

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Sleman, Yogyakarta yang beralamat di Jalan Bhayangkara No. 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta. Peneliti melakukan penelitian ini di ruang rekam medik (lantai 4) . Kasus preeklamsia yang didapat di Ruang Nusa indah I (kamar bersalin) sebanyak 51 ibu bersalin dengan preeklamsia. Manajemen pasien preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta harus dirawat di ruang tenang (ruang isolasi), 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, memeriksa suntikan dosis pemeliharaan MgSO_4 1 gram/jam dengan cara melarutkan MgSO_4 40 % sebanyak 6 jam (28 tetes/menit) secara i.v melalui selang 37iasto 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 %, memonitor balance cairan setiap 6 jam. Dokter memberikan obat antihipertensi bila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg/37iastolic ≥ 110 MmHg yaitu nifedipin 3x10 mg dengan setiap pemberian dilakukan pemeriksaan Tekanan darah ulang, melakukan jenis dan frekuensi pemeriksaan 37iastolic37 janin (CTG dan USG bila diperlukan), menentukan tindakan 37iastolic manajemen aktif dan manajemen konservatif.

Manajemen konservatif dilakukan jika kehamilan < 36 minggu, sedangkan manajemen Aktif dilakukan terminasi kehamilan dengan cara, jika belum dalam persalinan maka lakukan Induksi persalinan sesuai 37iastoli setelah 30 menit terapi

medisinal. Secsio 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 seperti umur kehamilan ≥ 36 minggu, terdapat gejala impending eklamsi, kegagalan terapi konservatif medikamentosa, apabila 6 jam sejak pengobatan medicinal terjadi kenaikan tekanan darah dan tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan dengan kriteria tekanan darah $38 \text{ diastolic} \geq 100 \text{ mmhg}$, indeks gestasi ≥ 36 minggu terdapat tanda-tanda gawat janin, dan terdapat tanda-tanda *intra uterine Growth Retardation* (IUGR) $<$ dari 10 menit persentil dari kurva normal dan terdapat *Hemolysis elevated liver enzyme* (HELLP).

2. Karakteristik responden berdasarkan umur, paritas, tingkat pendidikan, dan pekerjaan di RSUD Sleman, Yogyakarta.

Tabel 4.2
Distribusi frekuensi Karakteristik ibu nersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Umur		
	<20 tahun	3	5.9
	20-35 tahun	30	58.8
	>35 tahun	18	35.3
	Total	51	100.0
2	Paritas		
	Primipara	22	43.1
	Multipara	28	54.9
	Grandemultipara	1	2.0
	Total	51	100.0
3	Pendidikan		
	Tidak Sekolah	5	9.8
	SD	18	35.3
	SMP	23	45.1
	SMA	5	9.8
	PT		
	Total	51	100.0

4 Pekerjaan		
IRT	34	66.7
Buruh/Tani	16	31.4
Swasta	1	2.0
PNS		
Total	51	100.0

Sumber:Data sekunder, 2016

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa umur responden sebagian besar adalah antara 20-35 tahun yaitu 30 responden atau 58.8 %. Paritas responden sebagian besar adalah multipara yaitu 28 responden atau 54.9 %. Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah SMA yaitu 23 responden atau 45.1 %. Pekerjaan responden sebagian besar adalah IRT yaitu 34 responden atau 66.7 %.

3. Klasifikasi ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Klasifikasi ibu bersalin dengan Preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

No	Klasifikasi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Preeklamsia Ringan	17	33.3
2	Preeklamsia Berat	34	66.7
	Total	51	100.0

Sumber:Data sekunder, 2016

Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa klasifikasi ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar adalah preeklamsia berat yaitu 34 responden atau 66.7 %.

4.

Umur

Kehamilan ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.4
Distribusi frekuensi umur kehamilan ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

No	Umur kehamilan	Frekuensi	Persentase
----	----------------	-----------	------------

	(f)	(%)
1 Preeklamsia Ringan		
<37 minggu	2	11.8
>37 minggu	15	88.2
Total	17	100.0
2 Preeklamsia berat		
<37minggu	4	11.8
>37 minggu	30	88.2
Total	34	100.0

Sumber:Data Sekunder,2016

Tabel 4.4 dapat diketahui bahwa umur kehamilan ibu bersalin dengan preeklamsia ringan sebagian besar > 37 minggu yaitu 15 responden atau 88.2 %., preeklamsia berat sebagian besar > 37 minggu yaitu 30 responden atau 88.2 %.

5. Gambaran Cara bersalin ibu dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Tabel 4.5
Distribusi frekuensi Cara bersalin ibu dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

No	Cara bersalin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1 Preeklamsia ringan			
Normal Pervaginam	3	17.6	
Induksi persalinan	6	35.3	
Seksio sesarea	8	47.1	
Total	17	100.0	
2 Preeklamsia berat			
Normal pervaginam	5	14.7	
Induksi persalinan	4	11.8	
Seksio sesarea	22	64.7	
Vakum/vorseps	3	8.8	
Total	34	100.0	

Sumber:Data Sekunder, 2016

Tabel 4.4 dapat diketahui cara bersalin ibu dengan preeklamsia ringan di RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar seksio sesarea yaitu 8 responden atau

47.1%. Preeklamsia berat sebagian besar adalah seksio sesarea yaitu 22 responden atau 64.7 %.

6 Medikamentosa Antikonvulsan dan Antihipertensi pada ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta.

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Atikonvulsan dan Antihipertensi ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

No	Antikonvulsan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Preeklamsia ringan		
	ya	1	5.9
	Tidak	16	94.1
	Total	17	100.0
2	Preeklamsia berat		
	ya	34	100.0
	Total	34	100.0
Antihipertensi			
1	Preeklamsia ringan		
	ya	17	100.0
	Total	17	100.0
2	Preeklamsia berat		
	ya	34	100.0
	Total	34	100.0

Sumber: Data sekunder Diolah,2017

Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa medikamentosa antikonvulsan ibu bersalin dengan preeklamsia ringan sebagian besar tidak diberikan yaitu 16 responden atau 94.1 %, preeklamsia berat sebagian besar diberikan yaitu 34 responden atau 100.0 %. Medikamentosa antihipertensi pada ibu bersalin dengan preeklamsia ringan dan preeklamsia berat sebagian besar diberikan yaitu 100.0%.

B. Pembahasan

1. Gambaran Karakteristik ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Sleman, Yogyakarta bahwa sebagian besar umur ibu bersalin adalah 20-35 tahun yaitu 30 responden atau 58.8 %. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariani, Siska (2013) yang menyimpulkan bahwa kejadian preeklamsia tersering pada kelompok umur yang termasuk usia reproduktif untuk merencanakan kehamilan yaitu 20-35 tahun karena pada saat hamil dalam usia reproduksi sehat lebih termotivasi dalam melakukan pemeriksaan kehamilan untuk mencegah komplikasi pada masa persalinan dan nifas akan mempengaruhi ibu dalam mengambil keputusan untuk lebih memperhatikan kesehatan ibu dan janin.

Hasil tersebut tidak sesuai dengan teori bahwa usia yang berisiko adalah < 20 tahun dan > 35 tahun mengalami komplikasi persalinan. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia < 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun karena keadaan reproduktif masih belum siap untuk menerima kehamilan sehingga akan meningkat keracunan kehamilan dalam bentuk preeklamsia atau toksemia gravidarum. Pada wanita dengan usia > 35 tahun akan terjadi perubahan pada jaringan dan alat reproduksi serta jalan lahir tidak lagi lentur, pada usia tersebut cenderung didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu salah satunya hipertensi dan preeklamsia (Prawirohardjo, S, 2008).

Menurut teori peningkatan risiko preeklamsia pada usia reproduktif ini diduga berhubungan dengan faktor predisposisi dari preeklamsia yang lain seperti riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat preeklamsia pada ibu maupun saudara perempuan, kehamilan ganda, riwayat DM, kelainan ginjal, sehingga usia bukanlah merupakan faktor penyebab satu-satunya untuk

kejadian preeklamsia. Beberapa penelitian menyebutkan ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya preeklamsia yaitu gizi buruk, kegemukan dan gangguan aliran darah ke rahim (Rukiyah, Ai Yeyeh & Yulianti, Lia. 2010).

Karakteristik pasien berdasarkan paritas ibu bersalin di RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar adalah multipara yaitu 28 responden atau 54.9 %. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Ariani, Siska (2013) bahwa kejadian preeklamsia pada kelompok multigravida sebanyak 87 orang (58.8 %) karena persalinan yang berulang-ulang atau terlalu jauh akan mempunyai banyak resiko terhadap kehamilan dan persalinan sehingga organ-organ reproduksi mengalami ketidaksiapan, penurunan, dan penuaan terhadap system kerja sehingga multipara lebih berisiko untuk terkena preeklamsia.

Karakteristik pasien berdasarkan pendidikan di RSUD Sleman, Yogyakarta menunjukkan bahwa pasien dengan kelompok pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu 23 orang atau 45.1 %. Banyaknya pasien yang berpendidikan SMA seiring dengan kesadaran akan pentingnya pendidikan berpengaruh pada ibu hamil yg terdeteksi preeklamsia sehingga dapat melakukan pengawasan lebih optimal agar tidak terjadinya preeklamsia lebih berat atau sampai mengalami eklamsia/kejang, tingginya tingkat pendidikan seseorang wanita diharapkan semakin meningkat juga pengetahuan ibu hamil seperti pengetahuan melakukan ANC, karena dengan melakukan ANC teratur dapat mengetahui kondisi ibu dan janin agar terhindar dari masalah yang lebih berisiko misalkan DJJ janin < 120 x/m atau sampai ibu mengalami kejang. Namun, pendidikan yang dimiliki oleh seseorang belum menjamin untuk menderita atau tidak menderitanya seseorang tersebut pada suatu penyakit tertentu, hasil ini sesuai dengan penelitian dari Nuryani (2013).

Karakteristik pasien berdasarkan pekerjaan di RSUD Sleman, Yogyakarta menunjukkan bahwa pasien preeklamsia sebagian besar adalah tidak bekerja yaitu 34 responden atau 66.7 %. hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan

oleh Silomba,W (2013) yang menyebutkan bahwa ibu yang tidak bekerja mengalami preeklamsia ringan 52.4 % dan preeklamsia berat 55.3 %. Penelitian lain oleh A J, Ramadhan (2010) menyebutkan bahwa aktifitas pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi kerja otot dan peredaran darah. Begitu juga bila terjadi pada seorang ibu hamil, dimana peredaran darah dalam tubuh dapat terjadi perubahan seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akibat adanya pembesaran uterus. Hal tersebut berpengaruh kepada kerja jantung yang harus beradaptasi dengan kehamilan. Ibu yang tidak bekerja cenderung lebih beresiko kejadian preeklamsia 2 kali lebih besar di bandingkan dengan ibu yang bekerja.

2. Gambaran Klasifikasi ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Sleman, Yogyakarta diketahui bahwa klasifikasi ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar didominasi preeklamsia berat yaitu 34 responden atau 66.7 %, preeklamsia ringan yaitu 17 orang atau 33.3 % . Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Djannah,N,S dkk (2010) bahwa dari total persalinan 3036 terbanyak adalah preeklamsia berat yaitu sebesar 83.9 % sedangkan untuk preeklamsia ringan sebanyak 16.1 %. Banyaknya ibu bersalin dengan preeklamsia berat di RSUD Sleman Yogyakarta karena termaksud RS rujukan terutama dari puskesmas 60 %, BPS 19.90 %, rumah bersalin 12.60 %, Dokter 4.60 %, dan RS lain 2.90 %. Kejadian preeklamsia terutama yang berat di rujuk karena adanya tanda dan gejala yang mengakibatkan ibu mengalami kejang, sehingga hal tersebut sebagian besar ibu bersalin di RSUD Sleman adalah preeklamsia berat.

Hal ini sejalan dengan teori bahwa pada preeklamsia yang berat dapat terjadi perburukkan patologis pada sejumlah organ seperti perubahan kardiovaskuler yang disebabkan peningkatan afterload jantung akibat hipertensi, preload jantung yang secara nyata dipengaruhi oleh berkurangnya secara patologis

hipervolemia kehamilan atau secara iatrogenik ditingkatkan oleh laurutan onkotik/kristaloid intravena, dan aktivasi endotel disertai eksravasasi kedalam ekstrasvaskuler terutama paru (Cunniangham,2013). Wanita dengan hipertensi pada kehamilan dapat mengalami peningkatan respon terhadap berbagai substansi endogen (seperti prostaglandin, tromboxan) yang dapat menyebabkan vasopasme atau pembuluh darah dan agregasiplatelet atau aspirin. Penumpukkan thrombus dan perdarahan dapat mempengaruhi system saraf pusat yang ditandai dengan sakit kepala dan defisit syaraf lokal dan kejang. Nekrosis ginjal dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan proteinuria . Kerusakan hepar dari nekrosis hepatoseluler menyebabkan nyeri epigastrium dan peningkatan tes fungsi hati (Michael, 2007).

Hal tersebut merupakan tahap *simtomatik* (timbul gejala) yaitu berkembang gejala seperti hipertensi, gangguan renal, dan proteinuria, serta potensi terjadinya sindrom HELPP yang mengakibatkan terjadi komplikasi pada ibu misalkan, perdarahan otak, perdarahan hati, kejang, dan bisa menyebabkan kematian, sedangkan komplikasi terhadap janin dapat terjadi IUGR, prematur, solusio plasenta, dan perdarahan intraventrikuler (Pribadi, 2015). Hal demikian tenaga kesehatan mengupayakan untuk pasien preeklamsia berat harus dirujuk ke fasilitas yang lengkap sehingga tidak menambah resiko pada ibu dan janin.

3. Gambaran umur kehamilan ibu bersalin dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan di RSUD Sleman, Yogyakarta bahwa umur kehamilan >37 minggu pada ibu bersalin dengan preeklamsia berat lebih mendominasi sebanyak 30 responden atau 88.2 %, preeklamsia ringan yaitu 15 responden atau 88.2 %. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Qoyimah, N,U (2015) bahwa pasien dengan preeklamsia berat paling banyak pada usia kehamilan 28-41 minggu atau pada trimester ke-3

sebanyak 17 pasien atau 100.0 %. Hal ini dikarenakan hipertensi pada kehamilan lazimnya akan muncul pada umur kehamilan > 20 minggu. Pada usia kehamilan tersebut merupakan fase fetal dimana maturasi dan pertumbuhan janin terjadi, efek dari senyawa asing pada trimester ke-3 tidak berupa malformasi tetapi gangguan pertumbuhan (Rozikhan, 2007).

Perawatan obstetrik pasien preeklamsia berat ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklamsia berat selama perawatan maka sebelum perawatan aktif atau diterminasi, ditambah dengan pengobatan medisinal harus dilakukan pemeriksaan fetal assessment (NST dan USG) terlebih dahulu karena indikasi perawatan aktif apabila didapatkan salah satu keadaan seperti umur kehamilan > 37 minggu, *fetal distress*, *impending eclampsia*, kegagalan terapi konservatif, adanya IUGR, terjadi ologihidramnion atau adanya tanda-tanda syndrome HELLP. (Prawirohardjo, S, 2008).

Usia kehamilan mempunyai pengaruh terhadap asfiksia pada ibu dengan preeklamsia berat karena, Semakin muda usia kehamilan saat ibu melahirkan maka akan memperbesar risiko terjadinya asfiksia karena bayi premature yang lahir pada usia kehamilan < 37 minggu kondisi organ-organ vital terutama paru-paru belum siap dan belum mampu melaksanakan pertukaran gas secara efektif sehingga terjadilah asfiksia pada bayi baru lahir. Untuk menghindari risiko terhadap asfiksia maka ibu bersalin di RSUD Sleman, Yogyakarta pada usia kehamilan > 37 minggu lebih diutamakan karena melahirkan bayi pada yang optimal, yaitu sebelum janin mati dalam kandungan akan tetapi sudah cukup matur hidup diluar kandungan dari pada dalam uterus, dan tindakan yang aman untuk mengakhiri kehamilan pada bayi yang matur adalah dengan cara secsio sesarea (Winjoksastro, 2007).

4. Gambaran cara bersalin ibu dengan preeklamsia di RSUD Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Sleman, Yogyakarta bahwa cara bersalin ibu adalah secsio sesarea pada preeklamsia ringan 8 responden atau 47.1 %, preeklamsia berat 22 responden atau 64.7 % . Namun sebagian besar lebih diutamakan cara bersalin ibu di RSUD Sleman, Yogyakarta yaitu pervaginam, induksi, dan vakum. Banyaknya tindakan secsio sesarea yang dilakukan untuk pasien preeklamsia ringan dan preeklamsia berat dikarenakan pada saat dilakukan persalinan pervaginam baik itu normal maupun induksi persalinan gagal sehingga diputuskan untuk dilakukan tindakan secsio sesarea, hal ini tidak memungkinkan ibu melakukan persalinan dengan cara normal karena akan mengancam keselamatan ibu dan bayi (Manuaba,dkk, 2008).

Usia kehamilan ibu dengan preeklamsia berat mempunyai pengaruh terhadap asfiksia karena, Semakin muda usia kehamilan saat ibu melahirkan maka akan memperbesar risiko terjadinya asfiksia karena bayi premature yang lahir pada usia kehamilan < 37 minggu kondisi organ-organ vital terutama paru-paru belum siap dan belum mampu melaksanakan pertukaran gas secara efektif sehingga terjadilah asfiksia pada bayi baru lahir.

Kejadian secsio sesarea yang dilakukan ibu dengan preeklamsia berat di RSUD Sleman Yogyakarta, karena menurut teori bahwa penanganan preeklamsia berat pada pengobatan obstetrik ditujukan untuk melahirkan bayi pada saat yang optimal, yaitu sebelum janin mati dalam kandungan akan tetapi sudah cukup matur untuk hidup diluar uterus dan tindakan yang aman untuk mengakhiri kehamilan pada bayi yang matur adalah dengan cara sectio caesarea (Winkjosastro, 2007). sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa banyaknya kejadian secsio sesarea di RSUD Sleman, Yogyakarta.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yeyeh, R (2016) menyatakan bahwa ibu yang preeklamsia terutama yang berat sangat beresiko jika

melahirkan secara normal, sehingga diajarkan untuk melakukan persalinan secara operasi Caesar, karena apabila usia kehamilan < 37 minggu kondisi organ-organ vital terutama paru-paru belum siap dan belum mampu melaksanakan pertukaran gas secara efektif sehingga terjadilah asfiksia pada bayi baru lahir.

5. Gambaran Medikamentosa Antikonvulsan dan Antihipertensi pada ibu bersalin dengan preeklamsia di rumah sakit umum Daerah Sleman, Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan di RSUD Sleman, Yogyakarta bahwa medikamentosa antikonvulsan pada ibu preeklamsia ringan sebagian besar tidak diberikan yaitu 16 responden atau 94.1 %. Menurut teori bahwa penanganan preeklamsia ringan pada umur kehamilan > 20 minggu hanya dapat dilakukan dengan tidur miring ke kiri, karena dengan posisi tersebut dapat menghilangkan tekanan rahim pada vena cava inferior yang mengalirkan darah dari ibu ke janin, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung. Hal tersebut dapat meningkatkan aliran darah ke organ vital.

Penambahan aliran darah ke ginjal akan meningkatkan laju filtrasi glomerulus dan meningkatkan diuresis sehingga akan meningkatkan ekskresi natrium, menurunkan reaktivitas kardiovaskuler, sehingga mengurangi *vasospasme*. Peningkatan curah jantung akan meningkatkan pula aliran darah ke rahim, menambah oksigenasi plasenta dan memperbaiki kondisi janin dan rahim. Pada preeklamsia tidak perlu dilakukan restriksi garam jika fungsi ginjal masih normal. Diet diberikan cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam secukupnya sehingga tidak diberikan obat-obatan diuretik dan sedative (Prawirohardjo, S, 2008).

Medikamentosa antikonvulsan pada ibu bersalin dengan preeklamsia berat sdi RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar diberikan yaitu 34 responden atau 100.0 %. Hasil penelitian dalam pemberian antikonvulsan pada ibu

preeklamsia berat menggunakan MgSo₄ karena MgSo₄ merupakan pilihan utama obat kejang saat ini terutama untuk antikejang preeklamsia dan eklamsia, dengan dosis awal 40 % sebanyak 6 jam (28 tetes/jam) secara i.v melalui selang infuse dan dilanjutkan pemberian kedua selama 24 jam dengan syarat reflek patella positif, respirasi 16-24x jam/menit, prodak urine \geq 100 ml/4 jam serta tersedia antidotum yaitu calcium glukonas 10 %.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Suwanti (2014) menyatakan bahwa pemberian antikonvulsan ditujukan untuk ibu hamil dengan preeklamsia berat dimana pemberian antikonvulsan berfungsi meminimalisir terjadinya kejang pada ibu saat melahirkan. Salah satu penyebab preeklamsia berat adalah kekurangan kadar magnesium, Magnesium berperan dalam berbagai reaksi enziminatis, seperti enzim yang berkaitan dengan metabolisme glukosa secara anaerobic, siklus krebs, oksidasi asam lemak, hidrolis pirofosfat. Kekurangan magnesium menyebabkan perubahan pada syaraf otot, pertumbuhan otot terlambat dan klasifikasi ginjal sehingga magnesium memegang peran penting dalam berbagai proses fungsi fisiologis didalam tubuh dan menunjukkan peran besar dalam eklamsia untuk mencegah kejang berulang. Magnesium bekerja sebagai vasodilator serebral dan stabilisator membran, mengurangi iskemia dan kerusakan neuron yang mungkin terjadi (Saidah, S, 2016).

Medikamentosa antihipertensi pada ibu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat di RSUD Sleman, Yogyakarta sebagian besar diberikan yaitu 100.0 %. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Qoyimah,U,N (2015) bahwa ada 17 pasien atau 100.0 % yang terdiagnosa preeklamsia mendapatkan obat antihipertensi yaitu nifedipin. Mekanisme aksi dari nifedipin yaitu mencegah masuknya kalsium kedalam sel, sehingga akan terjadi vasodilatasi. Aksi ini menurunkan tekanan darah karena pada pasien yang menderita hipertensi terjadi peningkatan *peryperal vascular resitance* (PVR) dikarenakan tingginya calcium

intracellular yang menyebabkan peningkatan tekanan otot polos arterial (Dipiro,2008).

Menurut teori bahwa preeklamsia merupakan sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin, dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema, dan proteinuria, (Sukarni I, & Sudarti, 2014). Sehingga, dari gejala preeklamsia tersebut di RSUD Sleman, Yogyakarta diberikan obat antihipertensi dengan menggunakan jenis obat yaitu nifedipin 3x 10 mg dan metyldopa 3x 250 mg.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti hanya menggambarkan umur kehamilan, cara bersalin, klasifikasi dan medikamentosa yang diberikan pada ibu bersalin dengan preeklamsia. Keterbatasan penelitian ini bahwa peneliti tidak bisa menggambarkan riwayat ibu serta beberapa faktor predisposisi seperti molahidatidosa, diabetes millitus, kehamilan ganda, dan obesitas.