalah bayi yang lahir prematur (<37 minggu), sedangkan pada penelitian ini sebagian besar adalah bayi lahir aterm atau cukup bulan yaitu 91,5%, sehingga pada penelitian ini bayi yang dilahirkan pada ibu preeklampsia adalah sebagian besar bayi tidak asfiksia yaitu 89,4%.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang dihadapi penulis selama melakukan penelitian di RSUD Sleman Yogyakarta beserta solusinya selama kegiatan penelitian

1. Penulis mengalami kesusahan dalam membaca data rekam medis secara lengkap oleh karena itu diharapkan data atau hasil yang didapat setelah tindakan dapat dicantumkan dalam data rekam medis.
2. Data rekam medis tidak bisa diambil sesuai dengan populasi yang telah ditentukan, dikarenakan data rekam medis sebagian hilang dan sebagian belum di tulis dalam data rekam medis rumah sakit.
3. Penulis kurang memahami berbagai hal mengenai keadaan umum bayi baru lahir pada ibu preeklampsia maka dari itu dengan kendala tersebut penulis akan berupaya untuk terus meningkatkan pengetahuan umum mengenai kehamilan preeklamsia dan bayi yang dilahirkan pada ibu dengan keadaan preeklamsia.