

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Kondisi Lokasi Penelitian

RSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah yang sebelumnya bernama RSUP Sanglah Denpasar merupakan RS Pendidikan Tipe A sesuai dengan Permenkes 1936 pada tahun 2005 tertanggal 12 Desember 2005, yang berlokasi di Jl. Diponegoro Denpasar. Dalam perkembangannya, RSUP Sanglah Denpasar telah beberapa kali mengalami perubahan status, mengikuti akreditasi internasional dan nasional seperti JCI dan KARS, serta telah lulus sebagai institusi WBK (Wilayah Bebas dari Korupsi) pada tahun 2020. Pada tahun 2022, RSUP Sanglah Denpasar melakukan perubahan besar, yaitu berganti nama menjadi RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah, tepatnya pada 7 Juli 2022.

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, serta mempunyai sarana dan prasarana yang lengkap serta pelayanan sub spesialisistik termasuk pelayanan kebidanan. Berbagai macam kasus emergensi kebidanan dirujuk ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah, salah satunya adalah kasus preeklampsia.

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah memiliki visi menjadi rumah sakit unggul dan mandiri tahun 2024. Dalam mewujudkan visi tersebut, RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau, berupaya menyelenggarakan pendidikan terintegrasi dan pelatihan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya,

menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit, menciptakan tata kelola rumah sakit yang baik, serta membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait.

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah mempunyai kapasitas 735 tempat tidur, dimana berdasarkan keputusan Direktur Utama tertanggal 01 April 2022, 671 tempat tidur untuk perawatan non COVID-19, dan 64 tempat tidur disiapkan untuk perawatan COVID-19. Jumlah persalinan di IGD Kebidanan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah pada tahun 2023 adalah sebanyak 553 persalinan dengan berbagai macam kasus, salah satunya adalah preeklampsia.

Penegakan diagnosa preeklampsia sesuai dengan Panduan Praktik Klinik KSM Obstetri dan Ginekologi tahun 2018 dibagi menjadi preeklampsia dan preeklampsia dengan gambaran berat. Kasus hipertensi lainnya yang tidak diteliti adalah Hipertensi dalam Kehamilan (HDK) dan eklampsia.

2. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah ibu bersalin di IGD Kebidanan RSUP Prof. I.G.N.G.Ngoerah Tahun 2023, dimana jumlah sampel sejumlah 165 sampel. Berikut adalah karakteristik sampel penelitian berdasarkan usia, gravida, riwayat keguguran, dan riwayat penyakit.

Tabel 2
Karakteristik Sampel dengan Preeklampsia

Karakteristik sampel	Kejadian Preeklampsia					
	Preeklampsia		Tidak Preeklampsia		Total	
	f	%	f	%	f	%
Usia						
a. Usia beresiko	22	57,89	16	42,11	38	100
b. Usia tidak beresiko	52	40,94	75	59,06	127	100
Jumlah	74	44,85	91	55,15	165	100
Gravida						
a. Grandemultigravida	8	53,33	7	46,67	15	100
b. Multigravida	35	42,17	48	57,83	83	100
c. Primigravida	31	46,27	36	53,73	67	100
Jumlah	74	44,85	91	55,15	165	100
Riwayat keguguran						
a. Pernah	14	46,67	16	53,33	30	100
b. Tidak pernah	60	44,64	75	55,55	135	100
Jumlah	74	44,85	91	55,15	165	100
Riwayat penyakit						
a. Riwayat penyakit beresiko	18	72	7	28	25	100
b. Riwayat penyakit tidak beresiko	15	44,12	19	55,88	34	100
c. Tanpa riwayat penyakit	41	38,68	65	61,32	106	100
Jumlah	74	44,85	91	55,15	165	100

Hasil penelitian menunjukkan dari 165 sampel, mayoritas sampel merupakan sampel dengan kelompok usia tidak beresiko. Sebagian besar sampel dengan usia beresiko mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 57,89% dan sebagian besar sampel usia tidak beresiko tidak mengalami preeklampsia. Dilihat dari karakteristik jumlah gravida, mayoritas sampel grandemultigravida mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 53,33%, sementara pada multigravida dan primigravida mayoritas tidak mengalami preeklampsia. Pada sampel dengan riwayat keguguran, baik sampel yang pernah maupun tidak pernah mengalami keguguran mayoritas tidak mengalami preeklampsia, yaitu sampel pernah keguguran sebesar 53,33% dan sampel yang tidak pernah keguguran sebesar 55,55%. Pada sampel dengan riwayat penyakit beresiko, mayoritas mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 72%, sementara pada kelompok riwayat penyakit tidak beresiko dan tanpa riwayat penyakit sebagian besar tidak mengalami preeklampsia.

Penelitian ini juga mengidentifikasi kelahiran prematur berdasarkan karakteristiknya. Berikut adalah karakteristik sampel kelahiran prematur berdasarkan riwayat preeklampsia, usia, gravida, riwayat penyakit, dan riwayat keguguran. Berikut adalah karakteristik kelahiran prematur berdasarkan usia, gravida, dan riwayat keguguran.

Tabel 3
Karakteristik Sampel dengan Kelahiran Prematur

Karakteristik sampel	Kelahiran Prematur					
	Kelahiran prematur		Kelahiran aterm		Total	
	f	%	f	%	f	%
Preeklampsia						
a. Preeklampsia	39	52,70	35	47,30	74	100
b. Tidak Preeklampsia	22	24,18	69	75,82	91	100
Jumlah	61	36,97	104	63,03	165	100
Usia						
a. Usia beresiko	10	26,32	28	73,68	38	100
b. Usia tidak beresiko	51	40,16	76	59,84	127	100
Jumlah	61	36,97	104	63,03	165	100
Gravida						
a. Grandemultigravida	3	20	12	80	15	100
b. Multigravida	33	39,76	50	60,24	83	100
c. Primigravida	25	37,31	42	62,69	67	100
Jumlah	61	38,97	104	63,03	165	100
Riwayat keguguran						
a. Pernah	10	33,33	20	66,67	30	100
b. Tidak Pernah	51	37,78	84	62,22	135	100
Jumlah	61	38,97	104	63,03	165	100

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas sampel penelitian merupakan kelahiran aterm, yaitu sebesar 63,03%. Mayoritas ibu dengan preeklampsia melahirkan bayi prematur, yaitu sebesar 52,70% dan mayoritas ibu tanpa riwayat preeklampsia melahirkan bayi aterm, yaitu sebesar 75,82%. Dilihat dari karakteristik usia, mayoritas ibu dengan usia beresiko maupun usia tidak beresiko

melahirkan bayi aterm. Berdasarkan jumlah gravida, pada semua kelompok katagori gravida melahirkan bayi aterm, serta pada riwayat keguguran, baik yang pernah mengalami keguguran maupun yang tidak pernah mengalami keguguran, melahirkan bayi aterm.

3. Hubungan Kejadian Preeklampsia dengan Kelahiran Prematur

Pengamatan hubungan kejadian preeklampsia dengan kelahiran prematur dilakukan dengan uji statistika dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Berikut adalah hasil uji *Chi-Square* pada penelitian ini :

Tabel 4
Distribusi Kelahiran Prematur berdasarkan Kejadian Preeklampsia

Kejadian Preeklampsia	Kelahiran Prematur						<i>p- value</i>	<i>PR</i>	95% CI
					Total				
	Kelahiran prematur		Kelahiran aterm						
	f	%	f	%	f	%			
Preeklampsia	39	52,70	35	47,30	74	100			
Tidak preeklampsia	22	24,18	69	75,82	91	100	0,000	3,495	1,802-6,777
Jumlah	61	36,97	104	63,03	165	100			

Berdasarkan skala data nominal dan nominal, maka digunakan uji *Chi-Square* sehingga diperoleh nilai signifikan sebesar 0,000 ($p < 0,05$) maka dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia dengan kelahiran prematur di RSUP Prof.Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar tahun 2023. Ukuran besar/kekuatan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen ditentukan oleh nilai *PR* (*Prevalence Ratio*) dimana nilai *PR* adalah

3,945 (CI : 1,802-6,777) yang artinya kelahiran prematur meningkat 3,945 kali pada kelompok ibu dengan preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami preeklampsia.

B. Pembahasan

1. Kejadian Preeklampsia menurut Usia

Hasil penelitian menunjukkan dari 165 sampel, mayoritas sampel merupakan usia yang tidak beresiko dan sebagian besar sampel usia tidak beresiko tidak mengalami preeklampsia, yaitu 59,06%. Hal ini sejalan dengan penelitian Syamsiah, dkk (2022) yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia berat pada ibu bersalin, dimana didapatkan sebagian besar reponden berada pada rentang usia tidak beresiko (20-35 tahun). Hal ini juga selaras dengan anjuran Kemenkes R.I. (2021) yang menyebutkan bahwa salah satu hal yang harus diperhatikan sebelum merencanakan kehamilan adalah kesehatan fisik dan mental dalam kondisi layak untuk hamil dimana usia yang layak untuk hamil adalah rentang usia 20-35 tahun.

Menurut Arwan, dkk (2020) dalam Laura, dkk (2021) menyebutkan bahwa, kondisi rahim pada umur < 20 tahun belum memungkinkan untuk melaksanakan proses kehamilan dan persalinan yang sehat sehingga kemungkinan besar akan terjadi gangguan dalam kehamilan maupun persalinan. Secara teori umur dibawah 20 tahun, organ reproduksi belum berkembang sempurna yaitu ukuran uterus belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan. Pada usia > 35 tahun terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan terjadinya perubahan struktur dan fungsi pada pembuluh darah tepi, sehingga lebih mudah terjadi preeklampsia.

Menurut asumsi peneliti, sampel mayoritas berada pada usia reproduksi sehat menandakan bahwa kesadaran masyarakat untuk merencanakan pernikahan dan kehamilan pada rentang reproduksi sehat sudah mulai meningkat. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh informasi promotif dan preventif yang masif melalui media informasi elektronik dan media sosial yang menyadarkan masyarakat bahwa dalam merencanakan kehamilan diperlukan kesiapan fisik, mental dan ekonomi.

2. Kejadian Preeklampsia menurut Gravida

Berdasarkan jumlah gravida, pada penelitian ini, ibu dengan grandemultigravida sebagian besar mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 53,33%. Hal ini sesuai dengan penelitian Fahriani, dkk (2020) yang mendapatkan proporsi grandemultigravida sebesar 68,18% mengalami preeklampsia. Berbeda dengan penelitian Silvana, dkk (2023) yang mendapatkan proporsi primigravida lebih besar mengalami preeklampsia, yaitu 60,6%. Antibodi penghambat (*blocking antibodies*) pada primigravida belum terbentuk belum sempurna sehingga meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia (Lalenoh, 2018).

Menurut asumsi peneliti, jumlah kehamilan dan persalinan sangat mempengaruhi risiko terjadinya preeklampsia pada masa kehamilan, persalinan maupun nifas. Pada grandemultigravida, sesuai dengan Hipni (2019) dimana kemampuan organ reproduksi bagi ibu yang hamil lebih dari 4 kali sudah mengalami penurunan dimana peregangan rahim yang berlebihan menyebabkan iskemia yang memicu terjadinya preeklampsia. Penelitian ini juga menemukan pada primigravida dan multigravida mendapatkan hasil persentase lebih kecil untuk kejadian preeklampsia dibandingkan dengan yg tidak preeklampsia.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan faktor-faktor yang dapat memicu preeklampsia tidak hanya gravida/paritas berisiko, namun gravida/paritas tidak berisiko mengalami preeklampsia kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lain, seperti umur, sosial ekonomi atau faktor lain yang bisa memperberat terjadinya preeklampsia, seperti akses pelayanan antenatal, serta dukungan suami atau keluarga saat menjalani kehamilan.

3. Kejadian Preeklampsia menurut Riwayat Keguguran

Hasil penelitian ini menunjukkan baik ibu yang pernah mengalami keguguran maupun yang tidak pernah mengalami keguguran, sebagian besar tidak mengalami preeklampsia. Hal ini sejalan dengan penelitian Sitohang (2023) yang mendapatkan sebagian besar responden yang mengalami abortus tidak mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 55,3%. Penelitian dari Mohamedain, dkk (2022) mengungkapkan bahwa riwayat abortus spontan mengurangi risiko preeklampsia sebesar 59% karena wanita dengan riwayat abortus telah mengalami perubahan kadar hormon dan imunologi pada kehamilannya dibandingkan dengan wanita primipara yang dapat menyebabkan perubahan lingkungan hormonal dan imunologi toleransi/adaptasi imun dan mengurangi risiko preeklampsia. Mohamedain, dkk (2022) juga memaparkan bahwa hasil penelitiannya bertentangan dengan penelitian-penelitian sebelumnya, dimana keguguran sebelumnya ditemukan berhubungan dengan peningkatan risiko *outcome* ibu dan perinatal yang buruk, seperti gangguan disfungsi plasenta, lahir mati, janin berukuran kecil untuk usia kehamilan, perdarahan antepartum, kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah. Disfungsi plasenta dapat mengakibatkan kegagalan plasentasi dini, dengan implantasi dan plasentasi yang buruk, yang merupakan ciri

umum dari abortus dan preeklamsia. Selain itu, riwayat abortus dapat menyebabkan paparan sel janin pada ibu dan dapat menyebabkan toleransi kekebalan ibu, yang mungkin memainkan peran penting dalam perkembangan preeklamsia.

Menurut peneliti, riwayat keguguran tetap mempunyai pengaruh terhadap terjadinya preeklampsia, namun tidak terlalu signifikan karena kejadian preeklampsia juga banyak terjadi pada ibu yang tidak pernah mengalami keguguran. Hal ini kemungkinan karena pengaruh lain yang merupakan faktor risiko preeklampsia seperti umur dan jumlah gravida. Faktor sosial ekonomi atau faktor lainnya juga bisa memperberat terjadinya preeklampsia, seperti akses pelayanan antenatal, serta dukungan suami atau keluarga saat menjalani kehamilan, namun karena keterbatasan, peneliti tidak mampu mengkaji faktor-faktor lain tersebut dalam penelitian ini.

4. Kejadian Preeklampsia menurut Riwayat Penyakit

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas sampel dengan riwayat penyakit berisiko mengalami preeklampsia, yaitu sebesar 72%. Hal ini sesuai dengan penelitian Aulya (2021) yang mendapatkan proporsi responden dengan riwayat penyakit sebagian besar mengalami preeklampsia yaitu 66,7%. Sudarman, dkk (2021) juga menyatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya preeklampsia yaitu usia ibu hamil berisiko, nuliparitas, primigravida, riwayat preeklampsia, kehamilan ganda, riwayat preeklampsia keluarga, jarak antar kehamilan, tingkat sosioekonomi, serta riwayat penyakit seperti obesitas, diabetes melitus, hipertensi kronik, riwayat penyakit ginjal dan penyakit autoimun.

Menurut asumsi peneliti, riwayat penyakit beresiko seperti seperti obesitas, diabetes melitus, autoimun dan penyakit ginjal dipengaruhi oleh gaya hidup yang buruk, seperti mengonsumsi alkohol secara berlebihan, merokok, mengonsumsi minuman berkafein secara berlebihan, jarang mengonsumsi makanan bergizi dan jarang berolahraga. Berdasarkan hal tersebut, menurut peneliti, gaya hidup yang baik bisa mengurangi resiko terjadinya preeklampsia di kemudian hari.

5. Identifikasi Kelahiran Prematur

Berdasarkan karakteristik sampel kelahiran prematur pada penelitian ini, mayoritas ibu dengan preeklampsia melahirkan bayi prematur dan mayoritas ibu yang tidak preeklampsia melahirkan bayi aterm. Hal ini sesuai dengan penelitian Habibah&Hadi (2022) yang mendapatkan proporsi responden dengan preeklampsia sebagian besar mengalami persalinan prematur, yaitu 60,7% dan responden yang tidak mengalami preeklampsia sebagian besar melahirkan bayi aterm, yaitu sebesar 55%. Menurut peneliti, kondisi ibu dengan preeklampsia bisa menyebabkan perburukan baik pada ibu maupun janin sehingga terminasi kehamilan tidak dapat dihindari. Hal inilah yang menyebabkan peningkatan kelahiran prematur dan bayi berat badan lahir rendah pada ibu dengan preeklampsia.

Dilihat dari fakto usia, baik usia beresiko maupun usia tidak beresiko sebagian besar mengalami persalinan aterm. Hal ini berbeda dengan proporsi yang didapatkan oleh Zulaikha & Minata (2021) dimana pada usia beresiko sebagian besar mengalami persalinan prematur, yaitu sebesar 59,7% dan ibu dengan usia tidak beresiko sebagian besar mengalami persalinan aterm, yaitu sebesar 65,2%.

Namun, hasil penelitian ini sesuai dengan Sulistiarini & Berliana (2016) yang mendapatkan proporsi baik usia kurang dari 20 tahun, usia 20-35 tahun dan usia lebih dari 35 tahun, sebagian besar mengalami persalinan cukup bulan. Menurut peneliti, kesadaran masyarakat tentang rentang usia reproduksi sehat serta kesiapan mental, fisik dan ekonomi dalam mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sudah meningkat, sehingga pasien yang melakukan persalinan sebagian besar berada pada usia yang tidak beresiko. Skrining antenatal yang baik juga dapat mencegah terjadinya risiko kelahiran prematur pada usia beresiko.

Berdasarkan jumlah gravida, pada penelitian ini, baik pada grandemultigravida, multigravida maupun primigravida sebagian besar melahirkan bayi aterm. Hal ini berbeda dengan Zulaikha & Minata (2021) yang menyatakan proporsi paritas berisiko sebagian besar mengalami persalinan prematur, yaitu 58,7% dan proporsi paritas tidak berisiko mengalami persalinan aterm sebesar 64,4%. Menurut asumsi peneliti, kesadaran masyarakat untuk memutuskan berapa jumlah anak yang akan direncanakan sudah meningkat. Hal ini kemungkinan karena dipengaruhi oleh faktor ekonomi dimana semakin banyak anak, semakin tinggi biaya yang diperlukan untuk menghidupi anak-anak tersebut.

Dilihat dari riwayat keguguran, baik yang pernah mengalami keguguran maupun yang tidak pernah mengalami keguguran, dalam penelitian ini mayoritas mengalami persalinan aterm. Hal ini sejalan dengan penelitian Rahim, dkk (2021) yang mendapatkan pada riwayat abortus resiko rendah, mayoritas mengalami kelahiran prematur dibandingkan dengan pada riwayat abortus resiko tinggi, yaitu sebesar 87,5%. Menurut asumsi peneliti, riwayat keguguran memang dapat merupakan faktor resiko kelahiran prematur, tetapi banyak ibu dengan riwayat

keguguran berulang melahirkan bayi aterm. Hal ini kemungkinan karena adanya faktor pencetus lain penyebab kelahiran prematur seperti usia, gravida, dan faktor sosio-demografi.

6. Analisis Hubungan Kejadian Preeklampsia dengan Kelahiran Prematur

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* terhadap hasil penelitian, diperoleh nilai signifikan sebesar 0,000 ($p < 0,05$) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara kejadian preeklampsia dengan kelahiran prematur di RSUP Prof.Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar tahun 2023, serta nilai PR = 3,945 yang artinya kelahiran prematur meningkat 3,945 kali pada kelompok ibu dengan preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami preeklampsia.

. Hal ini berbeda dengan penelitian Yogiswari (2018) yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara preeklampsia ringan sebagai variabel penentu persalinan preterm dan dinyatakan koefisien korelasi keduanya sangat lemah, namun penelitian ini sesuai dengan Khoiriyah&Purwanti (2021) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara preeklampsia dengan kejadian persalinan preterm. Widjaja, dkk (2024) juga menyebutkan preeklampsia dapat mengakibatkan masalah kehamilan lainnya, seperti persalinan preterm yang dapat terjadi secara spontan atau melalui tindakan iatrogenik (terminasi). Preeklampsia berat merupakan salah satu indikasi paling sering pada persalinan preterm yang dilakukan secara iatrogenik.

Menurut Valencia (2021) persalinan prematur iatrogenik adalah persalinan terencana yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu karena sebab ibu dan/atau janin. Lalenoh (2018) menyebutkan ibu dengan preeklampsia mengalami gangguan imunologi yang mengganggu sirkulasi fetoplasenta sehingga terjadi

hipoksia plasenta dan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin akibat kurangnya suplai nutrisi.

POGI (2016) juga menyatakan persalinan iatrogenik akan dilakukan apabila ibu preeklampsia mengalami gejala preeklampsia memberat ataupun terjadi sindrom HELLP. Badani, dkk (2022) menyebutkan *HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzyme level, low platelet count)* adalah komplikasi pada kehamilan yang muncul dengan adanya hemolisis, peningkatan enzim hati, dan trombositopenia. Sindrom HELLP secara luas dianggap sebagai varian preeklampsia (PE). Insidennya dilaporkan terjadi pada 1-2 / 10.000 kehamilan, dan dapat menjadi komplikasi pada 20% wanita dengan preeklampsia berat. Sindrom ini dikaitkan dengan 3,5%-24,2% kematian ibu dan 7,7%-60% kematian perinatal.

Pada preeklampsia, persalinan iatrogenik dibuat atas indikasi medis karena kehamilan dapat membahayakan ibu dan janin sehingga janin dilahirkan untuk mencegah morbiditas atau mortalitas pada ibu atau janin tanpa memandang umur kehamilan. Hal ini yang menyebabkan peningkatan persalinan prematur pada kejadian preeklampsia. Menurut peneliti, hasil penelitian yang menunjukkan tidak ada hubungan antara preeklampsia dengan kelahiran prematur sangat sedikit bahkan peneliti tidak menemukan literatur bahwa tidak hubungan kedua variabel tersebut setelah tahun 2018.

Berdasarkan asumsi peneliti, kelahiran prematur akibat preeklampsia bisa dicegah dengan penguatan pemeriksaan dan skrining antenatal pada fasilitas kesehatan dasar melalui upaya preventif dan promotif, sehingga faktor risiko preeklampsia bisa dideteksi sedari awal sehingga kehamilan dengan preeklampsia

bisa diberikan perawatan setidaknya kehamilan bisa dipertahankan sampai umur kehamilan cukup bulan. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Penanganan preeklampsia di rumah sakit sesuai dengan kewenangan bidan dilakukan secara kolaborasi. Dengan penguatan pemeriksaan kehamilan secara rutin, kelahiran prematur bisa dicegah atau setidaknya penanganan ekspektatif bisa dilakukan bila umur kehamilan < 34 minggu dengan monitoring kestabilan kondisi ibu dan janin dan pemberian steroid untuk pematangan paru janin, sehingga komplikasi kelahiran prematur bisa dicegah.

C. Kelemahan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* dimana beberapa kelemahannya adalah tidak dapat menggambarkan perkembangan penyakit secara akurat, kurang tepat untuk memprediksi suatu kecenderungan, kesimpulan korelasi faktor risiko dengan efek paling lemah bila dibandingkan dengan dua rancangan analitik lainnya, yaitu metode *case control* dan metode kohort. Peneliti memilih rancang *cross sectional* karena rancangan ini relatif mudah, murah dan hasilnya cepat dapat diperoleh mengingat waktu yang digunakan untuk penelitian relatif singkat. Peneliti berharap penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya seperti kohort retrospektive maupun kohort prospektive.

Dalam penelitian ini, peneliti juga tidak bisa mengidentifikasi gambaran rujukan preeklampsia berasal dari fasilitas kesehatan di daerah mana saja karena peneliti menggunakan data sekunder rekam medis dimana data yang ditulis tidak

lengkap. Peneliti berharap penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian tentang sistem rujukan preeklampsia dari fasilitas pelayanan primer ke fasilitas pelayanan lanjutan.