

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 372/Kebidanan

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN HIBAH BERSAING



**PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREEKLAMSI
DI WILAYAH PUSKESMAS MOJO KABUPATEN KEDIRI**

Oleh

Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb (19810128 200501 2 002)

Shinta Kristianti, M.Kes (19800617 200501 2 001)

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN KEDIRI

JURUSAN KEBIDANAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

2018

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul:
**“PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREEKLAMSI
DI WILAYAH PUSKESMAS MOJO KABUPATEN KEDIRI”**

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal bulan November 2018

Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat Politeknik
Kesehatan Kemenkes Malang



Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP.19640407 198803 1 004

Ketua Tim Pelaksana Penelitian



Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb.
NIP. 19810128 200501 2 002

Mengetahui,
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang



Budi Susatia, S.Kp, M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : **Pendampingan Kader pada ibu hamil Preeklamsi di Wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri**

Peneliti Utama
Nama Lengkap : Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb
NIP : Perempuan
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan Kediri
Nomor HP : 081214739904
Alamat Surel (e-mail) : ytriatmiandri@yahoo.co.id
Anggota (1)
Nama Lengkap : Shinta Kristianti, S.SiT., M.Kes.
NIP : Perempuan
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan Kediri
Nomor HP : 081805004300
Alamat Surel (e-mail) : kristiantishinta@gmail.com
Tahun Pelaksanaan : 2018
Biaya Penelitian : Rp 16.000.000,00

Mengetahui

Malang, November 2018

Kepala Unit Penelitian

Poltekkes Kemenkes Malang

Ketua



Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP.19640407 198803 1 004

Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb
NIP. 19810128 200501 2 002

Mengesahkan,

Direktur Poltekkes Kemenkes Malang

Budi Susatia, S.Kp, M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002

ABSTRAK

Yanuarini, Triatmi Andri. 2018. Pendampingan Kader pada ibu hamil Preeklamsi di Wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri

Preeklampsia merupakan penyebab utama mortalitas dan morbiditas ibu dan janin. Pada tahun 2017 jumlah ibu hamil di Puskesmas Mojo sejumlah 750 orang, yang mengalami preeklamsi sejumlah 40 orang. Satu orang meninggal dunia setelah dilakukan perawatan selama 21 hari dirumah sakit karena preeklamsi berat dengan komplikasi gagal jantung. Tahun 2018, di wilayah kerja Puskesmas Mojo, ditemukan satu orang ibu hamil dengan preeklamsi berat dan satu orang ibu hamil preeklamsi meninggal dunia. Dua ibu hamil ini tidak sempat didampingi oleh kader karena mereka pendatang, ketika baru memeriksakan kehamilannya terdeteksi Preeklamsi Berat dan dilakukan rujukan.

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri. Partisipan dalam penelitian ini sejumlah 20 kader. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam, studi dokumentasi dan *Focus Group Discussion*. Analisis data hasil wawancara menggunakan tahapan analisis menurut Diklemann.

Temuan hasil penelitian adalah pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi sudah dilakukan namun, yang memiliki inisiatif atau mampu mengidentifikasi hanya satu orang. Kader yang lain masih menunggu informasi dari bidan. Semua kader juga sudah mampu mendampingi ibu hamil preeklamsi dalam persiapan persalinan/perencanaan tempat /penolong persalinan seperti biaya, asuransi, transportasi. Namun belum dapat mengarahkan untuk mempersiapkan donor darah pada ibu hamil. Kader juga sudah baik dalam memberikan penyuluhan/Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) pada ibu hamil preeklamsi. Semua kader sudah baik dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya, juga memberikan saran tentang rujukan tepat waktu. Hambatan kader yang terbanyak adalah sulitnya memberikan pengertian kepada keluarga agar mendukung ibu hamil untuk dirujuk dirumah sakit dan sebagian kader kurang percaya diri dalam mendeteksi dini ibu hami preeklamsi. Pembinaan kader lebih ditingkatkan terutama dalam pemberian materi deteksi dini resiko tinggi terutama preeklamsi.

Kata Kunci: Preeklamsi, Pendampingan, Kader, Deteksi Dini

ABSTRACT

Yanuarini, Triatmi Andri. 2018. Cadre Assistance For Preeclampsia Pregnant Women In Mojo Community Health Center Kediri District

Preeclampsia is a major cause of maternal and fetal mortality and morbidity. In 2017 there were 750 pregnant women at Mojo Community Health Center, who had preeclampsia with 40 people. One person died after 21 days of treatment at the hospital because of severe preeclampsia with complications of heart failure. In 2018, in the work area of the Mojo Health Center, one pregnant woman with severe preeclampsia was found and one preeclampsia pregnant woman died. The two pregnant women did not have time to be accompanied by cadres because they were immigrants, when they were examined they detected severe preeclampsia and referral was detected.

The purpose of the study was to identify cadre assistance in preeclampsia pregnant women in the Mojo District Health Center in Kediri Regency. The participants in this study were 20 cadres. Data collection is done by in-depth interviews, documentation studies and Focus Group Discussion. Analysis of interview data using the stages of analysis according to Diklemann.

The findings of the research are that the assistance of cadres in the early detection of preeclampsia pregnant women has been carried out but who have the initiative or are able to identify only one person. Other cadres are still waiting for information from the midwife. All cadres have also been able to assist preeclampsia pregnant women in childbirth preparation / planning / birth attendant planning such as costs, insurance, transportation. But it has not been able to direct to prepare blood donors in pregnant women. Cadres have also been good at providing education information / communication (IEC) to preeclampsia pregnant women. All cadres are good at giving advice on decision making for pregnant women and their families, also providing advice on timely referrals. The most cadre obstacle is the difficulty in giving understanding to families to support pregnant women to be referred to in hospitals and some cadres lack confidence in detecting pre-eclampsia mothers early. Fostering cadres is further enhanced especially in the provision of high-risk early detection material, especially preeclampsia.

Keywords: Preeclampsia, Mentoring, Cadre, Early Detection

PRAKATA

Puji Syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan Kegiatan Penelitian Hibah Bersaing **“Pendampingan Kader pada ibu hamil Preeklamsi di Wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri”**

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di Lingkungan Poltekkes Kemenkes Malang dan sebagai perwujudan kepedulian civitas akademika untuk memberikan pelayanan secara langsung kepada masyarakat sesuai profesi. Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa kegiatan penelitian ini tidak dapat terwujud dengan baik tanpa bantuan dari semua pihak yang terkait. Perkenankan Penyusun mengucapkan trimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Budi Susatia, S.Kp.M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Malang.
2. Herawati Mansur, SST, M.Pd, M.Psi., selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang.
3. dr. Adi Laksono, MMRS, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri.
4. dr. Rindang Fariyah Idana, selaku Kepala Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri.
5. Siti Munawaroh, S.ST, selaku Bidan Koordinator Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri.
6. Para Ibu Kader peserta kegiatan penelitian.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu kelancaran penelitian ini, semoga bantuan dan dukungan yang telah diberikan mendapatkan imbalan yang baik dari Tuhan Yang Maha Esa,

Penyusun menyadari bahwa Kegiatan Penelitian ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu segala saran dan kritik sangat diharapkan untuk menyempurnakan karya ini.

Kediri, Nopember 2018

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kader	4
2.2 Deteksi Dini Risiko Tinggi	5
2.3 Preeklamsi.....	13
2.4 Sistem Rujukan	31
2.5 Kerangka Konsep.....	34
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	
3.1 Tujuan Penelitian	35
3.2 Manfaat Penelitian	35
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	36
4.2 Partisipan Penelitian.....	36
4.3 Instrumen Penelitian.....	36
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	37
4.5 Prosedur Pengambilan Data	37
4.6 Cara Analisa Data	38
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	39
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	39

5.1.3	Gambaran Karakteristik Responden	39
5.13	Pendampingan Kader dalam Deteksi Dini Ibu Hamil Preeklamsi .	40
5.14	Pendampingan Kader dalam Persiapan / Perencanaan Tempat / Penolong.....	41
5.15	Pendampingan Kader dalam Bentuk Penyuluhan / Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Kepada Ibu Hamil Preeklamsi.....	42
5.16	Pendampingan Kader dalam Memberikan Saran Pengambilan Keputusan Ibu Hamil dan Keluarganya	43
5.17	Pendampingan Kader dalam Memberikan Saran Tentang Rujukan Tepat Waktu.....	44
5.2	Pembahasan.....	45
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan	51
6.2	Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Faktor Risiko I	7
Tabel 2.2 Tabel Faktor Risiko II	8
Tabel 2.3 Tabel Faktor Risiko III.....	9
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Kelompok Umur (Tahun) Responden	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pedoman Rujukan	33
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pendampingan Kader Pada Ibu Hamil Preeklamsi	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pemberian Tugas	54
Lampiran 2 Biodata Peneliti.....	55
Lampiran 3 Surat Pernyataan Ketua Peneliti	57
Lampiran 4 Surat Permohonan Ijin Penelitian Oleh Kaprodi	58
Lampiran 5 Surat Rekomendai Penelitin Dari Bakesbangpol	59
Lampiran 6 Penjelasan Untuk Mengikuti Peneliti (PSP)	60
Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	61
Lampiran 8 Panduan Wawancara (Kader)	62
Lampiran 9 Panduan Wawancara (Bidan)	64
Lampiran 10 Dokumentasi Kegiatan Penelitian.....	65
Lampiran 11 Rincian Anggaran Biaya Penelitian.....	71
Lampiran 12 Justifikasi Anggaran Penelitian	72

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan hasil SDKI Tahun 2012 Angka Kematian ibu (AKI) di Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ini masih jauh dari target MDGs,yaitu 102/100.000 kelahiran hidup tahun 2015

Angka kematian ibu (AKI) berguna untuk menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, melahirkan dan masa nifas. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2013 menunjukkan, angka kematian ibu (AKI) meningkat dari tahun-tahun sebelumnya yaitu mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Dari data yang diverifikasi tim Dinkes Provinsi Jawa Timur ditahun 2013 ini angka kematian ibu melahirkan meningkat secara angka yakni mencapai 474 kasus ibu meninggal saat melahirkan, dibandingkan pada tahun 2012 angka kematian ibu melahirkan hanya 450 kasus.

Preeklamsia/eklamsia merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di Indonesia. Kejadian preeklamsia dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko preeklamsia meliputi status primigravida (kehamilan pertama), kehamilan kembar, diabetes, hipertensi yang telah ada sebelumnya, preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, riwayat preeklamsia dalam keluarga (Linda J. Heffner, Danny J. Schust, 2005).

Preeklamsia merupakan penyebab utama mortalitas dan morbiditas ibu dan janin. Menurut WHO pada tahun 2010 angka kematian ibu di dunia 287.000, WHO memperkirakan ada 500.000 kematian ibu melahirkan di seluruh dunia setiap tahunnya, penyumbang terbesar dari angka tersebut merupakan negara berkembang yaitu 99%. Perempuan meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan.

Pre eklamsi dapat menimbulkan komplikasi kehamilan. Koma yang fatal tanpa disertai kejang pada penderita pre eklamsia juga disebut eklamsia. Namun kita harus membatasi definisi diagnosis tersebut pada wanita yang mengalami

kejang dan kematian pada kasus tanpa kejang yang berhubungan dengan pre eklampsia berat. Mattar dan Sibai (2000) melaporkan komplikasi – komplikasi yang terjadi pada kasus persalinan dengan eklampsia antara tahun 1978 – 1998 di sebuah rumah sakit di Memphis, adalah solusio plasenta (10 %), defisit neurologis (7 %), pneumonia aspirasi (7 %), edema pulmo (5 %), cardiac arrest (4 %), acute renal failure (4 %) dan kematian maternal (1 %)

Preeklampsia merupakan sindrom yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang muncul ditrimester kedua kehamilan yang selalu pulih diperiode postnatal. Preeklampsia dapat terjadi pada masa antenatal, intranatal, dan postnatal. Ibu yang mengalami hipertensi akibat kehamilan berkisar 10%, 3-4 % diantaranya mengalami preeklampsia, 5% mengalami hipertensi dan 1-2% mengalami hipertensi kronik (Robson dan Jason, 2012).

Salah satu terobosan untuk menurunkan AKI melalui program pendampingan ibu hamil yakni memberikan pendampingan, motivasi dan menggerakkan ibu hamil untuk rajin memeriksakan kesehatannya selama masa kehamilan sampai masa nifas. Propinsi Jawa Timur pada tahun 2013 memulai program ini dengan menerjunkan 400 kader PKK untuk mendampingi 400 bumil yang tersebar di delapan kabupaten/kota di Jatim yaitu Sampang, Ngawi, Pamekasan, Trenggalek, Bondowoso, Situbondo, Jember dan Kediri.

Jumlah kematian ibu di Provinsi Jawa Timur mengalami penurunan yang cukup bermakna dari 642 kematian (2013) menjadi 291 kematian (2014). Penyebab terbanyak kematian ibu hamil adalah preeklampsia dan sebagian besar juga diakibatkan keterlambatan pengambilan keputusan keluarga untuk membawa ibu hamil beresiko tinggi ke pusat rujukan. Ada 3 keterlambatan yang menjadi penyebab ibu hamil beresiko tidak tertolong, yaitu: keluarga terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat rujukan, dan terlambat mendapat penanganan. Pemberian penghargaan dan motivasi kepada kader posyandu sangatlah penting.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri terdapat ibu hamil yang mengalami pre eklamsi selama tahun 2015 sebanyak 35 kasus. Pada tahun 2016 kejadian pre eklamsi di Puskesmas Mojo 21 ibu hamil. Pada tahun 2017 jumlah ibu hamil 750 orang yang mengalami preeklamsi 40

orang. Satu orang meninggal dunia setelah dilakukan perawatan selama 21 hari dirumah sakit karena preeklamsi berat dengan komplikasi gagal jantung Berdasarkan data diatas peneliti ingin melakukan penelitian tentang pendampingan kader pada ibu hamil pre eklamsi di Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri. Tahun 2018 satu orang ibu ibu hamil preeklamsi berat meninggal dunia. Dua orang ibu hamil ini tidak sempat didampingi oleh kader karena mereka pendatang ketika baru memeriksakan kehamilannya terdeteksi Preeklamsi Berat dan dilakukan rujukan. Saat ini jumlah kader di wilayah kerja Puskesmas Mojo sejumlah 240 orang. Kader yang melakukan pendampingan kepada ibu hamil dengan preeklamsi sejumlah 16 kader. Berdasarkan data diatas peneliti ingin melakukan penelitian tentang pendampingan kader pada ibu hamil pre eklamsi di Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang maka rumusan masalah penelitian ini adalah:
Bagaimana pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kader

2.1.1 Pengertian

Kader adalah seseorang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih atau ditunjuk untuk mengambil peran dalam kegiatan dan pembinaan, dan telah mendapat pelatihan tentang kesehatan. Syarat-syarat untuk memilih calon kader adalah dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia, secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader, aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya, dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa, sanggup membina paling sedikit 10 KK untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan. Mempunyai jiwa pelopor, pembaharu dan penggerak masyarakat. Bersedia secara sukarela, memiliki kemampuan dan waktu luang. (Depkes, Pokjanal, 2006)

Setiap kader melaksanakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi sebanyak 6 kali bagi setiap ibu hamil resiko tinggi dengan bukti mengisi buku raport pendampingan dan kartu skor Pudji Rochayati.

2.1.2 Peran kader dalam pendampingan ibu hamil resiko tinggi preeklamsi

Pada Ibu hamil:

1. Memotivasi bumil agar periksa secara rutin, bila perlu diantar
2. Melakukan deteksi dini dan memantau perkembangan risiko tinggi menggunakan KSPR
3. Memotivasi rujukan bila ada tanda bahaya
4. Penyuluhan tanda bahaya, gizi dan perawatan ibu hamil
5. Mendampingi ibu hamil dalam memahami isi buku KIA
6. Menyampaikan informasi ke tenaga kesehatan hasil melakukan kunjungan rumah

Pada Persiapan Persalinan

1. Memotivasi persalinan ke petugas kesehatan dan di fasilitas kesehatan
2. Membantu mempersiapkan transportasi (bersama pokja transportasi)

3. Membantu mempersiapkan pendanaan (bersama pokja tabulin/Dasolin) dan atau memastikan ketersediaan biaya persalinan (dana mandiri, dana Jampersal)
4. Mengantar ibu bersalin ke fasilitas kesehatan (bila diperlukan)
5. Menyampaikan informasi ke tenaga kesehatan di wilayahnya (bidan) terkait perkembangan dari ibu menjelang hari persalinan

Pada Masa Nifas:

1. Memantau kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir
2. Memotivasi rujukan bila diperlukan
3. Memotivasi ibu untuk melakukan pelayanan masa nifas dan bayi baru lahir ke tenaga kesehatan
4. Membantu menyiapkan transportasi, dasolin bila dibutuhkan
5. Memotivasi KB setelah melahirkan
6. Mendampingi ibu dalam memahami isi buku KIA
7. Mencatat dan melaporkan persalinan dan bayi lahir (Dinas Kesehatan Kab. Kediri, 2014)

2.1.3 Pendampingan

Pendampingan adalah pekerjaan yang dilakukan oleh fasilitator atau pendamping masyarakat dalam berbagai kegiatan program. Fasilitator juga seringkali disebut fasilitator masyarakat (community facilitator/CF) karena tugasnya lebih sebagai pendorong, penggerak, katalisator, motivator masyarakat, sementara pelaku dan pengelola kegiatan adalah masyarakat. (Djohani Rianingsih, "Kerangka Kerja Pengembangan Masyarakat", "Pelaku dan Praktek Pengembangan Masyarakat", dan "Paradigma dan Ideologi LSM di Indonesia". <https://riadjohani.files.wordpress.com/2012>. Konsep pendampingan masyarakat)

2.2 Deteksi Dini Risiko Tinggi

Deteksi dini merupakan suatu tindakan untuk mengetahui seawal mungkin adanya kelainan, komplikasi, dan penyakit ibu selama kehamilan yang dapat menjadi penyulit ataupun komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan bayi dalam persalinan, serta nifas (Fadlun dan Achmad, 2014).

Kegiatan tersebut bertujuan menemukan ibu hamil berisiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan (Syafudin dan Hamida, 2009).

Prinsip deteksi dini dengan melakukan skrining secara teratur dan ketat terhadap kelainan, komplikasi dan penyakit selama kehamilan, mencegah dan mengurangi risiko terjadinya kelainan, komplikasi, dan penyakit dalam persalinan maupun nifas (Fadlun dan Feryanto, 2014). Tujuan dilakukannya skrining untuk menemukan dan mengenal ibu hamil yang mempunyai faktor risiko yaitu ibu risiko tinggi (Rochjati, 2011). Manfaat dari deteksi dini dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan meminimalisir risiko akibat komplikasi yang terjadi (Fadlun dan Feryanto, 2014).

2.2.1 Kartu Skor Poedji Rohyati

Kartu Skor Poedji Rohyati (KSPR) merupakan metode untuk melakukan pengenalan atau deteksi dini adanya faktor risiko pada ibu hamil dengan menggunakan cara yang sederhana, mudah, cepat dan murah. KSPR dulu digunakan oleh ibu-ibu PKK karena pada saat itu belum ada bidan di desa, saat ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat. Masyarakat yang dimaksud meliputi kader posyandu, dukun, suami, dan keluarga (Rochjati, 2011).

Skrining pertama dilakukan untuk memisahkan kelompok ibu hamil tanpa risiko dengan ibu hamil dengan faktor risiko. Tes skrining kedua dilakukan untuk memisahkan kelompok ibu hamil dengan faktor risiko tinggi yang membutuhkan rujukan dan penanganan namun, masih ada waktu untuk memberikan penyuluhan mengenai rujukan terencana dan penanganan ibu hamil tersebut dengan kelompok ibu hamil dengan risiko sangat tinggi yang perlu segera dirujuk (Rujukan Tepat Waktu/RTW) dan ditangani segera pada waktu itu juga (Rochjati, 2011).

Pendekatan risiko merupakan langkah promotif, preventif, dan penanganan adekuat dan tuntas. Tujuan dari pendekatan ini yaitu meningkatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada seluruh ibu hamil, janin dan bayi baru lahir, dan juga untuk memberikan perhatian khusus yang diberikan kepada ibu hamil yang memiliki kemungkinan terjadinya risiko yang lebih besar (Rochjati, 2011).

a. Pengelompokan Berdasarkan Faktor Risiko.

1) Kelompok 1

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) merupakan kehamilan yang memiliki masalah untuk diwaspadai. Selama hamil ibu tidak ada mengeluhkan yang membahayakan walaupun demikian, harus tetap diwaspadai kemungkinan terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan. Terdapat 10 faktor risiko terdiri dari 7 terlalu dan 3 pernah. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah (Rochjati, 2011):

Tabel 2.1 Tabel Faktor Risiko I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan - Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun.
2	Primi Tua	a. Terlalu muda, hamil pertama umur ≥ 35 tahun. b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun.
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun.
4	Anak Terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun.
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih.
6	Umur ≥ 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih.
7	Tinggi badan ≤ 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan : - Hamil pertama. - Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup.
8	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu : - Hamil kedua yang pernah gagal. - Hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup.
9	Pernah melahirkan dengan :	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum. b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim. c. Pernah di infus/tranfusi pada perdarahan pasca persalinan.
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan Operasi Sesar sebelum kehamilan ini.

(Rochjati, 2011)

2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO) merupakan kehamilan dimana terdapat keluhan ibu saat kehamilan tetapi tidak darurat. Kelompok ini memiliki 8 faktor risiko. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah (Rochjati, 2011)

Tabel 2.2 Tabel Faktor Risiko II

No	Faktor Risiko (FR II)	Kondisi Ibu
11	Penyakit ibu hamil :	
a.	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang – kunang.
b.	Malaria	Panas tinggi, menggigil, sakit kepala.
c.	Tuberkulosa Paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus.
d.	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar, kaki bengkak.
e.	Kencing manis	Diketahui dari diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
f.	PMS dan lain-lain	Diketahui dari diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
12	Pre-Eklamsi Ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi.
13	Hamil kembar / gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa di banyak tempat.
14	Hamil kembar air / hydramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa, karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil.
15	Hamil lebih bulan / hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan.
16	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil.
17	Kelainan letak	Rasa berat (nggandol) menunjukkan letak dari kepala janin:
•	Letak sungsang	- Diatas perut : kepala bayi ada diatas dalam rahim.
•	Letak lintang	- Disamping perut : kepala bayi di dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

(Rochjati, 2011)

3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO) merupakan kehamilan yang mengancam nyawa ibu dan janin. Ibu hamil dengan kelompok III membutuhkan pengenalan dini, rujukan tepat waktu, dan penanganan yang adekuat di tempat rujukan. Usaha ini dilakukan sebagai bentuk

penyelamatan nyawa ibu dan janin. Kelompok ini memiliki 2 faktor risiko. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah (Rochjati, 2011) :

Tabel 2.3 Tabel Faktor Risiko III

No	Faktor Resiko (FR III)	Kondisi ibu
17	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi.
18	Pre-Eklampsia Berat / Eklampsia	Pada hamil 6 bulan lebih : sakit kepala / pusing, bengkak tungkai wajah, tekanan darah tinggi, dan pemeriksaan urin ada albumin. Ditambah dengan terjadi kejang-kejang.

(Rochjati, 2011).

b. Sistem Skor

Sistem skor bertujuan untuk mempermudah penjelasan adanya faktor risiko yang terjadi pada ibu hamil kepada ibu sendiri, suami, dan keluarga serta kebutuhan pertolongan persalinan yang aman. Skor adalah pembobotan dengan menggunakan angka yang sudah diperkirakan sesuai berat ringannya risiko komplikasi persalinan dan bahaya kematian/kesakitan pada ibu dan bayi. Skor ini akan mempermudah dalam memberikan KIE tentang perkiraan bahaya komplikasi dan bahaya persalinan kepada ibu hamil dan keluarga pada semua tingkat pendidikan. Nilai ini akan menentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kondisi ibu. Semakin tinggi skor akan mempunyai peluang lebih besar terjadi bahaya baik pada ibu hamil maupun janinnya (Rochjati, 2011).

1) Tujuan Sistem Skor

- a) Membuat pengelompokan ibu hamil berdasarkan skor (Kehamilan Risiko Rendah/KRR, Kehamilan Risiko Tinggi/KRT, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KRST) agar berkembang pada perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kondisi ibu hamil.
- b) Meningkatkan kepedulian, dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana dengan menggerakkan ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat sekitar. (Rochjati, 2011).

2) Fungsi Skor

- a) Alat Komunikasi Informal dan Edukasi (KIE) bagi klien atau ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat.
- b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan.

(Rochjati, 2011)

3) Cara Memberikan Skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko akan diberikan skor 2, 4 atau 8. Umur dan paritas diberikan skor 2 sebagai skor awal. Setiap faktor risiko skor 4 kecuali pada bekas operasi sesar, letak sungsang letak lintang, perdarahan antepartum dan pre-eklamsi berat/eklamsi diberikan skor 8 (Rochjati, 2011).

Cara menghitung:

- a) Skor awal X yaitu skor dari umur dan paritas merupakan karakteristik yang dimiliki setiap ibu hamil.
- b) Skor awal X+Y, dimana nilai Y adalah skor dari faktor risiko yang dimiliki oleh ibu hamil ditemukan saat kontak pertama.
- c) Jumlah skor dapat tetap atau bertambah sesuai dengan faktor risiko yang dimiliki oleh ibu hamil yang kemudian timbul.
- d) Skor tidak akan berkurang meskipun gejalanya tidak lagi timbul.

(Rochjati, 2011).

4) Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

Pengelompokan skor berdasarkan tingkat faktor risiko dengan pemberian warna:

- a) Jumlah skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan warna hijau. Merupakan kehamilan tanpa faktor risiko, fisiologis, dan kemungkinan bersalin dengan normal serta bayi dan ibu hidup sehat (Rochjati, 2011).
- b) Jumlah skor 6-10: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan warna kuning.

(1) Kehamilan dengan satu atau lebih FR, baik dari pihak ibu dengan FR-APGO atau AGO. Selama kehamilan ibu dan janin menghadapi kegawatan/gawat-obstetrik, tetapi masih dalam

keadaan sehat dan saat persalinan harus diwaspadai terhadap komplikasi (Rochjati, 2011).

(2) Kehamilan dengan satu faktor risiko AGDO. Dengan kegawatdaruratan/gawat-darurat obstetrik bagi ibu dan janin perlu segera dirujuk ke rumah sakit (Rochjati, 2011).

c) Jumlah skor ≥ 12 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan warna merah (Rochjati, 2011).

(1) Ibu hamil dengan FR-AFGO dan AGO, ibu dengan gawat obstetrik, ibu hamil sehat tetapi saat persalinan dimungkinkan terjadi komplikasi, membutuhkan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan FR-nya. Dapat dilakukan Rujukan terencana ke Puskesmas PONEK atau RS PONEK (Rochjati, 2011).

(2) Ibu hamil dengan FR-AFGO, AGO, AGDO, pada ibu atau janin dengan kegawatdaruratan/gawat darurat obstetrik membutuhkan Rujukan Tepat Waktu untuk menyelamatkan ibu dan janin atau bayi baru lahir (Rochjati, 2011).

5) KIE untuk Kehamilan dan Persalinan Aman

Setelah melakukan skrining kehamilan, menentukan skor, menjumlahkan skor tersebut, dan menentukan kelompok risiko, maka ibu-ibu PKK dan petugas kesehatan melakukan KIE. Hal ini bertujuan agar ibu hamil bersedia memeriksakan kehamilannya secara teratur, sebaiknya dilakukan pada satu tempat pelayanan kesehatan (Rochjati, 2011).

Rujukan kehamilan dilakukan apabila ibu membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut atau membutuhkan pengobatan dokter di puskesmas atau dokter spesialis. Umur kehamilan diatas 38 minggu pemberian KIE mengenai persalinan perlu ditingkatkan dengan agar lebih jelas dan tegas sesuai dengan faktor risiko dan jumlah skor pada kontak terakhir karena persalinan sudah dekat, kepada (Rochjati, 2011):

a) Ibu dengan Kehamilan Risiko Rendah (KRR) tempat persalinan di Polindes/Ponkesdes, Bidan Praktek Swasta (BPS), Puskesmas PONEK atau di RS PONEK. Dukun merupakan mitra dari bidan.

Peran dukun membantu dalam merawat masa nifas baik ibu dan bayinya (Rochjati, 2011).

- b) Ibu dengan Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) tempat persalinan ditolong oleh bidan atau dokter Puskesmas, di Polindes atau Puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit (Rochjati, 2011).
- c) Ibu dengan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) tempat persalinan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dibawah pengawasan dokter Spesialis (Rochjati, 2011).

2.2.2 Deteksi Dini Preeklampsia pada Ibu Hamil

Preeklampsia salah satu kasus kegawatdaruratan yang memerlukan rujukan. Penanganan dan tindak lanjut kasus yang dapat dilakukan bidan adalah rujukan untuk penanganan preeklampsia sesuai standar. Deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil pada kegiatan antenatal merupakan salah satu standar pelayanan kebidanan yaitu dengan melakukan pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan protein dalam urine pada trimester II dan III (Kemenkes RI, 2010).

Skrining untuk deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil dilakukan anamnesa keluhan utama, riwayat kesehatan lalu dan pemeriksaan lengkap secara *head to toe* serta dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium (Rukiyah, 2010).

Hee Jin, Park *et al.* (2015) menyebutkan gabungan skrining awal untuk preeklampsia yang dapat dilakukan mulai trimester pertama diantaranya adalah :

a. Mengetahui faktor risiko dan riwayat ibu

Faktor risiko yang harus diketahui pada ibu hamil adalah BMI, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya dan riwayat preeklampsia pada keluarga serta umur ibu.

b. Uterine Artery Doppler

Penggunaan *uterine artery doppler* dapat digunakan sebagai alat skrining untuk preeklampsia dan IUGR.

c. *Placental Volume and 3D power Doppler*

Pemeriksaan volume plasenta dan doppler 3 dimensi pada trimester pertama dapat mendeteksi hasil dari kehamilan seperti preeklampsia dan IUGR.

d. Melakukan pemeriksaan *Mean Arterial Blood Pressure (MAP)*

Pemeriksaan tekanan darah rata-rata dapat dilakukan pada trimester pertama kehamilan dengan menghitung dua kali tekanan darah diastole ditambah tekanan darah sistole dibagi 3. Jika hasil MAP adalah >90 mmHg maka MAP adalah positif.

e. Biomarker

Pemeriksaan PAPP-A (*Pregnancy Associated Plasma Protein-A*) dan PIGF (*Placental Growth Factor*) adalah dua pemeriksaan biokimia yang dapat memberikan hasil menjanjikan pada skrining awal preeklampsia.

2.3 Preeklamsi

2.3.1 Definisi Pre-eklampsia

Preeklampsia adalah suatu sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel. Diagnosis preeklampsia ditegakkan jika terjadi peningkatan tekanan darah disertai dengan proteinuria dan atau edema yang muncul pada kehamilan \geq minggu ke-20. Proteinuria didefinisikan sebagai terdapatnya 300 mg atau lebih protein dalam urin dalam kurun waktu 24 jam atau 30 mg/dl (+1 dipstik) secara menetap pada sampel acak urin (Cunningham G, 2013).

Proteinuria yang merupakan tanda diagnostik preeklampsia dapat terjadi karena kerusakan glomerulus ginjal. Dalam keadaan normal, proteoglikan dalam membran dasar glomerulus menyebabkan muatan listrik negatif terhadap protein, sehingga hasil akhir filtrat glomerulus adalah bebas protein. Pada penyakit ginjal tertentu, muatan negatif proteoglikan menjadi hilang sehingga terjadi nefropati dan proteinuria atau albuminuria.

Skrining pre eklamsi ada empat item yang dinilai, pasien ditensi miring kiri dan terlentang

1. Usia < 20 tahun - >35 tahun maka skrining dinilai positif

2. ROT (Roll Over Test)
Tensi diastol miring - Tensi diastol terlentang jika nilai ≥ 15 maka skrining dinilai positif
3. MAP (Mean Arterial Pressur)
Dua kali diastol + sistolik / 3 jika nilai ≥ 90 mmHg maka skrining dinilai positif
4. BMI (Body Mass Index)
BB / TB² jika nilai ≥ 29 maka hasil positif

2.3.2 Etiologi

1. Teori kelainan vaskularisasi plasenta
Tidak terjadinya invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya arteri spiralis mengalami vasokonstriksi dan menjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis” sehingga aliran darah uteroplacenta menurun dan terjadi hipoksia dan iskemia plasenta (Prawiroharjo, 2009).
2. Teori Genetik
Ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal. Genotipe ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika dibandingkan dengan genotipe janin. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami preeklampsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula, sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia (Prawiroharjo, 2009).
3. Teori Iskemia Implantasi Plasenta, Radikal Bebas, dan Disfungsi Endotel
 - a Pada hipertensi kehamilan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, dengan akibat plasenta mengalami iskemia. Plasenta yang mengalami iskemia dan hipoksia akan menghasilkan oksidan (disebut juga radikal bebas). Oksidan atau radikal bebas adalah senyawa penerima elektron atau atom/molekul yang mempunyai elektron yang tidak berpasangan. Salah satu oksidan penting yang dihasilkan plasenta iskemia adalah radikal hidroksil yang sangat toksis, khususnya

terhadap membran sel endotel pembuluh darah. Sebenarnya produksi oksidan pada manusia adalah suatu proses normal, karena oksidan memang dibutuhkan untuk perlindungan tubuh. Radikal hidroksil akan merusak membran sel, yang mengandung banyak asam lemak tidak jenuh menjadi peroksida lemak. Peroksida lemak selain akan merusak membran sel, juga akan merusak nukleus, dan protein sel endotel (Prawiroharjo, 2009).

- b. Peroksida lemak sebagai oksidan/radikal bebas yang sangat toksis akan beredar dalam tubuh dan aliran darah yang akan merusak sel endotel. Membran sel endotel lebih mudah mengalami kerusakan oleh peroksida lemak karena letaknya langsung berhubungan dengan aliran darah dan mengandung banyak asam lemak tidak jenuh. Asam lemak tidak jenuh sangat rentan terhadap radikal hidroksil yang akan berubah menjadi peroksida lemak (Prawiroharjo, 2009).
 - c. Disfungsi endotel yang terpapar peroksida lemak, maka akan terjadi kerusakan sel endotel. Kerusakan ini akan mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh fungsi endotel "fungsi endotel". Pada saat terjadi kerusakan endotel terjadi: gangguan metabolisme prostaglandin, agregasi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan, perubahan khas pada sel endotel kapilar glomerulus, peningkatan permeabilitas kapiler, peningkatan produksi bahan-bahan vasopresor yaitu endoelin. Kadar vasodilator menurun sedangkan endotelin (vasokonstriktor) meningkat (Prawiroharjo, 2009).
4. Teori Intoleransi Immunologik antara Ibu dan Janin
- Dengan bahwa faktor imunologik berperan terhadap terjadinya hipertensi dalam kehamilan terbukti dengan fakta :
- a. Primigravida mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan multigravida.
 - b. Ibu multipara yang kemudian menikah lagi mempunyai resiko lebih besar terjadinya hipertensi dalam kehamilan jika dibandingkan dengan suami sebelumnya.

c. Seks oral mempunyai resiko lebih rendah terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Lamanya periode hubungan seks sampai saat kehamilan ialah makin lama periode ini, makin kecil terjadinya hipertensi dalam kehamilan (Prawiroharjo, 2009).

5. Teori Adaptasi Kardiovaskular

Hilangnya daya refrakter terhadap bahan vasokonstriktor dan terjadi peningkatan kepekaan terhadap bahan-bahan vasopresor. Artinya, daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang hingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan vasopresor (Prawiroharjo, 2009).

6. Teori Defisiensi Gizi

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan defisiensi gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan (Prawiroharjo, 2009).

7. Teori Stimulus Inflamasi

Berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Pada preeklampsia terjadi peningkatan stress oksidatif sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas meningkat. Keadaan ini menyebabkan reaksi inflamasi dalam darah ibu jauh lebih besar dari hamil normal (Prawiroharjo, 2009).

8. Teori Diet

Peran kalsium dalam hipertensi kehamilan sangat penting diperhatikan karena kekurangan kalsium dalam diet dapat memicu terjadinya hipertensi. Kalsium berfungsi untuk membantu pertumbuhan tulang janin, mempertahankan konsentrasi dalam darah pada aktivitas kontraksi otot. Kontraksi otot pembuluh darah sangat penting karena dapat mempertahankan tekanan darah. Kekurangan kalsium berkepanjangan akan menyebabkan ditariknya kalsium dari tulang dan otot untuk dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin. Keluarnya kalsium dari otot dapat menimbulkan kelemahan otot jantung yang melemahkan stroke volume dan

otot pembuluh darah yang menimbulkan vasokonstriksi sehingga terjadi hipertensi dalam kehamilan (Prawiroharjo, 2009).

2.3.3 Faktor Predisposisi

Etiologi menurut Manuaba (2010) faktor yang mempengaruhi *pre eklamsia* yaitu :

1. *Primigravida*
2. *Distansi* rahim berlebihan
3. *Hidramnion*; hidramnion, hamil *kembar*, mola *hidatidosa*,
4. Penyakit yang menyertai kehamilan; *diabetes mellitus*
5. Kegemukan
6. Usia ibu > 35 tahun

Etiologi Menurut Leveno (2009) insiden *preeklamsia* dipengaruhi antara lain :

1. *Paritas*, dengan wanita nulipara lebih besar resikonya dari pada *multipara*
2. Kehamilan ganda
3. Riwayat *hipertensi kronis*
4. Usia ibu > 35 tahun
5. Berat badan ibu berlebihan

Beberapa penelitian menyebutkan ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya *pre eklamsia* dan *eklamsia*. Faktor-faktor tersebut antara lain: gizi buruk, kegemukan dan gangguan aliran darah ke rahim. Faktor risiko terjadinya *preeklamsia* , *preeklamsia* umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama kali, kehamilan di usia remaja dan kehamilan pada wanita diatas usia 35 tahun. Faktor resiko yang lain adalah: riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami *pre eklamsia* sebelumnya, riwayat *pre eklamsia* pada ibu atau saudara perempuan, kegemukan, mengandung lebih dari satu orang bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus atau rematoid arthritis (Rukiyah, 2010).

2.3.4 Patofisiologi

Meskipun penyebab *preeklamsia* masih belum diketahui, namun bukti manifestasi klinisnya mulai tampak sejak awal kehamilan. Tanda klinis ini

diduga merupakan akibat vasospasme, disfungsi endotel, dan iskemia. Meskipun sejumlah besar dampak sindrom preeklampsia pada ibu biasanya diuraikan per sistem organ, manifestasi klinis ini sering kali multipel dan bertumpang tindih secara klinis (Cunningham, 2012).

a. Perubahan Kardiovaskular

Gangguan berat pada fungsi kardiovaskular umum terjadi pada preeklampsia atau eklampsia. Gangguan ini terjadi akibat peningkatan beban akhir jantung yang disebabkan hipertensi berkaitan dengan Peningkatan afterload jantung yang disebabkan hipertensi, dan cedera endotel dengan ekstrasvasasi cairan ke ruang ekstrasel terutama pada paru-paru (Leveno, 2015).

b. Volume Darah

Hemokonsentrasi merupakan tanda preeklampsia berat dan eklampsia. Volume darah yang tidak dapat membesar merupakan konsekuensi dari vasokonstriksi generalisata yang diperparah dengan permeabilitas vaskular (Leveno, 2015).

c. Perubahan hematologi

Kelainan hematologi terjadi pada beberapa wanita dengan preeklampsia. Trombositopenia dapat terjadi dengan sangat hebat sehingga mengancam nyawa. Kadar beberapa faktor pembekuan darah dapat berkurang dan eritrosit dapat mengalami hemolisis yang cepat (Leveno, 2015).

d. Trombositopenia

Trombositopenia yang menyertai preeklampsia dan eklampsia. Trombositopenia berat didefinisikan sebagai hitung trombosit $<100.000/uL$ menunjukkan penyakit yang berat. Secara umum, semakin rendah hitung trombosit, semakin tinggi angka kesakitan dan kematian ibu dan janin. Jika disertai peningkatan enzim hati maka disebut dengan sindrom HELLP yaitu hemolisis (H), peningkatan enzim hati (EL), dan kadar trombosit rendah (LP) (Leveno, 2015).

e. Koagulasi

Defisiensi berat faktor koagulasi sangat jarang dijumpai pada preeklampsia berat dan eklampsia kecuali terdapat peristiwa lain yang menjadi

koagulopati konsumtif seperti solusio plasenta atau perdarahan berat akibat infark hepar (Leveno, 2015).

f. Ginjal

Selama kehamilan normal, aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat cukup besar. Dengan terjadinya preeklampsia, perfusi ginjal dan filtrasi glomerulus berkurang. Pengurangan filtrasi glomerulus disebabkan oleh penurunan volume plasma yang menyebabkan kreatinin menjadi dua kali lipat dari normalnya yaitu 0,5 mg/dL. Namun pada kasus preeklampsia berat kreatinin plasma dapat meningkat menjadi 2-3 mg/dL (Leveno, 2015).

g. Proteinuria

Adanya proteinuria dalam derajat apapun akan menegakkan diagnosis preeklampsia-eklampsia (Leveno, 2015).

h. Hepar

Pada preeklampsia berat kadang ditemukan perubahan dalam uji fungsi hati. Lesi khas yang lazim ditemukan adalah daerah-daerah perdarahan periportal pada tepi hepar merupakan alasan peningkatan enzim hati. Perdarahan pada lesi ini dapat menyebabkan *ruptur hepar* (Leveno, 2015).

i. Otak

Nyeri kepala dan gejala penglihatan lazim terjadi pada preeklampsia berat, dan terjadinya kejang yang berkaitan dengan kedua gejala tersebut menandakan eklampsia (Cunningham, 2012).

2.3.5 Perubahan Sistem dan Organ pada Pre-eklampsia

1. Volume plasma

Pada hamil normal volume plasma meningkat dengan bermakna (disebut dengan hipovolemia), guna memenuhi kebutuhan pertumbuhan janin. Peningkatan tertinggi volume plasma pada hamil normal terjadi pada umur kehamilan 32-24 minggu. Sebaliknya, oleh yang tidak jelas pada preeklampsia terjadi penurunan volume plasma antara 30%-40% dibanding hamil normal, disebut hipovolemia. Hipovolemia diimbangi dengan vasokonstriksi, sehingga terjadi hipertensi. Volume plasma yang menurun memberi dampak yang luas pada organ-organ penting.

Preeclampsia sangat peka terhadap pemberian cairan intravena yang terlalu cepat dan banyak. Demikian sebaliknya preeclampsia sangat peka terhadap kehilangan darah waktu persalinan. Oleh karena itu, observasi cairan masuk ataupun keluar harus ketat.

2. Hipertensi

Hipertensi merupakan tanda terpenting guna menegakkan diagnosis hipertensi dalam kehamilan. Tekanan diastolic menggambarkan resistensi perifer, sedangkan tekanan sistolik, menggambarkan besaran curah jantung.

Pada preeclampsia peningkatan reaktivitas vascular dimulai umur kehamilan 20 minggu, tetapi hipertensi dideteksi umumnya pada trimester II. Tekanan darah yang tinggi pada preeclampsia bersifat labil dan mengikuti irama sirkadian normal. Tekanan darah menjadi normal beberapa hari pasca persalinan, kecuali beberapa kasus preeclampsia berat kembalinya tekanan darah normal dapat terjadi 2-4 minggu pasca persalinan.

Tekanan darah bergantung terutama pada curah jantung, volume plasma, resistensi perifer, dan viskositas darah.

Timbulnya hipertensi adalah akibat vasospasme menyeluruh dengan ukuran tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg selang 6 jam. Tekanan diastolic ditentukan hilangnya suara Korotkoff's phase V. dipilihnya tekanan diastolic 90 mmHg sebagai batas hipertensi, karena batas tekanan diastolic 90 mmHg yang disertai proteinuria, mempunyai kolerasi dengan kematian perinatal tinggi. Mengingat proteinuria berkolerasi dengan nilai absolut tekanan darah diastolic, maka kenaikan (perbedaan) tekanan darah tidak dipakai sebagai kriteria diagnosis hipertensi, hanya sebagai tanda waspada.

Mean Arterial Blood Pressure (MAP) tidak berkolerasi dengan besaran proteinuria. MAP jarang dipakai sebagian besar klinisi karena kurang praktis dan sering terjadi kesalahan pengukuran. Pengukuran tekanan darah harus dilakukan secara standar.

3. Fungsi ginjal

- Perubahan fungsi ginjal disebabkan oleh hal-hal berikut:

- Menurunnya aliran darah ke ginjal akibat hipovolemia sehingga terjadi oliguria, bahkan anuria
- Kerusakan sel glomerulus mengakibatkan meningkatnya permeabilitas membrane basalis sehingga terjadi kebocoran dan mengakibatkan proteinuria.
Proteinuria terjadi jauh pada akhir kehamilan, sehingga sering dijumpai preeklampsia tanpa proteinuria, karena janin terlebih dulu lahir
- Terjadi Glomerular Capillary Endotheliosis akibat sel endotel glomerular membengkak disertai deposit fibril
- Gagal ginjal akut terjadi akibat nekrosis tubulus ginjal. Bila sebagian besar kedua korteks ginjal mengalami nekrosis, maka terjadi "nekrosis korteks ginjal" yang bersifat ireversibel
- Dapat terjadi kerusakan intrinsic jaringan ginjal akibat vasospasme pembuluh darah. Dapat diatasi dengan pemberian DOPAMIN agar terjadi vasodilatasi pembuluh darah ginjal.

4. Proteinuria

- Bila proteinuria timbul:
 - Sebelum hipertensi, umumnya merupakan tanda gejala penyakit ginjal
 - Tanpa hipertensi, maka dapat dipertimbangkan sebagai penyulit kehamilannya
 - Tanpa kenaikan darah diastolic ≥ 90 mmHg, umumnya ditemukan pada infeksi saluran kencing atau anemia. Jarang ditemukan proteinuria pada tekanan diastolic < 90 mmHg.
- Proteinuria merupakan syarat untuk diagnosis preeklampsia, tetapi proteinuria umumnya timbul jauh pada akhir kehamilan, sehingga sering dijumpai preeklampsia tanpa proteinuria, karena janin sudah lahir dulu.
- Pengukuran proteinuria dapat dilakukan dengan:
 - a. Urin dipstick: 100 mg/l atau sekurang-kurangnya diperiksa 2 kali urin acak selama 6 jam

b. Pengumpulan proteinuria dalam 24 jam. Dianggap patologis bila besaran proteinuria ≥ 300 mg/24 jam.

5. Asam urat serum (uric acid serum)

Umumnya meningkat ≥ 5 mg/cc. hal ini disebabkan oleh hipovolemia, yang menimbulkan menurunnya aliran darah ke ginjal dan mengakibatkan menurunnya filtrasi glomerulus, sehingga menurunnya sekresi asam urat. Peningkatan asam urat dapat terjadi juga akibat iskemia jaringan.

6. Kreatinin

Sama halnya kadar asam urat serum, kadar kreatinin plasma pada preeklampsia juga meningkat. Hal ini disebabkan oleh hipovolemia, maka aliran darah ginjal menurun, mengakibatkan filtrasi glomerulus, sehingga menurunnya sekresi kreatinin, disertai peningkatan kreatinin plasma. Dapat mencapai kadar kreatinin plasma ≥ 1 mg/cc, dan biasanya terjadi pada preeklampsia berat dengan penyulit pada ginjal.

7. Oliguria dan anuria

Oliguria dan anuria terjadi karena hipovolemia sehingga aliran darah ke ginjal menurun yang mengakibatkan produksi urin menurun (oliguria), bahkan dapat terjadi anuria. Berat ringannya oliguria menggambarkan berat ringannya hipovolemia. Hal ini berarti menggambarkan pula berat ringannya preeklampsia. Pemberian cairan intravena hanya karena oliguria tidak dibenarkan.

8. Elektrolit

Kadar elektrolit total menurun pada waktu hamil normal. Pada preeklampsia kadar elektrolit total sama seperti hamil normal, kecuali bila diberi diuretikum banyak, restriksi konsumsi garam atau pemberian cairan oksitosin yang bersifat antidiuretik.

Preeklampsia berat yang mengalami hipoksia dapat menimbulkan gangguan keseimbangan asam basa. Pada waktu terjadi kejang eklampsia, kadar bikarbonat menurun, disebabkan timbulnya asidosis laktat dan akibat kompensasi hilangnya karbon dioksida.

Kadar natrium dan kalium pada preeklampsia sama dengan hamil normal, yaitu sesuai dengan proporsi jumlah air dalam tubuh. Karena kadar natrium dan kalium tidak berubah pada preeklampsia, maka tidak terjadi retensi natrium yang berlebihan. Ini berarti pada preeklampsia tidak diperlukan restriksi konsumsi garam.

9. Tekanan osmotik koloid plasma/tekanan onkotik

Osmolaritas serum tekanan onkotik menurun pada umur kehamilan 8 minggu. Pada preeklampsia tekanan onkotik makin menurun karena kebocoran protein dan peningkatan permeabilitas vascular.

10. Koagulasi

Gangguan koagulasi pada preeklampsia, misalnya trombositopenia, jarang berat, tetapi sering dijumpai. Pada preeklampsia terjadi peningkatan FDP, penurunan antitrombin III, dan peningkatan fibronektin.

11. Viskositas darah

Viskositas darah ditemukan oleh volume plasma, molekul makro; fibrinogen dan hematokrot. Pada preeklampsia viskositas darah meningkat, mengakibatkan meningkatnya resistensi perifer dan menurunnya aliran darah ke organ.

12. Hematokrit

Pada hamil normal hematokrit menurun karena hipervolemia, kemudian meningkat lagi pada trimester III akibat peningkatan produksi urin. Pada preeklampsia, hematokrit meningkat karena hipovolemia yang menggambarkan beratnya preeklampsia.

13. Edema

Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai banyak interpretasi, misalnya 40% dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria.

14. Hematologic

Perubahan hematologic disebabkan oleh hipovolemia akibat vasospasme, hipoalbuminemia, hemolisis mikroangiopatik akibat spasme arteriole dan hemolisis akibat kerusakan endotel arteriole. Perubahan

tersebut dapat berupa peningkatan hematokrit akibat hipovolemia, peningkatan viskositas darah, trombositopenia, dan gejala hemolisis mikroangiopatik.

15. Hepar

Dasar perubahan pada hepar ialah vasospasme, ischemia, dan perdarahan. Bila terjadi perdarahan pada sel periporal lobus perifer, akan terjadi nekrosis sel hepar dan peningkatan enzim hepar. Perdarahan ini dapat meluas hingga di bawah kapsula hepar dan disebut hematoma. Subkapsular hematoma menimbulkan rasa nyeri di daerah epigastrium dan dapat menimbulkan rupture hepar, sehingga perlu pembedahan.

16. Neurologic

- Perubahan neurologic dapat berupa:nyeri kepala disebabkan hiperperfusi otak, sehingga menimbulkan vasogenik edema.
- Akibat spasme arteri retina dapat terjadi gangguan visus. Gangguan visus dapat berupa:pandangan kabur, skotomata, amaurosis yaitu kebutaan tanpa jelas adanya kelainan dan ablasio retinae.
- Hiperrefleksia sering dijumpai pada preeklampsia berat, tetapi bukan faktor prediksi terjadinya eklampsia
- Dapat timbul kejang eklamptik. Penyebab kejang eklamptik belum diketahui dengan jelas. Faktor-faktor yang menimbulkan kejang eklamptik ialah edema serebri, vasospasme serebri dan ischemia cerebri

17. Kardiovaskular

Perubahan kardiovaskular disebabkan peningkatan cardiac afterload akibat hipertensi dan penurunan cardiac preload akibat hipovolemia.

18. Paru

Penderita preeklampsia berat mempunyai risiko besar terjadinya edema paru. Edema paru dapat disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapiler paru, dan menurunnya diuresis. Dalam menangani edema paru, pemasangan Central Venous Pressure tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya dari Pulmonary Capillary Wedge Pressure.

19. Janin

Preeklampsia dan eklampsia member pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta.

Dampak preeklamsiadan eklampsia pada janin adalah:

- Intrauterine growth restriction (IUGR) dan oligohidramnion
- Kenaikan morbiditas dan mortalitas janin, secara tidak langsung akibat intrauterine growth restriction, prematuritas, oligohidramnion, dan soluiso plasenta.

2.3.6 Pencegahan preeklampsia

Pencegahan preeklampsia adalah upaya untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada perempuan hamil yang mempunyai risiko terjadi preeklampsia (Prawirohardjo, 2009). Menurut Dekker G (2001) dalam POGI (2016) pencegahan preeklampsia dibagi menjadi tiga yaitu, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier atau penatalaksanaan preeklampsia.

a. Pencegahan primer preeklampsia

Pencegahan primer merupakan tindakan untuk menghindari suatu penyakit. Pencegahan primer preeklampsia adalah dengan melakukan skrining risiko terjadinya preeklampsia untuk setiap wanita hamil sejak awal kehamilan dan melakukan pemeriksaan skrining preeklampsia menggunakan riwayat medis pasien (Duckitt K, *et al* dalam POGI, 2016).

b. Pencegahan sekunder preeklampsia

Pencegahan sekunder berarti memutus proses terjadinya penyakit yang sedang berlangsung sebelum timbul gejala atau kedaruratan klinis. Pencegahan sekunder pada preeklampsia adalah dengan penggunaan aspirin dosis rendah (75 mg/hari) digunakan sebelum usia kehamilan 20 minggu dan direkomendasikan untuk wanita dengan risiko tinggi preeklampsia (L Duley, *et al* dalam POGI 2016). Suplementasi kalsium minimal 1 g/hari direkomendasikan terutama pada wanita dengan asupan kalsium yang rendah (Hofweyr GJ, *et al* dalam POGI, 2016).

Istirahat, tirah baring dan pemberian vitamin C dan E terbukti tidak efektif dalam pencegahan preeklampsia (S Meher, L Duley dalam POGI, 2016). Pembatasan konsumsi garam, suplemen kalsium dan pemberian minyak ikan selama kehamilan terbukti tidak efektif dalam pencegahan preeklampsia (Leveno, 2015).

c. Pencegahan tersier preeklampsia

Pencegahan tersier preeklampsia adalah pencegahan dari komplikasi yang disebabkan oleh preeklampsia sehingga pencegahan ini adalah melakukan tatalaksana atau penanganan preeklampsia (Dekker G dalam POGI, 2016).

2.3.7 Gejala Klinik

a. Hipertensi

Pembacaan hipertensi 140/90 mmHg dianggap sebagai batas atas normal, tapi peningkatan tekanan darah diastolik 20 mmHg atau lebih dari hasil yang tercatat dalam minggu-minggu awal kehamilan selalu dianggap dengan kecurigaan. Seorang wanita yang memiliki tekanan darah normal 90/60 mmHg sebelum hamil, saat hamil mengalami hipertensi dengan tekanan darah 120/80 mmHg akan dilakukan induksi, terutama jika disertai dengan proteinuria. Tekanan diastolik adalah lebih penting daripada tekanan sistolik karena tidak dipengaruhi oleh postur dan faktor-faktor lain seperti stres dan kegembiraan.

Ketika tekanan darah naik sampai 140/90 mmHg atau lebih (diambil setelah 10 menit istirahat), biasanya indikasi pertama dari pre-eklampsia. Jika vasospasme parah tekanan darah dapat meningkat sampai 170/110 mmHg atau lebih. Jika tekanan diastolik melebihi 100 mmHg, itu adalah indikasi pre-eklampsia berat. (Definisi Hipertensi dalam kehamilan oleh Prof. DA Davey)

b. Edema

Edema tidak lagi dianggap sebagai salah satu tanda-tanda pasti hipertensi akibat kehamilan. (Thomson et al, 1967). Perbedaan kenaikan berat badan yang tinggi pada kehamilan tidak selalu berhubungan dengan

hipertensi dalam kehamilan. Berat badan yang berlebihan di trimester kedua kehamilan (lebih dari 1 kg dalam jangka waktu 2 minggu) bisa mengindikasikan okultisme (sub-klinis) edema. Edema klinis pada pergelangan kaki, kaki dan / atau tangan, wajah, perut dan vulva, dan tekanan darah yang meningkat serta proteinuria, menjadi indikasi pre-eklampsia.

c. Proteinuria

Proteinuria adalah tanda yang lebih serius, dan ketika ditemukan dalam spesimen urin, yang bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, merupakan indikasi yang pasti dari pre-eklampsia. (Jumlah kecil dari proteinuria, hingga 300mg / l, dapat ditemukan pada kehamilan normal). (definisi proteinuria pada kehamilan oleh Prof. DA Davey)

Ketika proteinuria bersamaan dengan hipertensi, kematian perinatal dan kejadian bayi berat lahir rendah meningkat (MacGillivray dan Campbell, 1980). Risiko ibu menjadi eklampsia juga meningkat.

d. Tanda gejala sekunder

Ini disebabkan oleh vasospasme BERAT, tekanan darah yang tinggi dan pecahnya kapiler di berbagai organ tubuh. Vasospasme tekanan darah tinggi dan perdarahan pada organ dan iskemia selanjutnya dapat menimbulkan berikut:

1. Otak (tanda dan gejala serebral)
 - Sakit kepala bagian frontal yang parah
 - Gangguan visual, bintik-bintik di depan mata
 - Mual dan muntah
 - Perubahan fundus ocular dapat dilihat
 - Berkedut, hiper-refleksia, yang mungkin menjadi tanda-tanda pertama akan terjadinya eklampsia.
2. Hati
 - Nyeri epigastrium
3. Ginjal
 - Proteinuria berat

- Edema pada seluruh tubuh
- Oliguria
- 4. Uterus dan plasenta
 - Plasenta abrupsi
 - Gawat janin
 - Kematian janin

Klasifikasi preeklamsi terbaru:

1. Pre Eklamsi

Preeklampsia : tekanan darah > 140/90 mmHg dan ada minimal 1 dari gejala berikut :

- Proteinuria : dipstick > +1 atau > 300 mg/24 jam
- Serum kreatinin > 1,1 mg/dL
- Edema paru
- Peningkatan fungsi hati > 2 kali
- Trombosit > 100.0000
- Nyeri kepala, nyeri epigastrium dan gangguan penglihatan

2. Pre Eklamsi Berat

Jika pada ibu hamil ada salah satu tanda atau gejala berikut:

- Tekanan darah > 160/110 mmHg
- Proteinuria > +1
- Serum kreatinin > 1,1 mg/dl
- Peningkatan enzim hati > 2 x
- Trombosit < 100.000
- Edema Paru
- Nyeri kepala, gangguan penglihatan dan nyeri epigastrium

(Lukas, 2013)

2.3.8 TATA LAKSANA PREEKLAMSI

A. Diagnosis

1. Anamnesis

Dilakukan anamnesis pada pasien/keluarganya mengenai adanya gejala, penyakit terdahulu, penyakit keluarga dan gaya hidup sehari-

hari. Gejala dapat berupa nyeri kepala, gangguan visus, rasa panas dimuka, dispneu, nyeri dada, mual muntah dan kejang. Penyakit terdahulu seperti hipertensi dalam kehamilan, penyulit pada pemakaian kontrasepsi hormonal, dan penyakit ginjal. Riwayat gaya hidup meliputi keadaan lingkungan sosial, merokok dan minum alkohol (POGI, 2010).

2. Pemeriksaan Fisik

Pasien dalam waktu 30 menit sebelumnya tidak boleh minum kopi dan obat dan tidak minum obat-obat stimulant adrenergik serta istirahat sedikitnya 5 menit sebelum dilakukan pengukuran tekanan darah (POGI, 2010). Alat yang dipakai untuk mengukur tekanan darah adalah *sphygmomanometer*.

Pengukuran tekanan darah dengan posisi duduk sangat praktis, untuk skrining. Namun pengukuran tekanan darah dengan posisi berbaring, lebih memberikan hasil yang bermakna, khususnya untuk melihat hasil terapi. Pengukuran tekanan darah tersebut dilakukan dalam dua kali atau lebih (POGI, 2010).

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang perlu dilakukan dalam kasus hipertensi sebagai komplikasi kehamilan adalah proteinuria, untuk diagnosis dini preeklamsi yang merupakan akibat dari hipertensi kehamilan. Pemeriksaan proteinuria dapat dilakukan dengan dua metode, yaitu secara Esbach dan Dipstick. Pengukuran secara Esbach, dikatakan proteinuria jika didapatkan protein ≥ 300 mg dari 24 jam jumlah urin. Nilai tersebut setara dengan kadar proteinuria ≥ 30 mg/dL (+1 dipstick) dari urin acak tengah yang tidak menunjukkan tanda- tanda infeksi saluran kencing. Interpretasi hasil dari proteinuria dengan metode dipstick adalah (POGI, 2010) :

$$+1 = 0,3 - 0,45 \text{ g/L}$$

$$+2 = 0,45 - 1 \text{ g/L}$$

$$+3 = 1 - 3 \text{ g/L}$$

$$+4 = > 3 \text{ g/L.}$$

B. Perawatan selama kehamilan

Jika tekanan darah diastolik >110 mmHg, berikan obat antihipertensi sampai tekanan darah diastolik diantara 90-100 mmHg. Obat pilihan antihipertensi adalah hidralazin yang diberikan 5 mg IV pelan-pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun. Jika hidralazin tidak tersedia, dapat diberikan nifedipin 5 mg sublingual dan tambahkan 5 mg sublingual jika respon tidak membaik setelah 10 menit.

Selain itu labetolol juga dapat diberikan sebagai alternatif hidralazin. Dosis labetolol adalah 10 mg, jika respon tidak baik setelah 10 menit, berikan lagi labetolol 20 mg. Pasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar (16 gauge atau lebih). Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai overload. Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru. Adanya krepitasi menunjukkan edema paru, maka pemberian cairan dihentikan.

Perlu kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan proteinuria. Jika jumlah urin <30 ml per jam, infus cairan dipertahankan sampai 1 jam dan pantau kemungkinan edema paru. Observasi tanda-tanda vital ibu dan denyut jantung janin dilakukan setiap jam (Prawirohardjo S, 2006). Untuk hipertensi dalam kehamilan yang disertai kejang, dapat diberikan Magnesium sulfat (MgSO₄).

MgSO₄ merupakan obat pilihan untuk mencegah dan menangani kejang pada preeklamsi dan eklamsi. Cara pemberian MgSO₄ pada preeklamsi dan eklamsi adalah (Prawihardjo S, 2006) :

a. Dosis awal

Berikan MgSO₄ 4 gram IV sebagai larutan 20% selama 5 menit. Diikuti dengan MgSO₄ (50%) 5 gr IM dengan 1 ml lignokain 2% (dalam semprit yang sama). Pasien akan merasa agak panas saat pemberian MgSO₄.

b. Dosis pemeliharaan

MgSO₄ (50%) 5 gr + 1 ml lignokain 2 % IM setiap 4 jam. Pemberian tersebut dilanjutkan sampai 24 jam postpartum atau kejang terakhir. Sebelum pemberian MgSO₄, periksa frekuensi nafas minimal 16 kali/menit, refleks patella positif dan urin minimal 30 ml/jam dalam 4

jam terakhir. Pemberian MgSO₄ dihentikan jika frekuensi nafas <16 kali/menit, refleks patella negatif dan urin <30 ml/jam. Siapkan antidotum glukonat dan ventilator jika terjadi henti nafas. Dosis glukonat adalah 2 gr (20 ml dalam larutan 10%) IV secara perlahan sampai pernafasan membaik.

C. Perawatan persalinan

Pada preeklamsi berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedang pada eklamsi dalam 12 jam sejak gejala eklamsi timbul. Jika terdapat gawat janin, atau persalinan tidak terjadi dalam 12 jam pada eklamsi, lakukan seksio sesarea (Mustafa R *et al.*, 2012).

D. Perawatan pospartum

Antikonvulsan diteruskan sampai 24 jam postpartum atau kejang terakhir. Teruskan pemberian obat antihipertensi jika tekanan darah diastolik masih >110 mmHg dan pemantauan urin (Mustafa R *et al.*, 2012).

2.4 Sistem Rujukan

a. Pengertian

Suatu sistem pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara horizontal maupun vertikal, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, maupun penelitian.

Sistem rujukan paripurna terpadu, yaitu suatu tatanan yang memungkinkan berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan di desa, bidan, dan dokter puskesmas di pelayanan kesehatan dasar dengan dokter spesialis di rumah sakit kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, yaitu penanganan ibu risiko tinggi dengan gawat obstetrik atau gawat darurat obstetric secara efisien, efektif, professional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan terencana (Saifuddin, 2014).

b. Jenis Rujukan

Rujukan medis sesuai Undang Undang Rumah Sakit No. 44 tahun 2009 merupakan kegiatan rujukan yang berkaitan dengan urusan medis dan dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Rujukan Kasus

Rujukan kasus merupakan rujukan yang berkaitan dengan kasus yang dialami klien dalam hal ini komplikasi ibu dan bayi baru lahir/neonatus.

2) Rujukan Laboratorium

Rujukan bahan laboratorium yang berkaitan dengan kebutuhan diagnosa komplikasi ibu dan bayi baru lahir/neonatus.

3) Rujukan Ilmu

Rujukan ilmu pengetahuan diantara tenaga kesehatan dalam rangka peningkatan pengetahuan penanganan komplikasi ibu dan bayi baru lahir/neonatus dimana pihak yang lebih kompeten akan memberikan ilmu sesuai kebutuhan dan kewenangan (EMAS, 2014).

Dalam rujukan kebidanan, berdasarkan sifatnya, dibagi ke dalam dua jenis rujukan, yaitu:

1) Rujukan Terencana

Rujukan terencana merupakan rujukan ke rumah sakit yang disiapkan dan direncanakan jauh hari bagi ibu risiko tinggi. Masa persiapan rujukan terencana lebih panjang dan keadaan umum ibu masih relatif lebih baik, selain itu modalitas transportasi juga dapat lebih beragam, nyaman dan aman bagi pasien karena rujukan tidak dilakukan dalam kondisi gawat darurat. Ada 2 macam rujukan terencana, yaitu:

a) Rujukan Dini Berencana

Rujukan dini berencana dilakukan untuk ibu dengan Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) dan Ada Gawat Obstetrik (AGO). Ibu risiko tinggi masih sehat, belum *in partu*, belum ada komplikasi persalinan, ibu dapat berjalan sendiri, dan tidak membutuhkan obat.

b) Rujukan Dalam Rahim

Di dalam rujukan dini berencana terdapat pengertian rujukan dalam rahim atau rujukan *in utero* bagi janin bermasalah, ketika janin risiko tinggi masih sehat, misalnya kehamilan dengan riwayat obstetrik jelek

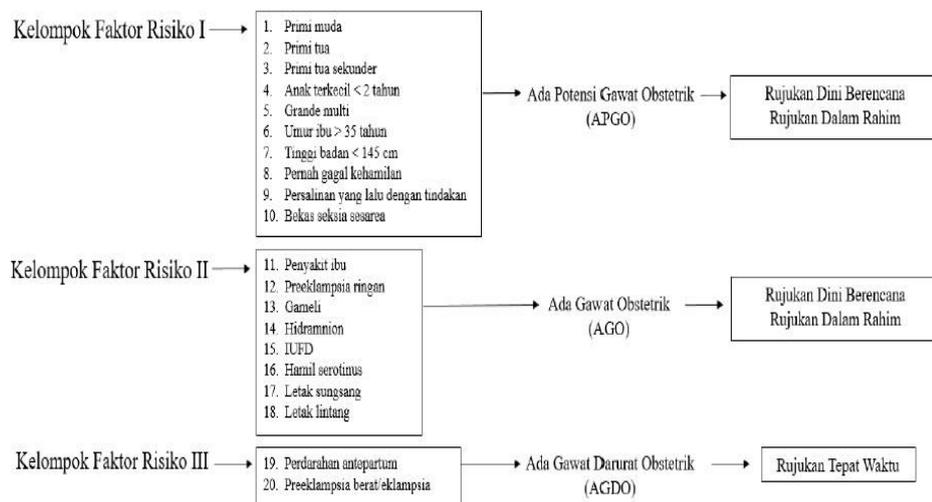
pada ibu diabetes mellitus, prematurus iminens. Bagi janin, selama pengiriman rujukan, rahim ibu merupakan alat transportasi dan inkubasi yang aman, nyaman, hangat, steril, mudah, murah, memberi nutrisi dan O₂, tetap ada hubungan fisik dan psikis dalam lingkungan ibunya.

2) Rujukan Tepat Waktu/Rujukan Kegawatdaruratan

Rujukan tepat waktu dilakukan untuk ibu dengan ADGO (Ada Gawat Darurat Obstetrik), yaitu ibu dengan kelompok faktor risiko III (perdarahan *antepartum* atau preeklampsia berat/eklampsia). Rujukan kegawatdaruratan merupakan rujukan yang berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan yang harus segera ditangani seperti halnya rujukan tepat waktu.

Rujukan sebaiknya tidak dilakukan bila terdapat kondisi-kondisi berikut:

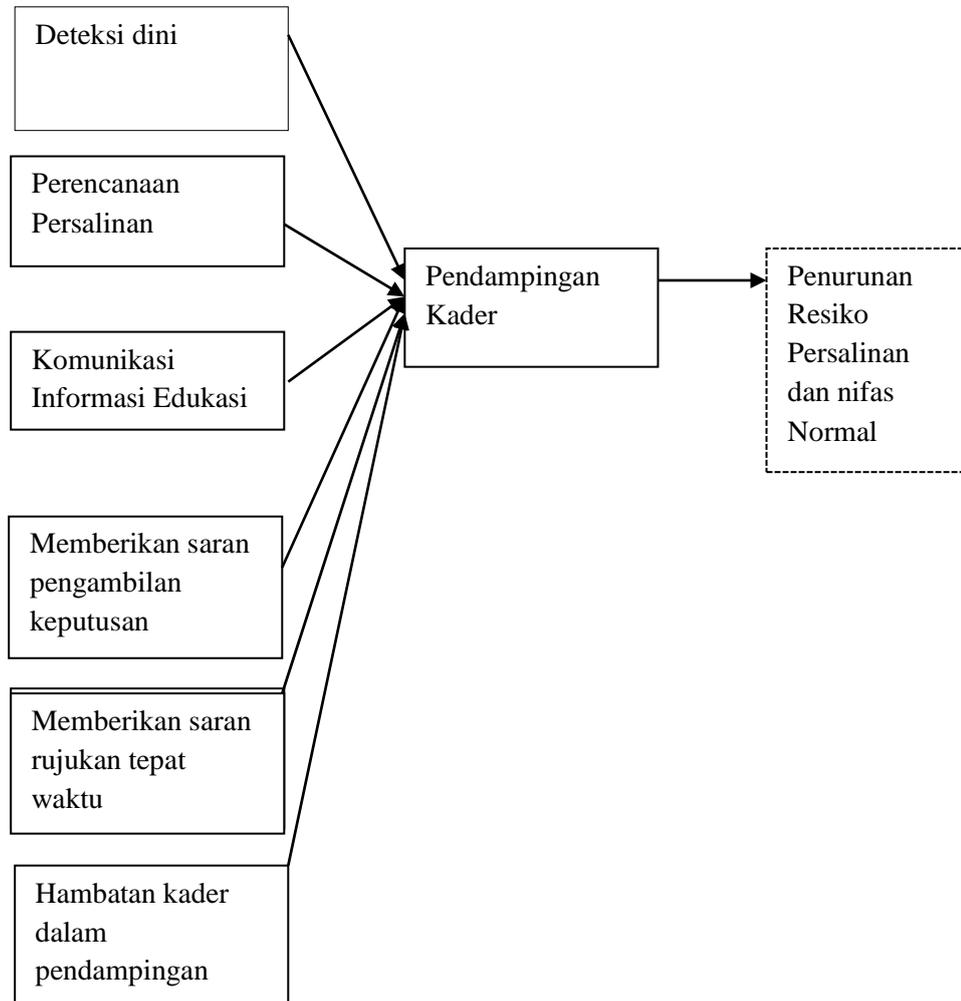
- a) Kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan
- b) Kondisi janin tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk
- c) Persalinan sudah akan terjadi
- d) Tidak ada tenaga kesehatan terampil yang dapat menemani
- e) Kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan (Saifuddin, 2014).



Gambar 2.1
Pedoman Rujukan

Sumber: Saifuddin. 2014. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

2.5 KERANGKA KONSEP



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pendampingan Kader Pada Ibu Hamil Preeklamsi

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi
2. Mengidentifikasi pendampingan kader dalam persiapan/perencanaan tempat/penolong ibu hamil preeklamsi
3. Mengidentifikasi pendampingan kader bentuk penyuluhan / komunikasi informasi edukasi (KIE) kepada ibu hamil preeklamsi
4. Mengidentifikasi pendampingan kader dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya
5. Mengidentifikasi pendampingan kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu
6. Mengidentifikasi hambatan kader dalam pendampingan ibu hamil preeklamsi

3.2 Manfaat Penelitian

- 3.2.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan untuk menambah informasi pemberdayaan kader dalam tatalaksana pre eklamsi pada ibu hamil
- 3.2.2 Bagi bidan dan petugas kesehatan lain dapat digunakan untuk memperhatikan pendampingan kader tersebut dalam meningkatkan layanan kebidanan pada ibu hamil dengan preeklamsi

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif, dimana penelitian kualitatif merupakan suatu metode yang menggunakan proses penelitian dalam setting tertentu yang ada dalam kehidupan riil (alamiah) dengan tujuan melakukan investigasi dan memahami fenomena yang ada secara menyeluruh dan terperinci meliputi : apa yang terjadi, mengapa terjadi, dan bagaimana terjadi (Finlay, 2006) Dalam penelitian kualitatif, terdapat proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dan fenomena yang diteliti (Moleong, 2005).

4.2 Partisipan Penelitian

Partisipan atau informan dalam penelitian adalah kader sejumlah 20 orang dan 14 bidan wilayah di puskesmas Mojo.

4.3 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti merupakan alat bantu utama, selanjutnya peneliti dibantu alat perekam wawancara. Media perekam ini digunakan peneliti sebagai alat perekam karena fungsi mudah dalam pengoperasiannya, juga dengan alasan dapat merekam percakapan dalam jangka waktu yang lama sehingga nantinya akan mempermudah dalam pengolahan data. Setelah melakukan perekaman dengan menggunakan tablet, data hasil wawancara kemudian akan dipindahkan ke tulisan dan media digital berupa alat penyimpan masal (*flash disk*). Dalam wawancara tersebut peneliti juga menggunakan catatan lapangan (*Field note*) untuk mengobservasi kejadian penting selama wawancara dan komunikasi non verbal partisipan.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri pada bulan September sd Nopember 2018

4.5 Prosedur Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam untuk dapat mengeksplorasi pengalaman kader dalam pendampingan ibu hamil preeklamsi.. Peneliti menggunakan teknik *semi structure interview* (wawancara semi terstruktur), yaitu peneliti memiliki daftar topik atau pertanyaan yang luas yang diberikan dalam sebuah wawancara. Pewawancara menggunakan panduan topik tertulis (panduan wawancara) untuk memastikan bahwa semua area wawancara telah tercapai. Fungsi pewawancara adalah untuk mendorong partisipan untuk berbicara dengan bebas tentang semua topik pada panduan tersebut.

Dalam penelitian kualitatif, proses pengumpulan data harus melalui beberapa tahapan yang setiap tahapan tersebut saling terkait satu sama lain.

- a. Tahap persiapan, mulai dari peneliti mengajukan ijin penelitian kepada insitusi yang bersangkutan yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri dan Bakesbangpolinmas. Setelah mendapatkan ijin peneliti mencari kader yang terlibat dalam pendampingan ibu hamil preeklamsi. Calon partisipan diberikan surat pemberitahuan permintaan sebagai partisipan dan surat persetujuan bersedia sebagai partisipan kemudian peneliti memberikan penjelasan tentang proses pelaksanaan penelitian.
- b. Kontrak, setelah mendapatkan sejumlah partisipan yang bersedia , peneliti mengadakan kontrak dengan partisipan tentang pelaksanaan wawancara.
- c. Pelaksanaan, pada tahap ini peneliti melakukan wawancara mendalam dengan menggunakan wawancara semi struktur untuk mengeksplorasi pengalaman kader. Wawancara dilakukan di tempat berdasarkan kesepakatan dengan partisipan, supaya informasi dari partisipan dapat digali dengan maksimal tanpa beban. Pelaksanaan wawancara dilakukan selama 30 - 60 menit setiap kali pertemuan, jumlah pertemuan didiskusikan dengan partisipan dan dilakukan kontrak dimana peneliti

menyesuaikan sesuai kebutuhan pengambilan data terhadap partisipan.

Kemudian dilanjutkan FGD bersama kader dan bidan dipuskesmas.

- d. Penutup, setelah dicapai *saturasi* data yang diambil dari wawancara mendalam dengan partisipan, peneliti menghentikan wawancara terhadap partisipan lainnya dan menyampaikan bahwa pengambilan data telah dirasa cukup dan peneliti menghubungi partisipan saat data ada yang kurang. Setelah data terkumpul peneliti melakukan persiapan untuk menganalisa data. Beberapa partisipan menggunakan bahasa Jawa, di dalam hasil dan analisa telah dilakukan proses terjemah ke dalam Bahasa Indonesia.

4.6 Cara Analisis Data

Analisa data yang dilakukan menurut Diklemann et al (1998) dalam Polit & Back, 2010, dilakukan melalui tujuh tahap sebagai berikut :

1. Membaca keseluruhan hasil wawancara untuk mendapatkan pemahaman secara menyeluruh.
2. Menuliskan rangkuman interpretasi masing-masing hasil wawancara.
3. Peneliti melakukan analisa teks atau transkrip yang dipilih.
4. Melakukan klarifikasi terhadap teks jika ditemukan ketidasesuaian dalam melakukan interpretasi hasil wawancara.
5. Mengidentifikasi makna secara umum pengalaman kader dengan membandingkan dan melihat perbedaan antar teks.
6. Memunculkan hubungan antar tema yang muncul.
7. Draft tema dan beberapa contoh teks diklarifikasi dan kemudian digunakan sebagai bahan penyempurnaan akhir tema dan interpretasi

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Mojo merupakan salah satu puskesmas yang memiliki rawat inap di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Jumlah total wilayah kerja Puskesmas Mojo adalah $\pm 529.699 \text{ km}^2$ yang terbagi atas 12 wilayah desa yaitu Desa Petok, Desa Mondo, Desa Keniten, Desa Sukoanyar, Desa Surat, Desa Mojo, Desa Mlati, Desa Jugo, Desa Tambi Bendo, Desa Ploso, Desa Kraton dan Desa Blimbing. Secara umum kondisi wilayah kerja Puskesmas Mojo ada dua yaitu dataran tinggi $\pm 30 \%$ dan dataran rendah $\pm 70\%$

5.1.2 Gambaran Karakteristik Responden

Hasil wawancara mendalam dan FGD bulan Nopember 2018 terhadap 20 kader yang mendampingi ibu hamil preeklamsi sebagai informan utama diketahui bahwa usia kader paling muda adalah 27 tahun dan paling tua 50 tahun. Sebagian besar usia kader berusia ≥ 35 tahun (75%). Hasil wawancara didapatkan latar belakang pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SMP (55%). Lama menjadi kader sebagian besar adalah 5-10 tahun (50%). Sebagian besar kader adalah ibu rumah tangga (85%). Secara lengkap karakteristik informan utama dapat dilihat pada table 5.1

Tabel 5.1 Karakteristik Informan Utama

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
Umur (Tahun)		
< 20	0	0%
20 - 35	5	25%
> 35	15	75%
Pendidikan Terakhir		
SD	0	0%
SMP	11	55%
SMA	6	30%
Perguruan Tinggi	3	15%
Pekerjaan		
IRT	17	85%
Guru	1	5%
PNS	0	0%
Swasta	0	0%
Wiraswasta	2	10%
Lama Menjadi Kader (Tahun)		
< 5	6	30%
5 - 10	10	50%
> 10	4	20%

Sumber: Hasil wawancara dengan informan utama

5.1.3 Pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi

Tema pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi diidentifikasi melalui subtema pemahaman tentang deteksi dini (pengetahuan kader) dan tanggung jawab kader (perilaku). Subtema pemahaman tentang deteksi dini (pengetahuan kader) terdiri dari kategori pengertian dan tanda gejala preeklamsi. Subtema tanggung jawab kader terdiri dari melakukan *screening*/skoring dengan KSPR dan melaporkan ke bidan/tenaga kesehatan.

5.1.3.1 Hasil wawancara dengan kader sebagai berikut:

...pada saat kunjungan rumah ibunya mengeluh pusing dan kakinya bengkak trus saya skor 10 tapi saya minta dinilai lagi oleh bu bidan. Ini sudah betul apa salah...

(P8)

... Baru sekali saya melakukan deteksi dini resiko tinggi menggunakan KSPR, ibu hamil yang saya dampingi mempunyai skor KSPR tinggi meliputi jarak anak pertama dan kehamilan belum ada 2 tahun serta ibu punya gondong sejak sebelum kehamilan ini serta tekanan darah mencapai 150/90 pada pertengahan kehamilan.

(P9)

... Yang memberi skor (KSPR) bu bidan, kami hanya ditugaskan untuk pendampingan saja... Kita kunjungan diharapkan, minimal 1 bulan 3 kali. Karena rumah saya dekat, 1 minggu bisa 2 kali. Atau pada saat bertemu di depan rumah...

(P4)

5.1.4 Pendampingan kader dalam persiapan/perencanaan tempat/ penolong persalinan ibu hamil preeklamsi

Tema pendampingan kader dalam persiapan/perencanaan tempat/penolong persalinan ibu hamil preeklamsi diidentifikasi melalui subtema persiapan persalinan, perencanaan tempat, dan perencanaan penolong. Subtema persiapan persalinan terdiri dari kategori persiapan tabungan bersalin, persiapan asuransi, dan persiapan transportasi rujukan. Subtema perencanaan tempat terdiri dari lokasi persalinan bagi ibu hamil preeklamsi. Subtema perencanaan penolong terdiri dari penolong persalinan oleh dokter.

5.1.4.1 Hasil wawancara dengan kader sebagai berikut:

...ibu tetap ingin bersalin di bidan. Kemudian, saya beritahu untuk mempersiapkan biaya jika sewaktu-waktu ibu hamil ternyata harus di rujuk karena kondisi pre-eklamsi... Saya anjurkan untuk ikut BPJS, supaya kalau operasi biayanya tidak terlalu bingung dan saya anjurkan juga untuk menabung. Untuk donor darah tidak saya tanyakan, kalau melahirkan pinjam mobil milik tetangga dan bidan yang siap mengantar...

(P13)

... Sejak pertama kali saya tahu ibunya hamil risiko tinggi, saya anjurkan untuk melahirkan di Puskesmas atau Rumah sakit. Alhamdulillah ibu dan keluarga menyadari bahwa ibu hamil tersebut punya risiko tinggi... Iya, mau menabung untuk persalinan, tidak ada donor darah, pakai mobil bidan karena tidak ambulace desa...

(P18)

...saya jelaskan untuk tidak hanya priksa di bidan saja tetapi juga di puskesmas. nanti untuk skor 8 lebih sampean harus ke puskesmas juga. kalau ke atas lagi sampean harus bersalin ke RS, dan memng aturannya seperti itu... terus akhirnya dia mau mengurus BPJS...

(P17)

5.1.5 Pendampingan kader dalam bentuk penyuluhan/komunikasi informasi edukasi (KIE) kepada ibu hamil preeklamsi

Tema pendampingan kader dalam bentuk penyuluhan/komunikasi informasi edukasi (KIE) kepada ibu hamil preeklamsi diidentifikasi melalui subtema motivasi nutrisi dan pencegahan eklamsi. Subtema motivasi nutrisi terdiri dari kategori perbaikan pola makan, pemenuhan kebutuhan zat gizi, dan menu makanan pantangan bagi ibu hamil preeklamsi. Subtema pencegahan eklamsi terdiri dari kategori pemeriksaan rutin, mengontrol berat badan, istirahat cukup, dan ikut serta dalam pemilihan alat kontrasepsi pascapersalinan.

5.1.5.1 Hasil wawancara dengan kader sebagai berikut:

...Kita motivasi pola makan, banyak protein, buah (papaya dan pisang), sayuran. Dari segi pola hidup menyuruh ibunya untuk banyak istirahat dan tidak boleh makan terlalu banyak mengandung garam... untuk diit tidak ada anjuran... waktu nifas saya mendatangi dan memotivasi ibu untuk ikut KB, akhirnya ibu itu ikut steril.

(P4)

...Memberi motivasi pada ibu hamil, kalau tensinya lebih dari 140/90 harus rutin minum obat yang diberikan dokter atau bidan. Memberikan informasi terkait naiknya berat badan. Diharapkan berat badannya sampai melahirkan tidak boleh lebih dari 9 kg, kalau berat badannya naik lebih dari 9 kg harus melakukan diit teratur...

(P14)

...Diberikan informasi bahwa ibu kehamilannya termasuk pre eklamsi sehingga harus sering kontrol ke bidan setiap satu minggu sekali, ibu harus cukup istirahat, tidur kalau bisa miring ke kiri...Iya, saya sampaikan setahu saya dan tidak terlalu detail seperti yang disampaikan petugas puskesmas. Saya suruh untuk makan sayur dan buah... saya motivasi ikut KB supaya tidak cepat hamil karena takutnya preeklamsi lagi..

(P13)

5.1.6 Pendampingan kader dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya

Tema pendampingan kader dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya diidentifikasi melalui subtema keterlibatan anggota keluarga dan keterlibatan tenaga kesehatan. Subtema keterlibatan anggota keluarga terdiri dari kategori keterlibatan suami, keterlibatan orangtua, dan keterlibatan mertua. Subtema keterlibatan tenaga kesehatan terdiri dari kategori keterlibatan bidan dalam mengambil keputusan.

5.1.6.1 Hasil wawancara dengan kader sebagai berikut:

...suaminya saya beritahu kalau dirumah sakit peralatannya lengkap, akhirnya mau kalau nanti istrinya melahirkan dibawa ke Rumah Sakit...

(P1)

...Suami dan mertua antusias kalau diberitahu misalnya karena ibu hamil masuk resiko tinggi diharakan kooperati. Kadang saya sendiri yang mengantar periksa ke Puskesmas karena suami bekerja dan mertua sudah tua...

(P2)

...Saya motivasi orang rumah kalau bumil ini resiko tinggi maka harus waspada...

(P4)

...Ibu hamil merespon positif setiap saran yang diberikan, karena dia sadar dengan kondisinya dengan cara akan melakukan periksa rutin ke bidan maupun ke rumah sakitakan tetapi ada keluarga lain (Ibu) orang tua dari si Ibu hamil menolak dan menganggap kehamilan dari anaknya baik-baik saja, orang tuanya sebenarnya takut kalau bersalin di rumah sakit biayanya mahal karena tidak memiliki BPJS...

(P13)

5.1.7 Pendampingan kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu

Tema pendampingan kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu diidentifikasi melalui subtema rujukan pelayanan dasar Faskes Tingkat 1 dan rujukan pelayanan Faskes Tingkat 2 dan 3. Subtema rujukan pelayanan dasar Faskes Tingkat 1 terdiri dari pemeriksaan laboratorium, konsultasi gizi, pemeriksaan rutin, dan mematuhi anjuran bidan. Subtema rujukan pelayanan Faskes Tingkat 2 dan 3 terdiri dari kategori bersalin di rumah sakit.

5.1.7.1 Hasil wawancara dengan kader sebagai berikut:

...sebelumnya ibu menginginkan untuk bersalin di puskesmas, tetapi karena kehamilannya ternyata preeklamsi jadi harus bersalin di rumah sakit...

(P19)

...saya sarankan periksa lab di Puskesmas dan konsultasi keahlian gizi... saya sarankan tetap rutin periksa ke bidan, anjuran bidan diikuti dan tidak perlu takut bersalin di rumah sakit...

(P2)

...Dengan cara memberitahu ibu bahwa harus melahirkan ditempat pelayanan kesehatan yang lengkap peralatan serta tenaga kesehatannya agar ibu dan bayi selamat...

(P9)

5.2. Pembahasan

5.2.1 Pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi

Salah satu tugas kader adalah melakukan deteksi dini dan memantau perkembangan resiko tinggi menggunakan KSPR. Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar usia kader berusia ≥ 35 tahun (75%). Hal ini memungkinkan para kader ini lebih matang dari aspek psikologis dan emosi tetapi dalam hal pemahaman terhadap cara mendeteksi dini kehamilan resiko tinggi sebagian kader masih kurang. Sebagian kader memiliki kemampuan mendeteksi ibu hamil yang preeklamsi dengan mengenali tanda gejala seperti pusing dan kaki bengkak. Namun ada juga yang belum maksimal mendeteksi preeklamsi, para kader ini mengetahui jika ibu hamil ini preeklamsi berdasarkan informasi dari bidan setelah dilakukan skrening preeklamsi.

Kader yang memiliki kemampuan mendeteksi dini preeklamsi didukung dari pelatihan dan refreshing materi deteksi dini resiko tinggi yang diberikan oleh pihak puskesmas dan dari dinas kesehatan. Kader yang tidak menguasai mengenai deteksi dini resiko tinggi salah satu penyebabnya adalah mereka sudah mendapatkan informasi tentang materi deteksi dini resiko tinggi tetapi kurang memahami sehingga mudah lupa. Hal ini juga bisa terjadi kurangnya pemahaman kader tentang batasan

tugas kader oleh puskesmas maupun tenaga kesehatan dalam kegiatan deteksi dini resiko tinggi. Sedikitnya peran kader dalam deteksi risiko tinggi preeklamsi karena deteksi ini banyak dilakukan oleh bidan di puskesmas pada saat pemeriksaan kehamilan

Menurut Sugihantono A, menyatakan bahwa kader masyarakat sangat penting dalam upaya menyelamatkan ibu hamil, melalui pendampingan satu kader mendampingi satu ibu hamil risiko tinggi. Pendampingan dilakukan sejak awal kehamilan sampai dengan 40 hari setelah melahirkan. Kegiatan pendampingan juga dintegrasikan dengan kegiatan yang ada di masyarakat seperti Posyandu, Dasawisma, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). (Kementrian Kesehatan RI.,2014).

5.2.2 Pendampingan kader dalam persiapan/perencanaan tempat/penolong ibu hamil preeklamsi

Menurut Satrianegara, F,Saleha,S. (2009) menyatakan bahwa semakin bertambah pengalaman kerja seseorang semakin bertambah wawasan, ketrampilan yang akan menunjang perilaku. Lama menjadi kader sebagian besar 5-10 tahun. Sebagian kader memiliki motivasi untuk belajar dari pengalaman pendampingan sebelumnya.

Berkaitan dengan umur yang semakin dewasa produktivitas dan peran serta kader dalam deteksi dini factor risiko pada ibu hamil akan semakin meningkat dengan asumsi bahwa tingkat kedewasaan seseorang akan semakin terampil dalam melaksanakan tugas, semaki kecil tingkat kesalahannya dalam melaksanakn pekerjaan (Effendi ,2009).

Kader yang memiliki pengalaman lebih banyak mendampingi ibu hamil yang preeklamsi akan semakin baik dan percaya diri dalam memotivasi ibu hamil preeklamsi agar mau bersalin dirumah sakit.

Pada saat kunjungan rumah kader sudah menanyakan kepada ibu persiapan melahirkan seperti perencanaan tempat dan penolongnya. Sebelum diberitahukan tentang informasi dari bu bidan tentang resiko persalinan preeklamsi ibu hamil ada yang tidak mau jika persalinan nanti harus kerumah sakit, kader terus memberikan motivasi sehingga ibu hamil yang preeklamsi ini mau bersalin dirumah sakit. Kader belum ada yang menanyakan tentang persiapan donor darah karena menganggap darah sudah pasti tersedia di PMI.

Berdasarkan wawancara sebagian kader sudah menanyakan kesiapan biaya persalinan, sebagian ibu hamil memiliki tabungan dan sebagian sudah memiliki BPJS/KIS/Jamkesda. Persiapan kendaraan ada yang minta tolong ke tetangga yang memiliki kendaraan, kepala desa ada yang menyediakan kendaraannya jika dibutuhkan warganya yang sakit atau melahirkan untuk dibawa ke rumah sakit ada pula yang meminjam mobil bidan desa.

Kader dalam melaksanakan tugas pendampingannya pada ibu hamil preeklapmsia, sudah dibekali dengan pengetahuan melalui pembinaan kader di Puskesmas. Salah satu materi yang diberikan dalam pembinaan kader yaitu mengenai P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi). Sehingga kader mampu memberikan informasi tentang persiapan persalinan. .(Depkes, Pokjanal,2006)

5.2.3 Pendampingan kader bentuk penyuluhan/komunikasi informasi edukasi (KIE) kepada ibu hamil preeklamsi

Kader sebagai komunikator bertujuan mempersuasi masyarakat dengan memberikan pengetahuan dan informasi agar masyarakat bisa mencegah timbulnya penyakit.

Kader memberikan konseling kepada ibu hamil mengenai pentingnya memeriksakan kehamilan secara rutin di puskesmas, gizi pada ibu hamil, tanda bahaya komplikasi preeklamsi, konsumsi obat dan vitamin secara teratur, istirahat dan memberikan motivasi menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan.

Kader dapat memberikan KIE pada ibu hamil yang mengalami pre eklamsi karena telah mendapatkan pelatihan tentang kesehatan, bersedia dan sekarela dalam melakukan tugasnya, punya kemampuan dan waktu luang dalam menyampaikan informasi kesehatan pada ibu pre eklamsia yang didampinginya. (Depkes, Pokjanal,2006). Kader mampu melaksanakan tugas pendampingannya dengan baik, berusaha dengan kemampuan yang dimilikinya, hal ini sesuai dengan peran kader dalam melakukan pendampingan ibu hamil dengan resiko tinggi preeklamsi, yaitu diantaranya memotivasi ibu hamil agar periksa secara rutin, penyuluhan tanda bahaya, gizi dan perawatan ibu hamil, termasuk memotivasi masyarakat untuk mengikuti program KB setelah melahirkan. (Dinas Kesehatan Kab. Kediri, 2014)

5.2.4 Pendampingan kader dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya

Kader dalam pendampingan ibu hamil dengan preeklamsi juga melibatkan keluarga seperti suami, orang tua ibu hamil , mertua atau saudara yang tinggal serumah yang merawat ibu hamil preeklamsi. Saran yang diberikan seperti persiapan persalinan dirumah sakit, biaya persalinan kalau belum ada keluarga bisa mengurus asuransi (BPJS, KIS, Jamkesda).

Peran Suami dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi antara lain pendampingan pemeriksaan, pengambilan keputusan tempat persalinan dan tempat rujukan, dan juga pemilihan program KB setelah melahirkan sudah cukup baik karena beberapa keputusan tersebut sudah melibatkan ibu hamil.

Kader di Puskesmas Mojo yang menjadi responden penelitian ini sudah melaksanakan tugas dan perannya dengan baik, sesuai arahan dari Puskesmas untuk melaksanakan pendampingan pada ibu hamil preeklamsia. Peran kader pada persiapan persalinan diantaranya memotivasi persalianan ke petugas kesehatan di fasilitas kesehatan, mengantar ibu bersalin yang mengalami preeklamsia ke fasilitas kesehatan bila tidak ada yang mengantar. Kader menyampaikan informasi

ke Bidan atau tenaga kesehatan yang di Puskesmas terkait perkembangan dari ibu menjelang persalinannya. (Dinas Kesehatan Kab. Kediri, 2014). Misalnya kesiapan pendanaan persalinan ibu hamil yang mengalami preeklamsia, termasuk permasalahan dana Jampersal maupun BPJSnya.

5.2.5 Pendampingan kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memiliki sarana lebih lengkap ,diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir. Kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu diantaranya siapa yang akan menemani ibu, tempat rujukan mana yang di kehendaki,sarana dan transportasi yang akan digunakan, siap yang ditunjuk sebagai donor darah.

Keterlambatan mengambil keputusan dalam penanganan ibu hamil berisiko dapat berakibat kematian pada ibu maupun bayi, sehingga Kader harus membantu ibu hamil dan keluarga yang didampinginya dalam proses pengambilan keputusan, apalagi jika hal ini sudah disampaikan oleh kader dalam proses pendampingan ibu hamil sebelum proses persalinannya. Terdapat 3 terlambat yang menyebabkan ibu hamil berisiko tinggi tidak tertolong, diantaranya yaitu keluarga terlambat mengambuiul keputusan, terlambat sampai ditempat tujuan dan terlambat mendapatkan penanganan. (Kementrian Kesehatan RI., 2014).

5.2.6 Hambatan kader dalam pendampingan ibu hamil preeklamsi

Kader dalam melakukan pendampingan menemui beberapa hambatan diantaranya ibu hamil sulit diajak periksa karena malu, neneknya yang tidak mendukung karena menganggap keadaan ibu hamil preeklamsi tidak berbahaya dan tidak punya biaya.

Hambatan dalam komunikasi dapat disebabkan oleh cara pandang lawan bicara yang berbeda, lingkungan, resistensi, status, perbedayaan budaya dan kebiasaan dan sebagainya. Kader sudah berusaha melakukan tugas pendampingannya, namun ibu hamil yang didampinginya mungkin

belum memahami sepenuhnya bahaya dari preeklamsi yang dialaminya sehingga resistensi atau keteguhan pendapat ibu hamil tentang preeklamsi yang tidak berpengaruh pada kondisi fisiknya.

Klien yang diam ketika ditanya oleh kader, dapat berarti klien masih berpikir tentang sesuatu ataupun masih ragu untuk mengungkapkan, hal ini dapat diatasi dengan cara kader lebih memantapkan hubungan baik dengan kliennya, maka klien dapat terbuka dalam berkomunikasi dengan kadernya. (Antonius Arif. 2011).

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

- 1) Pendampingan kader dalam deteksi dini ibu hamil preeklamsi sudah dilakukan namun dari 20 kader yang memiliki inisiatif atau mampu mengidentifikasi hanya satu orang. Kader yang lain masih menunggu informasi dari bidan.
- 2) Semua kader sudah mampu mendampingi ibu hamil preeklamsi dalam persiapan persalinan/perencanaan tempat/penolong persalinan seperti biaya, asuransi, transportasi. Namun untuk kader belum dapat mengarahkan untuk mempersiapkan donor darah pada ibu hamil.
- 3) Semua kader sudah baik dalam memberikan penyuluhan/Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) pada ibu hamil preeklamsi.
- 4) Semua kader sudah baik dalam memberikan saran pengambilan keputusan ibu hamil dan keluarganya
- 5) Semua kader sudah baik dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu.
- 6) Hambatan kader yang terbanyak adalah sulitnya memberikan pengertian kepada keluarga agar mendukung ibu hamil untuk dirujuk dirumah sakit dan sebagian kader kurang percaya diri dalam mendeteksi dini ibu hami preeklamsi.

5.2 Saran

- 1) Bagi Lahan
Pembinaan kader lebih ditingkatkan terutama dalam pemberian materi deteksi dini resiko tinggi terutama preeklamsi
- 2) Bagi Responden
Memberikan motivasi ke responden agar lebih percaya diri dan termotivasi dan bekerja lebih sukarela
- 3) Bagi Peneliti selanjutnya
Bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti tentang evaluasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dalam kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Angsar MD dkk. *Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan Di Indonesia*. Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI
- Antonius Arif. 2011. *Ego State Therapy*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur penelitian suatu pendekatan prakti*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: GRAHA ILMU.
- Astuti, Hutari Puji. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan ibu I(Kehamilan)*. Yogyakarta: Rohima press.
- Chalmers, Beverly, dkk.1993.South Afrika:Creda Press.
- Djohani Rianingsih, “Kerangka Kerja Pengembangan Masyarakat”, “Pelaku dan Praktek Pengembangan Masyarakat”, dan “Paradigma dan Ideologi LSM di Indonesia”.<https://riadjohani.files.wordpress.com/2012>. Konsep pendampingan masyarakat
- Effendi, Ferry dan Makhfudli.2009.Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan praktik dalam Keperawatan. Jakrta: Salemba Medika.
- Hanum, H., Faridah, 2013., *Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian pre eklamsi pada ibu bersalin di RSUP DR. M. Djamil Padang tahun 2013*, Poltekes Kemenkes Jurusan Kebidanan Padang
- Kementrian Kesehatan RI.,(2014). *Senyum Keluarga Posyandu Untuk Selamatkan Ibu*. Dipublikasikan rabu 15 Oktober 2014.<http://www.depkes.go.id/article/print/2014>
- Lukas, Efendi, 2013, *Penanganan Terkini Pre Eklamsi (PPT)*, Divisi Fetomaternal, Departemen Obgyn FK UNHAS, Makasar.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*.Jakarta:Pt Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono2009.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta:Pt Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sibai BM., 2002, *Hypertension in pregnancy*. In : *Obstetrics normal and problem pregnancies*. 4th edition, Churchill Livingstone USA, : 573-96
- Sutrimah , dkk ., 2014., *Faktor-faktor yang berhubungan dengankejadian pre eklamsi pada ibu hamil di Rumah sakit Roemani Muhammadiyah semarang*

Sweet Betty.1993.*MAYES' MIDEWOFERY*.Great Britain:Bath Press.

Wibisono Bambang dr. *Kematian Perinatal pada Preeklampsia - Eklampsia*. FK. Undip Semarang, 1997:6-12.

Wiknjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono: Jakarta

[www.cermin](http://www.cermin.dunia.kedokteran.com) dunia kedokteran. (*Penanganan Preeklampsia Berat dan Eklampsia, 2006*) Searching 12 januari 2016.

Lampiran 1

SUSUNAN ORGANISASI TIM PENELITIAN DAN PEMBERIAN TUGAS

NO	Nama Lengkap & gelar/NIP	Instansi asal	Bidang Ilmu	Alokasi waktu (jam/minggu)	Pembagian tugas
1	Triatmi Andri Yanuarini NIP. 198101282005012002	Prodi Kebidanan Kediri	Kebidanan	5	Ketua peneliti
2	Shinta Kristianti NIP. 198006172005012001	Prodi Kebidanan Kediri	Kebidanan	5	Anggota peneliti

Lampiran 2

BIODATA PENELITI

A. IDENTITAS DIRI KETUA PENELITI

1	Nama lengkap (dengan gelar)	Triatmi Andri Yanuarini,M.Keb
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	198101282005012002
5	NIDN	4028018101
6	Tempat dan Tanggal lahir	Blitar 28 Januari 1981
7	Email	ytriatmiandri@yahoo.co.id
8	No Telepon/Hp	08155556638
9	Alamat kantor	JL. KH. Wakhid Hasyim 64 B Kediri
10	No Telepon/Faks	0354 773095
11	Mata Kuliah yang diampu	1. Askeb Kehamilan 2. Askeb Kegawatdaruratan Maternal Neonatal 3. Askeb Neonatus Bayi dan Balita

B. RIWAYAT PENDIDIKAN PENELITI

	SI	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	UNPAD BANDUNG	UNPAD BANDUNG	
Bidang Ilmu	DIV Bidan Pendidik	Kebidanan	
Tahun masuk-lulus	2003-2004	2010-2012	

C PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1	2014	Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap pasangan usia subur (PUS) melakukan skrining kanker serviks metode IVA di wilayah kerja Puskesmas Kota wilayah utara Kota Kediri.	DIPA	12.137.500,-
2	2013	Pengaruh pemberian ASI predominan dan tipe pola asuh terhadap tingkat kecerdasan (iq) pada anak usia 3-5 tahun	DIPA	12.137.500,-

3	2013	Perbedaan Intensitas Nyeri Sebelum Dan Sesudah Pemberian Metode ANB (Terapi Persalinan Relaks, Nyaman Dan Aman) Pada Inpartu Kala I Fase Aktif Persalinan Di BPS Siti Muzayanah Kelurahan Campurejo Kecamatan Mojoroto Kota Kediri	Mandiri	5.000.000
4	2009	Pengaruh Teknik Abdominal Breathing Terhadap Penurunan Nyeri Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif pada Persalinan fisiologis di RSIA Aura Syifa Kediri.	DIPA	12.137.500,-

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/Tahun
1.	Pengaruh Teknik Abdominal Breathing Terhadap Penurunan Nyeri Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif pada Persalinan fisiologis di RSIA Aura Syifa Kediri	Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes	Vol.3, No.2 ISSN. 2086-3098 Halaman 79-84 2009
2.	Perbedaan Intensitas Nyeri Sebelum Dan Sesudah Pemberian Metode ANB (Terapi Persalinan Relaks, Nyaman Dan Aman) Pada Inpartu Kala I Fase Aktif Persalinan Di BPS Siti Muzayanah Kelurahan Campurejo	Jurnal Penelitian Akademi Kesehatan Rajekwesi Bojonegoro	Vol 7 No 3 januari-April 2013
3	Gambaran Pengetahuan Akseptor KB Suntik 3 bulan tentang gangguan pola haid di BPS Ny Sukatmi Kecamatan Grogol Kabupaten Kediri	Jurnal Penelitian Akademi Kesehatan Rajekwesi Bojonegoro	Vol 7 No 3 januari-April 2013
4	Hubungan Paritas dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Kehamilan	Jurnal Ilmu Kesehatan	Volume 2 No 1, Nopember 2013, ISSN 2303-1433

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb

NIP : 198101282005012002

Pangkat/Golongan : Penata/IIIc

Jabatan Fungsional : Lektor

Dengan ini menyatakan bahwa penelitian saya dengan judul :

PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREEKLAMSI DI WILAYAH PUSKESMAS MOJO KABUPATEN KEDIRI

Yang diusulkan untuk tahun anggaran 2018 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain. Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui
Kepala Unit Penelitian Poltekkes Kemenkes Malang

Kediri, Juli 2018
Yang menyatakan



Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP.19640407 198803 1 004

Triatmi Andri Yanuarini, M.Keb
NIP. 198101282005012002

Mengesahkan
Direktur Poltekkes Kemenkes Malang

Budi Susatia, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002

Lampiran 4

SURAT PERMOHONAN IJIN PENELITIAN OLEH KAPRODI



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

- Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C. Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486613
- Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847
- Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Blitar. Telepon (0342) 801043
- Kampus IV : Jalan KH. Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773095

Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail: direktorat@poltekkes-malang.ac.id



Nomor : KP.06.01/4.6/1711/2018 Kediri, 5 September 2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri
Di -
Kediri

Dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu di bidang Riset/Penelitian dan untuk meningkatkan mutu Tenaga Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Program Studi D-III dan Sarjana Terapan Kebidanan Kediri, maka setiap Dosen diwajibkan untuk melakukan Riset/Penelitian, sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon ijin Penelitian atas nama :

N a m a : TRIATMI ANDRI YANUARINI, M. Keb
Judul Penelitian : PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREKLAMASI.
Tempat : UPTD Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri
Waktu : Tanggal September s/d Nopember 2018
Keterangan : Proposal Penelitian terlampir

Demikian atas ijin yang diberikan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Ketua
Program Sarjana Terapan Kebidanan Kediri

Susanti Pratamaningtyas, M. Keb.
NIP. 19760115 200212 2 001

Lampiran 5

SURAT REKOMENDAI PENELITIN DARI BAKESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN SOEKARNO HATTA NOMOR 1 TELEPON 689969
KEDIRI

Website : www.kedirikab.go.id - Email : bakesbangpol@kedirikab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/KEGIATAN

NOMOR : 070/ 602 /418.62/2018

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 1 tahun 2015 tentang Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;
3. Peraturan Bupati Nomor 4 tahun 2015 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.
- Menimbang : 1. Surat Ketua Program Sarjana Terapan Kebidanan Kediri Poltekkes Kemenkes Malang di Kediri tanggal 5 September 2018 Nomor : KP.06.01/4.5/0812/2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian.
2. Surat persetujuan lokasi dari Dinas Kesehatan Kab. Kediri tanggal 10 September 2018 Nomor : 070/812.25.2/2018 perihal Persetujuan Penelitian.
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kediri, memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : 1. **TRIATMI ANDRI YANUARINI, M.Keb**
2. **SHINTA KRISTIANTI, M.Kes**
- b. Alamat : Jl. KH. Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri
- c. Pekerjaan/Jabatan : Dosen
- d. Instansi/Organisasi : Poltekkes Kemenkes Malang Kediri
- e. Kebangsaan : Indonesia
- Untuk melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :
- f. Judul Proposal : ***Pendampingan Kader Pada Ibu Hamil Preklamsi***
- g. Tujuan penelitian : Pendampingan
- h. Bidang Survey : Kesehatan
- i. Penanggung Jawab : Susanti Pratamaningtyaas, M.Keb
- j. Anggota/Peserta : -
- k. Waktu : 1 (satu) bulan sejak tanggal rekomendasi diterbitkan
- l. Lokasi : Dinas Kesehatan Kab. Kediri
- Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan.
2. Pelaksanaan kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat.
3. Dari hasil pelaksanaan kegiatan penelitian/survey hanya boleh digunakan untuk kepentingan penyelesaian tugas akademis pemohon/peneliti dan tidak boleh digunakan untuk tujuan lain yang dapat merugikan Pemerintah /instansi lokasi kegiatan.
4. Setelah selesai melaksanakan kegiatan pemohon/peneliti agar memberikan laporan tertulis hasil kegiatannya minimal 1 exemplar kepada Bakesbangpol Kabupaten Kediri.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Kediri, 11 Oktober 2018
Kepala BAKESBANGPOL
KABUPATEN KEDIRI
Kabupaten Kewaspadaan

IWAN AGUS WIJAYA, S.Sos
Penata Tingkat I
NIP. 19710808 199101 1 001

TEMBUSAN : Yth.

1. Ibu Bupati Kediri (sebagai laporan);
2. Sdr. Kepala Balitbangda Kabupaten Kediri;
3. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kediri;
4. Sdr. Ketua Program Sarjana Kebidanan Kediri Poltekkes Kemenkes Malang di Kediri
5. ARSIP.



**KOMISI ETIK PENELITIAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL RECOMMENDATION
Reg.No.:479 / KEPK-POLKESMA/ 2018**

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Malang telah menyelenggarakan Pertemuan pada tanggal 2 September 2018 untuk membahas protokol penelitian

The Ethic Committee of Polytechnic of Health The Ministry of Health in Malang has convened a meeting on 2 September 2018 to discuss the research protocol

Judul Peneliti
Entitled **Pendampingan Kader Pada Ibu Hamil Preeklamsi di Wilayah Puskesmas
Mojo Kabupaten Kediri**

***Cadre Assistance For Preeclampsia Pregnant Women In Mojo Community
Health Center Kediri District***

Peneliti
Researcher Triatmi Andri Yanuarini

Dan menyimpulkan bahwa protokol tersebut **telah memenuhi semua persyaratan etik**
And concluded that the protocol has fulfilled all ethical requirements

Malang, 2 September 2018



Dr. ANNASARI MUSTAFA.,MSc.
Head of Committee

Lampiran 6

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

Saya adalah Triatmi Andri Yanuarini berasal dari institusi/jurusan/program studi Kebidanan Kediri dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri

1. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah puskesmas Mojo Kabupaten Kediri
2. Penelitian ini akan berlangsung selama 2 (dua) bulan dan sampel penelitian/orang yang terlibat dalam penelitian adalah kader yang ada saat pengambilan data.
3. Prosedur pengambilan bahan penelitian/data dengan wawancara mendalam
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah dapat mengidentifikasi pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah puskesmas Mojo Kabupaten Kediri
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda tidak dapat memilih cara lain atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenakan sanksi apapun.

PENELITI

Triatmi Andri Yanuarini

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Triatmi Andri Yanuarini

Instansi : Program Studi Kebidanan Kediri Poltekes Kemenkes Malang

Alamat : Wisma Corekan Permai Blok A2 Kaliombo Kota Kediri

Akan melakukan penelitian tentang pendampingan kader pada ibu hamil preeklamsi di wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri

Bersama ini kami mohon kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan.

Atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Kediri,

Menyetujui

Peneliti

()

(Triatmi Andri Yanuarini)

PANDUAN WAWANCARA
“PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREEKLAMSI
DI WILAYAH PUSKESMAS MOJO KABUPATEN KEDIRI”

I. Data Umum

Biodata Kader

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Lama menjadi kader :
6. Alamat :

II. Data Khusus

PERTANYAAN KEPADA KADER

1. Apakah anda mengetahui tentang preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB pada ibu hamil ?
 - Bisakah anda menjelaskan secara singkat apa itu preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB pada ibu hamil ?
2. Apakah anda melakukan deteksi dini preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB pada ibu hamil ?
 - a. Tidak
 - b. Iya
Jika iya, apakah kader menggunakan KSPR dalam deteksi dini preeklamsi pada ibu hamil ?
3. Bagaimana langkah anda dalam melakukan pendampingan pada persiapan/perencanaan tempat/penolong ibu hamil dengan preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB ?
4. Apakah anda melakukan penyuluhan / Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dalam deteksi dini preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB pada ibu hamil ?
 - a. Tidak
 - b. Iya
Jika iya, penyuluhan apa yang anda berikan dan bagaimana langkah anda dalam melakukan penyuluhan ?
5. Bagaimana cara anda dalam memberikan saran kepada ibu hamil dan keluarganya untuk mengambil keputusan ?

6. Apakah anda memberikan saran tentang rujukan tepat waktu pada ibu hamil dengan preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB ?
 - a. Tidak
 - b. Iya
Jika iya, bagaimana cara anda dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu ?
7. Jelaskan hambatan atau kesulitan apa saja yang anda temui ketika melakukan deteksi dini preeklamsi/keracunan kehamilan/PEB pada ibu hamil !

PANDUAN WAWANCARA
“PENDAMPINGAN KADER PADA IBU HAMIL PREEKLAMSI
DI WILAYAH PUSKESMAS MOJO KABUPATEN KEDIRI”

I. Data Umum

Biodata Bidan

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Pendidikan terakhir :
5. Lama menjadi bidan :
6. No.HP :

II. Data Khusus

PERTANYAAN KEPADA BIDAN

1. Bagaimana cara kader melakukan deteksi dini pada ibu hamil preeklamsi ?
2. Bagaimana langkah kader dalam melakukan pendampingan pada persiapan/perencanaan tempat/penolong ibu hamil dengan preeklamsi ?
3. Saat kader melakukan pendampingan dalam bentuk penyuluhan / Komunikasi Informasi Edukasi (KIE), materi apa yang kader berikan dan bagaimana langkah kader dalam melakukan penyuluhan ?
4. Bagaimana cara kader dalam memberikan saran kepada ibu hamil dan keluarganya untuk mengambil keputusan ?
5. Saat kader mengetahui ibu hamil dengan preeklamsi harus dirujuk, bagaimana cara kader dalam memberikan saran tentang rujukan tepat waktu ?
6. Jelaskan hambatan atau kesulitan apa saja yang ditemui kader ketika melakukan pendampingan pada ibu hamil dengan preeklamsi !

Lampiran 10

DOKUMENTASI PENELITIAN



Bersama Kader Wilayah Kerja Puskesmas Mojo



Pelaksanaan Wawancara Mendalam Bersama Kader



Pelaksanaan Wawancara Mendalam Bersama Kader



Pelaksanaan Wawancara Mendalam Bersama Kader



Pemberian Materi tentang Peran Kader



Sesi Diskusi Bersama Kader



Focus Group Discussion (FGD) Bersama Bidan Puskesmas Mojo



Sesi Diskusi Bersama Bidan Puskesmas Mojo



Bersama Bidan Wilayah Kerja Puskesmas Mojo

