

**SKRIPSI**

**ANALISIS KUALITAS *ANTENATAL CARE* BIDAN DALAM  
DETEKSI DINI PREEKLAMPSIA KASUS RUJUKAN DI  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**



KRA  
KC  
FK BID 7/18  
Hur  
a

**Oleh**

**Nafisah Al Huriah**

**011411233013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2018**

**SKRIPSI**

**ANALISIS KUALITAS *ANTENATAL CARE* BIDAN DALAM  
DETEKSI DINI PREEKLAMPSIA KASUS RUJUKAN DI  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan Dalam  
Program Studi Pendidikan Bidan Pada Fakultas Kedokteran UNAIR**

**Oleh**

**Nafisah Al Huriah**

**011411233013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, ...1 AGUSTUS 2018

Yang menyatakan,



Nafisah Al Huriah  
NIM 011411233013



**LEMBAR PERSETUJUAN**

Skripsi dengan judul:  
ANALISIS KUALITAS *ANTENATAL CARE* BIDAN DALAM DETEKSI DINI  
PREEKLAMPSIA KASUS RUJUKAN DI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
Telah disetujui untuk diujikan  
TANGGAL: 1 AGUSTUS 2018

Pembimbing 1


Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes  
NIP. 19740902 200812 1 003

Pembimbing 2

Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes  
NIP. 19650522 199702 1 001

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi Pendidikan Bidan



  
Baksono Winardi, dr., Sp. OG (K)  
NIP. 19540930 19811 1 1001

## PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi dengan judul : “ANALISIS KUALITAS *ANTENATAL CARE* BIDAN  
DALAM DETEKSI DINI PREEKLAMPSIA KASUS RUJUKAN DI RUMAH  
SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA”

Telah diuji pada tanggal : 1 AGUSTUS 2018.....

Panitia penguji Skripsi :

Ketua : Dr. Lilik Herawati, dr., M.Kes  
NIP. 19750314 200312 2 001

Anggota Penguji : 1. Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes  
NIP. 19650522 199702 1 001

2. Muhammad Ardian C. L., dr., Sp.OG., M.Kes  
NIP. 19740902 200812 1 003



**LEMBAR PENGESAHAN**

Skripsi dengan judul:  
**ANALISIS KUALITAS *ANTENATAL CARE* BIDAN DALAM DETEKSI DINI  
PREEKLAMPSIA KASUS RUJUKAN DI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
Telah diujikan dan disahkan

TANGGAL: .....

Penguji I

Dr. Lilik Herawati, dr., M.Kes  
NIP. 19750314 200312 2 001

Penguji II

Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes  
NIP. 19650522 199702 1 001

Penguji III

Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes  
NIP. 19740902 200812 1 003

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi Pendidikan Bidan



Baksono Winardi, dr., Sp. OG (K)  
NIP : 19540930 198111 1001

**MOTTO**

“Allah dulu, Allah lagi, Allah terus”

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Kualitas *Antenatal Care* Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kebidanan (S.Keb) pada Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Muhammad Ardian C. L., dr., Sp.OG., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang memberikan bimbingan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang memberikan bimbingan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Dr. Lilik Herawati, dr., M.Kes selaku dosen penguji skripsi yang memberikan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Prof. Dr. Soetojo, dr., Sp.U (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program studi pendidikan bidan.
5. Baksono Winardi, dr., Sp.OG (K) selaku koordinator program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program pendidikan bidan.
6. Orang tua dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan dukungan untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan maksimal.
7. Teman-teman dekat dan satu angkatan Pendidikan Bidan 2014 (MORULA), satu angkatan Fakultas Kedokteran 2014 (AMYGDALA), serta teman-teman diluar kampus yang senantiasa menyemangati dan berbagi demi menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya



menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat bagi pembaca.

Surabaya, Juli 2018

Penulis

## RINGKASAN

**Latar Belakang :** Penyebab angka kematian ibu (AKI) tertinggi kedua di Surabaya yakni akibat hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia dan eklampsia). Data dari *World Health Organization* (2011) menunjukkan bahwa 10% kematian wanita hamil disebabkan oleh hipertensi, preeklampsia-eklampsia menonjol sebagai penyebab utama kematian serta morbiditas ibu dan bayi. Beberapa faktor yang mempengaruhi preeklampsia dalam kehamilan dapat dideteksi dengan memberikan asuhan antenatal yang baik. Hasil studi pendahuluan dari dinas kesehatan Kota Surabaya tahun 2016 didapatkan dari seluruh jumlah bidan di Surabaya diharapkan dapat menjalankan peran dan fungsi bidan dalam mengurangi AKI dengan keputusan yang tepat dalam memberikan pelayanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi. Kemampuan analisis bidan dalam mendeteksi dini risiko tinggi pada ibu hamil perlu diketahui untuk meminimalisir angka kematian ibu. **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif dengan wawancara terstruktur. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan puskesmas dan bidan praktik mandiri yang melakukan rujukan ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya selama kurun waktu bulan Januari hingga Desember 2017. Jumlah responden sebanyak 43 bidan dari puskesmas dan praktik mandiri bidan. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*. Variabel yang digunakan adalah pengetahuan dan kepatuhan. **Hasil :** Hasil penelitian ini didapatkan jumlah pasien rujukan preeklampsia di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya sebanyak 56 pasien rujukan preeklampsia dan 31 pasien preeklampsia berat. Pengetahuan bidan tentang anamnesis dan pemeriksaan fisik, riwayat khusus belum 100% sesuai standar pedoman. Bidan memiliki tingkat kepatuhan dalam deteksi dini tepat waktu dan merujuk sesuai pedoman deteksi dini preeklampsia oleh PENAKIB Jawa Timur 2016. **Kesimpulan :** Sebagian besar kualitas bidan termasuk dalam kategori “cukup baik” dalam deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil dengan menggunakan pedoman dari rekomendasi PENAKIB Jawa Timur tahun 2016.



**ABSTRACT**

**Background :** The second leading cause of maternal mortality (MMR) in Surabaya is due to hypertension in pregnancy (preeclampsia and eclampsia). Quality antenatal care and good screening of pregnant women affect the incidence of preeclampsia. Early detection guidelines for preeclampsia use screening from PENAKIB Jawa Timur 2016 can assist midwives in making informed decisions to minimize the MMR. **Methods :** This research is a descriptive analytics research with structured interview. The population were all midwives of public health center and independent midwives who made referrals to Airlangga University Hospital Surabaya during the period of January to December 2017. The variables used are knowledge and compliance. **Results :** The results of this study showed that the number of pre-eclampsia patients at Airlangga University Hospital Surabaya was 56 for preeclampsia and 31 for severe preeclampsia. The midwives had good knowledge for early detection of preeclampsia guideline. **Conclusion :** Most midwives had a good enough quality in the early detection of preeclampsia in pregnant women by using the guidelines of recommendation PENAKIB Jawa Timur 2016.

Keywords : Quality antenatal care, Screening, Midwives, Preeclampsia



## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM.....	i
PRASYARAT GELAR .....	ii
SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
PENETAPAN PANITIA PENGUJI .....	v
LEMBAR PENGESAHAN .....	vi
MOTTO .....	vii
UCAPAN TERIMAKASIH.....	viii
RINGKASAN .....	x
<i>ABSTRACT</i> .....	xi
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xviii
DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH , DAN ARTI LAMBANG .....	xix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan umum .....	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat praktis.....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tugas dan Fungsi Bidan.....	6
2.1.1 Pengertian bidan.....	6
2.1.2 Tugas dan fungsi bidan.....	6
2.1.3 Kualitas kinerja bidan.....	7
2.2 Konsep Dasar Pelayanan Antenatal .....	8
2.2.1 Definisi <i>antenatal care</i> (ANC).....	8
2.2.2 Deteksi dini dalam <i>antenatal care</i> .....	11
2.3 Konsep Dasar Preeklampsia.....	13
2.3.1 Hipertensi gestasional.....	13
2.3.2 Preeklampsia .....	13
2.3.3 Faktor resiko.....	15
2.3.4 Gejala.....	16
2.3.5 Diagnosis .....	18
2.4 Deteksi Dini Preeklampsia pada Ibu Hamil .....	20
2.5 Satuan Tugas Penurunan Angka Kematian Ibu (PENAKIB)...	22

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	
3.1 Kerangka Konseptual .....	25
3.2 Penjelasan kerangka konseptual .....	26
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Jenis Penelitian .....	28
4.2 Rancang Bangun Penelitian.....	28
4.3 Populasi dan Sampel .....	29
4.3.1 Populasi .....	29
4.3.2 Sampel .....	29
4.3.3 Besar sampel.....	29
4.3.4 Teknik pengambilan sampel.....	30
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
4.4.1 Lokasi .....	30
4.4.3 Waktu .....	30
4.5 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel .....	30
4.6 Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data .....	32
4.7 Pengolahan dan Analisis Data .....	33
4.7.1 Teknik pengolahan data.....	33
4.7.2 Analisis data .....	34
4.8 Kerangka Operasional .....	35
4.9 <i>Ethical Clearance</i> .....	35
<b>BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN</b>	
5.1 Hasil Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	37
5.2 Gambaran Karakteristik Responden.....	37
5.3 Hasil Analisis Penelitian .....	39
5.3.1 Jumlah pasien preeklampsia berat rujukan dari bidan di Surabaya.....	39
5.3.2 Analisis pedoman bidan dalam deteksi dini preeklampsia saat ANC .....	40
5.3.3 Analisis pengetahuan bidan dalam anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk deteksi dini preeklampsia berat saat ANC .....	41
5.3.4 Analisis pengetahuan bidan tentang riwayat khusus ibu hamil untuk deteksi dini preeklampsia berat saat ANC .....	50
5.3.5 Analisis tingkat kepatuhan bidan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan menggunakan bagan skrining preeklampsia berat menurut PENAKIB Surabaya.....	51
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1 Karakteristik Responden .....	53
6.2 Analisis Pengetahuan Bidan dalam Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Deteksi Dini Preeklampsia.....	55

6.2.1	Pedoman yang digunakan bidan dalam deteksi dini preeklampsia .....	57
6.2.2	Anamnesis dalam deteksi dini preeklampsia .....	58
6.2.3	Riwayat keluarga preeklampsia .....	59
6.2.4	Primigravida (status kehamilan) .....	60
6.2.5	Kehamilan kembar .....	60
6.2.6	Primitua sekunder (status usia pertama hamil) .....	62
6.2.7	Usia $\geq 35$ tahun (usia berisiko) .....	62
6.2.8	Pemeriksaan fisik berat massa indeks (BMI) .....	63
6.2.9	Pemeriksaan fisik <i>mean arterial pressure</i> (MAP) .....	64
6.2.10	Pemeriksaan fisik <i>roll over test</i> (ROT) .....	64
6.3	Analisis Pengetahuan Bidan tentang Riwayat Khusus Ibu Hamil dalam Deteksi Dini Preeklampsia .....	65
6.4	Analisis Tingkat Kepatuhan Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia .....	66
6.5	Keterbatasan Penelitian .....	67
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan .....	68
7.2	Saran .....	69
DAFTAR PUSTAKA .....		70
LAMPIRAN .....		75

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 4.1	Definisi operasional variabel.....	30
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia	37
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir.....	38
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama kerja .....	38
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tempat kerja .....	38
Tabel 5.5	Distribusi jumlah pasien preeklampsia di ruang VK Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.....	39
Tabel 5.6	Pedoman bidan untuk deteksi dini preeklampsia .....	40
Tabel 5.7	Pengetahuan bidan terhadap pedoman deteksi dini rekomendasi PENAKIB Jawa Timur tahun 2016.....	40
Tabel 5.8	Anamnesis deteksi dini preeklampsia .....	42
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pertanyaan komponen anamnesis deteksi dini preeklampsia.....	42
Tabel 5.10	Pengaruh riwayat keluarga terhadap risiko preeklampsia.....	43
Tabel 5.11	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh riwayat keluarga terhadap risiko preeklampsia .....	44
Tabel 5.12	Pengaruh graviditas terhadap risiko preeklampsia.....	44
Tabel 5.13	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh primigravida terhadap risiko preeklampsia .....	45
Tabel 5.14	Pengaruh kehamilan kembar terhadap risiko preeklampsia.....	45
Tabel 5.15	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh kehamilan kembar terhadap risiko preeklampsia .....	46
Tabel 5.16	Pengaruh usia pertama hamil terhadap risiko preeklampsia ....	46
Tabel 5.17	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh primumula sekunder terhadap risiko preeklampsia.....	47
Tabel 5.18	Pengaruh usia (paritas) terhadap risiko preeklampsia.....	47
Tabel 5.19	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh paritas terhadap risiko preeklampsia.....	47
Tabel 5.20	Pengaruh BMI terhadap risiko preeklampsia.....	48
Tabel 5.21	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh BMI terhadap risiko preeklampsia.....	48
Tabel 5.22	Pengaruh MAP terhadap risiko preeklampsia.....	49
Tabel 5.23	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh MAP terhadap risiko preeklampsia.....	49
Tabel 5.24	Pengaruh ROT terhadap risiko preeklampsia.....	49
Tabel 5.25	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh ROT terhadap risiko preeklampsia.....	50
Tabel 5.26	Riwayat khusus ibu hamil terhadap risiko preeklampsia.....	50
Tabel 5.27	Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pertanyaan komponen riwayat khusus ibu dalam deteksi dini preeklampsia.....	51

Tabel 5.28 Kepatuhan bidan dalam melakukan deteksi dini ..... 51



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Bagan skrinning preeklampsia .....	22
Gambar 3.1 Kerangka konseptual .....	25
Gambar 4.1 Rancang bangun penelitian .....	28
Gambar 4.2 Proses analisis data .....	34
Gambar 4.3 Kerangka operasional .....	35

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1. Lembar permohonan menjadi responden .....	75
Lampiran 2. Lembar persetujuan menjadi responden.....	76
Lampiran 3. Lembar tatacara wawancara terstruktur .....	77
Lampiran 4. Lembar pedoman wawancara terstruktur .....	78
Lampiran 5. Formulir permohonan penyusunan skripsi.....	82
Lampiran 6. Rencana jadwal kegiatan.....	83
Lampiran 7. Konsultasi.....	84
Lampiran 8. Surat izin penelitian .....	86
Lampiran 9. <i>Ethical clearance</i> .....	89
Lampiran 10. Berita acara perbaikan skripsi .....	91



**DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN ARTI LAMBANG**

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
FDP	: <i>Fibrin Degradation Product</i>
Hb	: Hemoglobin
HELLP	: <i>Hemolysis, Elevated Liver Enzyme Levels, and Low Platelet</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HLA	: <i>Human Leukocyte Antigene</i>
HLA-G	: <i>Leukocyte Antigen Protein G</i>
HPP	: <i>Haemorrhagic Post Partum</i>
ICM	: <i>International Congress Of Midwife</i>
IUGR	: <i>Intra Uterin Growth Restricted</i>
K1	: Kunjungan pertama ibu hamil / kunjungan baru ibu hamil
K2	: Kunjungan kedua ibu hamil
K3	: Kunjungan ketiga ibu hamil
K4	: Kunjungan keempat ibu hamil
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Kesejahteraan / Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
lila	: Lingkar Lengan Atas
MAP	: <i>Mean Arterial Blood Pressure</i>
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
Menkes	: Menteri Kesehatan
NK	: <i>Natural Killer</i>
PEB	: Preeklampsia Berat
PENAKIB	: Satuan Tugas Penurunan Angka Kematian Ibu
RCOG	: <i>the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
RI	: Republik Indonesia
ROT	: <i>Roll Over Test</i>
RPR	: <i>Rapid Plasma Reagin</i>
RS	: Rumah Sakit
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
USG	: Ultrasonografi
UNAIR	: Universitas Airlangga
UU	: Undang-undang
VDRL	: <i>the Venereal Disease Research Laboratory</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan tingkat derajat kesehatan masyarakat di suatu negara (Kemenkes RI, 2015). Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) mengungkapkan bahwa angka kematian maternal di Indonesia meningkat dari 228 pada tahun 2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013 (Irawan, 2013).

AKI di Jawa Timur cenderung menurun tiga tahun terakhir, dari tahun 2013 hingga 2015. Data AKI di Kota Surabaya pada tahun 2015 sebesar 87,35 per 100.000 kelahiran hidup. Surabaya telah berhasil melewati target MDGs sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, tetapi karena Surabaya memiliki jumlah penduduk yang cukup besar, Surabaya tetap merupakan penyumbang kematian maternal nasional yang cukup banyak mewakili Jawa Timur (Widarta, 2015).

Dunia kesehatan ditantang untuk mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup demi mencapai SDGs (*Sustainable Development Goals*) pada tahun 2030 (Bappenas, 2014). Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI Direktorat Kesehatan Ibu memberikan data bahwa pada tahun 2010 hingga 2013, penyebab terbesar kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan yakni sebesar 30,3% pada tahun 2013.

Penyebab kematian ibu kedua yakni akibat hipertensi dalam kehamilan, termasuk di dalamnya preeklampsia dan eklampsia (Kemenkes RI, 2014). Gangguan hipertensi pada kehamilan mempengaruhi kematian sekitar 10% dari

semua wanita hamil di seluruh dunia. Preeklampsia dan eklampsia menonjol sebagai penyebab utama kematian serta morbiditas ibu dan bayi (WHO, 2011). Berbagai penyakit penyebab kematian maternal sebagian besar dapat dideteksi dini dan diantisipasi pemburukannya selama kehamilan sampai nifas (Widarta, 2015). Mayoritas kematian karena preeklampsia dan eklampsia dapat dihindari melalui pemberian perawatan tepat waktu dan efektif kepada wanita yang mengalami komplikasi.

Pelayanan antenatal yang bermutu pada hakekatnya merupakan suatu pelayanan medik dasar yang sangat strategis dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil dan janin yang dikandungnya (Depkes RI, 2007). Studi 2002 menunjukkan bahwa buruknya kualitas pelayanan merupakan faktor penyebab 60 persen dari 130 kematian ibu yang dikaji (Unicef Indonesia, 2012). Pelayanan ANC berpengaruh pada kejadian preeklampsia dapat terjadi karena masih belum maksimalnya pelayanan ANC yang diberikan kepada ibu hamil (Isnanda, 2012). Beberapa faktor yang mempengaruhi preeklampsia dalam kehamilan dapat dideteksi dengan memberikan asuhan antenatal yang baik (Kusmiyati, 2009).

Jumlah bidan di Surabaya menurut data dinas kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2016 tercatat sebanyak 1.753 bidan yang bekerja di layanan kesehatan. Peran dan fungsi bidan salah satunya adalah melakukan kolaborasi atau kerjasama terutama untuk memberikan pelayanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi. Visi bidan sebagai lini pertama dalam kesehatan ibu juga sebagai pembuat keputusan (Ariyanti, 2010).

Pasien dengan kelompok risiko faktor empat terlambat cenderung untuk memeriksakan kehamilannya pada bidan. (Widarta, 2015). Faktor empat terlambat

tersebut meliputi terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat sampai di tempat rujukan dan tidak ditemukan keterlambatan mendapatkan pertolongan di tempat rujukan. Faktor terlambat mendeteksi tanda bahaya terjadi paling awal dan mempengaruhi empat faktor terlambat lainnya secara berurutan.

Keputusan yang tepat dari hasil analisis bidan sangat penting bagi ibu dalam pemberian kebutuhan yang tepat, sehingga dapat mengurangi jumlah AKI dengan meminimalisir kemungkinan faktor empat terlambat. Kemampuan analisis bidan dalam mendeteksi dini risiko tinggi saat *antenatal care* belum diketahui. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kualitas *antenatal care* bidan dalam mendeteksi dini preeklampsia, khususnya bidan yang merujuk pasien dengan preeklampsia dan preeklampsia berat ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah kualitas ANC bidan dalam mendeteksi dini preeklampsia pada kasus rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menganalisis kualitas ANC bidan dalam mendeteksi dini preeklampsia pada kasus rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Menentukan distribusi dan frekuensi pasien preeklampsia rujukan dari bidan di Surabaya
- 2) Menentukan distribusi dan frekuensi tingkat pengetahuan bidan dalam anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk deteksi dini preeklampsia berat saat *antenatal care*
- 3) Menentukan distribusi dan frekuensi tingkat pengetahuan bidan tentang riwayat khusus ibu hamil untuk deteksi dini preeklampsia berat saat *antenatal care*
- 4) Menjelaskan tingkat kepatuhan bidan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan menggunakan bagan skrining preeklampsia menurut PENAKIB Jawa Timur tahun 2016

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi perkembangan ilmu kebidanan sehingga dengan pelaksanaan upaya pencegahan kematian ibu dapat menurunkan AKI.

### 1.4.2 Manfaat praktis

#### 1. Manfaat bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan informasi bagi peneliti selanjutnya, serta memberikan informasi dan wawasan ilmu pengetahuan tentang kualitas pelayanan antenatal terutama dalam deteksi dini preeklampsia.

2. Manfaat bagi subjek penelitian

Meningkatkan pengetahuan ibu tentang antenatal serta risiko bahaya kehamilan dan persalinan, pelaksanaan antenatal yang harus diterima dan informasi mengenai preeklampsia dari pelayanan antenatal.

3. Manfaat bagi tenaga kesehatan

Membantu dalam memberikan deteksi dini tingkat risiko pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia sehingga dapat mengurangi kejadian preeklampsia berat.

4. Manfaat bagi pemerintah

Memberikan input bagi pemerintah guna menentukan kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan pemberian pelayanan kesehatan sehingga dapat menciptakan pelayanan yang berkualitas.





## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tugas dan Fungsi Bidan

##### 2.3.1 Pengertian bidan

Definisi bidan menurut *International Congress Of Midwife (ICM) ke-27* tahun 2006 adalah “seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktek bidan” (Sukaemi dan Damayanti, 2013).

Peraturan Menkes RI nomor 28 tahun 2017 pasal 1 pada ayat 1 dan 2 menyebutkan bahwa bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Praktik kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.

##### 2.3.2 Tugas dan fungsi bidan

Bidan merupakan salah satu tenaga profesional yang mempunyai wewenang memberikan pertolongan persalinan dalam program Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA). Pelayanan yang diberikan oleh seorang bidan adalah pelayanan yang profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dalam kurun waktu masa reproduksi dari bayi baru lahir (Ariyanti, 2010).

Visi Bidan adalah orang yang cekatan dalam ketrampilan kebidanan, memiliki sifat pelayanan masyarakat yang sopan, santun, ramah, percaya diri dan

responsif. Juga sebagai pimpinan yang mempunyai karisma, wibawa, berani membuat keputusan, dan berperan dalam berbagai kegiatan pembangunan kesehatan.

Misi Bidan adalah memberikan pelayanan kebidanan, kesehatan reproduksi, keluarga berencana serta kegiatan pembangunan lainnya secara profesional, penuh dengan keramahan dan percaya diri, mampu menjaga kewibawaannya, dan bercirikan kepemimpinan dengan sikap yang berani membuat keputusan.

### 2.3.3 Kualitas kinerja bidan

Pengertian kinerja (*performance*) adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu. Kinerja merupakan konsekuensi tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan akan pelayanan prima atau pelayanan yang bermutu tinggi. Mutu tidak terpisahkan dari standar, karena kinerja diukur berdasarkan standar. Melalui kinerja klinis bidan, diharapkan dapat menunjukkan kontribusi profesionalnya secara nyata dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan secara umum (Sukaemi dan Damayanti, 2013).

Mutu pelayanan kebidanan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan kebidanan, serta kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan. Tujuan akhir kedua dimensi mutu pelayanan kebidanan tersebut adalah kepuasan pasien yang dilayani bidan (Zulyadi, 2010).

## 2.2 Konsep Dasar Pelayanan Antenatal

### 2.3.1 Definisi *antenatal care* (ANC)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Sarwono, 2014). Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu serta indikasi dasar dan khusus. Selain itu terdapat aspek lain yaitu penyuluhan, komunikasi-informasi-edukasi (KIE), motivasi ibu hamil dan rujukan (Ariyanti, 2010).

Baston (2012) berpendapat bahwa ibu perlu mendapatkan informasi yang realistis tentang asuhan yang mereka terima. Daftar berikut ini memberi tinjauan tentang tujuan asuhan antenatal yang ingin dicapai:

- 1) Diagnosis kehamilan dan mengkaji risiko yang terkait melalui evaluasi riwayat obstetri, medis, dan sosial ibu di masa lalu dan saat ini.
- 2) Memfasilitasi pembentukan hubungan dengan ibu dan pemberi asuhannya yang memungkinkan komunikasi efektif.
- 3) Memberi informasi berbasis bukti tentang pilihan untuk asuhan dengan cara yang bermakna kepada ibu dan pasangannya.
- 4) Memastikan dan memantau kesejahteraan ibu dan janin selama kehamilan, merujuk ke spesialis yang tepat untuk mendapatkan bantuan jika hasil pemantauan tidak berada dalam batas normal.

- 5) Mempersiapkan ibu dan pasangannya untuk persalinan dan masa menjadi orang tua.
- 6) Memberikan sumber dukungan yang dapat diakses kepada ibu hamil.

*Antenatal care* sangat penting untuk mendeteksi secara dini komplikasi dan penyakit persalinan, serta mendidik wanita dan keluarga tentang kehamilan, persalinan, dan nifas (Fadlun, 2011). Asuhan antenatal dari tenaga kesehatan terampil di fasilitas kesehatan merupakan prioritas dalam memastikan dan memperkaya kesehatan fetomaternal.

Praktik ANC yang tepat waktu dan tepat lebih penting, karena memiliki potensi menyelamatkan jiwa ibu dan anak (Vogel et al., 2013). Pelayanan yang dilakukan secara rutin juga merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini kehamilan berisiko sehingga dapat dengan segera dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi dan merencanakan serta memperbaiki kehamilan tersebut (Ariyanti, 2010). Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4 (Sarwono, 2014). Fadlun (2011) berpendapat bahwa pemeriksaan *antenatal care* yang rutin adalah sebagai berikut:

- 1) Trimester I : 4 minggu sekali (<14 minggu)
- 2) Trimester II: 2 minggu sekali (<28 minggu)
- 3) Trimester III: 1 minggu sekali ( $\geq$ 28 minggu)

Ibu hamil akan mendapatkan serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan. Kehamilan termasuk risiko tinggi harus mendapatkan perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat (Sarwono, 2014).

Depkes RI (2007) mengemukakan bahwa beberapa penyakit atau penyulit biasanya tidak segera timbul bersamaan dengan dimulainya suatu kehamilan, seperti hipertensi dalam kehamilan misalnya, atau bahkan baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu. Upaya untuk memberdayakan ibu dan keluarga tentang proses kehamilan dan masalahnya melalui penyuluhan atau konseling dapat berjalan efektif apabila tersedia cukup waktu untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang diperlukan. Pencatatan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya sebaiknya dilakukan sebagai berikut:

- 1) Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil
- 2) Hasil pemeriksaan umum setiap kunjungan yang meliputi tekanan darah, respirasi, nadi, dan temperatur tubuh. Pemeriksaan abdomen yang meliputi tinggi fundus uteri, letak janin (setelah 34 minggu), presentasi janin, dan denyut jantung janin.

Pemeriksaan tambahan untuk deteksi dini komplikasi, kelainan, dan penyakit pada ibu hamil dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium yang mencakup pemeriksaan kadar Hb, pemeriksaan protein urin termasuk glukosa dalam urin, tes pemeriksaan sifilis pertama (VDRL/RPR) (Fadlun, 2011).

Uji laboratorium dan pemeriksaan terkait merupakan komponen penting dalam pengkajian fisik. Apabila wanita sedang hamil maka harus disesuaikan dengan interpretasi hasil uji yang diperoleh dengan perubahan fisiologis normal selama hamil (Varney, 2007). Depkes RI (2007) mengemukakan bahwa pemeriksaan tambahan antara lain pemeriksaan proteinuria, glukosuria, dan keton. Pemeriksaan tambahan lainnya yakni pemeriksaan rhesus, golongan darah untuk

mendeteksi adanya ketidakcocokan AB0, HIV, Rubela, juga pemeriksaan tinja untuk mendeteksi adanya infeksi cacing dan parasit (Fadlun, 2011).

### 3) Menilai kesejahteraan janin

(1) Kesejahteraan janin pada kehamilan risiko tinggi dapat dinilai dengan berbagai jenis pemeriksaan atau pengumpulan informasi, baik yang diperoleh dari ibu hamil maupun pemeriksaan oleh petugas kesehatan.

1) Pengukuran tinggi fundus uteri terutama >20 minggu yang akan disesuaikan dengan usia kehamilan saat pemeriksaan dilakukan. Tinggi fundus yang normal sama dengan usia kehamilan.

2) Gerakan janin. Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal. Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan tiap 12 jam)

3) Denyut jantung janin dan ultrasonografi, jika dicurigai sesuatu yang abnormal, bidan harus merujuk ibu hamil untuk dilakukan USG (Fadlun, 2011).

(2) Memasuki usia kehamilan 34 minggu, selain pemeriksaan di atas, juga dilakukan pula pemeriksaan tentang penilaian besar janin, letak dan presentasi janin, serta penilaian luas panggul.

#### 2.3.2 Deteksi dini dalam *antenatal care*

Deteksi dini adalah 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, 2011). Komponen integral dari perawatan antenatal adalah diagnosis tepat waktu dan penanganan masalah maternal dan

deteksi kondisi janin yang tepat untuk memberi tahu pilihan dan rencana perawatan yang berkelanjutan. Semua wanita harus memiliki akses terhadap layanan skrining dan tes diagnostik antenatal (RCOG, 2008).

Deteksi dini mempunyai prinsip yakni melakukan skrining secara teratur dan ketat terhadap adanya kelainan, komplikasi, dan penyakit selama kehamilan, serta mencegah atau mengurangi risiko terjadinya kelainan, komplikasi, dan penyakit dalam persalinan dan nifas. Deteksi dini diharapkan dapat mencegah komplikasi lebih lanjut atau meminimalkan risiko akibat terjadinya komplikasi. (Fadlun, 2011)

Pencegahan proaktif terhadap komplikasi persalinan menurut Poedji Rochjati dalam Sarwono (2014) dapat dilakukan melalui pendekatan risiko. Pendekatan risiko pada ibu hamil merupakan:

- (1) Strategi. Strategi mengatur dan menegakkan prioritas yang berawal dari pengenalan dini masalah kesehatan dan sosial, lalu mengukur kebutuhan ibu untuk perawatan kehamilan, tempat dan penolong yang aman sesuai kondisi ibu hamil dan janin.
- (2) Metode. Metode menilai kebutuhan sumber daya dalam keluarga, masyarakat, dan fasilitas kesehatan yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien.
- (3) Alat. Alat menentukan pemanfaatan fasilitas kesehatan secara efisien dan efektif-biaya dengan meenggunakannya secara relevan, rasional, dan profesional di tiap tingkat pelayanan dalam melakukan penanganan adekuat pada semua ibu hamil, ibu hamil risiko rendah, risiko tinggi masih sehat, dan ibu komplikasi persalinan dini.

Tujuan dari pendekatan risiko ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan dimulai pengenalan dini faktor risiko pada semua ibu hamil, memberikan perhatian lebih khusus dan lebih intensif kepada ibu risiko tinggi yang mempunyai kemungkinan lebih besar terjadi komplikasi persalinan dengan risiko lebih besar pula terjadi kematian, kesakitan, kecacatan, ketidakpuasan, ketidaknyamanan pada ibu atau bayi baru lahir. Pengembangan perilaku pencegahan proaktifantisipatif dengan dasar “Paradigma Sehat” melalui pemberdayaan ibu hamil, suami, dan keluarga agar ada kesiapan mental, biaya, dan transportasi. Peningkatan rujukan terencana melalui upaya pengendalian/pencegahan proaktif terhadap terjadinya rujukan estafet dan rujukan terlambat.

## **2.3 Konsep Dasar Preeklampsia**

### **2.3.1 Hipertensi gestasional**

Hipertensi gestasional adalah kelainan yang potensial membawa kematian dan biasanya terjadi sesudah usia kehamilan minggu ke-20. Hipertensi gestasional paling sering ditemukan pada pasien nulipara. Ada dua kategori hipertensi gestasional yaitu preeklampsia dan eklampsia. (Lockhart, 2014)

### **2.3.2 Preeklampsia**

Preeklampsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum (Sarwono, 2014). Preeklampsia adalah penyakit spesifik pada kehamilan yaitu terjadinya hipertensi dan proteinuria pada wanita hamil setelah umur kehamilan 20 minggu. Preeklampsia terjadi pada sekitar 2% - 8% dari kehamilan (Mukid et al., 2015).



Preeklampsia dan eklampsia bukan merupakan gangguan yang berbeda, tetapi manifestasi gejala klinis dari kondisi yang sama. Preeklampsia tetap merupakan ancaman kesehatan masyarakat yang signifikan di negara maju dan berkembang yang berkontribusi pada morbiditas ibu dan mortalitas perinatal secara global (Blackwell, 2011).

Gambaran klinis preeklampsia bervariasi luas dan sangat individual. Kadang-kadang sukar untuk menentukan gejala preeklampsia mana yang timbul lebih dahulu. Secara teoritik urutan-urutan gejala yang timbul pada preeklampsia ialah edema, hipertensi, dan terakhir proteinuria. Gejala yang timbul tidak seperti urutan di atas, dapat dianggap bukan preeklampsia.

Gejala klinis preeklampsia dapat dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat (Sarwono, 2014). Pembagian preeklampsia ringan (PER) dan preeklampsia berat (PEB) hanya digunakan secara administratif, seperti dalam melakukan coding ICD. Secara klinis dan sesuai literatur terbaru hanya digunakan istilah preeklampsia dan preeklampsia berat dengan tujuan tidak meringankan preeklampsia terutama di fasilitas kesehatan dasar (PENAKIB, 2016).

#### 1) Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat adalah suatu sindroma preeklampsia dengan tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam (Sarwono, 2014).

Preeklampsia berat melibatkan kelainan sistem multiorgan. Pasien yang terkena mungkin memiliki keluhan seperti sakit perut, disfungsi sistem saraf pusat (sakit kepala, ensefalopati, penglihatan kabur, atau kebutaan), edema paru, hipoksia atau sebagai manifestasi lain dari kebocoran kapiler (Mukid et al., 2015).

Menurut PENAKIB Jawa Timur (2016) diagnosis preeklampsia berat ditegakkan setelah ditemukan satu atau lebih gejala, seperti tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg dan serum kreatinin  $>1,1$  mg/dl. Peningkatan fungsi liver lebih dari dua kali, trombosit  $<100.000$ , terjadi edema paru. Nyeri kepala, gangguan penglihatan dan nyeri epigastrium.

Preeklampsia berat dibagi menjadi preeklampsia berat tanpa *impending eclampsia* dan preeklampsia berat dengan *impending eclampsia*. Disebut *impending eclampsia* bila preeklampsia berat disertai gejala-gejala subjektif berupa nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium, dan kenaikan progresif tekanan darah (Sarwono, 2014).

## 2) Preeklampsia

Tanda preeklampsia dapat ditegakkan berdasarkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah kehamilan 20 minggu. Tanda preeklampsia dapat dilihat dari timbulnya beberapa gejala seperti tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg. Preeklampsia terjadi apabila terjadi minimal satu dari adanya proteinuria  $\geq 300$ mg per 24 jam atau  $\geq 1+$  dipstik, terdapat serum kreatinin  $>1,1$  mg/dl, Trombosit  $<100.000$ . Edema paru dan peningkatan fungsi liver lebih dari dua kali. Nyeri kepala, gangguan penglihatan dan nyeri epigastrium (PENAKIB, 2016).

### 2.3.3 Faktor Risiko

Sarwono (2014) menyatakan banyak faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan, antara lain primigravida. Pada primigravida pembentukan antibodi penghambat (*blocking antibodies*) belum sempurna, sehingga meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Perkembangan

preeklampsia semakin meningkat pada umur kehamilan yang terlalu ekstrem, seperti terlalu muda atau terlalu tua (Puspita, 2013). Wanita yang lebih tua, yang dengan bertambahnya usia akan menunjukkan peningkatan insiden hipertensi kronis, menghadapi risiko yang lebih besar untuk menderita hipertensi karena kehamilan atau superimposed preeklampsia (Imron dan Novadela, 2014).

Hiperplasentosis, seperti mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar. Umur yang ekstrim, riwayat keluarga pernah preeklampsia atau eklampsia, pernah menderita atau memiliki penyakit-penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil, juga obesitas termasuk faktor risiko terjadinya preeklampsia.

#### 2.3.4 Gejala

Tanda dan gejala tambahan pada preeklampsia yang berat meliputi peningkatan kadar blood urea nitrogen, kreatinin serta asam urat, sakit kepala pada bagian frontal kepala. Gejala yang lainnya adalah penglihatan yang kabur, hiper-refleksi, nausea, vomitus, iritabilitas, gangguan serebral dan nyeri epigastrium (Lockhart, 2014). Peningkatan tekanan darah dan protein dalam urin bisa menjadi tanda awal terjadi preeklampsia. *Maternity Service National Woman's* (2011) mengemukakan daftar tanda dan gejala preeklampsia antara lain tekanan darah tinggi, protein dalam urin, sakit kepala, gangguan visual, pembengkakan yang berlebihan, nyeri perut bagian atas, mual, dan refleks yang cepat.

Preeklampsia ditandai juga dengan perubahan sistem dan organ pada ibu hamil meliputi perubahan volume plasma. Volume plasma menurun antara 30% -

40% dibanding hamil normal. Hipovolemia diimbangi dengan vasokonstriksi sehingga terjadi hipertensi. (Sarwono, 2014)

Hipertensi dideteksi umumnya pada trimester II. Timbulnya hipertensi adalah akibat vasospasme menyeluruh dengan ukuran tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg selang 6 jam. *Mean Arterial Blood Pressure* (MAP) tidak berkorelasi dengan besaran proteinuria. MAP jarang dipakai oleh sebagian besar klinisi karena kurang praktis dan sering terjadi kesalahan pengukuran. (Sarwono, 2014)

Perubahan organ antara lain terjadi pada ginjal, hepar seperti iskemia, dan perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada sel periportal lobus perifer, akan terjadi nekrosis sel hepar dan peningkatan enzim hepar. Perubahan kardiovaskuler disebabkan oleh peningkatan *cardiac afterload* akibat hipertensi dan penurunan *cardiac preload* akibat hipovolemia (Sarwono, 2014). Edema paru-paru merupakan sebab utama kematian penderita preeklampsia dan eklampsia. Komplikasi ini biasanya disebabkan oleh dekompensasi kordis kiri.

Osmolaritas serum dan tekanan onkotik menurun pada umur kehamilan 8 minggu. Pada preeklampsia tekanan onkotik makin menurun karena kebocoran protein dan peningkatan permeabilitas vaskular. Gangguan koagulasi pada preeklampsia misalnya trombositopenia, jarang yang berat, tetapi sering dijumpai. Pada preeklampsia viskositas darah meningkat, mengakibatkan meningkatnya resistensi perifer dan menurunnya aliran darah ke organ.

Edema dapat terjadi pada ibu preeklampsia karena hipoalbuminemia atau kerusakan sel endotel kapiler. Edema yang patologik adalah edema yang nondependen pada muka dan tangan, atau edema generalisata dan biasanya disertai kenaikan berat badan yang cepat. Edema yang terjadi pada kehamilan

mempunyai banyak interpretasi, misalnya 40% edema dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi, dan 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria. (Sarwono, 2014)

Perubahan neurologik berupa nyeri kepala yang disebabkan hiperperfusi otak, gangguan visus akibat spasme arteri retina dan edema retina, hiperrefleksi, timbul kejang eklamptik, dan perdarahan intrakranial. (Sarwono, 2014)

Preeklampsia dan eklampsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta. Dampak tersebut antara lain IUGR, oligohidramnion, kenaikan morbiditas dan mortalitas janin secara tidak langsung akibat IUGR, prematuritas, oligohidramnion, dan solusio plasenta (Sarwono, 2014).

### 2.3.5 Diagnosis

Sumulyo (2017) mengemukakan diagnosis preeklampsia dapat ditegakkan dengan sistolik  $>140$  mmHg atau diastolik  $>90$  mmHg, pada dua kesempatan berjarak 4 jam dengan di antaranya pasien dalam keadaan istirahat, kecuali jika terapi antihipertensi dimulai sebelum saat ini. Tanda tersebut ditemukan pada usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal. Hipertensi dikonfirmasi segera pada sistolik  $>160$  mmHg atau diastolik  $>110$  mmHg, agar dapat diberi terapi antihipertensi.

Salah satu kriteria preeklampsia adalah proteinuria yang didefinisikan sebagai ekskresi  $>300$  mg protein dalam urin 24 jam atau rasio protein/kreatinin minimal 0,3 (masing-masing diukur sebagai mg/dL). Metode dipstick tidak lagi disarankan untuk diagnostik kecuali pendekatan lain tidak tersedia. Protein 1+ dianggap sebagai *cut off* untuk diagnosis proteinuria (ACOG, 2013). Diagnosis

preeklampsia berat tidak lagi tergantung pada adanya proteinuria. Manajemen preeklampsia tanpa proteinuria tidak boleh ditunda.

PENAKIB (2016) menjelaskan bahwa harus segera dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder apabila telah didapatkan dua atau lebih tanda positif dari pemeriksaan anamnesis dan fisik, salah satu saja riwayat penyakit khusus ibu, dan hasil positif dari pemeriksaan dengan *doppler velocimetry*.

Pemeriksaan anamnesis dan fisik menurut PENAKIB antara lain riwayat keluarga preeklampsia, primigravida, kehamilan kembar, primitua sekunder (jarak antar kehamilan >10 tahun), usia >35 tahun, *body mass index* >30 atau obesitas, *mean arterial pressure* >90, *roll over test* >15 mmHg. Riwayat penyakit khusus ibu meliputi hipertensi dalam kehamilan, hipertensi kronis, kelainan ginjal, diabetes, dan penyakit autoimun (PENAKIB, 2016).

Pemeriksaan fisik yang dapat mempengaruhi diagnosis preeklampsia dijelaskan sebagai berikut:

1) *Body Mass Index* (BMI)

Indeks massa tubuh (BMI) adalah perhitungan nilai yang diambil dari berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) ibu hamil. IMT dikatakan positif jika hasilnya > 28 mmHg, negatif jika hasilnya <28 (Suprihatin, 2015).

2) *Mean Arterial Pressure* (MAP)

*Mean Arterial Pressure* (MAP) adalah nilai rata-rata tekanan arteri dinilai dengan mengukur tekanan diastole dan sistol, dan kemudian menentukan nilai rata-rata dari arteri. MAP dikatakan positif jika hasilnya > 90 mmHg, negatif jika hasilnya <90 mmHg (Suprihatin, 2015).

### 3) *Roll Over Test* (ROT)

*Roll Over Test* (ROT) adalah pengukuran tekanan darah pada dua posisi yang berbeda, yaitu pada posisi tidur samping kiri dan posisi tidur terlentang (ROT). ROT dikatakan positif jika perubahan / peningkatan tekanan darah diastolik antara posisi tidur samping dan terlentang  $\geq 15$  mmHg dan negatif ketika perubahan diastole  $<15$  mmHg (Suprihatin, 2015).

## 2.4 Deteksi Dini Preeklampsia pada Ibu Hamil

Pada skrining untuk kondisi klinis pada preeklampsia, pengukuran tekanan darah dan urinalisis protein harus dilakukan pada setiap kunjungan antenatal. Faktor risiko preeklampsia yang harus ditentukan antara lain usia 40 tahun atau lebih, nuliparitas, interval kehamilan lebih dari 10 tahun, riwayat preeklampsia dalam keluarga, riwayat preeklampsia sebelumnya, indeks massa tubuh  $30 \text{ kg/m}^2$  atau lebih, penyakit vaskular yang diderita, seperti hipertensi, penyakit ginjal yang sudah ada sebelumnya, dan kehamilan multipel.

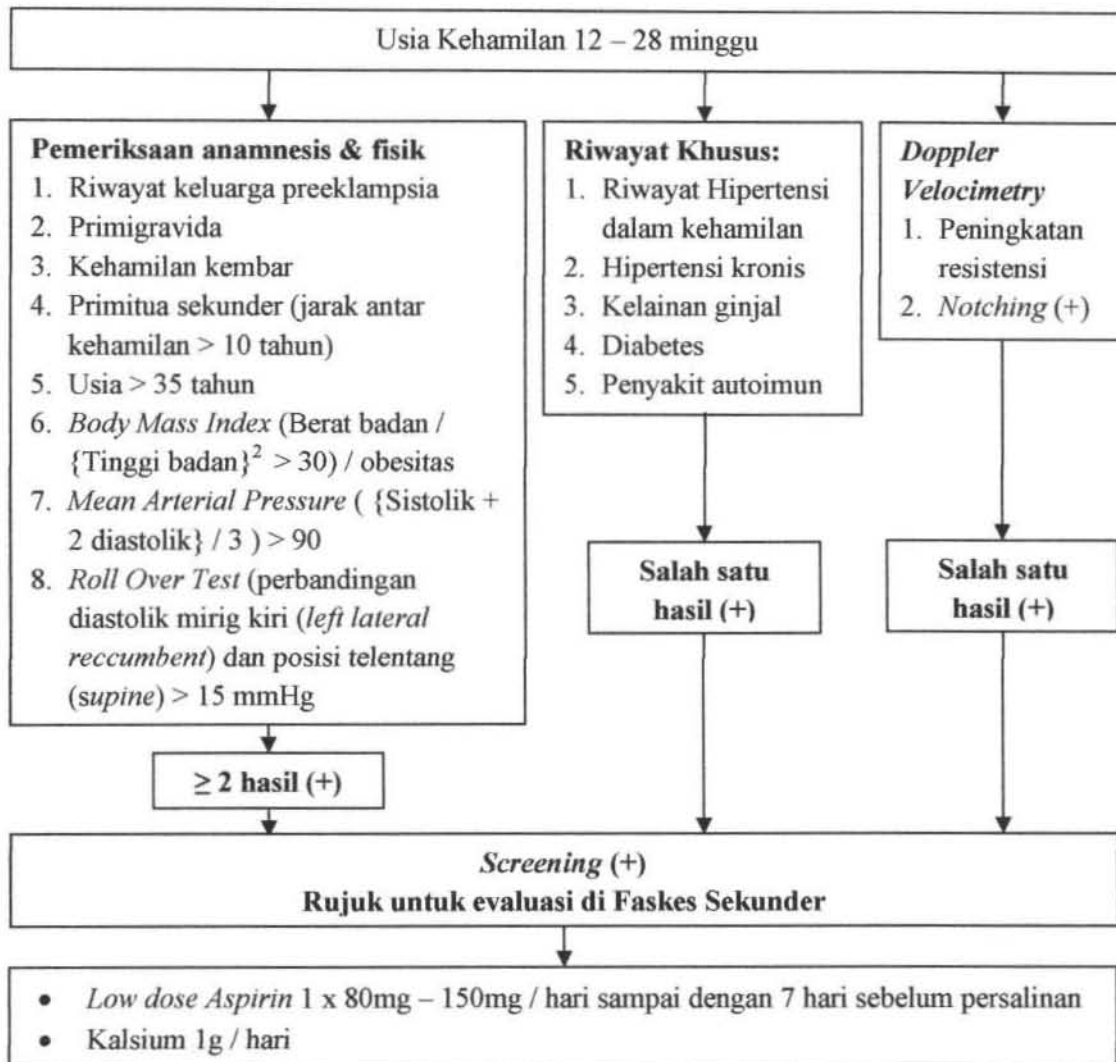
Pengukuran tekanan darah yang lebih sering harus dipertimbangkan untuk wanita hamil yang memiliki faktor risiko di atas. Adanya hipertensi dan/atau proteinuria yang signifikan harus menjadi peringatan profesional kesehatan terhadap kebutuhan akan peningkatan pengawasan.

Layanan primer tidak merawat preeklampsia, melainkan melakukan skrining secara aktif terhadap risiko terjadinya preeklampsia. Jika didapatkan skrining preeklampsia positif wajib dikonsultasikan ke layanan sekunder untuk evaluasi lebih lanjut. Aspilet dan kalsium diberikan pada kehamilan normal

dengan skrining preeklampsia positif. Evaluasi preeklampsia di layanan primer minimal dengan pemeriksaan tekanan darah  $\geq 140/90$  dan atau proteinurin  $\geq +1$ . Dan dilakukan pemberian *SM loading dose* jika didapatkan PEB, yaitu TD  $\geq 160/110$  dengan salah satu gejala preeklampsia (PENAKIB, 2016).

Keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat, antara lain merupakan persyaratan profesi, dan dasar untuk mengukur mutu. Ditetapkan standar juga akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan. UU No. 23 tahun 1992 pasal 53 ayat 2 menyebutkan bahwa standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi dengan baik (Ariyanti, 2010). Berikut adalah bagan skrining preeklampsia untuk fasilitas kesehatan tingkat primer menurut Satgas Penurunan Angka Kematian Ibu (PENAKIB) Jawa Timur tahun 2016:





Sumber : Satgas PENAKIB Jawa Timur, 2016

Gambar 2.1 Deteksi dini preeklampsia untuk fasilitas tingkat primer

## 2.5 Satuan Tugas Penurunan Angka Kematian Ibu (PENAKIB)

Latar belakang terbentuknya Satgas PENAKIB adalah perihal fakta kematian ibu yang terus meningkat. Tidak ingin kejadian terus berulang dan semakin memburuk, Dr. Hermanto, bersama Prof. Erry Gumilar Dachlan, Dr. Agus Sulistyiono, dan banyak lagi sejawat dokter kandungan FK UNAIR-RSUD Dr. Soetomo kemudian menginisiasi sebuah Satgas Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi yang disingkat dengan Satgas PENAKIB pada tahun 2014 lalu di

Surabaya. Satgas PENAKIB Nasional diketuai Dr. Hermanto, Satgas PENAKIB Jawa Timur diketuai Prof.Dr.H.Erry Gumilar Dachlan,dr.SpOG(K), sementara Satgas PENAKIB Surabaya diketuai Dr Agus Sulistyiono dr SpOG (K).

PENAKIB merupakan bentuk upaya tanggung jawab profesi para dokter ahli kandungan dalam melihat permasalahan AKI yang terus meningkat. Melalui program PENAKIB, diupayakan percepatan penurunan AKI hingga seperempatnya dalam waktu 2 tahun (2013-2014).

Pelaksanaan Program tersebut dilakukan melalui cara scoring faktor risiko. Bekerjasama dengan pihak puskesmas beserta dinas kesehatan, dilakukan pendataan kepada para ibu hamil yang tinggal di suatu kawasan. Setiap ibu hamil dalam pendataan akan diperiksa kondisi kehamilannya untuk mengetahui ada tidaknya faktor risiko terjadinya perdarahan atau preeklampsia. Hasil *scoring* faktor risiko dapat diketahui perlu tidaknya seorang ibu hamil memperoleh bentuk penanganan lebih lanjut.

Sebanyak lima puluh persen penyebab kematian ibu melahirkan disebabkan karena preeklampsia dan perdarahan. Fokus PENAKIB sejak terbentuknya adalah untuk mengintervensi kedua penyebab tersebut. Cara tersebut diharapkan dapat mengetahui sedini mungkin faktor risiko ibu hamil, sehingga risiko kematiannya dapat ditekan.

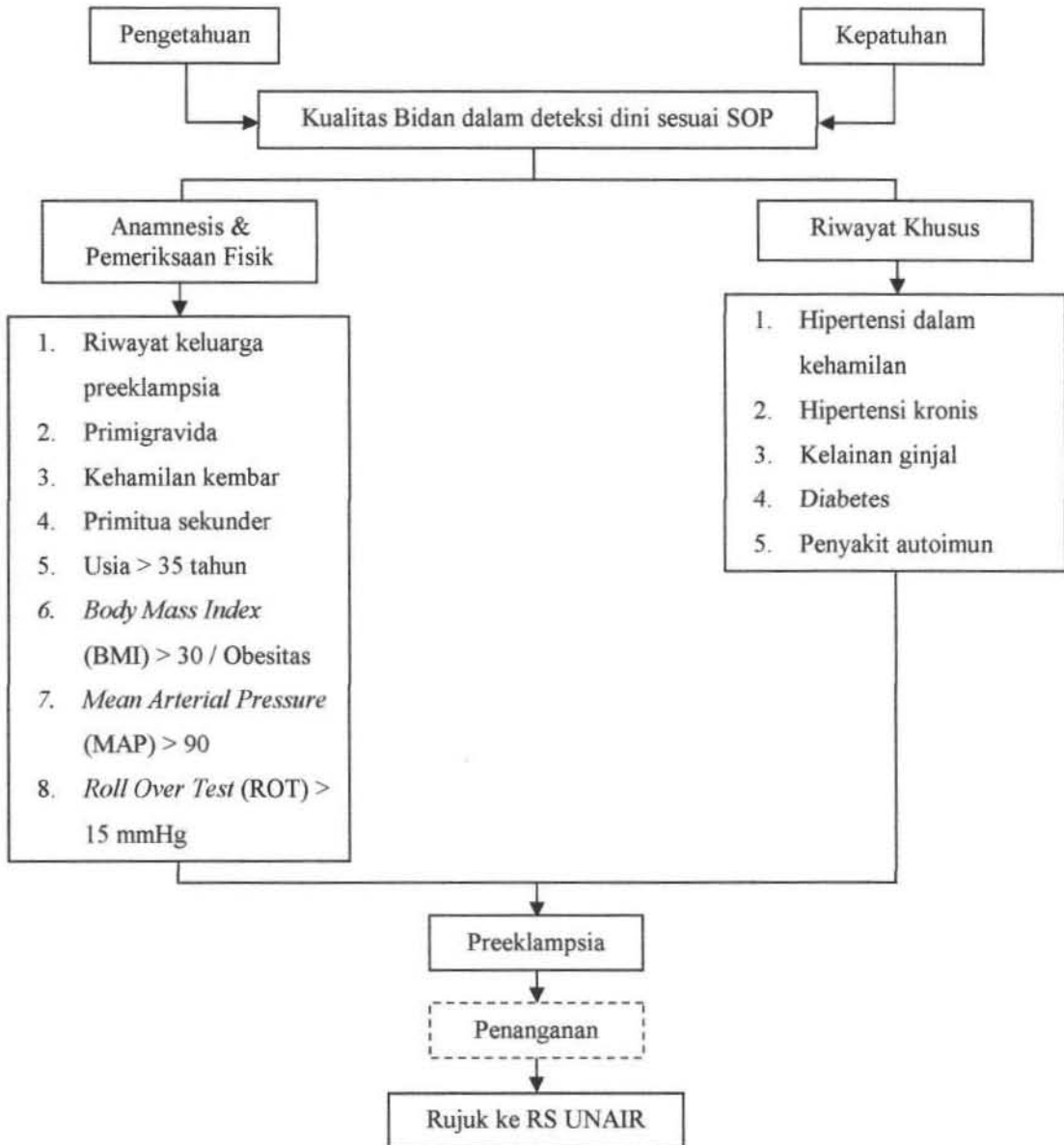
Program lain dari Satgas PENAKIB di Jawa Timur adalah membentuk buku panduan yang direkomendasikan untuk menyatukan kesepahaman penanganan terhadap dua besar penyebab kematian Ibu di Jawa Timur, yaitu preeklampsia-eklampsia dan perdarahan postpartum. Rekomendasi kesepahaman ini dibuat berdasarkan pemahaman landasan teori dari *Williams Obstetrics 24th*

*edition, evidence based* terkini yang berasal dari rekomendasi *World Health Organization, American College of Obstetrics and Gynecology, The Cochrane Library, Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada* serta Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Preeklampsia (PNPK) Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia dan Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan yang diadaptasikan dengan kebijakan di Indonesia (PENAKIB, 2016)

## BAB 3

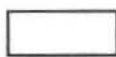
## KERANGKA KONSEPTUAL

## 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual

Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti

### 3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

Pemeriksaan antenatal sangat penting dilakukan oleh ibu hamil, karena dalam pemeriksaan tersebut dilakukan monitoring secara menyeluruh mengenai kondisi ibu hamil dan janin, sebagai upaya menuju kehamilan yang sehat dan berkualitas (Hutahaean, 2009). Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga yang berkompeten dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil yaitu dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan, dan perawat (Depkes, 2010).

Imbalo (2006) berpendapat bahwa dalam pelayanan antenatal terdapat faktor-faktor yang menunjang, salah satunya yakni kompetensi teknis. Kompetensi teknis itu berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi.

Kualitas bidan dalam melakukan antenatal diukur dengan melihat dua aspek yakni pengetahuan bidan mengenai preeklampsia dan penatalaksanaannya, serta kepatuhan bidan dalam menatalaksana deteksi dini preeklampsia sesuai pedoman yang berlaku. Pedoman yang digunakan adalah pedoman “Rekomendasi Preeklampsia dan HPP” yang disusun oleh PENAKIB.

Skrining atau deteksi dini preeklampsia menurut PENAKIB yang dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat primer, termasuk bidan adalah meliputi:

1. Pemeriksaan anamnesis dan fisik

Anamnesis ibu hamil mengenai riwayat keluarga preeklampsia, primigravida, kehamilan kembar, primipara sekunder, usia lebih dari 35 tahun. Dan melakukan pemeriksaan fisik dengan menghitung *Body Mass Index* (BMI) >30, *Mean Arterial Pressure* (MAP) >90, *Roll Over Test*

(ROT) >15 mmHg. Jika didapat  $\geq 2$  hasil positif dari pemeriksaan tersebut di atas maka dapat dikategorikan sebagai preeklampsia, sehingga perlu penanganan segera.

2. Mendeteksi adanya riwayat khusus

Apabila dari salah satu riwayat khusus antara lain riwayat hipertensi dalam kehamilan, hipertensi kronis, kelainan ginjal, diabetes, dan penyakit autoimun yang diderita pernah atau sedang diderita oleh ibu, maka dibutuhkan penanganan lebih lanjut.

Penanganan lebih lanjut yang tepat dilakukan oleh bidan apabila sudah terdiagnosa preeklampsia adalah dengan melakukan rujukan kepada fasilitas kesehatan tingkat sekunder yang mempunyai fasilitas yang lebih memadai, untuk dapat dilakukan evaluasi secara masif sesuai dengan SOP yang ada.



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

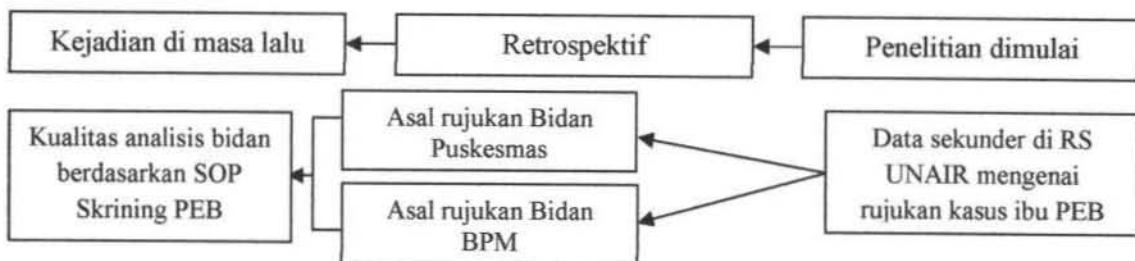
#### 4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif. Rancangan kualitatif disajikan secara deskriptif eksploratif dengan jenis penelitian studi kasus melalui wawancara terstruktur.

Penggunaan metode deskriptif dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan data yang mendalam dari responden mengenai analisis saat *antenatal care* pada ibu hamil untuk mendeteksi dini terjadinya preeklampsia.

#### 4.2 Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana proses deteksi dini pada saat pelayanan antenatal oleh bidan. Deteksi dini yang dilakukan pada pasien yang sudah menderita preeklampsia berat pada kasus yang ada di Rumah Sakit Universitas Airlangga menggunakan rancangan penelitian retrospektif seperti skema berikut.



Gambar 4.1 Rancang bangun penelitian

### 4.3 Populasi dan Sampel

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan puskesmas dan bidan praktik mandiri yang melakukan rujukan ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya selama kurun waktu bulan Januari hingga Desember 2017.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah bidan yang melakukan rujukan ibu hamil dengan preeklampsia berat di Kota Surabaya. Responden pada penelitian ini adalah bidan yang melakukan rujukan ibu hamil dengan preeklampsia ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.

#### 4.3.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan :

$n$  : Besar sampel

$Z$  : 1,96

$\alpha$  : 0,05

$p$  : 0,5

$q$  : 0,5

$d$  : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (15%)

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,15)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,25}{0,0225}$$

$$n = 42,65 = 43$$



#### 4.3.4 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, sampel yang digunakan sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Penentuan jumlah sampel dapat ditambah apabila data belum mencapai saturasi.

### 4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 4.4.1 Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas dan Bidan Praktik Mandiri yang berkolaborasi dengan Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya dalam melakukan penanganan preeklampsia.

#### 4.4.2 Waktu

Penelitian ini dilakukan mulai dari bulan Juni hingga Juli 2018 dengan perkiraan sidang skripsi pada bulan Juli 2018.

### 4.5 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

#### Variabel

Definisi operasional variabel pada penelitian kualitatif menunjukkan definisi operasional konsep atau fenomena utama yang akan diteliti.

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
1.	Kualitas				
	a. Pengetahuan tentang	Pengetahuan bidan tentang	Wawancara semi terstruktur tentang	1. Baik : jika 80-100%	Ordinal

anamnesis dan pemeriksaan fisik	penatalaksanaan ANC untuk mendeteksi adanya preeklampsia pada ibu hamil dengan anamnesis kondisi dan riwayat ibu hamil serta pemeriksaan fisik penunjang diagnosa	SOP : Anamnesis – Riwayat keluarga preeklampsia – Primigravida – Kehamilan kembar – Primitua sekunder – Usia >35 tahun Pemeriksaan Fisik – BMI >30 – MAP >90 – ROT >15 mmHg	jawaban sesuai teori 2. Cukup Baik : jika 60-80% jawaban sesuai teori 3. Kurang Baik : jika <60% jawaban sesuai teori	
b. Pengetahuan tentang riwayat khusus ibu hamil	Pengetahuan bidan tentang riwayat penyakit ibu hamil	Wawancara semi terstruktur tentang riwayat penyakit ibu hamil : – Hipertensi dalam kehamilan – Hipertensi kronis – Kelainan ginjal – Diabetes – Penyakit autoimun	1. Baik : jika 80-100% jawaban sesuai teori 2. Cukup Baik : jika 60-80% jawaban sesuai teori 3. Kurang Baik : jika <60% jawaban sesuai teori	Ordinal
c. Kepatuhan	Kepatuhan bidan menjalankan ANC pada ibu hamil sesuai SOP	Wawancara semi terstruktur tentang riwayat bidan melakukan ANC sesuai SOP : – Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik – Riwayat Khusus – Pemeriksaan janin dengan alat <i>Doppler Velocimetry</i>	1. Baik : jika 80-100% jawaban sesuai teori 2. Cukup Baik : jika 60-80% jawaban sesuai teori 3. Kurang Baik : jika <60% jawaban sesuai teori	Ordinal

#### **4.6 Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan data primer untuk menentukan sampel yang akan diwawancarai, dan data sekunder dari hasil wawancara terstruktur. Wawancara dibantu dengan pedoman pengumpulan data berupa panduan wawancara. Pedoman ini membantu melakukan pengumpulan data secara efisien. Pertanyaan terstruktur telah dibuat sebelumnya, kemudian lebih dalam menggali informasi dari responden. Jawaban yang diperoleh dari responden meliputi semua variabel dengan keterangan yang lengkap.

Pengumpulan data dilakukan setelah mengajukan permohonan izin kepada Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya sebagai sumber data kasus yang akan diteliti. Peneliti melakukan penelitian setelah mendapat persetujuan dari pihak terkait dengan cara mendatangi satu persatu responden untuk diwawancarai. Penatalaksanaan kepada sampel dimulai dengan persetujuan pembimbing penelitian, pihak Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Bakesbangpolinmas dan Dinas Kesehatan. Hasil wawancara didapatkan berupa data primer, yakni jawaban langsung dari responden. Instrumen yang dibutuhkan dalam penelitian ini antara lain buku catatan, perekam suara, dan kamera.

## 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.7.1 Teknik pengolahan data

Teknik pengolahan data penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### 1) *Organisasi data*

Hal-hal yang penting untuk disimpan dan diorganisasikan meliputi data mentah berupa catatan dan audio hasil rekaman dan transkripsi wawancara.

#### 2) *Editing*

*Editing* merupakan langkah pemeriksaan validitas seperti kelengkapan, kejelasan, relevansi, serta keseragaman jawaban pengisian kuisioner.

#### 3) *Coding*

Data yang terkumpul diberi kode pada setiap lembar jawaban untuk memudahkan analisis. Kode-kode pada variabel yang diteliti adalah 1 untuk kategori “Baik” (80-100% jawaban sesuai teori); 2 untuk kategori “Cukup Baik” (60-80% jawaban sesuai teori); dan 3 untuk kategori “Kurang Baik” (<60% jawaban sesuai teori).

#### 4) *Data Entry*

*Data entry* adalah tahap memasukkan data ke dalam *database* komputer.

#### 5) *Cleaning*

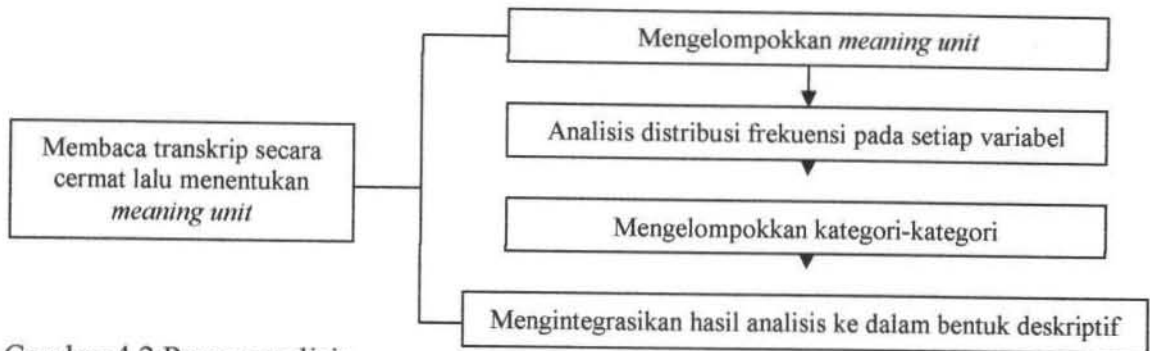
*Cleaning* adalah tahap pemeriksaan kembali dan melakukan perbaikan jika terdapat kesalahan.

#### 6) *Tabulating*

*Tabulating* adalah memasukkan data kedalam tabel dan menghitung angka dalam berbagai kategori.

#### 4.7.2 Analisis data

Proses analisis data pada penelitian ini dilakukan secara univariat menggunakan langkah-langkah yang digambarkan dalam skema berikut:

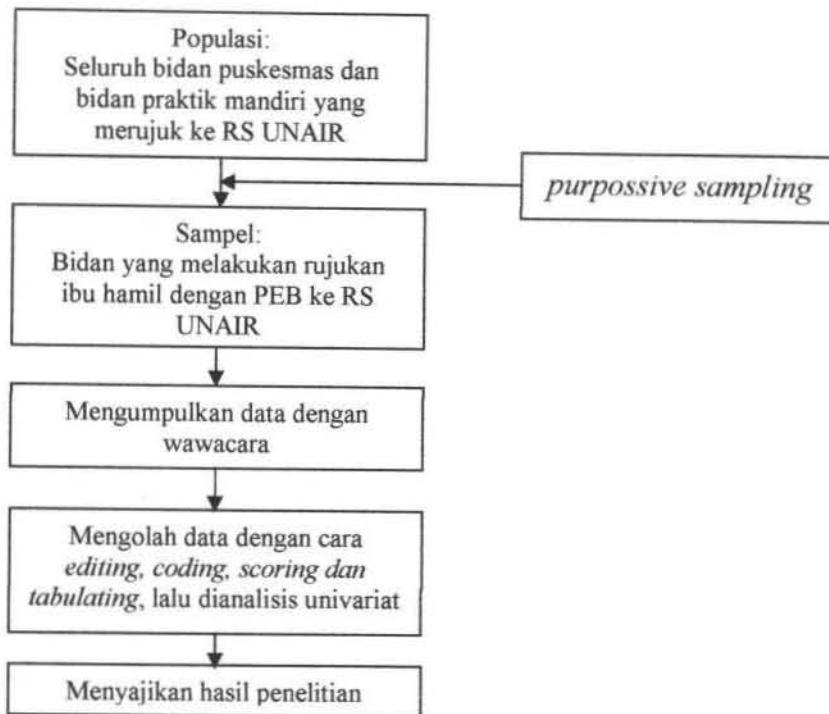


Gambar 4.2 Proses analisis

Data yang diperoleh berupa hasil wawancara dengan responden mengenai pelaksanaan deteksi dini preeklampsia sesuai pedoman. Transkripsi dilakukan dengan cara mengubah dari rekaman suara menjadi sebuah teks narasi berisi pernyataan responden. Membacakan hasil transkrip secara cermat dari semua hasil wawancara untuk menentukan *meaning unit*. *Meaning unit* adalah suatu kata, kalimat, atau paragraf yang saling berhubungan isinya dan membentuk suatu makna. Memilih *meaning unit* dari keseluruhan transkrip dengan menggaris bawahi pernyataan-pernyataan responden yang penting.

Membuat tabel distribusi dan frekuensi dari semua variabel dari hasil *meaning unit*, sehingga diketahui nilai dari jawaban responden. Mengelompokkan jawaban responden ke dalam berbagai kategori untuk selanjutnya dipahami secara utuh hingga dapat mengintegrasikan hasil secara keseluruhan faktor yang mempengaruhi ke dalam bentuk deskriptif naratif.

#### 4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.3 Kerangka operasional

#### 4.9 Ethical Clearance

Penelitian ini mengajukan perizinan penelitian kepada sekretariat program studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga serta kepada bagian penelitian dan pengembangan Rumah Sakit Universitas Airlangga. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain:

##### 1) *Informed consent* (persetujuan)

Seluruh responden dalam penelitian ini akan mendapatkan *informed consent* sehingga berhak memilih untuk menerima atau menolak menjadi responden penelitian.

2) *Anonim* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian. Nama responden tidak akan tercantum dalam lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor pada masing-masing lembar tersebut.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian.

4) Selama pengambilan data, responden bebas mengambil tempat wawancara sesuai keinginan untuk kenyamanan dalam memberikan informasi.



## BAB 5

### HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

#### 5.1 Hasil Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Universitas Airlangga merupakan rumah sakit swasta milik Universitas Airlangga yang berlokasi di jalan Mulyorejo, Kampus C Universitas Airlangga Surabaya. Rumah Sakit UNAIR mempunyai visi menjadi rumah sakit pendidikan terkemuka di tingkat nasional dan internasional dalam pemberian pelayanan paripurna, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Sarana pelayanan yang dimiliki meliputi instalasi rawat INAP, laboratorium, radiologi, rehabilitasi medik, unit rawat jalan, farmasi 24 jam, *medical check up*, dan IGD 24 jam.

Lokasi penelitian ini bertempat di Puskesmas dan Bidan Praktik Mandiri (BPM) yang pernah melakukan rujukan pasien preeklampsia berat ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. Data yang didapat untuk digunakan sebagai sampel penelitian adalah sebanyak 8 puskesmas dan 4 praktik mandiri bidan.

#### 5.2 Gambaran Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah bidan yang melakukan rujukan ibu hamil dengan preeklampsia berat ke Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya, baik ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun ke poli Rumah Sakit Universitas Airlangga. Karakteristik responden dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
21-30 tahun	17	40%
31-40 tahun	21	49%



41-50 tahun	1	2%
>50 tahun	3	7%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa hampir setengahnya (49%) responden berada di rentang usia 31-40 tahun, sebagian lainnya (40%) berada di rentang usia 21-30 tahun, dan sebagian kecil lainnya (2%) di rentang usia 41-50 tahun, serta 7% yang berusia lebih dari 50 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

Pendidikan terakhir	Frekuensi (n)	Persentase (%)
D3	38	89%
D4	4	9%
S2	1	2%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (89%) berada pada jenjang pendidikan terakhir D3. Sebagian kecil lainnya (9%) berpendidikan terakhir D4 dan 2% S2.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama kerja

Lama kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<5 tahun	9	21%
>5 tahun	34	79%

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya (79%) responden telah bekerja lebih dari 5 tahun. Sisanya (21%) telah bekerja selama kurang dari 5 tahun.

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tempat kerja

Tempat kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rumah sakit	4	9%
Puskesmas	43	100%
BPM	16	37%
Lainnya	8	19%

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa seluruh responden pernah bekerja di puskesmas. Sebagian lainnya (37%) pernah bekerja di praktik mandiri bidan (BPM), 9% pernah bekerja di rumah sakit, dan sebagian kecil lainnya (19%) pernah bekerja di dinas kesehatan, rumah atau klinik bersalin, hingga di Jamsostek.

### 5.3 Analisis Hasil Penelitian

#### 5.3.1 Jumlah pasien preeklampsia rujukan dari bidan di Surabaya

Tabel 5.5 Distribusi jumlah pasien preeklampsia di ruang VK Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Bulan	Tujuan rujukan	Preeklampsia	Preeklampsia berat
Januari	IGD	5	2
	Poli	7	2
Februari	IGD	3	2
	Poli	4	2
Maret	IGD	8	3
	Poli	2	3
April	IGD	4	4
	Poli	10	3
Mei	IGD	15	2
	Poli	6	2
Juni	IGD	21	5
	Poli	9	2
Juli	IGD	8	5
	Poli	6	4
Agustus	IGD	14	9
	Poli	6	4
September	IGD	11	10
	Poli	4	3
Oktober	IGD	12	11
	Poli	11	3
November	IGD	20	10
	Poli	10	1
Desember	IGD	15	7
	Poli	5	2
Jumlah	IGD	5	2
		216	101

Pada kurun waktu bulan Januari sampai Desember 2017 terdapat 216 pasien preeklampsia dan sebanyak 101 pasien preeklampsia berat. Data tersebut mencakup pasien rujukan dari 30 layanan kesehatan, baik rumah sakit, puskesmas, klinik kesehatan, rumah bersalin, dan bidan praktik mandiri. Sebanyak 54 pasien rujukan dengan preeklampsia dari 3 rumah sakit, 10 puskesmas, 5 BPM, 1 rumah bersalin, dan dari pusat layanan kesehatan (PLK) UNAIR Kampus B. Serta terdapat 31 pasien rujukan dengan preeklampsia berat dari 5 rumah sakit, 11 puskesmas, 4 BPM, dan 3 klinik kesehatan.

### 5.3.2 Analisis pedoman bidan dalam deteksi dini preeklampsia saat ANC

Tabel 5.6 Pedoman bidan untuk deteksi dini preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Pedoman yang digunakan dalam deteksi dini preeklampsia	"Lab. Jadi pake lab dan penunjang." (B2M2)
	"Selama ini pedomannya mengguakan skrining IMT, MAP, ROT." (B3M3)
	"Pedoman? Kan ibu hamil sekarang itu kalau periksa harus melakukan pemeriksaan ANC 7T, ANC terpadu. Jadi dimulai dari tinggi badan, berat badan. Terus juga wajib melakukan tes urin, lab itulah. Jadi dari situ nanti kelihatan...." (B1P1)
	"Em mulai dari pakai anu skor Poedji Rochjati bisa, terus anamnesa mulai kita anamnesa pasien." (B3P1)
	"Ya ANC terpadu iku, ROT-MAP ya gitu-gitu." (B2P2)
	"Iya dari Soetomo. Jadi langsung dari Soetomo sendiri. Kayak diklat i, kayak refreshing gitu sambil pelatihan." (B2P5)

Tabel 5.7 Pengetahuan bidan terhadap pedoman deteksi dini rekomendasi PENAKIB Jawa Timur tahun 2016

Kategori	Pernyataan Responden
Menggunakan pedoman deteksi dini dari PENAKIB Jawa Timur tahun 2016	"He'em, ya untuk yang PENAKIB yang tahun 2016 yang terbaru ya pendampingan." (B2M2)
	"Jadi, yang terbaru waktu itu alhamdulillah kita itu ada dari dinas kesehatan... memberikan ilmu terbaru untuk kita untuk mendeteksi preeklampsi. Begitu. Yang sesuai dengan e acuannya PENAKIB ya kalau nggak salah? Iya." (B4M4)
	"Dan saya kan di sini juga ada kader PENAKIB. Jadi yang turun ndak hanya saya, ndak bukan, bukan selalu saya. Jadi kader PENAKIB tadi punya tujuan untuk monitoring pendampingan PENAKIB." (B1P1)
	"Kita itu tahu dari itu, (PENAKIB)..." (B2P1)

	<p><i>"He'em. Ya yang tadi itu dari itu." (B3P1)</i></p> <p><i>"Kalau kami itu kan ditunjuk sebagai pelaku wajib penurunan angka kematian ibu bagi Kota Surabaya itu kan sejak tahun 2012. Kemudian di-SK-kan namanya SK PENAKIB penurunan angka kematian ibu dan bayi. Kemudian dibuatkan khusus pedoman penanganan preeklamsi dan HPP waktu itu oleh POGI Kota Surabaya..." (B1P5)</i></p> <p><i>"E kita ada pertemuan rutin PENAKIB. Jadi ada pertemuan PENAKIB kecamatan sama kelurahan, Di samping itu kita juga ada pertemuan esehatan ibu dan anak. Jadi kita ada pertemuan sendiri sama kader ibu hamil. Jadi 100% menggunakan acuan dari PENAKIB." (B1P8)</i></p> <p><i>"...PENAKIB." (B2P8)</i></p>
Menggunakan pedoman lain	<p><i>"Bulan kemarin ada bimbingan dari dokter spesialis. Seperti pendampingan." (B2P2)</i></p> <p><i>"Iya kita pakai ANC terpadu." (B3P2)</i></p> <p><i>"Kalau selama ini kalau kita ya ini dari referensi-referensinya kan banyak, mbak. Terus macem-macem. Kan ada buku KIA juga toh yang pink itu. Bukan buku hamil loh ya, buku KIA yang pink itu yang dapet dari dinas." (B7P2)</i></p> <p><i>"Pengukuran pemeriksaan MAP, ROT, dan IMT. Serta deteksi risiko tinggi dengan skor Poedji Rochjati." (B12P4)</i></p>

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari seluruh responden, terdapat 8 bidan yang dari pernyataannya menggunakan pedoman deteksi dini dari PENAKIB. Pedoman deteksi dini lain yang digunakan, dijelaskan pada tabel 5.6 antara lain berasal dari pelatihan atau pendampingan, ANC terpadu, panduan deteksi dini dalam buku KIA, dan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).

Berdasarkan hasil wawancara, beberapa responden menyatakan pedomannya dengan merinci dan ditekankan pada data apa saja yang dideteksi seperti pada pernyataan "...MAP, ROT, dan IMT" dan "Lab. Jadi pake lab dan penunjang." sehingga tidak dapat diketahui pasti pedoman apa yang digunakan dalam deteksi dini.

### 5.3.3 Analisis pengetahuan bidan dalam anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk deteksi dini preeklampsia berat saat ANC

## 1. Anamnesis dalam deteksi dini preeklampsia

Tabel 5.8 Anamnesis deteksi dini preekampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Anamnesis	<i>"Anamnesa kan itu ya yang ditanyakan, yang ditanyakan keluhan-keluhannya,... Yang kedua kan kita menanyakan riwayat penyakitnya ibu, terus keturunan, kan masuk riwayat itu." (B2M2)</i>
	<i>"Mendeteksinya riwayat kehamilan, persalinannya, riwayat persalinan sebelumnya,..." (B3M3)</i>
	<i>"Yang dianamnesa riwayat. Riwayat kehamilan yang lalu, kalau misal dia G-berapa." (B6P2)</i>
	<i>"...dimulai dari paritas, usia, lalu juga riwayat obstetrinya, riwayat hipertensi yang lalu, riwayat preeklampsi yang lalu, terus ya mungkin ada diabetes gestasional pada kehamilan sekarang, terus kemudian berat badan yang meningkat signifikan, underweight, primimuda juga bisa. Terus kemudian komplikasi-komplikasi yang lain, misalnya mungkin kehamilan anggur atau mola. Sudah itu." (B1P5)</i>
	<i>"Ini apa namanya gravida, terus ini anu ya itu KSPR itu,..." (B3P5)</i>
	<i>"...Pertama, biasanya pernikahan ke-berapa,..." (B1P6)</i>

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa anamnesis dari setiap bidan memiliki perbedaan. Anamnesis pada tabel mewakili jawaban bidan yang mayoritas sama, antara lain riwayat penyakit ibu hamil, riwayat keluarga, riwayat kehamilan yang lalu, riwayat persalinan yang lalu, status kehamilan atau gravida, paritas, usia ibu hamil, dan riwayat pernikahan. Anamnesis tersebut dapat diartikan sudah mencakup lima anamnesis dasar yang direkomendasikan oleh PENAKIB, seperti kehamilan kembar yang bisa dimasukkan ke dalam anamnesis riwayat kehamilan yang lalu maupun riwayat keluarga.

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pertanyaan komponen anamnesis deteksi dini preeklampsia

Komponen anamnesis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Riwayat keluarga preeklampsia	27	63%
Primigravida	14	33%
Kehamilan kembar	1	2%
Primitua sekunder	2	5%

Usia >35 tahun	21	49%
----------------	----	-----

Berdasarkan tatacara skrining yang direkomendasikan oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016, pada tabel 5.9 dijelaskan anamnesis yang ditanyakan meliputi faktor risiko preeklampsia yakni riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia, status kehamilan (primigravida), kehamilan kembar, status usia pertama hamil (primitua sekunder), dan usia ibu hamil (>35 tahun). Sebagian besar responden (63%) menyebutkan riwayat keluarga pada saat anamnesis, sedangkan paling sedikit (2%) responden menyebutkan riwayat kehamilan kembar.

## 2. Riwayat keluarga preeklampsia

Tabel 5.10 Pengaruh riwayat keluarga terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Riwayat keluarga mempengaruhi preeklampsia	<p>"Iya, jadi ini penyakit keturunan kan." (B3M3)</p> <p>"Bisa. Jadi kalau si ibunya dulu yang mengandung ibunya yang sekarang yang sedang hamil. Biasanya kalau ibu yang hamil anak perempuan, pada waktu anak perempuan nanti ini hamil, waktu hamilnya ibunya dulu hipertensi biasanya anak perempuannya ini juga berpotensi untuk preeklampsi. Meningkatkan faktor risikonya." (B1P5)</p> <p>"...terus ada riwayat kesehatan keluarga. Biasanya sih ibu-ibu yang pernah tensi tinggi saat melahirkan, kemungkinan anaknya ini juga bisa terjadi...." (B2P5)</p>
Riwayat keluarga tidak mempengaruhi preeklampsia	<p>"Kalau setahu saya, sepengetahuan saya kalau preeklampsi itu bukan dipengaruhi dari keluarga kalau setahu saya. Soalnya itu kan pengaruh biasanya dari keracunan kehamilan." (B2P1)</p>

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa terdapat dua pendapat bidan mengenai pengaruh riwayat keluarga terhadap risiko preeklampsia. Sebagian berpendapat bahwa riwayat keluarga berpengaruh untuk terjadinya preeklampsia pada ibu hamil, bahwa terdapat peningkatan faktor risiko dari ibu kandung kepada ibu yang

hamil sekarang. Pernyataan bahwa preeklampsia juga merupakan penyakit keturunan, seperti riwayat penyakit hipertensi yang diturunkan dari ibu kandung ibu hamil yang sekarang.

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh riwayat keluarga terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ya, berpengaruh	42	98%
Tidak berpengaruh	1	2%

Hampir seluruhnya responden menyatakan bahwa riwayat keluarga berpengaruh atau dapat meningkatkan risiko preeklampsia, yakni sebanyak 98%. Salah satu responden menyatakan bahwa tidak ada hubungannya antara riwayat keluarga terhadap risiko terjadinya preeklampsia pada keturunan berikutnya.

### 3. Primigravida (status kehamilan)

Tabel 5.12 Pengaruh graviditas terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Primigravida lebih berisiko preeklampsia	<p><i>"Primi tapi primi sekunder kayaknya. Primigravida tapi yang sekunder...."</i> (B2P1)</p> <p><i>"Aku yang primimuda."</i> (B1P7)</p> <p><i>"E semua itu aslinya primi itu lebih berisiko. Apalagi usia pernikahannya baru saja misal 1 bulan setelahnya itu dia bisa berisiko terjadi preeklampsia, soalnya belu terjadi antara apa ya, keseimbangan antara sperma dengan sel telur."</i> (B1P8)</p>
Multigravida lebih berisiko preeklampsia	<p><i>"Multigravida. Multigravida kan yang sudah 3 lebih itu toh? Tapi sekarang yo gak mesti itu kok dek. Kadang gak 3 yo, 2 yo bisa."</i> (B6P2)</p>
Grande-multigravida lebih berisiko preeklampsia	<p><i>"Grandemulti, mbak."</i> (B1M1)</p> <p><i>"Grande. Semakin sering kan yang semakin tua toh. Kalau primi kan bedanya masih seper berapa gitu.... Untuk di sini sih kebanyakan grande."</i> (B4P2)</p>
Tidak hanya dipengaruhi salah satu	<p><i>"Kalau saya kita berdasarkan pengalaman kita di klinik, pengalaman kita di lapangan semua ibu hamil, baik itu primi, multi, grande itu tiga-tiganya kita banyak mengalami. Semuanya bisa. Jadi walaupun grande, mereka G-4 atau G-5 gitu mereka juga bisa mengalami."</i> (B4M4)</p> <p><i>"E semuanya wajib kita waspadai.... Karna gak mesti, istilahnya yang hamil kesekian, dia itu nanti akan terjadi"</i></p>

*preeklampsia atau enggak. Kehamilan pertama bisa jadi terjadi preeklampsia.” (B2P5)*

Tabel 5.13 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh primigravida terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Primigravida saja	10	23%
Selain primigravida atau semua gravida	33	77%

Tabel 5.12 dan 5.13 menunjukkan bahwa risiko preeklampsia dapat terjadi pada semua graviditas, tergantung pada pengalaman masing-masing bidan di lapangan. Terdapat sebagian besar (77%) responden yang menyatakan bahwa risiko preeklampsia tidak hanya dipengaruhi oleh salah satu status graviditas, dan risiko preeklampsia tidak dapat hanya dilihat dari status graviditasnya melainkan harus melihat faktor lain yang lebih dapat mendiagnosa.

#### 4. Kehamilan kembar

Tabel 5.14 Pengaruh kehamilan kembar terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Riwayat kehamilan kembar lebih berisiko preeklampsia	<p><i>“Bisa. Gemelli kan vaskularisasinya juga mengalami perubahan.” (B1P5)</i></p> <p><i>“Bisa, karena kan tekanannya lebih tinggi ya dari perutnya ibu itu.” (B2P5)</i></p> <p><i>“Oh, bisa mbak. Kalau kehamilan kembar kan satu pengenceran darah. Terus jantung juga, beban jantung jadi semakin berat. IMT-nya dia juga lebih banyak, obesitasnya dia juga pasti lebih banyak.” (B1P7)</i></p>
Riwayat kehamilan kembar tidak berpengaruh	<p><i>“Kehamilan kembar? Kehamilan kembar itu hubungane tekan endi yo?... Enggak, mbak.” (B6P2)</i></p> <p><i>“Dari mananya ya mbak? E belum pernah tahu. Tidak seperti.” (B4P5)</i></p>

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa terdapat dua pendapat antara bisa dan tidak bisa riwayat kehamilan kembar dalam meningkatkan faktor risiko preeklampsia. Beberapa pendapat bahwa kehamilan kembar dapat meningkatkan



risiko preeklampsia adalah karena meningkatnya vaskularisasi pada ibu hamil, terjadi tekanan yang lebih besar di dalam perut, terjadi pengenceran darah dan beban jantung pada ibu yang hamil gemelli lebih besar, serta dengan kehamilan kembar dapat meningkatkan IMT ibu hamil karena beban tubuh semakin bertambah.

Pada pendapat yang menyatakan bahwa kehamilan kembar tidak berpengaruh, lebih karena bidan tidak tahu atau tidak yakin akan pengaruh kehamilan kembar terhadap peningkatan risiko preeklampsia.

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh kehamilan kembar terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ya, berpengaruh	36	84%
Tidak berpengaruh	7	16%

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa pendapat mengenai kehamilan kembar atau gemeli dapat meningkatkan risiko preeklampsia lebih banyak (84%) daripada yang menyatakan tidak ada hubungan pengaruh antar keduanya.

##### 5. Primitua sekunder (status usia pertama hamil)

Tabel 5.16 Pengaruh usia pertama hamil terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Primimuda lebih berisiko preeklampsia	"Muda, mbak." (B2M2) "Aku yang primimuda." (B1P7)
Primitua primer lebih berisiko preeklampsia	"Primitua primer ya?" (B4M4) "Primitua primer." (B7P2)
Primitua sekunder lebih berisiko preeklampsia	"Bisa. Primitua kan jaraknya terlalu lama lebih dari 10 tahun yang itu bisa, kemungkinan terjadi bisa." (B1P5) "Yang lebih berisiko? Primitua sekunder." (B1P8)
Tidak hanya dipengaruhi salah satu	"Biasanya primitua, ndak mesti juga sih mbak tapi rata-rata dia primitua, ya soalnya dari usia juga." (B2P5) "Primi, primitua primer dan sekunder sih. Pokok yang tua, itu sering itu." (B2P6)

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa risiko preeklampsia dapat terjadi pada semua status usia pertama hamil. Risiko preeklampsia dapat meningkat pada ibu primimuda, primitua primer, maupun primitua sekunder.

Tabel 5.17 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh primitua sekunder terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Primitua sekunder saja	16	37%
Selain primitua sekunder atau semua primi	27	63%

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa sebagian besar (63%) responden menyatakan tidak hanya primitua sekunder yang lebih mempengaruhi peningkatan risiko preeklampsia pada ibu hamil. Sisanya tepat menyatakan bahwa hanya primitua sekunder yang dapat meningkatkan risiko preeklampsia.

#### 6. Usia $\geq 35$ tahun (usia berisiko)

Tabel 5.18 Pengaruh usia (paritas) terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Usia $\geq 35$ tahun lebih berisiko preeklampsia	<p>"35 tahun berisiko, sama obesitas. Kalau obesitas itu istilahnya berpengaruh ke tensi. Walaupun usianya muda, kalau obesitas, tensinya bisa tinggi." (B2P5)</p> <p>"Di atas 35." (B1P6)</p> <p>"Ya, kalau sesuai dengan ini ya. 35 ke atas itu kan kenapa kok tidak diperbolehkan untuk hamil lagi karena selain bisa preeklampsi karena juga kekuatannya untuk mengejan juga berkurang." (B2P6)</p>
Lainnya	<p>"...Jadi, wanita yang hamil pada usia berapa ya, 30 ke atas kayaknya. Meskipun primer, tapi kalau dia hamilnya di usia 30 itu yang berisiko..." (B2P1)</p> <p>"Kalau ristinya 35 mbak. Lebih dari 35 tahun. Tapi ndak mesti, soale sing 25 yo ono. Soalnya yang masih muda tapi ia cenderung ke PE yo banyak. Ya karna obesitas, habis itu dari tensinya, labnya, protein uri, dek e nek ada diabetes." (B2P2)</p> <p>"Eh 30.. 38 kayaknya." (B6P2)</p> <p>"Kurang dari 16 tahun dan lebih dari 35 tahun." (B6P4)</p>

Tabel 5.19 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh paritas terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
-------------------	---------------	----------------

>35 tahun	35	81%
Lainnya	8	19%

Tabel 5.18 dan 5.19 menunjukkan bahwa pada usia ibu hamil diatas 35 tahun banyak yang lebih berisiko preeklampsia karena pada umur 35 tahun telah ditetapkan sebagai risiko tinggi untuk hamil, juga sudah mulai berkurangnya kemampuan untuk dapat mempertahankan kehamilan dan melakukan persalinan. Pada tabel juga menunjukkan pada umur ibu mulai dari 30 tahun, 25 tahun, dan dibawah 20 tahun juga meningkatkan risiko preeklampsia. Hampir seluruh responden (81%) menyatakan pada usia diatas 35 tahun lebih berisiko terjadi preeklampsia pada kehamilan.

#### 7. Pemeriksaan fisik berat massa indeks (BMI)

Tabel 5.20 Pengaruh BMI terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
BMI $\geq 30$ lebih berisiko preeklampsia	<p>“...Kalau obesitas itu istilahnya berpengaruh ke tensi. Walaupun usianya muda, kalau obesitas, tensinya bisa tinggi.” (B2P5)</p> <p>“Oiya. Kalau IMT itu lebih dari 30,...” (B1P8)</p>
Lainnya	<p>“...Pokoknya kenaikan berat badannya itu kan sudah ada patokan, kalau satu bulan itu kenaikan berat bumil 1 kilo. Kalau lebih dari 1 kilo, harus diwaspadai terjadinya preeklampsi.” (B4P2)</p> <p>“IMT itu lebih dari 32...” (B2P8)</p> <p>“Lebih dari 29” (B6P3)</p>

Tabel 5.21 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh BMI terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
BMI $\geq 30$	26	60%
Lainnya	17	40%

Tabel 5.20 menunjukkan bahwa peningkatan berat massa indeks (BMI) atau IMT yang berlebih dapat meningkatkan risiko preeklampsia. Ibu hamil yang obesitas atau IMT lebih dari normal yakni  $\geq 30$  bisa meningkatkan risiko terjadi

preeklampsia pada kehamilannya. Sebagian besar responden pada tabel 5.21, yakni 60% menjawab bahwa pada ibu hamil dengan BMI  $\geq 30$  dapat meningkatkan risiko preeklampsia.

#### 8. Pemeriksaan fisik *mean arterial pressure* (MAP)

Tabel 5.22 Pengaruh MAP terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
MAP $\geq 90$ lebih berisiko preeklampsia	"Kalau ROT itu lebih dari 15 sampai 20. Terus kalau MAP lebih dari 90 dikatakan positif. Kalau IMT-nya BMI sekitar 30-an." (B1P6)
Lainnya	"Ada peningkatan tekanan darah lebih dari sama dengan 140/90, kenaikan sistolik lebih dari sama dengan 30 mmHg dan kenaikan diastolik lebih dari sama dengan 15 mmHg" (B6P3)

Tabel 5.23 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh MAP terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
MAP $\geq 90$	31	72%
Lainnya	12	28%

Tabel 5.22 menunjukkan bahwa pada MAP  $\geq 90$  dikatakan positif dan telah terjadi preeklampsia. Pernyataan lainnya menjelaskan bahwa peningkatan tekanan darah lebih dari sama dengan 140/90, kenaikan sistolik lebih dari sama dengan 30 mmHg dan kenaikan diastolik lebih dari sama dengan 15 mmHg menunjukkan terjadi preeklampsia pada ibu hamil tersebut. Distribusi pada tabel 5.23 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (72%) menyatakan bahwa MAP  $\geq 90$  sudah dinyatakan positif preeklampsia, dan dapat mempengaruhi penilaian pada deteksi dini preeklampsia.

#### 9. Pemeriksaan fisik *roll over test* (ROT)

Tabel 5.24 Pengaruh ROT terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
ROT $\geq 15$ mmHg	"...terus kalau ROT-nya positif antara 15 sampai 20 ke atas. Tapi kan jaraknya ROT itu kan rata-rata 20. Soalnya kan kita

lebih berisiko preeklampsia	<i>kan kalau nensi bulet. Kayak 110 per 70, 120 per 80. terus kan jarang 120 per 85.” (B2P5)</i>
Lainnya	<i>“ROT di atas 10, BMI 30 ke atas, MAP di atas 90.” (B4P5)</i>

Tabel 5.25 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pengaruh ROT terhadap risiko preeklampsia

Jawaban responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
ROT $\geq$ 15 mmHg	17	40%
Lainnya	26	60%

Tabel 5.24 menunjukkan bahwa pada pemeriksaan ROT yakni selisih antara pengukuran tekanan darah telentang dan miring kiri sebesar  $\geq$ 15 mmHg dinyatakan positif preeklampsia. Pendapat lain menyatakan bahwa di lapangan lebih sering memakai ROT  $\geq$ 20 mmHg, karena rata-rata hasil dari pengukuran tekanan darah merupakan angka bulat atau genap. Terdapat pula yang menyatakan bahwa dengan ROT  $\geq$ 10 mmHg sudah dinyatakan positif preeklampsia. Distribusi pada tabel 5.25 menunjukkan bahwa hampir setengah dari responden (40%) menyatakan tepat pada ROT  $\geq$ 15 mmHg dinyatakan telah positif preeklampsia dan mempengaruhi penilaian pada deteksi dini preeklampsia.

#### 5.3.4 Analisis pengetahuan bidan tentang riwayat khusus ibu hamil untuk deteksi dini preeklampsia berat saat ANC

Tabel 5.26 Riwayat khusus ibu hamil terhadap risiko preeklampsia

Kategori	Pernyataan Responden
Riwayat penyakit hipertensi dalam kehamilan meningkatkan risiko preeklampsia	<i>“...terus ya mungkin ada diabetes gestasional pada kehamilan sekarang...” (B1P5)</i>
Riwayat penyakit hipertensi kronis meningkatkan risiko preeklampsia	<i>“Riwayat penyakit ibu. Hipertensi, hipertensi kronis ya. Kemudian e dan kalau saya lihat pasien dengan diabetes, ini juga belum tentu mempengaruhi preeklampsi ya.” (B4M4) “Hipertensi kronis dan obesitas.” (B2P7)</i>
Riwayat penyakit kelainan ginjal meningkatkan risiko	<i>“Diabetes, penyakit ginjal, migraen, dan tekanan darah tinggi.” (B6P3)</i>

preeklampsia	<i>"...Gangguan-gangguan ginjal kan justru paling terakhir muncul, risikonya bisa." (B1P5)</i>
Riwayat penyakit diabetes meningkatkan risiko preeklampsia	<i>"Diabetes. Diabetes melitus itu, merokok, obesitas juga." (B1M1)</i>
Lainnya	<i>"...asma atau sesak, terus riwayat kehamilan terdahulu kalau dia pernah PE kan kita cenderung kesitu." (B3P1)</i>

Tabel 5.26 menunjukkan bahwa terdapat banyak penyakit antara lain hipertensi dalam kehamilan, hipertensi kronis, kelainan ginjal, diabetes, asma atau sesak, migraen, dan riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya dapat meningkatkan risiko terjadi preeklampsia dalam kehamilan ini.

Tabel 5.27 Distribusi frekuensi jawaban responden terhadap pertanyaan komponen riwayat khusus ibu dalam deteksi dini preeklampsia

Komponen riwayat khusus	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Hipertensi dalam kehamilan	35	81%
Hipertensi kronis	37	86%
Kelainan ginjal	5	12%
Diabetes	31	72%
Penyakit autoimun	0	0%

Tabel 5.27 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden, yakni 81% dan 86% menyebutkan riwayat hipertensi dapat meningkatkan risiko preeklampsia, sedangkan tak seorang pun yang menyebutkan riwayat penyakit autoimun.

### 5.3.5 Analisis tingkat kepatuhan bidan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan menggunakan bagan skrining preeklampsia berat menurut PENAKIB Surabaya

Tabel 5.28 Kepatuhan bidan dalam melakukan deteksi dini

Kategori	Pernyataan Responden
Melakukan deteksi dini	<i>"Ya semua mbak, semua ibu hamil kalau sudah memasuki usia 12 minggu itu sudah harus diskruining. Kalau di sini kalau</i>

100% pada ibu hamil yang datang	<i>masuk ke ANC terpadunya pas masuk ke dokternya kalau belum diskriming biasanya dokternya gak mau diperiksa.” (B5P2)</i> <i>“100% semua ibu hamil mbak. Dan kalau ada kader ya mengetahui ada ibu yang PE itu dikirim ke sini.” (B7P2)</i>
Menggunakan acuan deteksi dini dari PENAKIB	<i>“E kita ada pertemuan rutin PENAKIB. Jadi ada pertemuan PENAKIB kecamatan sama kelurahan, Di samping itu kita juga ada pertemuan esehatan ibu dan anak. Jadi kita ada pertemuan sendiri sama kader ibu hamil. Jadi 100% menggunakan acuan dari PENAKIB.” (B1P8)</i>
Lainnya	<i>“He'em, ya untuk yang PENAKIB yang tahun 2016 yang terbaru ya pendampingan. Pendampingan pada ibu hamil risiko tinggi. Itu apapun risikonya ya.” (B2M2)</i> <i>“...Hampir semua itu saya deteksi. Tapi yang itu bener-bener sudah tercover kesana ya 30 persen....” (B2M2)</i>

Tabel 5.28 menunjukkan bahwa bidan mendeteksi dini semua ibu hamil saat melakukan kunjungan *antenatal care* setelah memasuki usia kehamilan 12 minggu atau sejak trimester 2 lebih. Terdapat bidan yang melakukan deteksi dini preeklampsia 100% sesuai pedoman yang direkomendasikan oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016, dan ada pula yang tidak melakukan deteksi dini kepada ibu hamil 100% dengan alasan bahwa dilakukan deteksi dini preeklampsia secara mendalam setelah mengetahui adanya risiko mengarah ke preeklampsia setelah dianamnesa.

## BAB 6

### PEMBAHASAN



#### 6.1 Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah 43 bidan yang bekerja di puskesmas dan praktik mandiri bidan (BPM). Penelitian dilakukan pada 4 BPM dan 8 puskesmas. Bidan yang diteliti memiliki karakteristik umum yaitu usia, pendidikan terakhir, lama masa kerja, dan pengalaman tempat kerja selama menjadi bidan.

Seluruh responden adalah bidan berusia 15-64 tahun (100%). Undang-Undang Tenaga Kerja No. 13 Tahun 2003 mengungkapkan bahwa penduduk tergolong tenaga kerja jika penduduk tersebut telah memasuki usia kerja. Batas usia kerja yang berlaku di Indonesia adalah berumur 15 tahun – 64 tahun. Semakin tua usia seseorang maka akan semakin baik pula pengetahuannya. (Notoadmodjo, 2003)

Wirawan (2016) berpendapat bahwa tingkat pendidikan dan pengalaman kerja seseorang mempengaruhi kinerja. Mosadeghrad (2014) mengemukakan bahwa kualitas layanan kesehatan dapat ditingkatkan oleh kepemimpinan visioner yang mendukung, perencanaan yang tepat, pendidikan dan pelatihan, ketersediaan sumber daya, dan manajemen sumber daya yang efektif. Hal-hal tersebut dapat didapatkan pada tenaga kerja yang mempunyai pendidikan lebih tinggi seperti yang dinyatakan pada penelitian Mawu (2016). Penelitian tersebut mengemukakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan



mengimplementasikannya (Mawu, 2016). Pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Miranti dan Yacoub, 2016).

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa 38 responden (89%) dari 43 responden memiliki pendidikan terakhir di tingkat D3, sisanya yaitu 4 responden (9%) di tingkat D4 dan 1 responden (2%) di tingkat S2. Pada tahun 2018, program studi pendidikan bidan sudah memiliki jenjang dari D3, D4, S1 hingga S2 (Kemenkes RI, 2016). Hanya sebagian kecil responden pada penelitian ini yang memiliki status pendidikan paling tinggi yakni S2, karena keterbatasan jumlah sampel yang diteliti.

Lama bekerja responden sebagian besar berada pada kategori >5 tahun (84%). Sebanyak 7 bidan (16%) lama bekerja bidan mulai 3 hingga 5 tahun. Menurut Muamarizal dkk. (2015) pengalaman kerja menunjukkan waktu lamanya seseorang bekerja di dalam sebuah perusahaan yang memberikannya sejumlah pemahaman atau pengetahuan.

Septriani (2012) menjelaskan bahwa seseorang dengan banyak pengalaman dalam suatu bidang dapat mengembangkan suatu pemahaman yang baik, dapat mengidentifikasi dan menganalisis lebih baik dalam menjalankan tugas-tugas profesional daripada yang belum berpengalaman. Hal tersebut berpengaruh dalam lama masa bekerja responden, semakin lama masa bekerja, maka pengalaman dan kemampuan bidan akan semakin baik.

Sebagian besar responden merupakan bidan yang rata-rata pernah bekerja di puskesmas dan praktik mandiri bidan (BPM). Beberapa bidan pernah bekerja di klinik atau rumah bersalin, BPJS, dan bekerja pada dokter spesialis obstetri ginekologi.

## 6.2 Analisis Pengetahuan Bidan dalam Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

### Deteksi Dini Preeklampsia

Bidan termasuk sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di masyarakat melalui bidan praktik mandiri maupun di puskesmas. Sebagai pemberi keputusan awal dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, bidan dituntut akan pelayanan prima atau pelayanan yang bermutu tinggi. Kinerja bidan diukur berdasarkan standar. Mutu pelayanan kebidanan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan kebidanan. (Sukaemi dan Damayanti, 2013)

Pelayanan yang diberikan oleh bidan termasuk *antenatal care* (ANC). Ibu hamil yang tidak terdeteksi akan menyebabkan komplikasi pada saat persalinan yang akan mengarah kepada kematian ibu dan janin (Sukaemi dan Damayanti, 2013). Acuan deteksi dini salah satunya telah dibetuk oleh Satuan Tugas Penurunan Angka Kematian Ibu (PENAKIB) Jawa Timur tahun 2016 sebagai dasar melakukan deteksi dini preeklampsia. Rekomendasi ini berisi mulai dari skrining hingga penatalaksanaan yang tepat untuk semua tingkat fasilitas kesehatan di Indonesia, demi meningkatkan mutu pelayanan sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu, terutama preeklampsia-eklampsia. Sejak tahun dibentuknya pedoman diharapkan bidan sebagai lini pertama fasilitas kesehatan tujuan ibu hamil dapat memberikan pelayanan yang sesuai.

Sumberdaya bidan yang ada di Surabaya, khususnya bidan yang pernah melakukan rujukan preeklampsia berat memiliki persepsi yang berbeda-beda mengenai pedoman yang digunakan dalam deteksi dini pada preeklampsia. Kualitas bidan dalam deteksi dini preeklampsia berat dianalisis melalui

wawancara terstruktur dengan pertanyaan seputar deteksi dini yang diambil dari Rekomendasi Preeklampsia-Eklampsia dan Perdarahan Pasca Persalinan yang disusun oleh Satuan tugas penurunan angka kematian ibu (PENAKIB) Jawa Timur pada tahun 2016. Pedoman tersebut telah banyak digunakan dan telah disosialisasikan kepada fasilitas kesehatan sebagai usaha dalam mengurangi angka kematian ibu di Surabaya khususnya preeklampsia berat.

Tatacara skrining preeklampsia untuk fasilitas tingkat primer menurut Satgas PENAKIB Jawa Timur tahun 2016 meliputi:

1) Pemeriksaan anamnesis dan fisik:

Pemeriksaan anamnesis terdiri dari menanyakan riwayat preeklampsia di keluarga, menanyakan riwayat kehamilan (*gravida*) untuk mengetahui faktor risiko pada ibu primigravida, menanyakan riwayat kehamilan kembar, menanyakan usia ibu untuk mengetahui risiko pada ibu usia di atas 35 tahun.

Melakukan pemeriksaan fisik dengan mengukur berat massa indeks (BMI), *mean arterial pressure* (MAP), dan *roll over test* (ROT) melalui pengukuran berat badan dan tekanan darah.

2) Riwayat khusus ibu hamil:

Riwayat khusus ibu hamil meliputi riwayat penyakit ibu yang menjadi faktor risiko preeklampsia antara lain hipertensi dalam kehamilan, hipertensi kronis, diabetes, kelainan ginjal, penyakit autoimun.

3) Pemeriksaan *doppler velocimetry* yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan.

### 6.2.1 Pedoman yang digunakan bidan dalam deteksi dini preeklampsia

Pedoman deteksi dini yang digunakan dalam penelitian ini adalah tatacara skrining preeklampsia untuk faskes primer oleh rekomendasi Satgas PENAKIB Jawa Timur 2016. Surabaya memiliki acuan lain untuk deteksi dini preeklampsia antara lain dengan Kartu Skor Poedji Rochjati seperti yang dilakukan pada penelitian oleh Widarta (2015) bahwa KSPR masih relevan digunakan untuk deteksi dini faktor risiko ibu hamil (Widarta, 2015). KSPR disusun dengan format yang sederhana dengan tujuan agar mudah dalam proses pengisian oleh tenaga kesehatan dalam rangka melakukan skrining terhadap ibu hamil dan mengelompokkan ibu kedalam kategori (Manuaba, 2009), namun KSPR memiliki keterbatasan yakni terlalu sederhana untuk proses penatalaksanaan apabila telah terdeteksi ada risiko tinggi pada ibu hamil.

Surabaya juga menggunakan ANC terpadu sebagai deteksi dini preeklampsia seperti yang dinyatakan dalam penelitian Sitanggang (2017) yakni terdapat hubungan frekuensi dua belas kali kunjungan, standar pemeriksaan antenatal care, dan deteksi dini dengan kejadian preeklampsia di Puskesmas Mulyorejo. Pemeriksaan harus dilakukan dua belas kali agar maksimal dalam mengurangi angka kejadian preeklampsia, sesuai komitmen yang dibuat oleh dokter Obgyn Jawa Timur. (Sitanggang, 2017)

Hasil analisis pada penelitian ini menggambarkan bahwa pedoman deteksi dini oleh PENAKIB Jawa Timur masih belum diketahui oleh seluruh responden. Sebagian kecil dari responden, yakni 3 orang bidan (7%) yang masih belum mengetahui pedoman deteksi dini preeklampsia yang direkomendasikan oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016. Beberapa responden menyatakan pedoman

yang digunakan adalah pengukuran MAP, ROT, dan IMT tanpa menyebutkan acuan pedoman yang digunakan. Sisanya menyatakan menggunakan acuan dari dinas kesehatan, protap dari puskesmas serta pengetahuan dari seminar dan pelatihan yang pernah diikuti.

#### 6.2.2 Anamnesis dalam deteksi dini preeklampsia

Berdasarkan tatacara skrining yang direkomendasikan oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016, anamnesis yang ditanyakan meliputi faktor risiko preeklampsia yakni riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia, status kehamilan (primigravida), kehamilan kembar, status usia pertama hamil (primitua sekunder), dan usia ibu hamil (>35 tahun). Sebagian besar responden (56%) memiliki pengetahuan kurang mengenai anamnesis berdasarkan rekomendasi PENAKIB Jawa Timur. Sisanya yakni 23% memiliki pengetahuan cukup, dan 21% tidak menjawab sesuai dengan yang ada pada pedoman.

Utama (2007) berpendapat bahwa petugas kesehatan harus melakukan anamnesa selengkap-lengkapnyanya kepada pasien terutama yang berhubungan dengan riwayat penyakit, karena dikhawatirkan ibu yang memiliki riwayat penyakit akan berisiko mengalami preeklampsia pada kehamilan lanjut maupun pada saat persalinan. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa anamnesis bidan masih kurang sesuai dengan menggunakan pedoman dari PENAKIB Jawa Timur tahun 2016.

Anamnesis dari setiap bidan memiliki perbedaan. Mayoritas responden memiliki jawaban yang sama antara lain riwayat penyakit ibu hamil, riwayat keluarga, riwayat kehamilan yang lalu, riwayat persalinan yang lalu, status kehamilan atau gravida, paritas, usia ibu hamil, dan riwayat pernikahan.

Anamnesis tersebut dapat diartikan sudah mencakup lima anamnesis dasar yang direkomendasikan oleh PENAKIB, seperti kehamilan kembar yang dapat digolongkan dalam anamnesis riwayat kehamilan yang lalu maupun riwayat keluarga.

### 6.2.3 Riwayat keluarga preeklampsia

Ibu hamil yang mengalami preeklampsia terdapat kecenderungan akan diwariskan. Faktor tersebut dibuktikan oleh beberapa peneliti bahwa preeklampsia berat adalah penyakit yang bertendensi untuk timbul pada satu keturunan (anak perempuan atau saudara perempuan), preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak perempuan dari ibu pre-eklampsia, atau mempunyai riwayat preeklampsia/eklampsia dalam keluarga (Fatmawati, 2017).

Hampir seluruh responden (98%) dari penelitian ini menyatakan bahwa riwayat keluarga preeklampsia penting untuk ditanyakan dalam deteksi dini preeklampsia. Faktor keturunan atau keluarga yang pernah mengalami preeklampsia dapat diturunkan kepada keluarga yang lain terutama anak perempuannya. Hal ini sejalan dengan penelitian Fatmawati (2017) yang menyatakan preeklampsia diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara ibu yang mempunyai keturunan preeklampsia dengan terjadinya preeklampsi eklampsia ( $p=0,027$ ), sama halnya dengan penelitian Bakti Utama (2007) bahwa ada hubungan antara keturunan preeklampsia dengan kejadian preeklampsia di RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten.

#### 6.2.4 Primigravida (status kehamilan)

Status kehamilan sebagian besar pada kehamilan pertama (primigravida) berisiko lebih besar mengalami preeklamsi-eklamsi (Lestariningsih, 2018). Risiko preeklamsia dapat terjadi pada semua graviditas. Sebagian menyatakan bahwa risiko preeklamsia tidak hanya dipengaruhi oleh salah satu status graviditas, dan risiko preeklamsia tidak dapat hanya dilihat dari status graviditasnya melainkan harus melihat faktor lain yang lebih dapat mendiagnosa. Sebesar 23% responden menyatakan pada ibu primigravida mempunyai pengaruh lebih besar untuk terjadi preeklamsia, sesuai dengan panduan pada rekomendasi oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016. Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian Fatmawati (2017) yakni ibu primigravida berisiko 2,60 kali terhadap kejadian eklamsia dibandingkan dengan yang multigravida. Penelitian lain yang sama adalah pada Astuti (2015), Denantika (2015), dan Safitri (2016) yang menyatakan bahwa pada ibu primigravida lebih berpotensi untuk terjadi preeklamsia dibandingkan pada multigravida dan grandemultigravida.

Sisanya yakni 77% menyatakan tidak hanya primigravida, melainkan dapat disebabkan oleh multigravida atau grandemultigravida, atau bahkan dapat terjadi antara keduanya dan ketiga jenis status gravida. Sedangkan belum ditemukan penelitian dengan hasil bahwa preeklamsia lebih berisiko pada paritas selain primigravida.

#### 6.2.5 Kehamilan kembar

Beberapa pendapat menyatakan bahwa kehamilan kembar dapat mempengaruhi preeklamsia, sebesar 84% responden menyatakan kehamilan kembar dapat meningkatkan risiko. Hal tersebut sesuai dengan penelitian

Apriyanti (2014) bahwa terdapat hubungan antara kehamilan ganda ( $p=0,009$ ) pada kejadian preeklampsia di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru tahun 2014.

Responden berpendapat bahwa risiko preeklampsia pada kehamilan kembar meningkat karena vaskularisasi pada ibu hamil juga meningkat, sehingga terjadi tekanan yang lebih besar di dalam perut, pengenceran darah dan beban jantung pada ibu yang hamil gemelli lebih besar, serta dengan kehamilan kembar dapat meningkatkan IMT ibu hamil karena beban tubuh semakin bertambah. Mengacu pada teori yang ada bahwa wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami preeklampsia, hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon (Varney, 2007). Karisma (2016) berpendapat bahwa pada ibu hamil dengan kehamilan kembar harus lebih memperhatikan nutrisi dan istirahat untuk mengurangi risiko vasospasmus. Vasospasmus yang terjadi pada kehamilan ganda, juga terjadi pada pembuluh darah ginjal sehingga menimbulkan retensi air dan garam yang dapat menyebabkan timbulnya proteinuria dan oedema.

Pendapat yang menyatakan bahwa kehamilan kembar tidak berpengaruh sebanyak 16%, karena bidan tidak tahu atau tidak yakin akan pengaruh kehamilan kembar terhadap peningkatan risiko preeklampsia. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat Sutrimah (2015) dalam penelitiannya yakni tidak ada hubungan yang signifikan antara kehamilan kembar dengan risiko terjadinya preeklampsia ( $p=1,00$ ), sama halnya pada penelitian Lusiana (2014), Agustin (2014) dan Gustris (2016). Penelitian pengaruh kehamilan kembar dapat meningkatkan risiko preeklampsia lebih sedikit dibanding yang tidak mempengaruhi.



#### 6.2.6 Primitua sekunder (status usia pertama hamil)

Risiko preeklampsia dapat terjadi pada semua status usia pertama hamil. Risiko preeklampsia dapat meningkat pada ibu primimuda, primitua primer, maupun primitua sekunder. Sebanyak 37% menyatakan sesuai rekomendasi PENAKIB Jawa Timur, yakni primitua sekunder lebih berpotensi untuk terjadi preeklampsia. Hal ini kurang sesuai dengan pendapat Manuaba (2010) bahwa insiden tinggi terjadi pada primigravida muda dan meningkat pada primigravida tua. Penelitian lain yang menguatkan pendapat mengenai pengaruh primitua sekunder, yakni ibu dengan jarak kehamilan lebih dari 10 tahun berisiko preeklampsia adalah penelitian Duckit (2005).

#### 6.2.7 Usia $\geq 35$ tahun (usia berisiko)

Usia ibu yang terlalu muda saat hamil akan memicu risiko kegawatan perinatal karena ketidaksiapan anatomi, fisiologi, dan status mental ibu dalam menerima kehamilan. Usia ibu yang terlalu tua saat hamil mengakibatkan gangguan fungsi organ general karena proses degenerasi salah satunya organ reproduksi. Proses degenerasi organ reproduksi karena usia akan berdampak langsung pada kondisi ibu saat menjalani proses kehamilan dan persalinan yang salah satunya adalah preeklampsia. (Sumarni, 2014)

Hasil analisis menyatakan 19% responden mengatakan bahwa usia ibu tepat di atas 35 tahun memiliki risiko yang lebih besar untuk terjadi preeklampsia dalam kehamilan. Hal ini sejalan dengan penelitian Fatmawati (2017) bahwa kebanyakan (66%) ibu <20 dan >35 tahun yang mengalami PEB dibandingkan dengan masing-masing 27,6% ibu yang mengalami PER atau Eklampsia (Fatmawati, 2017). Hasil ini berbanding terbalik dengan penelitian Sutrimah

(2015) yang mendapatkan hasil bahwa Tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor umur dengan risiko terjadinya preeklampsia, hal tersebut dimungkinkan sebagian besar umur ibu adalah umur reproduksi (20-35 tahun).

Sebagian besar responden dalam penelitian tidak menyatakan secara spesifik batas umur yang berisiko tinggi preeklampsia. Beberapa responden menyebutkan bahwa preeklampsia dapat lebih berisiko pada usia kurang dari sama dengan 16 tahun, 25 tahun, lebih dari 30 tahun, sisanya menyatakan dengan ragu rentang usia yang kira-kira menjadi risiko tinggi preeklampsia.

#### 6.2.8 Pemeriksaan fisik berat massa indeks (BMI)

Jeyabalan (2013) mengungkapkan dalam penelitiannya bahwa obesitas mengalami peningkatan dalam tingkat yang mengkhawatirkan. Obesitas merupakan faktor risiko untuk preeklampsia dan juga dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular di kemudian hari. Sebagian besar responden (60%) menyatakan peningkatan berat massa indeks (BMI) atau IMT yang berlebih dapat meningkatkan risiko preeklampsia. Ibu hamil yang obesitas atau IMT lebih dari normal yakni lebih dari 30 bisa meningkatkan risiko terjadi preeklampsia pada kehamilan.

Penelitian menyatakan hasil yang sama seperti penelitian Tjipto (2016) yakni sebanyak 46 kasus dengan 58,7% pasien memiliki Indeks Massa Tubuh lebih dari 27 atau *obese*, terdapat hubungan yang signifikan antara Indeks Massa Tubuh dengan kejadian preeklampsia, sehingga ibu dengan Indeks Massa Tubuh yang tinggi memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklampsia (Tjipto, 2016). Sama halnya dengan penelitian Andriani (2016) yang menyatakan terdapat

hubungan yang bermakna antara IMT dengan kejadian preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Pada hasil wawancara terdapat bidan yang menyatakan bahwa dengan penambahan berat badan ibu di atas 1 kilogram harus diwaspadai untuk risiko tinggi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Utama (2007) yang menyatakan normal rata-rata total penambahan berat badan ibu hamil berkisar 10-15 kg yaitu 1 kg pada trimester I dan selebihnya pada trimester II dan III. Mulai trimester II sampai III rata-rata penambahan berat badan adalah 0,3-0,7 kg/minggu.

#### 6.2.9 Pemeriksaan fisik *mean arterial pressure* (MAP)

Sebagian besar responden (72%) menyatakan pada MAP  $\geq 90$  dikatakan positif dan terjadi preeklampsia. Pernyataan lainnya sebesar 28% menjelaskan bahwa peningkatan tekanan darah lebih dari sama dengan 140/90, kenaikan sistolik lebih dari sama dengan 30 mmHg dan kenaikan diastolik lebih dari sama dengan 15 mmHg menunjukkan terjadi preeklampsia pada ibu hamil tersebut, termasuk MAP di bawah 90.

MAP trimester pertama tampaknya menjadi salah satu prediktor terpenting preeklampsia. Studi retrospektif pada penelitian ini menunjukkan bahwa penanda serum, dikombinasikan dengan karakteristik ibu seperti usia, berat badan, tinggi badan, nulipara, status merokok dan MAP trimester pertama, adalah alat yang kuat untuk memprediksi PE pada trimester pertama. (Kuc, 2013)

#### 6.2.10 Pemeriksaan fisik *roll over test* (ROT)

Uji *roll over* ditafsirkan sebagai positif ketika peningkatan tekanan darah diastolik 20 mmHg atau lebih. *Roll over test* dilakukan lagi pada 28-30 minggu kehamilan. (Walia, 2015)

Sebesar 40% menyatakan besar ROT sesuai dengan deteksi dini rekomendasi PENAKIB Jawa Timur. Pemeriksaan ROT yakni selisih antara pengukuran tekanan darah telentang dan miring kiri sebesar  $\geq 15$  mmHg dinyatakan positif preeklampsia. Pendapat lain menyatakan bahwa di lapangan lebih sering memakai ROT  $\geq 20$  mmHg, karena rata-rata hasil dari pengukuran tekanan darah merupakan angka bulat atau genap.

Pernyataan bahwa ROT  $\geq 20$  mmHg telah terjadi preeklampsia dan mempengaruhi penilaian pada deteksi dini preeklampsia adalah sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya dari Walia (2015). Pendapat tersebut mempunyai pengecualian ketika tes roll-over dilakukan pada usia kehamilan 24 minggu terjadi hasil yang negatif dalam semua kasus studi, sehingga hal tersebut tidak dapat dijadikan sebagai tes prediktif ketika dilakukan pada enam bulan kehamilan. Terdapat pula pendapat responden yang menyatakan bahwa dengan ROT  $\geq 10$  mmHg sudah dinyatakan positif preeklampsia. Hal tersebut tidak ada dalam penelitian manapun sebelumnya.

### **6.3 Analisis Pengetahuan Bidan tentang Riwayat Khusus Ibu Hamil dalam**

#### **Deteksi Dini Preeklampsia**

Terdapat banyak penyakit antara lain hipertensi dalam kehamilan, hipertensi kronis, kelainan ginjal, diabetes, asma atau sesak, migraen, dan riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya dapat meningkatkan risiko terjadi preeklampsia dalam kehamilan ini.

Hampir seluruh responden mengatakan pada riwayat penyakit hipertensi dan diabetes lebih berisiko preeklampsia. Sebagian besar responden (65%)

memiliki pengetahuan yang cukup mengenai riwayat khusus ibu untuk mendeteksi lebih dini preeklampsia sesuai dengan pedoman dari PENAKIB Jawa Timur tahun 2016. Sisanya sebanyak 28% masih memiliki pengetahuan yang kurang baik mengenai hal tersebut. Pendapat yang lain (7%) menyebutkan riwayat penyakit yang tidak sesuai dengan pedoman, seperti asma, sesak, dan penyakit bawaan dari sperma.

#### 6.4 Analisis Tingkat Kepatuhan Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia

Wiknjosastro (2009) menyatakan bahwa preeklampsia adalah suatu sindroma yang ditemui pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu, sehingga deteksi dini preeklampsia baru dapat dilakukan setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu. Mikat (2011) dan Theodora (2008) mengemukakan bahwa pemeriksaan ultrasonografi untuk mendeteksi dini preeklampsia dengan *doppler* pada *arteri uterine* untuk menemukan adanya *notch* adalah pada usia kehamilan 20-24 minggu.

Bidan mendeteksi dini semua ibu hamil saat melakukan kunjungan *antenatal care* setelah memasuki usia kehamilan 12 minggu atau sejak trimester 2 lebih. Pedoman deteksi dini PENAKIB Jawa Timur tahun 2016 menjelaskan bahwa skrining preeklampsia pada fasilitas kesehatan tingkat primer dilakukan mulai usia kehamilan 12 hingga 28 minggu. Sebagian besar responden dari pendapat yang dikemukakan dalam wawancara sudah melakukan deteksi dini sesuai pedoman yang ada. Ada pula yang tidak melakukan deteksi dini kepada ibu hamil dengan tepat waktu atau setelah memasuki usia kehamilan 12 minggu,

dengan alasan bahwa dilakukan deteksi dini preeklampsia secara mendalam setelah mengetahui adanya risiko mengarah ke preeklampsia setelah dianamnesa.

Hampir seluruh responden telah melakukan rujukan tepat berencana dan rujukan tepat waktu sesuai dengan panduan dari standar yang terdaat pada rekomendasi PENAKIB Jawa Timur tahun 2016. Yakni melakukan rujukan preeklampsia kepada fasilitas kesehatan tingkat sekunder setelah terdapat tanda-tanda terjadi preeklampsia dan tidak menunggu terjadi preeklampsia berat. Hal ini sesuai dengan pedoman deteksi dini dari PENAKIB yang menjelaskan bahwa pada pemeriksaan anamnesis dan fisik terdapat hasil positif  $\geq 2$  dan pada riwayat khusus/penyakit ibu minimal salah satu, maka harus segera dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder untuk dilakukan evaluasi lebih lanjut. Sisanya terdapat sebagian kecil bidan berpendapat masih melihat kondisi lain seperti usia kehamilan ibu dan riwayat ibu.

## 6.5 Keterbatasan Penelitian

1. Sampel yang diteliti belum dipastikan murni melakukan *antenatal care* dan deteksi dini pada pasien preeklampsia yang dirujuk.
2. Distribusi pengambilan sampel pada tiap lokasi pengambilan sampel tidak merata.
3. Penelitian ini mengambil populasi bidan di Surabaya, baik dari puskesmas maupun praktik mandiri bidan yang jaraknya tidak berdekatan, sehingga diperlukan waktu yang lama untuk proses pengambilan data.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

1. Pasien preeklampsia rujukan pada bulan Januari hingga Desember 2017 mencapai 56 pasien rujukan dengan preeklampsia dan sebanyak 31 pasien rujukan dengan preeklampsia berat. Rujukan berasal dari berbagai layanan kesehatan di Surabaya, baik rumah sakit, puskesmas, klinik kesehatan, rumah bersalin, dan bidan praktik mandiri.
2. Bidan mempunyai pedoman masing-masing untuk deteksi dini preeklampsia, antara lain Antenatal Terpadu, Kartu Skor Poedji Rochjati, dan rekomendasi PENAKIB Jawa Timur. Sebagian besar bidan belum menggunakan pedoman deteksi dini dari PENAKIB Jawa Timur dan masih ada beberapa bidan yang belum mengetahui pedoman deteksi dini ini.
3. Komponen deteksi dini preeklampsia diantaranya anamnesis (64,6%) dan pemeriksaan fisik (57,3%) sesuai standar yang ada dari pedoman oleh PENAKIB Jawa Timur tahun 2016. Pengetahuan bidan tentang anamnesis yang sudah sesuai dengan pedoman yaitu riwayat keluarga preeklampsia, kehamilan kembar, dan usia ibu hamil  $>35$  tahun. Pengetahuan bidan tentang pemeriksaan fisik yang sudah sesuai dengan pedoman yaitu tentang *body mass index* (BMI) dan *mean arterial pressure* (MAP).
4. Pengetahuan bidan mengenai riwayat khusus ibu hamil sebagai faktor risiko dalam deteksi dini preeklampsia riwayat khusus 65% sesuai standar yang ada dari pedoman. Sebagian besar responden menyebutkan hipertensi dan

diabetes, dari lima faktor riwayat khusus yang mempengaruhi preelampsia, tidak ada yang menyebutkan penyakit autoimun sebagai faktor risiko.

5. Tingkat kepatuhan bidan dalam deteksi dini risiko tinggi kehamilan menggunakan bagan skrining preeklampsia berat menurut PENAKIB Jawa Timur tahun 2016 menunjukkan bahwa bidan telah sesuai melakukan deteksi dini dan rujukan tepat berencana sesuai dengan pedoman rekomendasi PENAKIB Jawa Timur tahun 2016.

## **7.2 Saran**

1. Tenaga kesehatan yaitu bidan diharapkan melaksanakan perannya sesuai standar. Bidan diharapkan melakukan deteksi dini preeklampsia sesuai dengan pedoman untuk fasilitas kesehatan primer.
2. Sosialisasi mengenai deteksi dini ibu hamil mengenai deteksi dini preeklampsia dan risiko tinggi ibu hamil diharapkan lebih merata ke seluruh puskesmas dan bidan praktik mandiri di Surabaya untuk menyamakan persepsi tentang deteksi dini pada ibu hamil.
3. Penelitian ini dapat dijadikan referensi penelitian selanjutnya untuk membahas lebih lanjut mengenai preeklampsia berat dan deteksi dini pada ibu hamil.



## DAFTAR PUSTAKA

- \_\_\_\_\_, 2008, *Standards for maternity care: report of a working party*, London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- ACOG, 2013, *Hypertension in pregnancy*, Washington: the American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013 .p. 22.
- Anggraeni, W, Besari AP, 2013, 'Analisis faktor risiko terhadap luaran maternal dan perinatal pada kasus eklampsia di RSUP Dr Kariadi tahun 2011 – 2012,' *Undergraduate thesis*, Faculty of Medicine Diponegoro University.
- Ariyanti, DF, 2010, 'Analisis kualitas pelayanan antenatal oleh bidan di puskesmas di Kabupaten Purbalingga,' *Thesis*. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Kementrian PPN (Bappenas), 2014, *Lembar fakta SDGs republik Indonesia*.
- Baston, H, Hall, J, 2012, *Midwifery essentials: antenatal volume 2*, Jakarta: EGC.
- Blackwell, S, 2011, 'Public health perspectives of preeclampsia in developing countries: implication for health system strenghtening,' *Hindawi Publicing Corporation Journal of Pregnancy*, volume 2011, article ID 481095, 6 pages doi:10.1155/2011/481095.
- Depkes RI, 2007, *Pedoman pelayanan antenatal*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Depkes RI, 2010, *Profil kesehatan Indonesia 2010*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Duckit K, Harrington, D, 2005, 'Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematik review of controlled studies.'
- Fadlun, Achmad F, 2011, *Asuhan kebidanan patologis*, Jakarta: Salemba Medika.
- Fatmawati, L, Agus S, Hari BN, 2017, 'Pengaruh status kesehatan ibu terhadap derajat preelampsia/eklampsia di Kabupaten Gresik,' *Dinkes Buletin V 20*, No.2.indd – 63735.
- Hutahaean, 2009, *Asuhan keperawatan dalam maternitas dan ginekologi*.
- Imbalo, PS, 2006, *Jaminan mutu layanan kesehatan*, Jakarta: EGC.

- Imron, R, Novadela, ITN, 2014, 'Faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia dan eklamsia pada ibu bersalin,' *Jurnal Keperawatan*, volume X, No. 1, pp 154-160.
- Isnanda, EP, Noor, MS, Musafaah, 2012, 'Hubungan pelayanan antenatal care (ANC) dengan kejadian preeklampsia ibu hamil di RSUD ulin Banjarmasin,' Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNLAM, Bagian KIA/Kespro PSKM Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat PSPD Fakultas Kedokteran Unlam Banjarbaru, Bagian Biostatistik Fakultas Kedokteran UNLAM, Banjarbaru.
- Jeyabalan, A, 2013, 'Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity,' *Nutrition Reviews*, Volume 71, Issue suppl\_1, 1 October 2013, Pages S18-S25, <https://doi.org/10.1111/nure.12055>.
- Karisma, RC, Lestari DI, 2016, 'Karakteristik ibu dan riwayat preeklamsia pada saat persalinan,' *WKMJ*, Vol 1, No. 1 (2016).
- Kementerian Kesehatan RI, 2010, *Pedoman pelayanan antenatal terpadu*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012, *Pedoman pelayanan antenatal terpadu*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2014, *Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI 'Situasi Kesehatan Ibu*, ' Jakarta Selatan.
- Kuc, S, Koster, MPH, Franx, A, Schielen, PCJI, Visser, GHA, 2013, 'Maternal characteristics, mean arterial pressure and serum markers in early prediction of preeclampsia,' *Plos One*, 2013 May; 22, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063546>.
- Kusmiyati, Y, Heni PW, Sujiyatini, 2009, *Perawatan ibu hamil*, Yogyakarta: Fitramaya Syafrudin.
- Lestariningsih, 2018, 'Pengaruh usia kehamilan terhadap risiko preeklamsi-eklamsi pada kehamilan,' *Jurnal Medika Respati*, vol. 13 nomor 1 Januari 2018, ISSN : 1907-3887.
- Lockhart, A, Lyndon S, 2014, *Asuhan kebidanan: kebidanan patologi*, Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Mawu, DP, Bidjuni, H, Hamel, R, 2016, 'Hubungan karakteristik perawat dengan penanganan pertama pada pasien kegawatan muskuloskeletal di RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado,' *Jurnal Keperawatan*, Vol. 4 o. 2(2016).
- Mikat, B, Gellhaus, A, Wagner, N, Birdir, C, Kimming, R, Koninger, A, 2012, 'Review article, early detection of maternal risk for preeclampsia,'

*International Scholarly Research Network (ISRN) Obstetric and Gynecology.*

- Miranti, E, Yacoub, Y, 2016, 'Pengaruh tingkat pendidikan, masa kerja dan motivasi kerja terhadap kinerja karyawan,' *Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran.*
- Mosadeghrad, AM, 2014, 'Factors influencing healthcare service quality,' *International Journal of Health Policy and Management*, 2014 Jul; 3(2): 77–89. doi: 10.15171/ijhpm.2014.65.
- Muamarizal, Samsir, Marzolina, 2015, 'Pengaruh pengalaman kerja dan penilaian prestasi kerja terhadap pengembangan karir karyawan PT.Jasaraharja Putera cabang Pekanbaru,' *JOMFEKON*. Vol. 2(1):12.
- Mukid, MA, Wuryandari T, Ratnaningrum D, Rahayu RS, 2015, 'Bagging classification trees untuk prediksi risiko preeklampsia,' *Media Statistika*, volume 8 No. 2, pp 111-120.
- PENAKIB Jawa Timur, 2016, *Rekomendasi preeklampsia-ekalmpsia & perdarahan pasca persalinan, Jawa Timur.*
- Pricilla, RA, David KV, Siva R, Vimala TJC, Rahman SP, Angeline N, 2017, "Quality of antenatal care provided by nurse midwives in an urban health centre with regard to low-risk antenatal mothers," *Indian Journal of Community Medicine*. 2017 Jan-Mar; 42(1): 37–42.
- Puspita, D, 2013, 'Studi fenomenologi kualitas pemeriksaan antenatal dalam mendeteksi preeklampsia di puskesmas ciputat kota tangerang selatan,' *Skripsi*, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Sangadah, R, 2016, 'Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan upaya pencegahan kematian ibu di kabupaten Klaten dan kota Surabaya,' *Skripsi*, Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya.
- Sarwono, P, 2014, *Ilmu kebidanan*, Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Septriani, Y, 2012, 'Pengaruh independensi dan kompetensi auditor terhadap kualitas audit, studi kasus auditor Kap di Sumatera Barat,' *Jurnal Akuntansi & Manajemen*, 7 (2). pp. 78-100. ISSN 1858-3687.
- Sitanggang, AF, 2017, 'Hubungan frekuensi dan standar pemeriksaan antenatal care dengan kejadian preeklampsia di puskesmas Mulyorejo,' *Skripsi*, Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya.

- Sukaemi, N, Rita D, 2013, 'Kualitas bidan dalam melaksanakan pelayanan antenatal di posyandu wilayah kerja puskesmas Lemahabang kabupaten Karawang propinsi Jawa Barat tahun 2013'.
- Sumarni, S, 2014, "Hubungan gravida ibu dengan kejadian preeklampsia." *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*.
- Sumulyo, G, Iswari, WA, Pardede, TU, Darus, F, Puspitasari, B, Santana, S, Abidin, F, Endjun, JJ, 2017, 'Diagnosis dan tatalaksana preeklampsia berat tidak tergantung proteinuria,' *CDK-255/ vol. 44 no. 8 th. 2017*.
- Suprihatin, E, Norontoko, DA, Miadi, 2015, 'Prediction of preeclampsia by a combination of body mass index (BMI), mean arterial pressure (MAP), and roll over test (ROT),' *Nursing Diploma of Soetomo, Polytechnic of Health Ministry of Health Surabaya Indonesia*.
- Sutrimah, Mifbakhuddin, Dwi W, 2015, 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang,' *Jurnal Kebidanan Universitas Muhammadiyah Semarang, Vol. 4 no.1 (2014)*.
- Theodora, M, 2008, 'Screening for pre-eclampsia,' *International Scientific Journal from Jaypee. 2008;2(1):48-55*.
- Tjipto, C, 2016, 'Hubungan indeks massa tubuh dengan kejadian preeklampsia,' *Skripsi, Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya*.
- Unicef Indonesia, 2012, 'Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu&Anak,' Oktober 2012.
- Varney, H, Kriebs, JM, Carolyn G, 2007, *Buku ajar asuhan kebidanan varney's midwifery*, Edisi 4 volume 1, Jakarta: EGC.
- Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al., 2013, 'Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial,' *Reprod Health. 2013;10: 19 doi: 10.1186/1742-4755-10-19*.
- Walia, M, D'souza, AS, Gupta, G, 2015, 'Comparison between roll-over test and placental localization for early prediction of preeclampsia,' *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2015 Dec;4(6): 1710-1713*.
- Widarta, GD, Muhammad ACL, Sulistyono A, Purnomo W, 2015, 'Deteksi dini risiko ibu hamil dengan kartu skor Poedji Rochjati dan pencegahan faktor empat terlambat,' *Majalah Obstetri & Ginekologi, volume 23 no. 1 Januari - April 2015 : 28-32*.

Wiknjosastro, H, 2009, *Ilmu kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Zulyadi, D, 2010, *Etika & manajemen kebidanan*, Yogyakarta: Cahaya Ilmu.

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMATION FOR CONSENT)**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nafisah Al Huriah

NIM : 011411233013

Merupakan mahasiswi Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis ANC yang dilakukan oleh bidan dalam mendeteksi dini preeklampsia pada ibu hamil.

Sehubungan dengan hal tersebut, saya mengharap kesediaan saudara agar berkenan menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan informasi yang didapatkan pada penelitian ini. Jika saudara berkenan menjadi responden, diharapkan saudara memberikan tanda tangan di lembar persetujuan yang telah tersedia. Identitas responden akan dirahasiakan dengan penggunaan kode berupa nomor responden. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko secara fisik bagi subjek penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan saudara, saya ucapkan terima kasih.

Responden

Surabaya, 2018  
Peneliti

( ..... )

( Nafisah Al Huriah )



## Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor Telepon :

Nomor Responden :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Nafisah Al Huriah , mahasiswi Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dengan judul Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Responden

Surabaya, 2018  
Peneliti

( ..... )

( Nafisah Al Huriah )

## Lampiran 3. Lembar Tatacara Wawancara Terstruktur

**TATACARA WAWANCARA TERSTRUKTUR**

Tanggal Wawancara :

Pewawancara :

1. Perkenalan diri pewawancara
2. Menjelaskan secara rinci tujuan penelitian untuk meminimalisir terjadi kesalahpahaman responden.

Tujuan Wawancara

- a. Mendapatkan informasi dan tanggapan Saudara tentang Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga, benar atau salah, semua tanggapan baik positif maupun negatif akan diterima, sehingga bebas mengeluarkan pendapat sesuai pandangan saudara.
3. Penting untuk menyampaikan prosedur wawancara secara lengkap agar hasil wawancara dapat maksimal.

Prosedur

- a. Data / biodata yang Saudara berikan akan dirahasiakan dan hanya diketahui antara peneliti dan responden saja.
- b. Setiap informasi yang diberikan semua penting untuk dicatat, semua tanggapan dijaga kerahasiaan dan hanya digunakan untuk tujuan survei / penelitian ini.
- c. Beberapa masalah yang harus dibicarakan dan sampaikan, dapat Saudara tambahkan sesuatu bila perlu.



## Lampiran 4. Lembar Pedoman Wawancara Terstruktur

**PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR****Identitas Responden**

1. Hari / tanggal wawancara :
2. Nomor Responden :
3. Umur :
4. Pendidikan :
5. Masa bekerja :
6. Tempat bekerja :

**Pertanyaan****A. Pengetahuan Bidan tentang Deteksi Dini Preeklampsia**

1. Pedoman apa yang anda gunakan untuk mendeteksi dini preeklampsia pada ibu hamil?
2. Apakah anda mengetahui pedoman deteksi dini preeklampsia yang direkomendasikan oleh PENAKIB Jawa Timur (tahun 2016)?
3. Bagaimana menurut anda cara melakukan deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil?

No.	Pengetahuan
	<p><b>Apa saja yang anda anamesis untuk mendeteksi dini preeklampsia pada ibu hamil?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Riwayat Keluarga Preeklampsia</p> <p><input type="checkbox"/> Primigravida</p> <p><input type="checkbox"/> Kehamilan Kembar</p> <p><input type="checkbox"/> Primitua sekunder</p> <p><input type="checkbox"/> Usia &gt; 35 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p>.....</p>
	<p><i>Jika ada yang belum disebutkan pada data jawaban di bawah ini, berikan pertanyaan sesuai jawaban yang belum disebutkan</i></p>
1.	<b>RIWAYAT KELUARGA PREEKLAMPSIA</b>

	<p>Menurut anda apakah riwayat keluarga juga dapat mempengaruhi terjadinya preeklampsia?</p> <p>a. Ya, riwayat seperti apa? (beri pilihan apabila ibu diam)</p> <p><input type="checkbox"/> Ibu <b>mempunyai</b> keluarga/saudara/ibu yang pernah menderita preeklampsia</p> <p><input type="checkbox"/> Ibu tidak mempunyai keluarga/saudara/ibu yang pernah menderita preeklampsia</p> <p>b. Tidak</p>
2.	<p><b>PRIMIGRAVIDA</b></p> <p>Apakah anda menanyakan status kehamilan (graviditas) ibu?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak</p> <p>Menurut anda mana yang merupakan faktor risiko preeklampsia?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Primigravida</b></p> <p><input type="checkbox"/> Multigravida</p> <p><input type="checkbox"/> Grandemultigravida</p>
3.	<p><b>KEHAMILAN KEMBAR</b></p> <p>Apakah anda mendeteksi adanya kehamilan kembar?</p> <p>a. Ya, .....</p> <p>b. Tidak, .....</p>
4.	<p><b>PRIMITUA SEKUNDER</b></p> <p>Apakah anda menanyakan status usia pertama hamil (maternitas) pada ibu?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak</p> <p>Menurut anda mana yang merupakan faktor risiko preeklampsia?</p> <p><input type="checkbox"/> Primi muda</p> <p><input type="checkbox"/> Primi tua primer</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Primi tua sekunder</b></p>
5.	<p><b>USIA &gt;35 TAHUN</b></p> <p>Apakah anda menanyakan usia ibu saat hamil ini?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak</p> <p>Menurut anda pada usia berapa ibu hamil berisiko terkena preeklampsia? <b>Usia saat hamil &gt;35 tahun</b></p> <p>.....</p>
<p><b>Pemeriksaan Fisik apa saja yang anda lakukan untuk mendeteksi dini preeklampsia pada ibu hamil?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mengukur Berat Massa Indeks (BMI)</p> <p><input type="checkbox"/> Mengukur <i>Mean Arterial Pressure</i> (MAP)</p>	

<input type="checkbox"/>	Mengukur <i>Roll Over Test</i> (ROT)
<input type="checkbox"/>	..... .....
Jika bidan menyebutkan sesuai data di atas, lanjutkan dengan pertanyaan sesuai di bawah ini	
6.	<b>BERAT MASSA INDEKS (BMI)</b>  Menurut anda, berapa Berat Massa Indeks (BMI) yang berisiko preeklampsia? <b>BMI &gt; 30</b> .....
7.	<b>MEAN ARTERIAL PRESSURE (MAP)</b>  Menurut anda, berapa <i>Mean Arterial Pressure</i> (MAP) yang berisiko preeklampsia? <b>MAP &gt; 90</b> .....
8.	<b>ROLL OVER TEST (ROT)</b>  Menurut anda, berapa <i>Roll Over Test</i> (ROT) yang berisiko preeklampsia? <b>ROT &gt; 15 mmHg</b> .....

4. Apa saja riwayat (penyakit) khusus ibu hamil yang dapat mendeteksi dini adanya preeklampsia / mempengaruhi terjadinya preeklampsia?

.....  
.....  
.....

No.	Pengetahuan
1.	<b>Hipertensi dalam kehamilan</b>
2.	<b>Hipertensi kronis</b>
3.	<b>Kelainan ginjal</b>
4.	<b>Diabetes</b>
5.	<b>Penyakit autoimun</b>

5. Jelaskan tanda-tanda ibu hamil dengan preeklampsia berat!
- Apa perbedaan antara preeklampsia dengan preeklampsia berat?
  - Bagaimana penatalaksanaannya?

**B. Kepatuhan Bidan dalam Melaksanakan Pedoman Deteksi Dini Preeklampsia**

1. Bagaimana kepatuhan Bidan dalam deteksi dini preeklampsia pada setiap ANC?
  - a. Berapa persen anda melakukan deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil saat *Antenatal Care*?
  - b. Kapan anda merujuk pasien (ibu hamil) dengan preeklampsia?



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**FORMULIR PERMOHONAN PENYUSUNAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriah  
NIM : 011411233013  
Angkatan : 2014  
Lingkup peminatan penelitian : Obstetri Ginekologi  
Rencana judul/ topik penelitian : Analisis Kualitas ANC oleh Bidan dalam Deteksi Dini  
Preeklampsia Kasus Rujukan di RS Universitas  
Airlangga Surabaya

Mahasiswa

Nafisah Al Huriah  
NIM 011411233013

## Lampiran 6. Rencana Jadwal Kegiatan

**JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN**

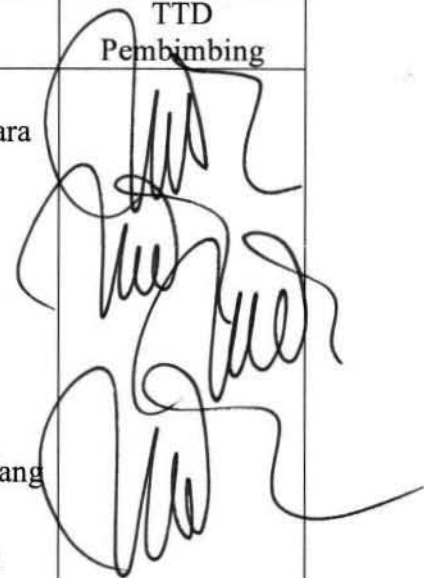
Kegiatan	September 2017	Oktober 2017	November 2017	Desember 2017	Januari 2018	Februari 2018	Maret 2018	April 2018	Mei 2018	Juni 2018
<b>1. PERSIAPAN</b>										
a. Pengkajian lingkup peminatan skripsi	■	■								
b. Penyerahan formulir permohonan penyusunan proposal		■	■							
c. Pembekalan Pra Skripsi										
d. Proses bimbingan dan penyusunan usulan penelitian		■	■	■	■	■	■			
e. Penyerahan Usulan Penelitian						■				
f. Ujian Usulan Penelitian						■	■			
g. Revisi Usulan Penelitian							■			
<b>2. PELAKSANAAN</b>										
a. Penelitian dan penyusunan Skripsi							■	■	■	■
b. Penyerahan Skripsi ke Penguji										■
c. Seminar Hasil (sidang skripsi)										■
<b>3. TAHAP AKHIR</b>										
a. Revisi Skripsi										■
b. Pembuatan Artikel Jurnal										■
c. Penyerahan Skripsi dan Artikel jurnal										■

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriah  
 NIM : 011411233013  
 Judul : Analisis Kualitas ANC oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia  
 Kasus Rujukan di RS Universitas Airlangga Surabaya  
 Pembimbing : Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Hasil Bimbingan	TTD Pembimbing
1.	10 Juni 2018	Konsultasi sampel penelitian dan soal	Terbentuk soal panduan wawancara	
2.	24 Juli 2018	Konsultasi penambahan sampel penelitian	Disetujui	
3.	26 Juli 2018	Konsultasi hasil penelitian	Perbaikan hasil penelitian	
4.	27 Juli 2018	Fiksasi hasil penelitian dan tanggal sidang skripsi	Acc tanggal sidang dan menyempurnakan hasil penelitian	



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriah  
 NIM : 011411233013  
 Judul : Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di RS Universitas Airlangga  
 Pembimbing : Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Hasil Bimbingan	TTD Pembimbing
1.	10 Juni 2018	Konsultasi sampel penelitian	Terbentuk sampel sebanyak 43 orang	4
2.	24 Juli 2018	Konsultasi penambahan sampel penelitian	Disetujui	4
3.	25 Juli 2018	Konsultasi hasil penelitian	Perbaikan hasil penelitian	4
4.	27 Juli 2018	Fiksasi hasil penelitian dan tanggal sidang skripsi	Acc tanggal sidang dan menyempurnakan hasil penelitian	4



Lampiran 8. Surat ijin penelitian



## PEMERINTAH KOTA SURABAYA

### BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 23 Mei 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Nomor : 070/ 4244 /436.8.5/2018  
Lampiran : -  
Hal : Penelitian

di -

SURABAYA

#### REKOMENDASI PENELITIAN

**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 Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

**Memperhatikan** : Surat Koordinator Program Studi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 17 Mei 2018 Nomor : 372/UN3.1.1/PPd - PSPB/2018 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : Nafisah Ai Huriyah  
b. Alamat : Mayjend Panjaitan No. 14 Kel. Penanggungan Kec. Klojen Kota Malang  
c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa  
d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya  
e. Kewarganegaraan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul / Thema : Analisis Kualitas ANC Bidan Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Berat Kasus Rujukan Di RS Universitas Airlangga Surabaya  
b. Tujuan : Penelitian  
c. Bidang Penelitian : Kebidanan  
d. Penanggung Jawab : Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes  
e. Anggota Peserta : -  
f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan  
g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

**Dengan persyaratan** : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;  
2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;  
3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.  
4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. PIt. KEPALA BADAN,  
PIt. Sekretaris

Ir. Yusuf Macruh, M.M.  
Pembina

NIP 19671224 199412 1 001

Tembusan :

Yth. 1. Koordinator Program Studi Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga Surabaya Tanggal

2. SKRIPSI yang bersangkutan: ANALISIS KUALITAS ANTENATAL CARE BWAN ...

NAFISAH AI HURIAH



# PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243  
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

## SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN Nomor : 072 / 2018 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Nomor : 070/4244/436.8.5/2018  
Tanggal : 23 Mei 2018  
Hal : Penelitian  
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :  
Nama : **Nafisah Al Huriah**  
NIM : 011411233013  
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Kedokteran UNAIR  
Alamat : Mayjend Panjaitan Kel. Penanggungan Kec. Klojen Kota Malang  
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi  
Tema Penelitian : Analisis Kualitas ANC Bidan Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Berat Kasus Rujukan di RS Universitas Airlangga Surabaya  
Lamanya Penelitian : Bulan Juni s/d Bulan Agustus Tahun 2018  
Daerah / tempat Penelitian : Puskesmas (Sesuai daftar terlampir)

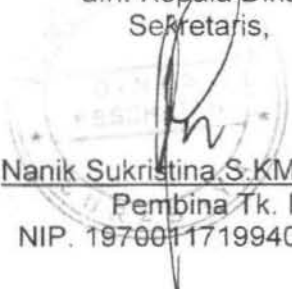
Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 22 Juni 2018  
a.n. Kepala Dinas  
Sekretaris,

  
Nanik Sukristina S.KM. M.Kes  
Pembina Tk. I  
NIP. 197001171994032008


Nomor : 072/2018/ 436.7.2/2018  
Lampiran :  
Hal : Penelitian

Daftar Puskesmas

1. Puskesmas Tanah Kali Kedinding
2. Puskesmas Tambak Wedi
3. Puskesmas Dupak
4. Puskesmas Sawah Pulo
5. Puskesmas Mulyorejo
6. Puskesmas Gading
7. Puskesmas Kenjeran
8. Puskesmas Mojo
9. Puskesmas Ngagel Rejo
10. Puskesmas Sidotopo
11. Puskesmas Wonokusumo

Surabaya, 22 Juni 2018

a.n. Kepala Dinas  
Sekretaris,

  
Nanik Sukrisna, S.KM. M.Kes  
Pembina Tk. I  
NIP. 197001171994032008

Lampiran 9. *Ethical Clearence***KOMITE ETIKA DAN HUKUM  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA**

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
No :144/KEH/2018

Komite Etika dan Hukum Rumah Sakit Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian yang berjudul:

**Analisis Kualitas ANC Bidan Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Berat Kasus Rujukan  
Di RS Universitas Airlangga Surabaya**

Peneliti Utama : **Nafisah Al Huriah**

Institusi Penelitian : Rumah Sakit Universitas Airlangga

**DINYATAKAN LAIK ETIK.**

Surabaya, 7 Mei 2017

Ketua

Prof.Dr.Med. H.M.Soekry Erfan Kusuma, dr.Sp.F (K), DFM



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## RUMAH SAKIT

Kampus C Unair Surabaya 60115 Telp. 031-5916290, 031-58208281, 031- 81153153  
 Fax. 031-5916291 Website : rumahsakit.unair.ac.id, email : sekretariat@rsua.unair.ac.id

7 Mei 2018

No. : 1504 /UN3.9.1/PPd/2018

Hal. : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian an Nafisah Al Huriah

Kepada Yth.  
 Wakil Dekan I  
 Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Menjawab surat permohonan tanggal 16 Maret 2018 nomer 1191/UN3.1.1/PPd.11 /2018 tentang permohonan ijin Penelitian di RS Universitas Airlangga untuk mahasiswa semester VII Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas nama :

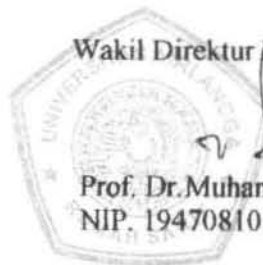
Nama : **Nafisah Al Huriah**  
 NIM : 011411233013  
 Judul Penelitian : Analisis Kualitas ANC Bidan Dalam Deteksi Dini Preeklampsia Berat Kasus Rujukan Di RS Universitas Airlangga Surabaya

Dengan ini disampaikan bahwa :

- 1) Proposal penelitiannya telah dinyatakan Laik Etik oleh Komite Etika dan Hukum RSUA,
- 2) Pengambilan data digunakan untuk penelitian skripsi,
- 3) Pengambilan data rekam medis pasien dengan penanganan *Sectio Caesarea* mohon berkoordinasi dengan Unit Rekam Medik RSUA yaitu Rosita Prananingtias, A.Md,
- 4) Menandatangani Perjanjian Pernyataan Kerahasiaan (bermaterai),
- 5) Hasil penelitian yang akan dipublikasikan harus mendapat ijin tertulis dari Direktur RSUA,
- 6) **Selesai penelitian, wajib menyerahkan Laporan ke Komite Etika dan Hukum RSUA**

Demikian yang dapat saya sampaikan. Atas perhatian Saudara, Saya sampaikan terima kasih

Wakil Direktur Pendidikan & Riset,



Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P (K)  
 NIP. 194708101974121002

Tembusan : Yth

1. Ketua Komite Etika & Hukum RSUA
2. Manajer Pendidikan dan Penelitian RSUA
3. Manajer Riset RSUA
4. Rosita Prananingtias, A.Md,
5. Nafisah Al Huriah

Lampiran 10. Berita acara perbaikan skripsi



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**BERITA ACARA PERBAIKAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriyah  
 NIM : 011411233013  
 Judul : Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini  
 Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga  
 Jadwal Ujian : 30 Juli 2018  
 Batas Akhir Perbaikan : -  
 Nama Penguji : Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes

No	Bab/Halaman yang direvisi	Perbaikan
1	BAB 2 (Tinjauan Pustaka)	Menambahkan beberapa teori yang kurang dan mengurangi yang tidak berhubungan. Menambahkan teori tentang " <i>Clinical Base</i> "
2	BAB 7 (Kesimpulan)	Membuat kesimpulan yang tepat berdasarkan hasil penelitian

Mengetahui,  
Perabimbing I

Muhammad Ardian C. L., dr., Sp. OG., M.Kes  
 NIP. 19740902 200812 1 003

Surabaya, 1 Agustus 2018

Mahasiswa

Nafisah Al Huriyah  
 NIM. 011411233013



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**BERITA ACARA PERBAIKAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriah  
 NIM : 011411233013  
 Judul : Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini  
 Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga  
 Jadwal Ujian : 30 Juli 2018  
 Batas Akhir Perbaikan : -  
 Nama Penguji : Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes

No	Bab/Halaman yang direvisi	Perbaikan
1	Judul	“ANC” diubah menjadi “ <i>ANTENATAL CARE</i> ”
2	<i>Abstract</i>	Menambah <i>keywords</i>
3	Ucapan terima kasih dan daftar isi	Memperbaiki format penulisan
4	Daftar singkatan	Mengurutkan singkatan sesuai abjad
5	BAB 3 (Kerangka Konseptual)	Membenahi kotak yang diteliti dan tidak diteliti
6	BAB 4 (Sampel) dan semua BAB	Mengubah kata “informan” menjadi “responden” atau “bidan”
7	Semua BAB	Membenarkan cara penulisan, tata bahasa, penggunaan huruf kapital dan tanda baca yang kurang tepat
8	Kuesioner (pedoman wawancara terstruktur)	Melakukan validitas soal

Surabaya, 1 Agustus 2018

Mengetahui,  
 Pembimbing II

Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes  
 NIP. 19650522 199702 1 001

Mahasiswa

Nafisah Al Huriah  
 NIM. 011411233013



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN**

Jl. Mayjen prof.Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 psw 161 Fax : 031-5022472

**BERITA ACARA PERBAIKAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : Nafisah Al Huriyah  
 NIM : 011411233013  
 Judul : Analisis Kualitas *Antenatal Care* oleh Bidan dalam Deteksi Dini Preeklampsia Kasus Rujukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga  
 Jadwal Ujian : 30 Juli 2018  
 Batas Akhir Perbaikan : 4 Agustus 2018  
 Nama Penguji : Dr. Lilik Herawati, dr., M.Kes

No	Bab/Halaman yang direvisi	Perbaikan
1	Judul	"ANC" diubah menjadi " <i>ANTENATAL CARE</i> "
2	BAB 1 (Latar Belakang)	Menghapus teori yang tidak perlu, memperbaiki penulisan, dan memberi <i>problem statement</i> .
3	BAB 2 (Tinjauan Pustaka)	Menambahkan beberapa teori yang kurang dan mengurangi yang tidak berhubungan
4	BAB 3 (Kerangka Konseptual)	Mengubah garis putus-putus menjadi garis utuh pada kotak "Kualitas bidan dalam deteksi dini sesuai SOP" dan "Preeklampsia"
5	BAB 4 (Analisis data)	Melengkapi cara analisis data yang lebih sesuai
6	BAB 5 (Gambaran Karakteristik Responden)	Membuat tabel distribusi frekuensi berdasarkan kelompok usia, pendidikan terakhir, lama kerja, dan tempat kerja
7	BAB 7 (Kesimpulan)	Membuat kesimpulan yang tepat berdasarkan hasil penelitian
8	Kuesioner (pedoman wawancara terstruktur)	Melakukan validitas soal

Surabaya, 1 Agustus 2018

Mengetahui,  
Penguji

Dr. Lilik Herawati, dr., M.Kes  
NIP. 19750314 200312 2 001

Mahasiswa

Nafisah Al Huriyah  
NIM. 011411233013