

**HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN  
PRE EKLAMPSIA DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**ALFIAH SETYONURHAYATI**

**R1108031**

**PROGRAM STUDI DIV KEBIDANAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEBELAS MARET  
SURAKARTA  
2009**

**HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN  
PRE EKLAMPSIA DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Karya akhir  
Diploma IV Kebidanan  
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta  
Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah**

**Oleh:**

**ALFIAH SETYONURHAYATI  
R1108031**

## HALAMAN VALIDASI

Karya tulis ilmiah dengan judul :

### **HUBUNGAN KEHAMILAN REMAJA DENGAN PRE EKLAMPSIA DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN**

Disusun Oleh:

**ALFIAH SETYONURHAYATI  
R1108031**

Telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji Karya

Tulis Ilmiah DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Surakarta

Pada tanggal : 4 Agustus 2009

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Pendamping**

**Dr. Supriyadi Hari Respati, Sp.OG**

NIP. 140 206 907

**Sri Wahyuni, S.SiT**

NIP. 140 116 500

**Mengetahui,**

**Ketua Tim KTI**

**Moch. Arief Tq, dr. M.S, PHK**

NIP. 19500913 198003 1 002

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan judul :  
**HUBUNGAN KEHAMILAN REMAJA DENGAN PRE EKLAMPSIA  
DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN**

Disusun Oleh:

**ALFIAH SETYONURHAYATI  
R1108031**

Telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah  
DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta  
Pada tanggal : 12 Agustus 2009

Mengesahkan

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Pendamping**

**Dr. Supriyadi Hari Respati, Sp.OG**  
NIP. 140 206 907

**Sri Wahyuni, S.SiT**  
NIP. 140 116 500

**Penguji**

**Ketua Tim KTI**

**Dr. Teguh Prakosa, Sp.OG**  
NIP. 19641030 199011 1 002

**Moch. Arief Tq, dr. M.S, PHK**  
NIP. 19500913 198003 1 002

**Mengetahui,  
Ketua Program Studi DIV Kebidanan FK UNS**

**H.Tri Budi Wiryanto, dr, Sp.OG (K)**  
NIP. 19510421 198011 1 002

## HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN PRE EKLAMPSIA DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN

### ABSTRAK

Alfiah SetyoNurhayati

Kehamilan remaja merupakan suatu keadaan dimana kehamilan seorang wanita yang terjadi pada umur kurang dari 20 tahun. Ibu remaja, khususnya yang berumur di bawah 18 tahun lebih cenderung untuk mengalami komplikasi kehamilan dan melahirkan dibanding ibu yang lebih tua yang meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas baik terhadap mereka sendiri maupun terhadap anak mereka. Dari pernyataan di atas maka perlu dilaksanakan penelitian apakah ada hubungan antara kehamilan remaja dengan pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Kasus kehamilan remaja di pedesaan dan perkotaan yang berjumlah 30 kasus dilihat berapa kehamilan remaja di pedesaan dan perkotaan yang mengalami pre eklampsia. Analisis data menggunakan uji *chi square* untuk menemukan hubungan antara kehamilan remaja dengan pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan dengan menghitung *Risiko Relatif* (RR) dengan tingkat signifikansi *p*.

Hasil penelitian menunjukkan remaja yang hamil di pedesaan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 80% dan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 20%. Remaja yang hamil di perkotaan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 33,3% dan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 66,7%.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan remaja merupakan faktor risiko terjadinya pre eklampsia, dengan RR untuk kota= 2,615 dengan nilai *CI* (*Confidence Interval*) 1,226-51,984 *p*Value 0,03 < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian pre eklampsia 2,615 kali lebih besar pada kehamilan remaja di perkotaan dibandingkan dengan kehamilan remaja di pedesaan.

**Kata Kunci :** Kehamilan Remaja, Pre Eklampsia, Pedesaan, Perkotaan

## CORRELATION BETWEEN ADOLESCENCE PREGNANCY AND PRE ECLAMPSIA IN RURAL AREA AND URBAN AREA

### ABSTRACT

Alfiah Setyo Nurhayati

Adolescence pregnancy is a condition of a women pregnancy which happened to those at the age under 20 (twenty) years old. The young mothers, especially mothers under 18 years of age have a tendency of having complication both on pregnancy and delivery a baby comparing to the older women who raisen up the risk of morbidity and mortality rate not only for themselves but also for their children. From the statements above, it is necessary to held a research to search whether there is a correlation between Adolescence pregnancy and pre eclamsia at rural and urban area.

This research is an analytical research designing with cross sectional research. The case of pregnancy at rural and urban area totally 30 cases, it can be counted how many pre eclamsia of teenagers' pregnancy at rural and urban area. Data analysis shows that *chi square* test to find out correlation between Adolescence pregnancy with pre eclamsia at rural and urban area by counting *Relative Risk* (RR) with *p* significance rate.

Result of the research shows that pregnant teenagers at rural area who did not have pre eclamsia 80% and those who have pre eclamsia 20 %. Pregnant teenagers at urban area who did not experience pre eclamsia 33,3% and those who have pre eclamsia 66,7%,

Based on the statements above, it can be concluded that Adolescence pregnancy is the risk factor of pre eclamsia, with RR for urban area = 2.615 and *CI (Confidence Interval)* 1.226;51.984 *p*Value 0.03 , 0.05. It shows that the occurance of pre eclamsia on teenagers' pregnancy at urban area is 2.615 greater than those who pregnant at rural area.

**Key words:** Adolescence pregnancy, Pre Eclamsia, Rural Area, Urban Area

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan karuniaNya peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah kebidanan yang berjudul “Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia Di Pedesaan dan Perkotaan” diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Sarjana Saint Terapan dapat terselesaikan.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, peneliti banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak yang dengan tulus memberikan bimbingan, saran dan kritik yang tidak ternilai harganya. Oleh karena itu penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Syamsulhadi, dr. SpKJ selaku Rektor Universitas Sebelas Maret
2. Dr. H. A. A Subijanto, dr. MS selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
3. H. Tri Budi Wiryanto, dr. Sp.OG, selaku Kaprodi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
4. Dr. Mardiyatmo, Sp.Rad, selaku Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta
5. Dr. Teguh Prakosa, Sp.OG, selaku dosen penguji yang banyak memberi petunjuk, koreksi serta saran sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
6. Dr. Supriyadi Hari Respati, Sp.OG, selaku dosen pembimbing utama yang menyempatkan waktu memberikan bimbingan, petunjuk, serta koreksi di

dalam kesibukannya yang padat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

7. Bidan Sri Wahyuni, S.SiT, selaku dosen pembimbing pendamping yang menyempatkan waktu memberikan bimbingan, petunjuk, serta koreksi di dalam kesibukannya yang padat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
8. Teman-teman serta semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu-persatu yang telah memberikan banyak bantuan untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari sempurna, maka peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini.

Surakarta, Agustus 2009

Peneliti



## MOTTO

**“Ridho Orang Tua adalah Ridho Allah, Murka Orang Tua adalah Murka Allah”**

**“A good plan today is better than a perfect plan tomorrow”**

**“Jika anda berfikir GAGAL, maka akan GAGAL. Jika anda berfikir BISA maka akan BISA.....U CAN if U think U CAN!!”**

**”Meraih Prestasi perlu kerja keras dan semangat tinggi, siapkan mental dan nyali agar tidak gampang ter-eliminasi. Puncak Prestasi bisa diraih oleh siapa saja, DAN KAMU BISA!!!”**

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Assalamu'alaikum Wr.Wb

**Alhamdulillahirrobil'amin**, segala puji hanya bagi Allah penguasa sekalian alam atas segala rahmat, hidayah, serta inayahNYA sehingga saya dapat menjalani program pendidikan DIV Kebidanan Jalur Transfer serta menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan rasa hormat dan terimakasih pada yang terhormat :

**Supriyadi Hari Respati, dr. SpOG**, atas kesediaan beliau menjadi pembimbing I dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, dimana dalam kesibukan beliau berkenan meluangkan waktu dan pemikiran beliau untuk membimbing, memberi petunjuk, dorongan, dukungan, serta membesarkan hati kami dengan sabar dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

**Ibu Bidan Sri Wahyuni, S.SiT**, atas kesediaan beliau menjadi pembimbing II dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, dimana dalam kesibukan beliau berkenan meluangkan waktu dan pemikiran beliau untuk membimbing, memberi petunjuk, dorongan, dukungan, serta membesarkan hati kami dengan sabar dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

**Bagian Diklit serta bagian Rekam Medik RSUD Dr. Moewardi** yang telah memberikan kesempatan kepada saya sehingga saya dapat memperoleh ijin untuk melakukan penelitian dan melakukan pengumpulan data sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Sembah sujud, hormat serta terima kasih yang tidak terhingga saya sampaikan kepada, Ayahanda **Sudarno** dan Ibunda **Sukanti**, yang telah membesarkan, merawat, mendidik, dan senantiasa mendoakan saya dalam tiap untaian do'anya.

Kakak-kakak saya, Mbak **Atiek Setyo Darwati**, Spd, dan Mas **Arief Setyo Nugroho**, Amd, yang selalu memberikan saran, kritik, serta semangat. Kakak yang selalu di hati, **Lukito Setyo Budi**, S.E yang selalu mendukung saya agar saya menjadi wanita yang lebih baik.

**Ibu Bidan Sri Sutanti Waryune**, Amd.Keb, yang telah memberikan cuti kerja kepada saya sehingga dalam menyelesaikan tugas dalam menyelesaikan pendidikan di DIV Kebidanan FK UNS ini.

SohibQ: **dr.Ardhini, Mutia, Evin, Dik Ana, Ana Dewi, Bidan Andry, Bidan Agil, dr. Garida Zuarisa** dan Bang **Hasyim Al-Ashuri**, yang selalu bisa membuat ruang yang sempit terasa luas. **Bidan Vina, Bidan Ike, Bidan Hindun, Bidan Dewi**, sebagai teman-teman kerja yang selalu memberikan support kepada saya.

Akhirnya, kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, saya mengucapkan terima kasih atas bantuannya. Semoga amal baik kita semua mendapat balasan dari Allah SWT.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

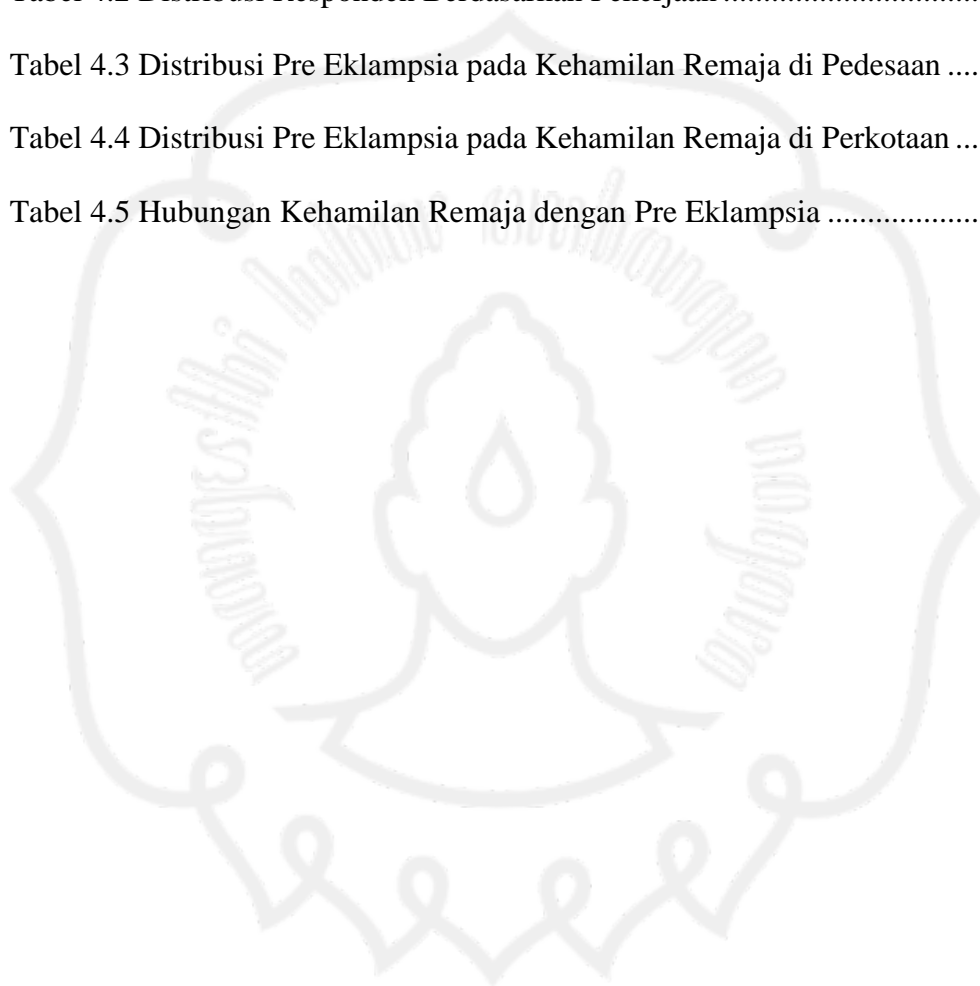
**DAFTAR ISI**

Halaman Judul.....	i
Lembar Validasi.....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Abstrak.....	iv
<i>Abstract</i> .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Motto.....	viii
Lembar Persembahan.....	ix
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Singkatan .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Penelitian .....	2
D. Manfaat Penelitian .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
A. Kehamilan .....	5
B. Remaja .....	6
C. Kehamilan pada Remaja .....	10
D. Pre Eklampsia .....	14

E. Pedesaan.....	25
F. Perkotaan.....	26
G. Kerangka Konsep Penelitian.....	27
H. Hipotesis.....	27
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>28</b>
A. Jenis Penelitian.....	28
B. Rancangan Penelitian.....	28
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	28
D. Populasi.....	28
E. Sampel.....	29
F. Kriteria Restriksi Sampel.....	29
G. Identifikasi Variabel.....	29
H. Definisi Operasional.....	30
I. Instrumen Penelitian.....	30
J. Analisis Data.....	31
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	32
B. Cakupan Wilayah Responden.....	33
C. Hasil Penelitian.....	33
<b>BAB V PEMBAHASAN.....</b>	<b>36</b>
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>40</b>
A. Kesimpulan.....	40
B. Saran.....	40
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Pembagian Pre Eklampsia Berdasarkan Keparahan Penyakit .....	17
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan .....	33
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	34
Tabel 4.3 Distribusi Pre Eklampsia pada Kehamilan Remaja di Pedesaan .....	34
Tabel 4.4 Distribusi Pre Eklampsia pada Kehamilan Remaja di Perkotaan .....	34
Tabel 4.5 Hubungan Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia .....	35



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Stress pada remaja dengan kehamilan tidak diinginkan .....	13
Gambar 2.2 Jalur Penilaian Klinik pada hipertensi dalam kehamilan .....	18
Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian .....	29



**DAFTAR SINGKATAN**

AKI	: Angka Kematian Ibu
BPS	: Badan Pusat Statistika
DIC	: <i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
HELLP	: <i>Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelet Counts</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
MgSO <sub>4</sub>	: Magnesium Sulfat
NGT	: <i>Naso Gastric Tube</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Derajat kesehatan penduduk merupakan salah satu indikator kualitas sumber daya manusia. Salah satu indikator utama derajat kesehatan penduduk adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia pada tahun 2007 228 per 100.000 (Depkes, 2007). Sedangkan AKI di Surakarta pada tahun 2007 terdapat penurunan dari 49,61 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 49,52 (Dinkes Surakarta, 2007).

Berdasarkan beberapa penelitian penyebab tidak langsung kematian ibu yaitu terlalu muda punya anak, terlalu banyak melahirkan, terlalu rapat jarak melahirkan, terlalu tua punya anak (Harsono, 2008). Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun (Winkjosastro, 2002). Melahirkan pada usia remaja berpotensi mempunyai dampak negatif secara demografi dan sosial. Ibu remaja, khususnya yang berumur di bawah 18 tahun lebih cenderung untuk mengalami komplikasi kehamilan dan melahirkan dibanding ibu yang lebih tua yang meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas baik terhadap mereka sendiri maupun terhadap anak mereka (BPS, 2003).

Hal yang lebih menarik adalah sekitar 11% dari seluruh kelahiran di Indonesia adalah usia remaja dan 43% wanita usia remaja melahirkan anak pertama kurang dari sembilan bulan sejak tanggal pernikahannya. Kejadian tersebut diperkirakan oleh beberapa hal: pertama, masih rendahnya pemahaman tentang isu-isu seksual dan kesehatan reproduksi. Kedua, tidak pernah secara jelas mendapatkan informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi. Ketiga, remaja belum menyentuh pelayanan kesehatan reproduksi (informasi, konseling, pelayanan medis) oleh karena itu belum tersedianya pelayanan, kondisi geografis, ekonomi, dan psikologis. Keadaan tersebut ditambah lagi dengan batasan umur 16 tahun untuk persyaratan menikah, sebagaimana yang tercantum pada Undang-Undang Perkawinan No.1 Tahun 1974 sehingga kemungkinan meningkatkan kehamilan pada remaja (Munawar, 2007).

Konje et. al 1992 dalam Glasier (2006), melaporkan penelitian terhadap serangkaian kehamilan remaja berusia 16 atau kurang, dan membandingkannya dengan wanita pada usia 20-an. Selama hamil, remaja tersebut lebih besar kemungkinannya mengalami komplikasi hipertensi akibat kehamilan.

Masalah hamil remaja sudah jauh masuk ke pedesaan sehingga bidan dapat memegang peranan penting dengan jalan menjadi nara sumber tentang informasi kesehatan remaja, memberi nasehat tentang masalah seksual, menyediakan metode keluarga berencana darurat yang dapat menghindari kehamilan dengan keterlambatan menstruasi dalam waktu singkat (Manuaba, 2008).

Strategi untuk mengurangi kehamilan remaja antara lain meningkatkan pendidikan seks di sekolah berperan penting dalam menurunkan kehamilan remaja. Program pendidikan seks lebih besar kemungkinannya berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan (Glasier, 2006).

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi faktor penyebab masalah di atas maka peneliti bermaksud mengadakan penelitian mengenai hubungan antara kehamilan remaja dengan pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi faktor penyebab masalah di atas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “Adakah hubungan antara kehamilan remaja dengan pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian terjadinya pre eklampsia.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi usia remaja yang hamil di pedesaan yang mengalami pre eklampsia.
- b. Mengidentifikasi usia remaja yang hamil di perkotaan yang mengalami pre eklampsia.

- c. Menganalisa hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dimaksudkan untuk menambah pengetahuan di dalam mengidentifikasi kehamilan remaja dengan pre eklampsia.

##### 2. Manfaat Praktis

- a. Bagi peneliti lain agar menambah wawasan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan masukan kepada tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik pada kelompok remaja yang hamil sehingga diharapkan dapat menekan kejadian pre eklampsia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kehamilan**

##### **1. Pengertian Kehamilan**

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2002).

##### **2. Tujuan Asuhan Antenatal**

Menurut Saifuddin (2002), tujuan asuhan antenatal, yaitu:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Menurut Saifuddin (2004), setiap wanita menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu).
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14 sampai 28 minggu).
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 sampai 36 minggu).

## **B. Remaja**

### **1. Batasan Umur Remaja**

Menurut Hurlock dalam Al-Mighwar (2006), rentang usia remaja antara 13 sampai 21 tahun yang dibagi dalam masa remaja awal antara 13/14 tahun sampai 17 tahun dan remaja akhir 17 sampai 21 tahun.

Menurut Papalia (2008), masa remaja dimulai pada usia 11/12 tahun sampai masa remaja akhir atau awal usia 20, masa tersebut membawa perubahan besar saling bertautan dalam semua ranah perkembangan.

### **2. Ciri-ciri Remaja**

- a. Ciri-ciri khas remaja awal

Menurut Al-Migwar (2006), ciri-ciri khas remaja awal, yaitu:

- 1) Tidak stabilnya emosi
- 2) Perasaan remaja sangatlah peka, dari sangat bahagia menjadi sangat sedih, dari rasa percaya diri menjadi sangat ragu, termasuk dalam menentukan cita-cita.
- 3) Membingungkan status

Remaja manakala bertingkah laku kekanak-kanakan akan mendapat teguran sebagai orang yang sudah besar.

#### 4) Masa kritis

Scheinfield berpendapat tentang berbagai perubahan interaksi antara remaja laki-laki dan perempuan sepanjang periode remaja awal:

- a) Pada usia 11-14 tahun : menjalin kerja sama dalam berbagai kelompok dan ada pula yang mulai menjalin cinta.
- b) Pada usia 15-16/17 tahun : tidak sedikit di antara remaja laki-laki dan perempuan yang mulai berpacaran.

#### b. Ciri-ciri khas remaja akhir

Menurut Al-Migwar (2006), ciri-ciri khas remaja akhir yaitu :

##### 1) Mulai stabil

Ada faktor yang berpengaruh terhadap proses kestabilan remaja akhir yaitu sikap mendidik orang tua dan jarak tempat tinggal antara remaja dengan orang tuanya. Remaja yang tinggal jauh dari orang tuanya lebih cepat stabil dibanding remaja yang tetap tinggal bersama orang tuanya.

##### 2) Lebih matang menghadapi masalah

Bila masa remaja awal menghadapi masalah dengan sikap bingung maka remaja akhir menghadapinya dengan lebih matang dengan usaha pemecahan masalah sendiri maupun diskusi dengan teman sebaya.

### 3. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja Awal

Menurut Al-Migwar (2006), pertumbuhan dan perkembangan fisik remaja awal, yaitu:

a. Pertumbuhan kelenjar seks dan perkembangan seksual

Pertumbuhan kelenjar-kelenjar seks (*gonads*) menimbulkan perkembangan seks primer yaitu perkembangan organ-organ seks dan perkembangan seks sekunder seperti berkembangnya rambut kemaluan, berkembangnya kelenjar susu sehingga payudara menjadi lebih besar. Motivasi remaja awal untuk menikah dipengaruhi oleh pikiran mereka tentang seks dan merasakan cinta sekaligus perkawinan yang berpengaruh negatif terhadap minat mereka untuk belajar atau sekolah.

b. Pertumbuhan otak dan perkembangan kemampuan berpikir

Menurut Piaget tentang teori perkembangan anak, ciri-ciri berpikir secara sistematis dan mencakup logika yang kompleks terdapat dalam periode 11 sampai 14 tahun.

### 4. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja Akhir

Menurut Al-Migwar (2006), pertumbuhan dan perkembangan fisik remaja akhir, yaitu:

a. Pertumbuhan dan perkembangan fisik

Menurut para ahli, dalam masa remaja akhir ini terjadi penyempurnaan bentuk - bentuk tubuh.

b. Pertumbuhan kelenjar seks dan perkembangan seksual

Pada masa remaja akhir ini proses produksi kelenjar-kelenjar seks (*gonads*) tetap aktif.



c. Minat dan perilaku seks

Tekanan-tekanan sosial terutama minat remaja pada seks dan keingintahuan tentang seks mendorong remaja untuk menjalin berbagai hubungan baru yang lebih matang dengan lawan jenis. Karena minat remaja pada seks yang semakin meningkat, remaja selalu mencari informasi yang lebih banyak tentang seks dari lingkungannya seperti sekolah, teman, buku bahkan melalui uji coba seperti bercumbu, bersenggama, atau masturbasi. Informasi tersebut untuk memuaskan keingintahuan dan diperoleh pada akhir masa remaja.

d. Perkembangan heteroseksual

Sikap moral positif yang berkembang di masa lampau mulai memudar khususnya di daerah perkotaan dengan didukung mudahnya memperoleh alat-alat kontrasepsi dan legalisasi pengguguran.

Ada beberapa ciri yang membedakan perilaku heteroseksual remaja modern dengan remaja tradisional antara lain :

1) Remaja tradisional

- a) Perilaku seksual merupakan sesuatu yang tabu bagi remaja tradisional dan menimbulkan perasaan bersalah serta malu.
- b) Remaja tradisional perempuan yang bercumbu hebat dan bersenggama tidak dihargai lagi oleh remaja laki-laki

2) Remaja modern

- a) Remaja modern beranggapan bahwa segala ungkapan cinta itu baik sepanjang kedua pasangan remaja saling tertarik. Mereka menganggap hubungan seks yang dilakukan bukan atas dasar cinta tetapi hanya ikut-ikutan.

- b) Remaja modern yang hamil di luar nikah seringkali diterima oleh orang tua, dinikahkan bahkan orangtua ikut serta membesarkan dan menanggung biaya anak itu.

## **C. Kehamilan Pada Remaja**

### **1. Pengertian Kehamilan Remaja**

*Adolescent pregnancy* biasanya digunakan untuk menjelaskan kehamilan pada wanita dengan usia kurang dari 20 tahun. Kadang-kadang disebutkan walaupun semua wanita di bawah usia 20 tahun adalah remaja (Munawar, 2007).

### **2. Penyebab Kehamilan Remaja**

Menurut Manuaba (1998), masyarakat menghadapi kenyataan bahwa kehamilan pada remaja makin meningkat dan menjadi masalah. Terdapat dua faktor yang mendasari perilaku seks pada remaja yaitu:

- a. Harapan untuk kawin dalam usia yang relatif muda (20 tahun)
- b. Makin derasnya arus informasi yang dapat menimbulkan rangsangan seksual remaja terutama remaja di daerah perkotaan yang mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pra nikah dimana pada akhirnya memberikan dampak terjadinya penyakit hubungan seks dan kehamilan di luar nikah pada remaja.

Menurut Glasier (2006), penyebab kehamilan remaja, antara lain:

- a. Kehamilan remaja dikaitkan dengan keterbelakangan sosial, dengan angka tertinggi kehamilan remaja dijumpai di daerah-daerah yang terbelakang secara sosial.
- b. Faktor-faktor di dalam lingkungan keluarga dekat juga mempengaruhi kemungkinan melahirkan dini.
- c. Apabila ibu dari remaja itu sendiri atau kakak perempuannya pernah hamil di usia remaja maka risiko kehamilan remaja meningkat.
- d. Sikap terhadap seksualitas di dalam keluarga dan di dalam masyarakat secara umum juga berperan penting.

Apabila orang tua bersikap terbuka dan informatif mengenai seksualitas maka remaja lebih besar kemungkinannya menunda hubungan intim dan lebih kecil kemungkinannya mengalami kehamilan remaja. Dalam perspektif lebih luas, masyarakat yang memiliki sikap terbuka dan permisif terhadap seks dan seksualitas sebenarnya memperlihatkan angka konsepsi remaja yang lebih rendah.

### **3. Nutrisi pada Kehamilan Remaja**

Jika usia anda masih remaja, anda masih tetap bertumbuh dan mempunyai kebutuhan yang lebih besar daripada orang dewasa untuk sebagian besar nutrient. Anda perlu makan dengan baik sewaktu hamil untuk mempertahankan pertumbuhan diri anda dan juga memberi makan janin anda (Simkin, 2008).

Remaja khususnya 17 tahun atau yang lebih muda berisiko terhadap malnutrisi dan anemia karena kebutuhan nutrisi mereka untuk pertumbuhan meningkat sesuai kebutuhan tubuh normal, ditekan oleh

tuntutan metabolik karena kehamilan sehingga memerlukan peningkatan diet protein, zat besi dan kalori. Kebutuhan protein selama kehamilan untuk klien usia 15-18 tahun sama dengan 1,5 gram per kilogram berat badan hamil, untuk klien yang lebih muda dari usia 15 tahun kebutuhan sama dengan 1,7 gram per kilogram dari berat badan hamil (Doenges, 2001).

#### **4. Dampak Kehamilan Remaja**

Menurut Manuaba (1998), penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan “kurun waktu reproduksi sehat” antara umur 20 sampai 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologis, sosial, ekonomi sehingga memudahkan terjadi:

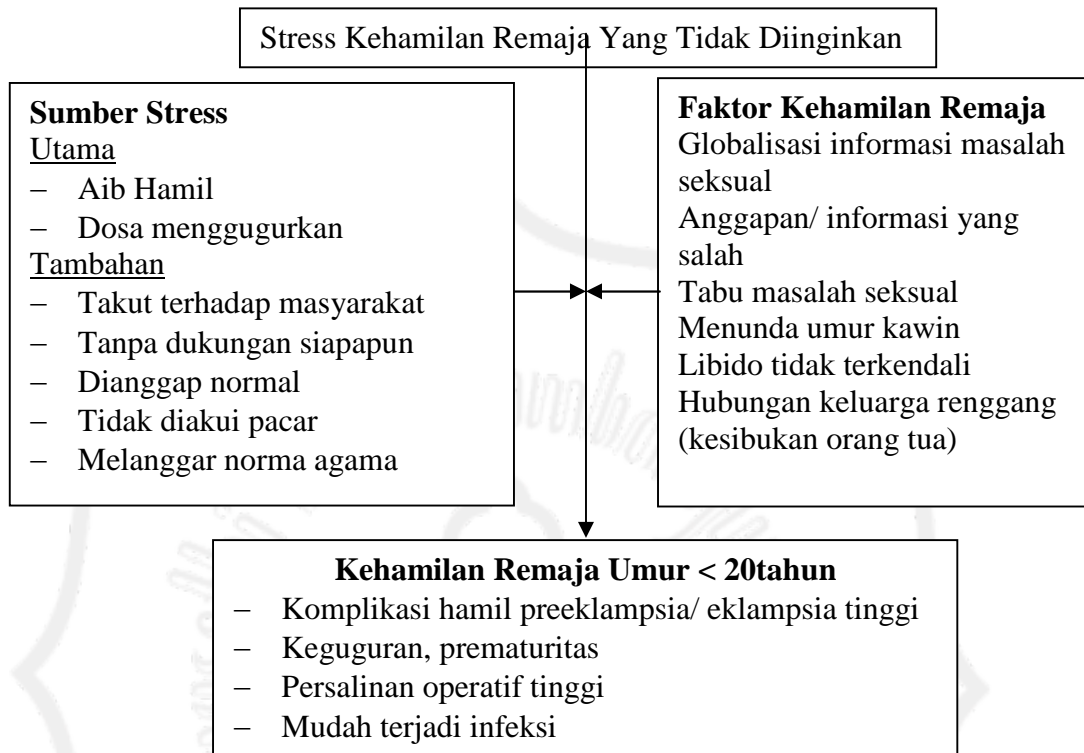
##### **a. Keguguran**

Keguguran sebagian dilakukan dengan sengaja untuk menghilangkan kehamilan remaja yang tidak dikehendaki. Keguguran sengaja yang dilakukan oleh tenaga professional dapat menimbulkan akibat samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.

##### **b. Keracunan kehamilan (gestosis)**

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk pre eklampsia/eklampsia memerlukan perhatian yang serius karena dapat menyebabkan kematian.

Menurut Manuaba (2008), penyebab kehamilan pada remaja dan komplikasi yang ditimbulkan dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.1. Stress pada remaja dengan kehamilan tidak diinginkan

Menurut Munawar (2007), pada kehamilan remaja yang menderita psikososial yang berat akibat kurang diterima di masyarakat, tidak punya pekerjaan, tidak punya suami, tidak punya tempat tinggal, dan masih hidup tergantung dengan orang tua dapat mengakibatkan stress. Stress ini dapat berakibat buruk pada kehamilan dan pertumbuhan janin maupun ibunya.

## 5. Strategi untuk Mengurangi Kehamilan Remaja

Menurut Glasier (2006), strategi untuk mengurangi kehamilan remaja dengan meningkatkan pendidikan. Pendidikan seks di sekolah berperan penting dalam menurunkan kehamilan remaja. Program

pendidikan seks lebih besar kemungkinannya berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan.

Menurut Manuaba (2008), masalah hamil remaja sudah jauh masuk ke pedesaan sehingga bidan dapat memegang peranan penting dengan jalan :

- a. Menjadi narasumber tentang informasi kesehatan remaja
- b. Memberi nasehat tentang masalah seksual
- c. Menyediakan metode keluarga berencana darurat yang dapat menghindari kehamilan dengan keterlambatan menstruasi dalam waktu singkat.

#### **D. Pre Eklampsia atau Eklampsia**

##### **1. Pengertian**

Menurut Hariadi (2004), dahulu disebut Pre Eklampsia jika dijumpai trias tanda klinik yaitu hipertensi, edema, dan proteinuria. Tetapi sekarang edema tidak lagi dimasukkan dalam kriteria diagnostik karena edema juga dijumpai pada kehamilan normal. Pengukuran tekanan darah harus diulang berselang 4 jam, tekanan darah diastole 90 mmHg digunakan sebagai pedoman:

- a. Pre eklampsia ringan adalah jika tekanan darah  $\geq 140$ mmHg tapi  $<160/110$  mmHg dan proteinuria +1.
- b. Pre eklampsia berat adalah jika tekanan darah  $> 160/110$  mmHg, proteinuria  $\geq +2$  dapat disertai keluhan subjektif seperti nyeri epigastrium, sakit kepala, gangguan penglihatan dan oliguria.

- c. Eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang dan atau koma. Sebelumnya wanita ini menunjukkan gejala-gejala pre eklampsia berat (kejang timbul bukan akibat kelainan neurologik).

## 2. Etiologi/ Patogenesis

Etiologi dan patogenesis pre eklampsia sampai saat ini masih belum sepenuhnya dipahami, masih banyak ditemukan kontroversi itulah sebabnya penyakit ini sering disebut "*the disease of theories*". Pada saat ini hipotesis utama yang dapat diterima untuk menerangkan terjadinya pre eklampsia adalah : faktor imunologi, genetik, penyakit pembuluh darah dan keadaan dimana jumlah trofoblast yang berlebihan dan dapat mengakibatkan ketidakmampuan invasi trofoblast terhadap arteri spiralis pada awal trimester satu dan trimester dua. Hal ini menyebabkan arteri spiralis tidak dapat berdilatasi dengan sempurna dan mengakibatkan turunnya aliran darah di placentae. Berikutnya akan terjadi stress oksidasi, peningkatan radikal bebas, disfungsi endotel, agregasi dan penumpukan trombosit yang dapat terjadi di berbagai organ (Hariadi, 2004).

## 3. Faktor Risiko Pre Eklampsia atau Eklampsia

Menurut Wijayarini (2002), pre eklampsia dan risiko eklampsia lebih banyak terjadi pada :

- a. Primigravida (terutama remaja dan wanita di atas 35 tahun)
- b. Wanita dengan hipertensi essensial
- c. Wanita dengan hamil kembar, diabetes, mola hidatidosa, polihidramnion

d. Wanita dengan riwayat pre eklampsia atau eklampsia pada kehamilan sebelumnya

Menurut Wijayarini (2002), faktor risiko masyarakat berikut mengakibatkan ancaman kematian eklampsia semakin besar yaitu meliputi: kurangnya kesadaran mengenai gejala pre eklampsia dan pentingnya perawatan antenatal, masalah transportasi, status sosial ekonomi rendah (ini karena kehamilan usia muda lebih umum terjadi pada orang miskin), ketidakpercayaan masyarakat pada petugas kesehatan.

#### 4. Pembagian Pre Eklampsia

Pembagian pre eklampsia berdasarkan keparahan penyakit dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.1. Pembagian Pre Eklampsia Berdasarkan Keparahan Penyakit

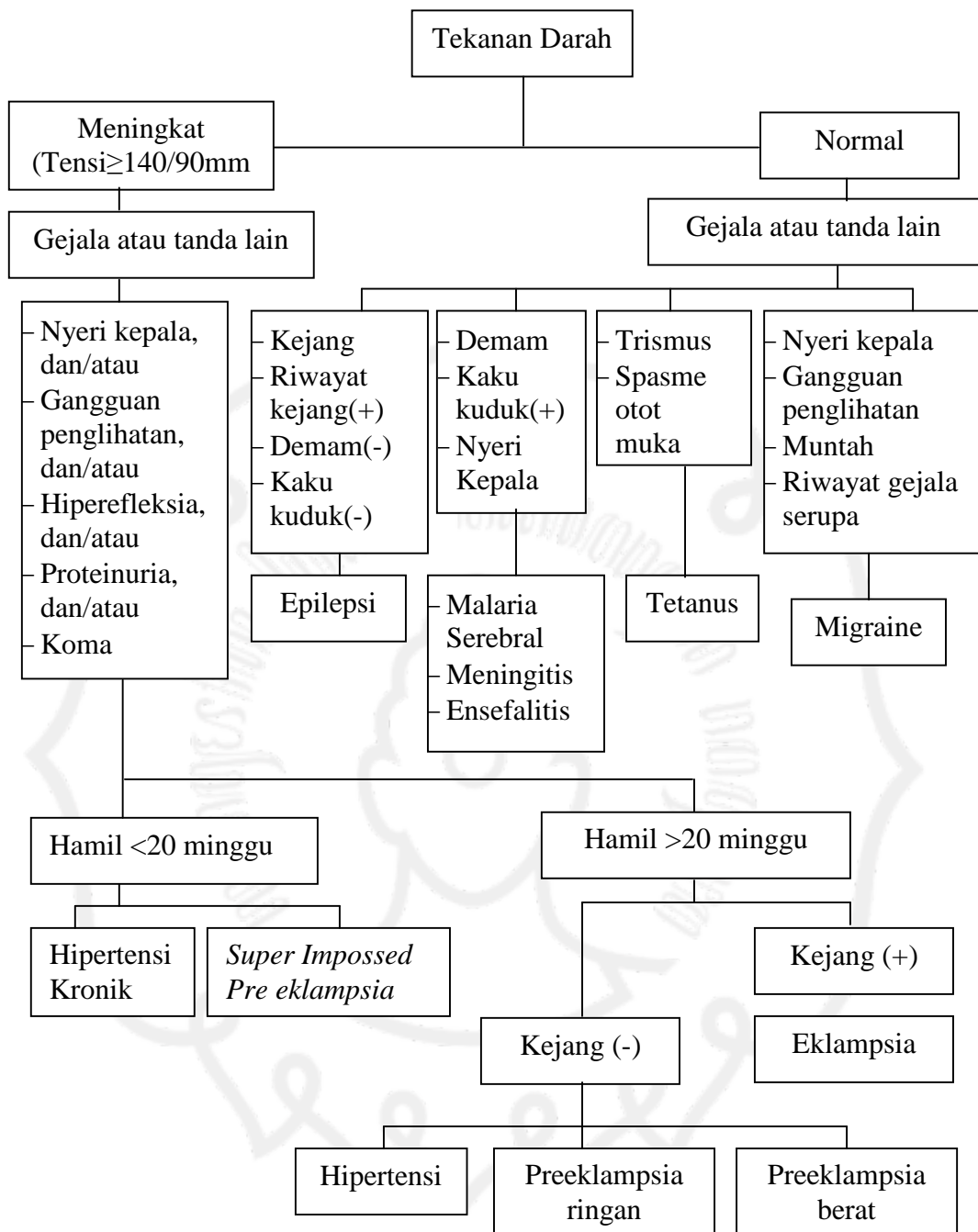
Kelainan	Ringan	Berat
Tekanan diastolic	< 100 mmHg	≥110mmHg
Proteinuria	+1	Persisten ≥+2
Sakit Kepala	-	+
Gangguan penglihatan	-	+
Nyeri perut bagian atas	-	+
Oliguria	-	+
Kejang (eklampsia)	-	+
Kreatinin serum	-	meningkat
Trombositopenia	-	+
Peningkatan enzim hati	-	nyata
Restriksi pertumbuhan Janin	-	+

Sumber: Ilmu Kedokteran Fetomaternal. 2004. Hal : 49

#### 5. Penilaian Klinik

Jalur penilaian klinik pada hipertensi kehamilan dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 2.2 Jalur Penilaian Klinik

## 6. Gambaran Klinis

Menurut Varney (2004), tanda klasik preeklampsia adalah:

### a. Hipertensi

- 1) Tekanan darah 140 / 90 mmHg
- 2) Peningkatan 30 mmHg pada tekanan sistolik dan atau 15 mmHg pada tekanan diastolik melebihi batasan tekanan darah darah normal wanita tersebut
- 3) Tekanan darah arterial sama atau lebih dari 105 mmHg dengan pembacaan dua kali berjarak 6 jam
  - a) Pada kenyataannya, pembacaan kedua dilakukan keesokan harinya
  - b) Tekanan darah arterial rata-rata dihitung sebagai berikut :

$$MAP = \frac{(D \times 2) + S}{3}$$

Keterangan : MAP : tekanan rata-rata arterial

D : tekanan diastolik

S : tekanan sistolik

### b. Proteinuria

- 1) Protein dalam urin pada konsentrasi lebih dari 0,3 gram dalam specimen setelah 24 jam, atau
- 2) Protein dalam urin melebihi (1 gram per liter 1+ hingga 2+ dengan standar metode turbidimetri)

- a) Pengambilan acak, hindari specimen yang diambil saat pertengahan urinasi (dapat menghilangkan kontaminasi protein akibat infeksi vagina)
- b) Pada satu atau dua kejadian yang setidaknya berbeda 6 jam saat diketahui tidak ada infeksi saluran kemih

Menurut Manuaba (2008), gambaran klinis pre eklampsia atau eklampsia dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Hipertensi. Kenaikan tekanan darah sistolik dan diastolic 30 mmHg atau 15 mmHg. Tekanan darah absolut 140/90 mmHg atau 160/110 mmHg yang diambil selang 6 jam dalam keadaan istirahat.
- b. Proteinuria, menunjukkan komplikasi lanjut hipertensi dalam kehamilan dengan kerusakan ginjal sehingga beberapa bentuk protein lolos dalam urine. Protein dalam urine normalnya tidak lebih dari 0,3 gram dalam 24 jam. Proteinuria menunjukkan komplikasi hipertensi dalam kehamilan lanjut sehingga memerlukan perhatian khusus.
- c. Kejang (konvulsi), menunjukkan kelanjutan komplikasi menjadi eklampsia yang menyebabkan terjadi angka kematian ibu tinggi dan dapat diikuti angka kematian perinatal yang tinggi pula. Kejang menunjukkan telah terjadi kemungkinan perdarahan nekrosis dalam edema.
- d. Koma. Kelanjutan kejang pada otak dapat diikuti koma sebagai manifestasi dari cedera cerebrovaskuler (stroke) dengan menimbulkan perdarahan nekrosis sehingga terjadi koma.

## 7. Penatalaksanaan pre eklampsia

### a. Penatalaksanaan preeklampsia ringan

Penatalaksanaan pre eklampsia ringan:

- 1) Banyak istirahat (berbaring, tidur miring)
- 2) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 3) Sedativa ringan (kalau tidak bisa istirahat) tablet fenobarbital 3x30mg per oral selama 7 hari atau tablet diazepam 3x2mg per oral selama 7 hari.
- 4) Roboransia
- 5) Kunjungan ulang tiap 1 minggu.

Jika di rawat di Puskesmas atau Rumah Sakit :

- 1) Pada kehamilan preterm (37 minggu)
  - a) Bila tekanan darah mencapai normotensif selama perawatan, persalinannya ditunggu sampai aterm.
  - b) Bila tekanan darah turun, tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan, maka kehamilannya dapat diakhiri pada umur kehamilan >37 minggu

### 2) Pada Kehamilan aterm (37 minggu)

Persalinan ditunggu spontan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan.

### 3) Cara persalinan

Persalinan dapat dilakukan spontan, bila perlu memperpendek kala II dengan bantuan tindakan bedah obstetri.

b. Penatalaksanaan preeklampsia berat

Menurut Hariadi (2004), penanganan preeklampsia berat, yaitu:

1) Pengobatan Medisinal

a) Tirah baring

b) Oksigen

c) Kateter menetap

d) IVFD : Ringer Asetat, Ringer Asetat, Koloid

e) Jumlah input cairan : 2000 ml/ 24jam, berpedoman pada diuresis, *insensible water loss* dan CVP. Awasi balans cairan.

f) Magnesium sulfat

*Initial dose*

(1) Loading dose : 4 gram MgSO<sub>4</sub> 20% IV (4-5menit)

(2) 8 gram 40% bokong kanan, 4 gram bokong kiri

*Maintenance dose:* 4 gram MgSO<sub>4</sub> 40% setiap 4 jam, dapat diberikan secara IV.

g) Antihipertensi diberikan jika tekanan darah > 110 mmHg. Dapat diberikan nifedipin sublingual 10mg. Setelah 1 jam, jika tekanan darah masih tinggi dapat diberikan nifedipin ulangan 5-10 mg sublingual atau oral dengan interval 1 jam, 2 jam atau 3 jam sesuai kebutuhan. Penurunan tekanan darah tidak boleh terlalu agresif. Tekanan darah diastol kurang dari 90 mmHg, penurunan tekanan darah maksimal 30%. Penggunaan nifedipin sangat dianjurkan karena harganya murah, mudah didapat dan mudah pengaturan dosisnya dengan efektifitas yang cukup baik.

- h) Diuretikum tidak diberikan kecuali jika ada: edema paru, gagal jantung kongestif, edema anasarka.
- i) N-acetyl Cystein 3 x 600 mg
- j) Jika pasien koma, diberikan perawatan koma di ICU
- k) Konsul ke bagian interna, hematologi, mata, neurologi jika perlu.
- l) Jajaki kemungkinan terjadinya komplikasi sindroma HELLP, gagal ginjal, edema paru, solusio plasenta, DIC, stroke.
- m) Jika dijumpai sindroma HELLP, beri deksametason 10 mg/ 12 jam IV 2x sebelum persalinan, dilanjutkan dengan deksametason 10, 10, 5,5 mg/ jam IV dengan interval 6 jam postpartum. Kelahiran bayi diharapkan terjadi dalam 48 jam setelah pemberian deksametason yang pertama.
- n) Syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>
- (1) Harus tersedia antidotum MgSO<sub>4</sub> yaitu Kalsium Glukonas 10% (1 gram dalam 10cc) diberikan IV 3 menit dalam keadaan siap pakai.
  - (2) Refleks patella (+) kuat
  - (3) Frekuensi pernafasan > 16 x/ menit
  - (4) Produksi urine > 100cc dalam 4 jam sebelumnya (0,5cc/kgbb/jam)
- 2) Pengobatan Obstetrik
- Pada keadaan ibu sudah stabil, tetapkan suatu keputusan apakah dilakukan terminasi kehamilan atau tindakan konservatif dengan mempertimbangkan usia kehamilan dan keadaan janin.

- a) Tekanan darah terkontrol < 160/ 110 mmHg
  - b) Oliguria respon dengan pemberian cairan
  - c) Tidak dijumpai nyeri epigastrik
  - d) Usia kehamilan < 34 minggu
  - e) Kalau penyakit berkembang menjadi sindroma HELLP murni cenderung dilakukan tindakan penanganan aktif
  - f) Jika serviks sudah matang dan tidak ada kontra indikasi obstetrik dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin drips dan amniotomi. Kala II dipercepat dengan Ekstraksi vakum atau Ekstraksi forcep
  - g) Seksio sesarea dilakukan pada :
    - 1) Skor pelvik di bawah 5
    - 2) Dengan drip oksitosin, setelah 12jam belum ada tanda-tanda janin akan lahir per vaginam.
- c. Penatalaksanaan Eklampsia

Menurut Hariadi (2004), penanganan eklampsia yaitu :

1) Pengobatan Medisinal

a) MgSO<sub>4</sub>

Cara pemberian sama dengan pada pasien pre eklampsia berat.

Bila kejang berulang diberikan MgSO<sub>4</sub> 20% 2 gram IV diberikan sekurang-kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir. Bila setelah diberikan dosis tambahan masih tetap kejang dapat diberikan amobarbital 3-5 mg/ kgBB IV perlahan-lahan.

- b) Infus Ringer Laktat atau Ringer Asetat. Jumlah cairan dalam 24 jam sekitar 2000 ml, berpedoman kepada *diuresis*, *insensibel water loss*, dan *CVP*.
- c) Perawatan pada serangan kejang :
- 1) Dirawat di kamar isolasi yang cukup tenang
  - 2) Masukkan sudip lidah (*tongue spatel*) ke dalam mulut pasien.
  - 3) Kepala direndahkan, lendir diisap dari daerah *orofarynx*.
  - 4) Fiksasi badan pada tempat tidur harus cukup kendur guna menghindari fraktur.
  - 5) Pemberian oksigen
  - 6) Dipasang kateter menetap (*folley kateter*)
- d) Perawatan pada penderita koma :
- 1) Monitoring kesadaran dan dalamnya koma memakai "*Glasgow-Pittsburg Coma Scale*"
  - 2) Perlu diperhatikan pencegahan dekubitus dan makanan pasien.
  - 3) Pada koma yang lama (> 24jam), makanan melalui hidung (*Naso Gastric Tube - NGT*)
  - 4) Diuretikum dan anti hipertensi sama seperti pre eklampsia berat
  - 5) Kardiotonikum (*cedilanid*) jika ada indikasi.
  - 6) Tidak ada respon terhadap penanganan konservatif pertimbangkan seksio sesarea.
- 2) Pengobatan Obstetrik
- a) Semua kehamilan dengan eklampsia harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin.



b) Terminasi kehamilan

Sikap dasar: bila sudah stabilisasi (pemulihan) hemodinamika dan metabolisme ibu, yaitu 4-8 jam setelah salah satu atau lebih keadaan di bawah ini :

- 1) Setelah pemberian obat anti kejang terakhir
  - 2) Setelah kejang terakhir
  - 3) Setelah pemberian obat-obat anti hipertensi berakhir
  - 4) Penderita mulai sadar (responsive dan orientasi)
- c) Bila anak hidup SC dapat dipertimbangkan.

## **E. Pedesaan**

### **1. Pengertian Pedesaan**

Dalam masyarakat modern, sering dibedakan antara masyarakat pedesaan dengan masyarakat perkotaan *rural community* dan *urban community* (Soekanto,1990).

Pemerintah pedesaan menurut Undang-Undang No.5 Tahun 1979 adalah satuan administrasi pemerintahan yang dilakukan oleh kepala desa hasil pemilihan rakyat yang memiliki pemerintahan sendiri atau mempunyai Lembaga Musyawarah Desa (Budi Sulisty, 2004).

### **2. Ciri-ciri pedesaan**

Menurut Budi Sulisyo (2004), ciri-ciri pedesaan yaitu:

- a. Perbandingan lahan dengan manusia yang besar

- b. Penduduknya menggantungkan hidup pada alam atau lapangan kerjanya bersifat agraris
- c. Hubungan antara penduduk akrab
- d. Tradisi dan pandangan hidup penduduk tidak variatif
- e. Pemukiman penduduk tersebar dalam lingkungan alam yang wajar

## **F. Perkotaan**

### **1. Pengertian Perkotaan**

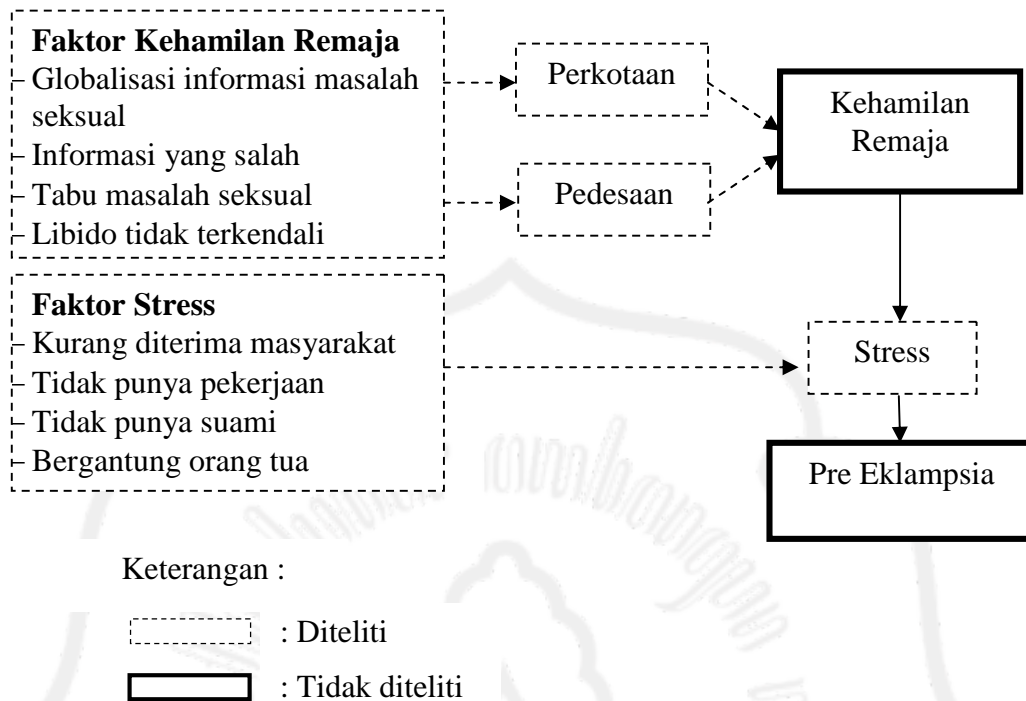
Pemerintah perkotaan menurut Undang-Undang No.5 Tahun 1979 adalah satuan administrasi pemerintahan yang dilakukan oleh seorang pegawai negeri yang tidak memiliki pemerintahan sendiri atau tidak mempunyai Lembaga Musyawarah Desa (Budi Sulisty, 2004).

### **2. Ciri-ciri perkotaan**

Menurut Budi Sulisyo (2004), ciri-ciri pedesaan yaitu :

- a. Lingkungan tertata dengan bangunan yang rapi
- b. Jumlah penduduk banyak dan padat
- c. Penduduknya bersifat materialistis dan mayoritas bermata pencaharian non agraris.
- d. Hubungan antarpenduduk kurang akrab
- e. Lingkungan perkotaan pada umumnya bersifat mandiri atau memiliki fasilitas lebih lengkap.

### G. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka konseptual

### H. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah “kehamilan remaja di perkotaan mempunyai resiko lebih tinggi ter pre eklampsia daripada kehamilan remaja di pedesaan”.

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah analitik yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi yang pada umumnya berusaha menjawab pertanyaan mengapa (*why*) (Notoatmodjo, 2005).

##### **B. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dimana faktor-faktor resiko dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat/ *point time approach* (Notoatmodjo, 2005).

##### **C. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni Tahun 2009.

##### **D. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2005).

1. Populasi aktual : seluruh perempuan yang hamil pada usia remaja dengan komplikasi kehamilan preeklampsia.

2. Populasi target : seluruh perempuan yang hamil di bawah usia 20 tahun yang dirawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

#### **E. Sampel Penelitian**

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 30 sampel sebagai syarat minimal sampel yang datanya akan dianalisis secara statistika dengan analisis bivariat. Analisis bivariat merupakan analisis yang melibatkan sebuah variabel dependen dan sebuah variabel independen (Bhisma Murti, 1994).

#### **F. Kriteria Restriksi Sampel**

##### 1. Kriteria Inklusi

Seluruh ibu yang hamil di bawah usia 20 tahun yang dirawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

##### 2. Kriteria Eksklusi

- a. Ibu hamil normal
- b. Ibu hamil dengan usia lebih dari atau sama dengan 20 tahun.
- c. Ibu hamil yang berusia remaja dengan pre eklampsia yang tinggal di desa dan bekerja di kota.

#### **G. Identifikasi Variabel**

1. Variabel Bebas : ibu yang hamil di bawah usia 20 tahun

2. Variabel Terikat : komplikasi kehamilan dengan pre eklampsia dengan tanda klinik hipertensi dan proteinuria.

## H. Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel yang diteliti adalah :

1. Kehamilan remaja yaitu kehamilan pada wanita dengan usia kurang dari 20 tahun. Dengan skala yang digunakan yaitu data dikotomi meliputi ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun di pedesaan dan ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun di perkotaan.
2. Pre Eklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Dalam penelitian ini skala yang digunakan yaitu data dikotomi meliputi ibu dengan pre eklampsia dan ibu hamil tidak pre eklampsia.
3. Definisi pedesaan adalah wilayah di luar kecamatan kota.
4. Definisi perkotaan adalah wilayah di dalam kecamatan kota.

## I. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan yaitu laporan data rekam medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2008.

## J. Analisis Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan disusun dalam tabel kontigensi ukuran 2 x 2 kemudian dihitung berapa *Relatif Risk* (RR). Setelah itu data diuji dengan metode statistik uji *chi square* untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan dengan tingkat signifikansi (*p*).



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian tentang hubungan antara kehamilan remaja dengan pre eklampsia di pedesaan dan perkotaan, dengan hasil sebagai berikut:

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di instalasi catatan medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Juni 2009. Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah kelas A yang akan menuju ke *World Class Hospital* beralamat di Jl. Kolonel Sutarto No. 132, Surakarta. RSUD Dr. Moewardi merupakan rumah sakit rujukan yang memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan fungsi pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sebaik-baiknya yang diabdikan bagi kepentingan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. RSUD Dr. Moewardi Surakarta terdiri dari beberapa unit, salah satunya adalah unit catatan medik. Visi RSUD Dr. Moewardi adalah menjadi pilihan utama masyarakat Jawa Tengah Tahun 2010, dengan menjalankan Misinya yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu prima dan memuaskan, memberikan pelayanan yang terjangkau bagi semua golongan masyarakat, dan memberikan kontribusi nyata untuk pendidikan dan penelitian kesehatan yang terintegrasi dengan pelayanan dalam rangka peningkatan mutu sumber daya manusia dan ilmu pengetahuan serta teknologi kesehatan.



## B. Cakupan Wilayah Responden

Responden dalam penelitian ini mengambil sampel dengan jumlah yang sama untuk masing-masing wilayah kota dan desa. Untuk wilayah perkotaan meliputi adalah kelurahan atau desa yang masuk dalam wilayah ibu kota kecamatan, antara lain tersebar di Kota Surakarta (Pasar Kliwon, Laweyan, Banjarsari, Jebres), Karanganyar (Dagen), Sragen (Masaran), Sukoharjo (Kartasura). Sedangkan untuk wilayah desa adalah wilayah yang relatif jauh dari ibu kota kecamatan, meliputi Boyolali (Tegalon, Ngemplak, Girioto), Sukoharjo (Polokarto, Mojolaban), Karanganyar (Macanan Kebakkramat), Sragen (Plupuh), Sleman (Pakem), Bandung (Kampung Pareang).

## C. Hasil Penelitian

### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan**

No.	Jenjang Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
1.	SD	7	23,3
2.	SMP	19	63,4
3.	SMA	4	13,3
Total		30	100

Sumber: Data Sekunder Rekam Medik tahun 2009

Berdasarkan tabel 4.1 tersebut dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan formal yang ditempuh oleh sebagian besar responden, yaitu SMP sebanyak 19 orang (63,4%), SD sebanyak 7 orang (23,3%), dan SMA sebanyak 4 orang (13,3%).

## 2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persen (%)
1.	IRT	24	75
2.	Swasta	6	25
	Total	30	100

Sumber: Data Sekunder Rekam Medik tahun 2009

Berdasarkan tabel 4.2 tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga (IRT), yaitu sebanyak 24 orang (75%) dan sebagian kecil bekerja di sektor swasta, yaitu sebanyak 6 orang (25%).

## 3. Distribusi Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia di Pedesaan

**Tabel 4.3 Distribusi Pre Eklampsia pada Kehamilan Remaja di Pedesaan**

No.	Pre eklampsia	Frekuensi	Persen (%)
1.	Ya	3	20
2.	Tidak	12	80
	Total	15	100

Sumber: Data Sekunder Rekam Medik tahun 2009

Berdasarkan Tabel 4.3 tersebut dapat diketahui bahwa remaja yang hamil di pedesaan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 12 orang (80%) dan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 3 orang (20%).

## 4. Distribusi Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia di Perkotaan

**Tabel 4.4 Distribusi Pre Eklampsia pada Kehamilan Remaja di Perkotaan**

No.	Pre eklampsia	Frekuensi	Persen (%)
1.	Ya	10	66,7
2.	Tidak	5	33,3
	Total	15	100

Sumber: Data Sekunder Rekam Medik tahun 2009

Berdasarkan Tabel 4.4 tersebut dapat diketahui bahwa remaja yang hamil di perkotaan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 10 orang (66,7%) dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 5 orang (33,3%).

#### 5. Hubungan Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia

**Tabel 4.5 Hubungan Kehamilan Remaja dengan Pre Eklampsia**

Pre Eklampsia \ Kehamilan Remaja	Kehamilan Remaja di pedesaan	Kehamilan Remaja di perkotaan	Jumlah
Pre Eklampsia (+)	3	10	13
Pre Eklampsia (-)	12	5	17
Total	15	15	30

Sumber: Hasil olah data SPSS 15.00

Dari data di atas dapat diketahui remaja yang hamil di wilayah desa yang mengalami pre eklampsia sebanyak 3 orang, dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 12 orang, remaja yang hamil di wilayah kota yang mengalami pre eklampsia sebanyak 10 orang dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 5 orang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan SPSS versi 15 didapat hasil RR untuk kota = 2,615 dengan nilai CI (*Confidence Interval*) = (1,226-51,984). Dapat disimpulkan bahwa kehamilan pada remaja di perkotaan berisiko menaikkan pre eklampsia 2,615 kali terjadi pre eklampsia di pedesaan.

Dan dari hasil uji  $X^2$  didapatkan hasil  $X^2$  hitung  $4,724 > X^2$  Tabel (3,84) atau  $p(0,030) < \alpha(0,050)$  dapat diartikan wilayah desa ataupun kota (faktor wilayah) signifikan sebagai faktor risiko kejadian pre eklampsia. Dengan CI (*Confidence Interval*) = (1,226-51.984) karena tidak mengandung nilai nol maka sekali lagi terbukti faktor wilayah sebagai faktor risiko terjadinya pre eklampsia.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Penyulit kehamilan remaja mempunyai risiko lebih tinggi dibandingkan “kurun waktu reproduksi sehat” antara umur 20 sampai 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologis, sosial, ekonomi sehingga memudahkan terjadi pre eklampsia atau keracunan kehamilan (Manuaba, 2008).

Dalam Hoffert et al (2002) menyebutkan bahwa dari pertimbangan psikologis, remaja merupakan kelanjutan dari masa kanak-kanak yang masih memiliki kebutuhan bermain dengan teman sebaya dan kebutuhan untuk diperhatikan sehingga pada umumnya emosinya belum cukup matang untuk menghadapi lingkungan rumah tangga sehingga dapat menyebabkan stress pada waktu remaja tersebut hamil. Stress ini dapat mengakibatkan keluaran obstetri yang buruk. Hal ini didukung Abadi (2004), remaja yang hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol kehamilan sehingga dapat meningkatkan berbagai komplikasi dalam kehamilan.

Dari hasil pengamatan kami didapatkan hasil bahwa sampel pada kehamilan pada usia remaja dengan pre eklampsia di wilayah pedesaan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 3 orang, dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak

12 orang, remaja yang hamil di wilayah perkotaan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 10 orang dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 5 orang.

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan formal yang ditempuh oleh sebagian besar responden yaitu SMP sebanyak 19 orang (63,4%), SD sebanyak 7 orang (23,3%), dan SMA sebanyak 4 orang (13,3%). Hal ini sesuai dengan Glasier (2006), 30% dari wanita yang mengenyam pendidikan kurang 10 tahun akan menikah sebelum usia 18 tahun, berbeda dengan para wanita yang mengenyam pendidikan lebih dari 10 tahun maka perkawinan dini terjadi kurang dari 10%.

Dari Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebanyak 24 orang (75%) dan sebagian kecil bekerja di sektor swasta yaitu sebanyak 6 orang (25%). Hal ini sesuai dengan penelitian Olausson et al 1997 dalam Munawar (2007), yang menyatakan banyak responden pada kehamilan remaja tidak bekerja sehingga menyebabkan keadaan sosial ekonominya kurang baik, masih ditanggung oleh orang tua.

Dari Tabel 4.3 distribusi kehamilan remaja di pedesaan dapat diketahui yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 12 orang (80%) dan yang mengalami pre eklampsia sebanyak 3 orang (20%). Hal ini sependapat dengan Miller et al (1996), menyebutkan banyak komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan remaja baik dalam kehamilan maupun persalinan. Dalam Abadi (2004), remaja yang hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol kehamilan yang dapat meningkatkan berbagai komplikasi dalam kehamilan. Ketidakteraturan tersebut mungkin disebabkan pendapatan keluarga yang kurang memadai karena masih bergantung kepada orang tua.

Konje *et al* (1992 dalam Glasier 2006), bahwa kehamilan remaja berusia 16 atau kurang selama hamil lebih besar kemungkinannya mengalami komplikasi dalam kehamilan. Hal tersebut disebabkan karena keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil ditambah tekanan (stress) psikologis. Dalam Munawar (2007) menyebutkan bahwa stress pada kehamilan remaja dapat disebabkan karena kurang diterima di masyarakat, tidak punya tempat tinggal, dan masih hidup tergantung dengan orang tua. Stress ini dapat berakibat buruk pada kehamilan dan pertumbuhan janin maupun ibunya.

Tabel 4.4 berdasarkan distribusi kehamilan remaja di perkotaan tersebut dapat diketahui yang mengalami pre eklampsia sebanyak 10 orang (66,7%) dan yang tidak mengalami pre eklampsia sebanyak 5 orang (33,3%). Menurut Munawar (2007) Hal tersebut disebabkan karena sikap moral positif yang berkembang di masa lampau mulai memudar khususnya di daerah perkotaan. Manuaba (2008) juga menjelaskan dengan makin deras nya arus informasi yang dapat menimbulkan rangsangan seksual remaja terutama remaja di daerah perkotaan yang mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pra nikah dimana pada akhirnya memberikan dampak terjadinya kehamilan pada remaja.

Tabel 4.5 menunjukkan perbandingan kejadian pre eklampsia di wilayah perkotaan dan pedesaan yang didasarkan pada umur kehamilan pada remaja. Hasil menunjukkan risiko terjadinya pre eklampsia lebih besar untuk wilayah perkotaan. Hasil uji statistik didapatkan hasil RR untuk kota = 2,615 dengan nilai CI (*Confidence Interval*) = (1,226- 51,984). Dapat disimpulkan bahwa kehamilan pada remaja di perkotaan berisiko menaikkan pre eklampsia 2,615 kali daripada

kehamilan remaja di pedesaan.  $p (0,030) < \alpha (0,050)$  menunjukkan secara statistika bermakna adanya hubungan yang signifikan antara kehamilan pada remaja di wilayah perkotaan dan pedesaan dengan kejadian pre eklampsia, sehingga disimpulkan wilayah merupakan faktor risiko yang berpengaruh pada kejadian pre eklampsia pada usia kehamilan remaja.



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

Hasil penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kehamilan remaja di wilayah pedesaan dan perkotaan dengan kejadian pre eklampsia, dapat disimpulkan:

1. Di wilayah pedesaan, dari 15 responden, 3 responden positif pre eklampsia dan 12 responden negatif pre eklampsia.
2. Di wilayah perkotaan, dari 15 responden 10 responden positif pre eklampsia dan 5 negatif pre eklampsia.
3. Kehamilan remaja di perkotaan mempunyai faktor risiko 2,615 kali terjadi pre eklampsia dibandingkan kehamilan remaja di pedesaan, dengan nilai *CI (Confidence Interval)* 1,226- 51.984 dan  $p\ 0,03 < 0,05$ , maka secara statistika bermakna ada hubungan yang signifikan.

#### B. SARAN

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat:

1. Menambah pengetahuan di dalam mengidentifikasi kehamilan remaja dengan pre eklampsia dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.
2. Memberikan masukan kepada tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik pada kelompok remaja yang hamil diharapkan dapat menekan kejadian pre eklampsia.

### DAFTAR PUSTAKA



- Al-Mighwar, Muhammad. 2006. *Psikologi Remaja*. Bandung : Pustaka Setia. H:59-147.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta. H:160.
- Bhisma Murti. 1994. *Penerapan Metode Statistik Non Parametrik Dalam Ilmu-Ilmu Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press. H:136
- BPS. 2005. Rata-Rata Umur Perkawinan Perempuan Menurut Daerah Dan Propinsi. Dalam [www.datastatisticindonesia.com/component/option,com\\_tabel/kat,6/idtabel,141/itemid,168/](http://www.datastatisticindonesia.com/component/option,com_tabel/kat,6/idtabel,141/itemid,168/). Diakses tanggal 21 Maret 2009 pukul 18.30 WIB.
- .2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2002-2003*. USA: ORC Makro. H:51.
- Budi Sulisty, Hasan et.al. 2004. *Geografi Untuk SMP Kelas VII*. Jakarta: Erlangga. H:215-217.
- Burst, Helen Varney. 2004. *Ilmu Kebidanan (Varney's Midwifery 3 rd.ed)*. Bandung : Sekeloa Publisier. H:315.
- Depkes.2008. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Dalam [www.depkes.go.id/profilkesehatan-indonesia2007.html](http://www.depkes.go.id/profilkesehatan-indonesia2007.html). Diakses tanggal 20 April 2009 pukul 11.15 WIB.
- Dinkes Jatim. 2008. *Rapat Terbatas Bidang Kesehatan*. Dalam [www.dinkesjatim.go.id/berita-index.html](http://www.dinkesjatim.go.id/berita-index.html). Diakses tanggal 21 Maret 2009 pukul 18.30 WIB.
- Dinkes Surakarta. 2007. *Derajat kesehatan penduduk merupakan salah satu indikator kualitas SDM*. Dalam [www.surakarta.go.id/kspsolo/index.php?option=isi&tak=view&id=50itemid=85](http://www.surakarta.go.id/kspsolo/index.php?option=isi&tak=view&id=50itemid=85). Diakses 28 April 2009 pukul 12.00 WIB.
- Doengoes, Marilyn E. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi Pedoman Untuk*

- Perencanaan Dan Dokumentasi Perawatan Klien*. Jakarta : EGC. H:148.
- Glasier, Anna et.al. 2006. *Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC. H: 230-246.
- Hariadi, R. 2004. *Ilmu Kedokteran Fetomaternal*. Surabaya: Himpunan Kedokteran Fetomaternal Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. H: 494
- Harsono, Eko B. 2008. *Selamatkan Ibu dan Anak Indonesia*. Dalam [www.suarapembaruan.com](http://www.suarapembaruan.com). Diakses tanggal 21 Maret 2009 pukul 18.30 WIB.
- Hoffert, et al. 2002. *Early Childbearing and Children Achievement and Behaviour Over Time Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. H:34.
- Manuaba et.al. 2008. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta : EGC . H: 59, 251-261.
- Miller, et al. 1996. *Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association*. *Obstet Gynecol* 1996; 83-88
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid I Edisi 2*. Jakarta : EGC. H:199.
- Munawar. 2007. *Hubungan antara kejadian persalinan pre term dengan adolescence pregnancy*. Tesis.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. H:79,145-146.
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Surabaya: Salemba Medika. H: 95-96.
- Papalia, Diane et al. 2008. *Human Development Psikologi Perkembangan Edisi 9*. Jakarta: Prenada Media Group. H: 534.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal Edisi 1 Cetakan Ketiga*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. H: 89-90.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2004. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*

*Maternal dan Neonatal Edisi Pertama Cetakan Ketujuh.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. H: N-2, M-37

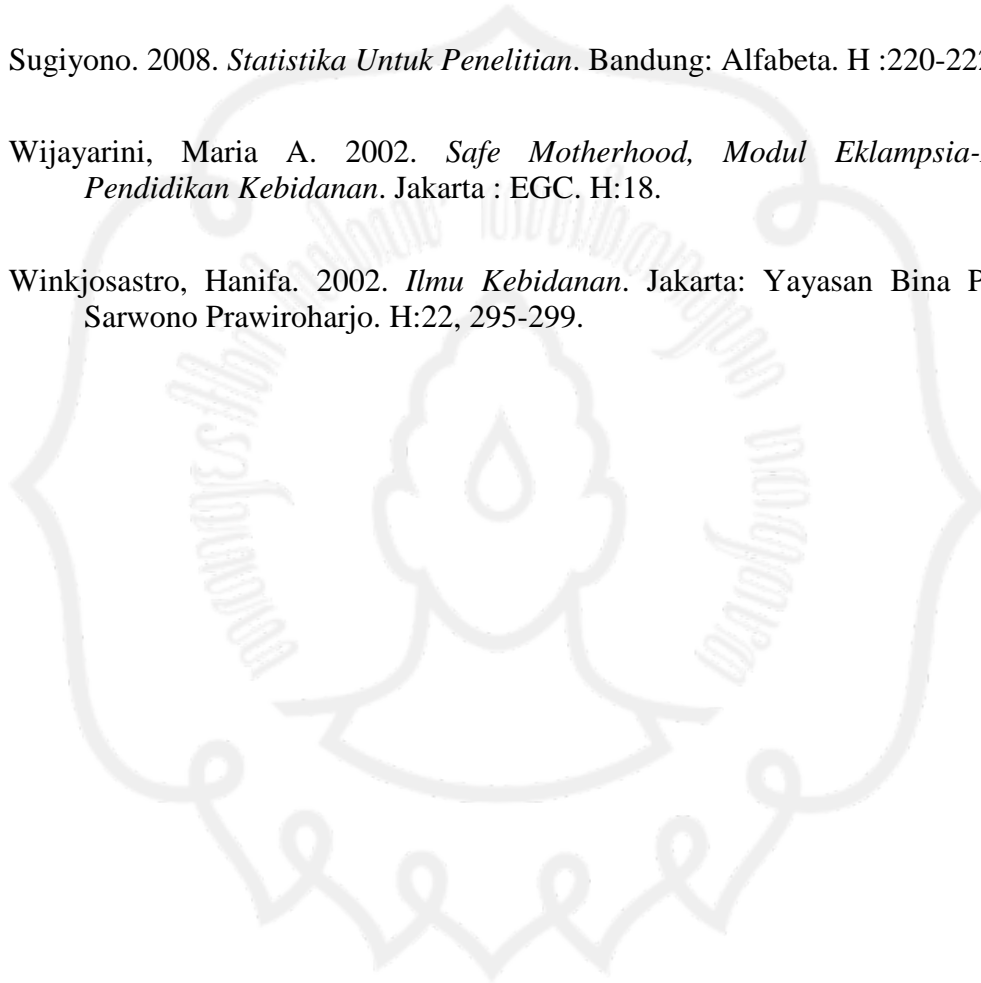
Simpkin, Penny et.al. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan Dan Bayi.* Jakarta : Arcan.

Soekanto, Soerjono. 1990. *Sosiologi Suatu Pengantar.* Jakarta : Raja Grafindo Persada. H: 149-161.

Sugiyono. 2008. *Statistika Untuk Penelitian.* Bandung: Alfabeta. H :220-222.

Wijayarini, Maria A. 2002. *Safe Motherhood, Modul Eklampsia-Materi Pendidikan Kebidanan.* Jakarta : EGC. H:18.

Winkjosastro, Hanifa. 2002. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. H:22, 295-299.



## Lampiran 4

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Preeklamsia * wilayah	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

## Preeklamsia \* wilayah Crosstabulation

			wilayah		Total
			Kota	Desa	
Preeklamsia	Positif	Count	10	3	13
		% of Total	33.3%	10.0%	43.3%
	Negatif	Count	5	12	17
		% of Total	16.7%	40.0%	56.7%
Total		Count	15	15	30
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Preeklamsia (Positif / Negatif)	8.000	1.522	42.042
For cohort wilayah = Kota	2.615	1.182	5.788
For cohort wilayah = Desa	.327	.116	.924
N of Valid Cases	30		

## Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

### Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.652	1	.010
Mantel-Haenszel	4.724	1	.030

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

### Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			8.000
ln(Estimate)			2.079
Std. Error of ln(Estimate)			.847
Asymp. Sig. (2-sided)			.014
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.522
		Upper Bound	42.042
	In(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.420
		Upper Bound	3.739

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.



## Alfiah would say thanks to....

- ☺ Allah SWT & Rasulullah SAW who give me spirit for my life
- ☺ Ayahnda Sudarno, Ibunda Sukanti, atas cinta dan kasih sayang serta kesempatan untuk kuliah lagi, Mbak atik, Mas Arief, Mas Ander, David yang selalu memberikan support ++. I love u all...
- ☺ Budhe sakiyem, Mama Yani, Ibunda Wuryamtini & Bapak Agus Widiyanto dengan wejangan2 penyemangat.
- ☺ Lukito Setyobudi, S.E, dengan pengertiannya tiap waktu & selalu mendampingi serta memberi saran2 yang membangun. **I love u full**
- ☺ F3: dhini "zoeziel", mutya "terong", epin "nomoz", serta yu pina, dik ike, Bintang "bun-bun", Dik ayu, atas supportnya tiap waktu
- ☺ Bidan Tanti, terima kasih atas cuti kerja yang diberikan sehingga dapat menyelesaikan tugas belajar tepat pada waktunya.
- ☺ Teman-teman D4 kebidanan transfer UNS angkatan 2008, terutama Grup PKL Mitra: mb uma, mb war, andew, mb wayan, mb uji, dj, sukma, mb wulan, mb emy, suezti, mb yulia, serta teman2 DIV transfer lainnya maaf tidak bisa menyebutkan satu-persatu...
- ☺ Serta pihak yang telah membantu alfiah dalam menyelesaikan tugas belajar sampai selesai.

by: Alfiah Setyo Nurhayati, Amd. Keb