

**Model Asuhan Kebidanan Berbasis Teori Helen Varney
Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kehamilan
Di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri**

Indah Rahmaningtyas¹

¹Poltekkes Kemenkes Malang Prodi Kebidanan Kediri

indah.rahmaningtyas@yahoo.com

Abstract

Pregnancy is a physiological process, normal and natural, but every pregnancy has the potential to become pathological so that midwives can make promotive and preventive efforts to overcome the occurrence of complications / abnormalities in pregnancy. More complications increase during pregnancy and other complications may already present before the pregnancy begins, but increase during pregnancy. Complications that cause 75% of pregnant women died, among others due to: bleeding (28%), pregnancy hypertension (preeclampsia and eclampsia 27%), abortion (14%), infection (11%), complication of childbirth (8%), emboli (3%), and others (9%). Preeclampsia in pregnancy plays a major role in morbidity and maternal mortality and perinatal. The incidence of pregnancy hypertension (preeclampsia and eclampsia) in Indonesia reaches about 27%. RSIA Citra Keluarga Kediri is a hospital that provides maternal and child health services has a pregnancy hypertension rate about 18.8%. This research was conducted to Apply Helen Varney Based Maternity Care Model In Early Detection of Preeclampsia Pregnancy at RSIA Citra Keluarga Kediri in 2017. This research is a study case research. The sample taken were pregnant women who had antenatal examination visit who had preeclampsia pregnancy and did not have pregnancy preeclampsia at the time of the research, then responder was given midwifery care with model of midwifery based on theory of Helen Varney and given counseling early detection of pregnancy preeclampsia. Based on the results of research that has been done on the respondents, it can be concluded that the risk factors of preeclampsia pregnancy is the initial screening or tool that was first used for early detection of preeclampsia before performing other physical examination procedures to establish a diagnosis of the results of early detection. Special physical examinations for early detection of preeclampsia pregnancy include examination of BMI, MAP and ROT performed after screening of anamnese results on risk factors (age, parity and pregnancy history and family). Although, supporting investigations not an accurate examination, for early detection of preeclampsia, but from the results of research proved respondents with risk factors appeared to have positive (+) and two positive (+ +).

Keywords: *Helen Varney Theory, Pregnancy, Preeclampsia.*

PENDAHULUAN

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan : Triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, Triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, Triwulan ketiga dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Tresnawati, 2012).

Kehamilan merupakan proses fisiologis, normal dan alamiah namun setiap kehamilan berpotensi menjadi patologis sehingga bidan dapat melakukan upaya promotif dan preventif untuk mengatasi terjadinya komplikasi/kelainan dalam kehamilan (Indrayani, 2011).

Berdasarkan WHO tahun 2014, kematian wanita disebabkan karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Komplikasi lebih banyak meningkat selama kehamilan dan mungkin komplikasi lainnya sudah ada sebelum kehamilan dimulai, akan tetapi akan meningkat selama kehamilan. Komplikasi tersebutlah yang menyebabkan 75% ibu hamil meninggal, yaitu antara lain disebabkan karena : perdarahan (28%), hipertensi kehamilan (preeklampsia dan eklampsia 27%), aborsi (14%), infeksi (11%), komplikasi persalinan (8%), emboli (3%), dan lain-lain (9%).

Kematian ibu tertinggi adalah karena eklampsia (48,48%), penyebab lainnya adalah karena perdarahan (24,24%), disebabkan karena penyakit sebesar 18,18%, Infeksi sebesar 3,03% dan lain-lain sebesar 6,06%, dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 54,55% diikuti waktu bersalin (27,2%) (Dinkes Kota Surabaya, 2014)

Preeklampsia tidak dapat dicegah, yang terpenting adalah bagaimana penyakit ini dapat dideteksi sedini mungkin. Deteksi dini didapatkan dari pemeriksaan kehamilan (*ante natal care*), oleh karena itu pemeriksaan kehamilan rutin mutlak dilakukan agar preeklampsia dapat terdeteksi cepat untuk meminimalisir kemungkinan komplikasi yang lebih fatal. (Rukiyah, 2015)

Usia sangat mempengaruhi kehamilan, usia yang baik untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun. Pada usia tersebut alat reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Sebaliknya pada wanita dengan usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun, insidens meningkat 3 kali lipat, karena kehamilan pada usia ini memiliki risiko tinggi, seperti terjadinya keguguran atau kegagalan persalinan, hipertensi laten bahkan bisa menyebabkan kematian. (Lisnawati, 2013)

Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu tidak sempat memulihkan kesehatannya yaitu mengembalikan fungsi organ reproduksi ke bentuk normal. Jarak antara kedua kelahiran yang pendek dapat menghasilkan kehamilan yang kurang menguntungkan dan makin kecil atau pendek jarak waktu antara kelahiran anak, makin banyak dan tinggi komplikasi kesakitan dan kematian yang timbul bagi ibu dan anak.(Pratiwi (2013).

Berdasarkan jurnal BMC *Pregnancy and Childbirth* penelitian yang dilakukan oleh Harutyunya pada tahun 2013 mengemukakan bahwa jarak persalinan menjadi faktor risiko untuk pengembangan preeklampsia pada wanita tanpa riwayat preeklampsia sebelumnya. Begitu juga menurut penelitian yang dilakukan oleh Agudelo

dan Belizan yang dikutip oleh Fibriana (2007), jarak kehamilan yang terlalu panjang >5 tahun dan terlalu dekat ≤ 2 tahun akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia dan eklampsia.

Preeklampsia Kehamilan menyebabkan banyak masalah selama proses kehamilan hingga persalinan. Preeklampsia Kehamilan ini mampu dikurangi angka risikonya dengan peningkatan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) untuk deteksi dini dari petugas kesehatan, khususnya bidan. Bidan beserta petugas kesehatan lainnya mampu memberikan pendidikan kesehatan dan konseling tentang faktor risiko yang berkontribusi dalam Preeklampsia Kehamilan kepada ibu selama kehamilan. Upaya tersebut diharapkan mampu mengontrol risiko dan komplikasi dari Preeklampsia Kehamilan.

Kunjungan pada *Antenatal Care* (ANC) yang sesuai diharapkan dapat membantu mendeteksi komplikasi maternal dan neonatal serta kematian ibu dan anak melalui pendeteksian dini kehamilan berisiko tinggi. Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan ANC sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan. (Kemenkes RI, 2013). Penilaian terhadap pelaksanaan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4 (Kemenkes RI, 2015).

ANC adalah Asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan kewenangannya, berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, dengan memperhatikan pengaruh sosial, budaya, psikologis, emosional, spiritual, fisik, etika, dan kode etik serta hubungan interpersonal dan hak dalam mengambil keputusan dengan prinsip kemitraan dengan perempuan dan keluarganya. Asuhan kebidanan di

berikan dengan memperhatikan prinsip bela rasa, saling percaya dan komitmen untuk memelihara serta meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayinya (Tresnawati, 2012).

Asuhan kebidanan pada kehamilan (ANC) dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan menurut Teori Helen Varney sebagai kerangka berfikir bidan (Helen Varney, 1997). Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Berdasarkan data dari RSIA Citra Keluarga Kota Kediri, kejadian Hiper Tensi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC pada bulan Januari 2016 sebanyak 11 orang (17,6%), pada bulan Pebruari 2016 sebanyak 12 orang (18,6%) dan bulan Maret 2016 sebanyak 15 orang (19,7%). Data tersebut menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan kejadian Hiper Tensi pada kehamilan di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri.

Angka kematian ibu masih relatif tinggi di Indonesia yang disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya Preeklampsia Kehamilan. Angka kejadian Preeklampsia Kehamilan yang meningkat, mampu menyumbang angka kematian ibu dan bayi yang menempati posisi nomer dua tertinggi. Oleh karena itu, peneliti merasa perlu melakukan penelitian tentang Model Pengkajian Pada Asuhan Kebidanan Berbasis Teori Helen Varney Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kehamilan Di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Model Pengkajian Pada Asuhan Kebidanan Berbasis Teori Helen Varney Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kehamilan Di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri?”

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah Deskriptif Survey dengan menerapkan model asuhan kebidanan Helen Varney.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melakukan kunjungan di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri pada bulan Oktober-Nopember 2017.

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi yaitu sejumlah ibu hamil yang melakukan kunjungan di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri pada tanggal 16 Oktober-18 Nopember 2017, sebanyak 100 orang responden.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Accidental Sampling*. Pemilihan sampel dilakukan secara kondisional sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria pada penelitian ini dibagi menjadi dua, yakni:

1. Kriteria Inklusi Sampel
 - a. Ibu hamil primigravida dan multigravida.
 - b. Ibu hamil dengan usia kehamilan 20 – 40 minggu
 - c. Ibu hamil yang bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi Sampel
Ibu hamil dengan penyakit penyerta, seperti diabetes, penyakit ginjal /

saluran kemih, penyakit jantung dan HIV/AIDS.

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara yaitu dengan anamnese, observasi dan pemeriksaan.

1. Anamnese, digunakan untuk pengumpulan data subjektif seperti biodata, keluhan, riwayat sosial-ekonomi, riwayat obstetri, psikologis dan pengetahuan Ibu, dll yang perlu peneliti tanyakan dengan menggunakan format ANC. Anamneses dilakukan secara langsung dan terbuka.
2. Pemeriksaan fisik, dilakukan untuk mendapatkan data obyektif dari pasien dengan menggunakan instrument Asuhan Kebidanan.
3. Pemeriksaan penunjang, dilakukan untuk mendapatkan data obyektif dari pasien yang meliputi pemeriksaan Laboratorium.

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah Format asuhan kebidanan ANC, Buku KIA, dan Catatan perkembangan.

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri, serta waktu penelitian untuk pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti adalah tanggal 16 Oktober s/d 18 Nopember 2017.

Prosedur pengumpulan data meliputi:

1. Menyerahkan surat ijin kepada Direktur RSIA Citra Keluarga Kota Kediri.
2. Memberikan *informed consent* pada responden setelah responden mendapat penjelasan dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

- Melakukan anamnese, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta memberikan konseling cara deteksi dini preeklampsia dan tanda bahaya kehamilan.

Pengolahan data pada penelitian ini meliputi penyuntingan (*editing*), pengkodean (*coding*), tabulasi (*tabulating*), pembersihan data (*cleaning*),

HASIL PENELITIAN

Hasil Pengkajian Faktor Risiko Preeklampsia

Pengkajian faktor risiko preeklampsia meliputi pengkajian Usia Ibu Hamil, Riwayat Preeklampsia pada kehamilan yang lalu maupun riwayat preeklampsia pada keluarga (ibu dan saudara perempuan), serta paritas kehamilan.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	< 20 tahun	8	8 %
2.	20 – 35 tahun	82	82 %
3.	> 35 tahun	10	10 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam kategori usia reproduksi sehat, yaitu usia 20 – 35 tahun sebanyak 82 %.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Riwayat Preeklampsia Pada Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Tanpa Riwayat	92	92 %
2.	Ada Riwayat	1	1 %
3.	Ada Riwayat pada keluarga (ibu dan saudara perempuan)	7	7 %
Jumlah		100	100 %

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Primi para	45	45 %
2.	Multi para dengan jarak kehamilan <10 tahun	49	49 %
3.	Multi para dengan jarak kehamilan ≥10 tahun	6	6 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (92 %) tidak memiliki riwayat kehamilan yang lalu dengan preeklampsia ataupun keluarga (ibu dan saudara perempuan) dengan preeklampsia.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Primi para	45	45 %
2.	Multi para dengan jarak kehamilan <10 tahun	49	49 %
3.	Multi para dengan jarak kehamilan ≥10 tahun	6	6 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa hampir setengah responden terdiri dari primi para dan juga multi para dengan jarak kehamilan <10 tahun. Hanya sebagian kecil saja (6%) yang multi para dengan jarak kehamilan > 10 tahun.

Hasil Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil untuk deteksi dini preeklampsia,

meliputi pemeriksaan Indek Masa Tubuh (IMT) dengan cara mengukur berat badan (BB) dibagi tinggi badan kuadrat (TB^2), pemeriksaan Mean Arterial Pressure (MAP) dengan cara mengukur tekanan darah (TD) sistolik ditambah dua kali TD diastolik dibagi tiga, dan pemeriksaan Roll Over Test (ROT) yaitu hasil dari perbandingan diastolik antara posisi miring kiri, 15 menit kemudian terlentang.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pemeriksaan IMT pada Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Kurus	2	2 %
2.	Normal	81	81 %
3.	Obesitas	17	17 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki IMT dalam batas normal, yaitu sebesar 81%.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pemeriksaan MAP pada Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Normal	85	85 %
2.	>99 mmHg.	15	15 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Sebagian besar responden (85%) memiliki nilai MAP dalam batas normal, seperti yang tertera pada tabel 4.5.

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Pemeriksaan ROT pada Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	≤ 15	97	97 %
2.	> 15	3	3 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (97%) memiliki nilai ROT ≤ 15 , yang berarti berada dalam batas normal.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk deteksi dini preeklampsia adalah dengan melakukan pemeriksaan protein urin.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Lab. Pada Ibu Hamil yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri Tahun 2017

No.	Usia	Jumlah	Prosentase
1.	Negatif (-)	84	84 %
2.	Positif Satu (+)	13	13 %
3.	Positif Dua (++)	3	3 %
4.	Positif Tiga (+++)	0	0 %
Jumlah		100	100 %

Sumber : Data Primer Hasil Penelitian.

Hasil pemeriksaan urin pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian responden negatif (84%), namun masih ditemukan respon yang memiliki kadar protein dalam urin yang positif, baik positif (+) maupun (++).

PEMBAHASAN

Faktor Risiko Preeklampsia

Hasil pengkajian faktor risiko terjadinya preeklampsia kehamilan pada ibu yang sedang melakukan pemeriksaan (ANC) di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri, ditekankan pada tiga faktor utama, yang pertama adalah faktor usia ibu saat hamil, kedua adalah riwayat preeklampsia baik pada ibu maupun keluarganya (ibu dan saudara perempuan), dan yang ketiga adalah paritas ibu.

Preeklampsia sering ditemukan pada kelompok usia yang ekstrim, yaitu usia lebih dari 35 tahun dan kurang dari 20 tahun. (Shamsi *et al*, 2013)

Riwayat preeklampsia pada keluarga dikaitkan dengan 4 kali lipat peningkatan risiko preeklampsia berat. Genetik merupakan faktor penting dalam terjadinya preeklampsia dengan riwayat keluarga. (Shamsi *et al*, 2013)

Ibu primipara, berisiko mengalami kejadian preeklampsia lebih tinggi jika dibandingkan dengan multi para, karena kehamilan memberikan efek perlindungan terhadap risiko preeklampsia yang mungkin berhubungan dengan sistem imun. Jika ibu memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan yang pertama, maka pada kehamilan berikutnya harus diidentifikasi sebagai kehamilan berisiko tinggi. Risiko preeklampsia pada multipara lebih rendah, namun jika dengan jarak kehamilan terdahulu 10 tahun atau lebih, diperkirakan juga dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. (Shamsi *et al*, 2013)

Pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar (82%) responden berada dalam usia reproduksi sehat (20-35 tahun), namun ada sebagian kecil (18%) berada di kelompok usia yang ekstrim (<20 tahun dan >35 tahun). Pada kelompok usia ekstrim, ditemukan 2 responden berusia 17 tahun dan 16

tahun dengan kehamilan primipara, obesitas (pada responden yang berusia 17 tahun), MAP >99 mmHg (113 dan 108 mmHg), ROT >15 (18 dan 17,5), dan protein urine masing-masing (+) dipstick.

Pada tabel 4.2 didapatkan 7 orang responden yang memiliki riwayat keluarga (ibu dan saudara perempuan) dengan preeklampsia, dan ditemukan 1 dari 100 responden yang mempunyai riwayat kehamilan yang lalu dengan preeklampsia, dimana responden tersebut memiliki nilai MAP >99 mmHg (115,5 mmHg). Responden dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan yang lalu harus mendapatkan perawatan lebih intensif dan dirujuk ke Sp. OG untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, misalnya melihat resistensi arteri uterina ibu dengan pemeriksaan USG Doppler.

Pada Distribusi Frekuensi Paritas Responden (Tabel 4.3) didapatkan jumlah primipara dan multipara dengan jarak kehamilan <10 tahun hampir sama, ada 6 responden multipara dengan jarak kehamilan ≥ 10 tahun. Ibu hamil multipara dengan jarak kehamilan sebelumnya ≥ 10 tahun akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia, namun dari 6 responden tersebut tidak ditemukan data penunjang lain sebagai faktor risiko untuk deteksi dini preeklampsia. Meskipun tidak ditemukan data lain sebagai penunjang faktor risiko preeklampsia, responden harus tetap dalam pemantauan dan harus rutin melakukan ANC.

Pengkajian yang dilakukan dengan menggunakan model asuhan kebidanan berbasis Teori Helen Varney mampu mendeteksi secara dini kejadian preeklampsia kehamilan dengan menambahkan beberapa perangkat dalam instrumen asuhan yang

ditetapkan. Sebagai contoh dalam pengkajian data subyektif, ditambahkan data tentang riwayat preeklamsia pada kehamilan yang lalu untuk responden multipara, serta ditambahkan pula data tentang riwayat preeklamsia pada keluarga terutama ibu dan saudara perempuan responden.

Preeklamsia kehamilan yang segera terdeteksi secara dini, akan lebih mudah penanganannya dan tidak akan jatuh kedalam preeklamsia berat yang berisiko baik pada ibu maupun pada janin yang dikandung. Deteksi dini preeklamsia sangatlah diperlukan, karena hingga saat ini belum diketahui secara pasti faktor penyebabnya. (Cunningham *et al*, 2010)

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk deteksi dini preeklamsia kehamilan pada ibu yang melakukan ANC di RSIA Citra Keluarga Kota Kediri meliputi tiga macam pemeriksaan, yaitu pemeriksaan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan cara mengukur berat badan (BB) dibagi tinggi badan kuadrat (TB²), sedang pemeriksaan kedua adalah memeriksa Mean Arterial Pressure (MAP) dengan cara mengukur TD sistolik ditambah 2 kali TD diastolik dibagi 3, dan pemeriksaan berikutnya adalah memeriksa Rolln Over Test (ROT) dengan membandingkan TD diastolik antara posisi miring kiri, 5 menit kemudian terlentang.

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar (81%) responden dalam kategori normal, namun masih ada 17% yang dalam kategori obesitas (IMT > 30). Obesitas dikaitkan dengan kejadian preeklamsia, karena dari beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa adiponektin mengalami penurunan seiring dengan meningkatnya Indeks Massa Tubuh

(IMT) dan kekurangan adiponektin ini terkait dengan karakteristik resistensi insulin, dan terbukti menunjukkan perempuan gemuk memiliki penurunan kadar adiponektin dibandingkan dengan perempuan berat badan normal.

Hasil pemeriksaan Mean Arterial Pressure (MAP) pada tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar (85%) hasil pengukuran MAP responden dalam batas normal (70-99 mmHg), sedangkan sisanya (15%) hasil pengukuran MAP diatas 99mmHg. Nilai MAP didapatkan dengan cara mengukur tekanan darah seperti biasanya, selanjutnya dihitung dengan cara dimasukkan ke dalam rumus

$$\frac{TD \text{ Sistolik} + (2 \times TD \text{ Diastolik})}{3}$$

Jika hasil yang didapatkan antara 70-99 mmHg maka akan dikategorikan normal, dan dikatakan berisiko jika nilai MAP > 99 mmHg.

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa hampir seluruh (97%) responden memiliki nilai Roll Over Test (ROT) dalam batas normal, yaitu kurang dari sama dengan 15. Ada 3 % responden yang memiliki nilai ROT > 15, termasuk diantaranya adalah responden yang berada pada usia 17 dan 16 tahun. Nilai ROT didapatkan dari hasil pengukuran tekanan darah, seperti pada MAP. Pada pengukuran ROT dengan cara menghitung selisih TD Diastolik antara antara posisi miring kiri, 5 menit kemudian terlentang. Jika didapatkan hasil lebih dari 15 mmHg, maka nilai ROT = 1 (positif).

Jika dari hasil skrining pada ibu hamil didapatkan hasil yang positif (memiliki skor 1 saja), baik dari hasil pemeriksaan IMT, MAP maupun ROT, maka ibu hamil tersebut harus segera dirujuk ke Sp. OG untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut dan evaluasi.

Pemeriksaan Penunjang

Dari hasil pemeriksaan penunjang laboratorium (proteinurine) pada tabel 4.7 didapatkan hasil bahwa sebagian besar (84%) negatif (-), 13% positif satu (+), sisanya 3% positif dua (++), dan tak ada satupun dari responden yang mendapatkan hasil positif tiga (+++). Karena skrining dilakukan di RSIA yang ada yang didalamnya ada praktik Sp.OG, maka dari hasil skrining responden yang mendapatkan hasil positif, langsung dirujuk ke poli spesialis guna mendapatkan perawatan lebih lanjut.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ibu hamil yang memiliki faktor risiko preeklampsia adalah pemeriksaan kadar protein urine. Protein urine ditetapkan bila ekskresi protein dalam urine lebih dari 300 mg dalam 24 jam, atau dari hasil tes urin dipstick positif satu (+). Pemeriksaan urine dipstick bukan merupakan pemeriksaan yang akurat dalam memperkirakan kadar proteinurine, sehingga untuk mengurangi kesalahan penilaian proteinurine harus dilakukan konfirmasi hasil tes positif satu (+) dipstick dengan menggunakan pemeriksaan urin tampung 24 jam atau menggunakan rasio protein : kreatinin.

Hasil pemeriksaan fisik berupa pengukuran IMT, MAP dan ROT sebenarnya sudah cukup akurat sebagai alat skrining preeklampsia kehamilan. Jadi pada pelayanan pratama maupun di bidan praktik mandiri (BPM), jika didapatkan hasil skrining dari salah satu pemeriksaan fisik baik IMT, MAP maupun ROT positif, maka harus segera dirujuk ke Sp.OG guna mendapatkan perawatan lebih lanjut dan evaluasi, misalnya dengan pemeriksaan USG dopler untuk melihat resistensi dari arteri uterina ibu.

Deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil dapat dilakukan dengan menerapkan pengkajian dalam model Asuhan Kebidanan (Askeb) berbasis teori Helen Varney. Skrining ini dapat dilakukan sejak dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan juga bidan praktik mandiri (BPM). Berbagai instrumen deteksi dini risiko tinggi salah satunya adalah skrining dengan menggunakan KSPR, memang bisa dilakukan sebagai instrumen skrining deteksi dini risiko kehamilan, namun masih kurang spesifik untuk deteksi dini preeklampsia. Pada penelitian ini telah dapat dibuktikan jika model Askeb berbasis teori Helen Varney dapat digunakan untuk deteksi dini preeklampsia, dengan menekankan pengkajian pada riwayat kehamilan dan keluarga sebagai faktor pendukung preeklampsia serta menambahkan item pada pemeriksaan tekanan darah (MAP dan ROT), dan juga menghitung IMT dari hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan.

KESIMPULAN

Dari seluruh hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan dalam BAB 4, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Faktor risiko terjadinya preeklampsia kehamilan merupakan skrining awal atau alat yang pertama kali digunakan untuk deteksi dini preeklampsia sebelum melakukan prosedur pemeriksaan fisik lainnya untuk menegakkan diagnose pasti hasil deteksi dini.
2. Pemeriksaan fisik khusus untuk deteksi dini preeklampsia kehamilan meliputi pemeriksaan IMT, MAP dan ROT yang dilakukan setelah penapisan dari hasil anmnese tentang faktor risiko (usia, paritas dan riwayat kehamilan dan keluarga).

3. Pemeriksaan penunjang meskipun bukan merupakan pemeriksaan yang akurat untuk deteksi dini preeklampsia, namun dari hasil penelitian terbukti responden dengan faktor risiko ternyata memiliki hasil pemeriksaan lab positif satu (+) dan positif dua (++)

Important Risk Factor For The Development Of Severe Preeclampsia. Acta Obstetrica et Gynecologica, 89, 612–617.

Billington, M dan Stevenson, M. 2009. *Kegawatan dalam Kehamilan Persalinan/Buku Saku Bidan*. Terjemahan oleh Ariani, Fruriorina dan Widiarti, Dwi. Jakarta : EGC.

DAFTAR PUSTAKA

Agudelo AC, Belizan JM, Norton MH. 2005. *Effect Of The Interpregnancy Interval On Perinatal Outcomes In Latin America. Obstet Gynecol*. 106:359-66.

Amiruddin, R; Kandi, E.P; Ayani, W; Chaerunnisa, A; Ambas, W. S; Afifah, A. 2007. *Current Issue Pre Eclampsia And Eclampsia in Indonesia*. Tidak diterbitkan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Makasar.

Bappeddasu. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014*. Jakarta.

Bethesda & Maryland. 2000. *Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol*, 183.

Bezerra, P. C. F. M., Leão, M. D., Queiroz, J. W., Melo, E. M. D., Pereira, F. V. M., Nóbrega, M. H., Jeronimo, A. K., Ferreira, L. C., Jerônimo, S. M. B. & Araújo, A. C. P. F. D. 2010. *Family History Of Hypertension As An*

Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K, *Hypertensive Disorders in Pregnancy*, dalam William Obstetrics, edisi ke-22, New York: McGraw-Hill, 2005 : 761-808

Cunningham, Leveno, Bloom H., Rouse, Spong. 2010. *Williams Obstetric, The McGraw-Hill Companies. Inc*.

Departemen Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007*. Jakarta; Departemen Kesehatan RI; 2008.

Departemen Kesehatan. 2006. *Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/Kota*. Depkes RI : Jakarta

Departemen Kesehatan. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia*. Depkes RI : Jakarta

Departemen Kesehatan. 2007. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Depkes RI : Jakarta

Favilli, A., Pericoli, S., Acanfora, M. M., Bini, V., Renzo, G. C. D. &

- Gerli, S. 2012. Pregnancy Outcome In Women Aged 40 Years Or More. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25, 1260–1263.
- Gibson P, Carson M, *Hypertension and Pregnancy*, 06 Maret 2014, diakses tanggal 03 November 2014, dari [http : //emedicine.medscape.com/article /261435](http://emedicine.medscape.com/article/261435)
- Impey, L., Child, T., 2008. *Obstetrics and Gynaecology*. 3rd Publishing. ed. UK: Blackwell
- Manuaba, I.A.C., Manuaba, I.B.G.F., & Manuaba, I.B.G. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Manuaba. I. G. B. 2004. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. EGC : Jakarta
- Millenium Development Goals (MDGs). 2008. Jakarta
- Mose J, Gestosis, *Obstetri Patologi : Ilmu Kesehatan Reproduksi*, edisi ke-2, Sastrawinata S, Martaadisoebata D, Wirakusumah F. penyunting. 2003. Jakarta : EGC. 68-82
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Prawirohardjo, S. 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- [RISKESDAS] Riset Kesehatan Dasar. 2007. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Riwidikdo, H. 2008. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.
- Rosenberg, T.J; Garbers, S; Lipkind, H; Chiasson, M.A. 2005. Maternal Obesity and Diabetes as Risk Factors for Adverse Pregnancy Out-Comes : Differences Among 4 Racial/Ethnic Groups. *Am. J. Public Health*. 95 (9). 1545-1557.
- Scott, J.R., Disaia, P.J., Hammond, C.B., Spellacy, W.N., & Gordon, J.D. Tanpa Tahun. *Danforth Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Chalik & Hartanto, H. 2002. Jakarta : Widya Medika
- Shahab, A. 2009. Komplikasi Kronik Dm : Penyakit Jantung Koroner. In : Sudoyo, A.W., Setitohadi,B., Alwi,I.,Simadibrata, M., Setiati,S., *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi V*. Jakarta : Intema Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam, 1937-1941.
- Sheppard, S. J. & Khalil, R. A. 2010. *Risk Factors and Mediators of the Vascular Dysfunction Associated with Hypertension in Pregnancy. Cardiovascular & Haematological Disorders-Drug Targets*, 10, 33-52
- Sibai, B; Dekker, G; Kupferminc, M. 2005. *Pre-eclampsia Lancet*. 385

Silva, L.M. 2008. *Low Socioeconomic Status Is A Risk Factor For Preeclampsia: the Generation R Study. J. Hypertens.* 26(6), 1200-1208.

Diunduh pada tanggal 24 Maret 2015. Disitasi dari <http://www.balipost.com>.

Sirait, A. M. 2012. Prevalensi Hipertensi Pada Kehamilan Di Indonesia Dan Berbagai Faktor Yang Berhubungan (Riset Kesehatan Dasar 2007). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15, 103-109.

Skjaerven, R.; Vatten, L.R.; Wilcox, A.J.; Ronning, T.; Irgens, L.M.; Lie, R.T. 2006. *Recurrence Of Pre-Eclampsia Across Generations: Exploring Fetal And Maternal Genetic Components In A Population Based Cohort*. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 61(3), 162-163.

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung : Alfabeta.

Varney, H., 2006. *Buku ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Walsh, L.V. 2007. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Handayani, W.E., Lestari, S., & Damiati, N. 2008. Jakarta : EGC

Wawan, A dan Dewi, M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.

WHO. 2007. *Hypertension Report*. Geneva : WHO Technical Report Series.

Yudasmar, Kusuma IP. 2009. *Hipertensi dalam Kehamilan*.