

PENYULUHAN TENTANG PREEKLAMPSIA PADA KEHAMILAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIMPANG TIGA KABUPATEN ACEH BESAR

Martina^{1*}, Yuli Zuhkrina², Marjunita³, Nurlaila⁴, Omi Sastika⁵,
Andgella Zulbaini⁶, Dewi Hastuti⁷

¹⁻⁷ Universitas Abulyatama

E-mail: ¹⁾ martina_bidan@abulyatama.ac.id, ²⁾ yuli_kebidanan@abulyatama.ac.id

Abstrak

Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK (preeklampsia dan eklampsia) proporsinya semakin meningkat. WHO memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju. Prevalensi preeklampsia di negara maju adalah 1,3%-6%, sedangkan di negara berkembang adalah 1,8%-18%. Insiden preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3%. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 dikatakan pendarahan menjadi penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia (30,3 %), kemudian preeklampsia (27,1%), karena infeksi sebesar 7,3 % dan penyebab lainnya. Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang juga disertai dengan adanya proteinuria. Di Indonesia saat ini preeklampsia menjadi penyebab kematian ibu tertinggi kedua setelah perdarahan. Lebih dari 4 juta wanita hamil mengalami preeklampsia tiap tahun. Setiap tahunnya diperkirakan sebanyak 50.000 sampai 70.000 wanita meninggal karena preeklampsia serta 500.000 bayi meninggal. Preeklampsia merupakan penyebab 15-20% kematian wanita hamil di seluruh dunia serta penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada janin. Metode yang dijalankan yaitu Pre Test dan Post Test dengan menggunakan kuesioner. Berdasarkan hasil penyuluhan terdapat peningkatan pengetahuan responden tentang preeklampsia yaitu berada pada katagori baik sebanyak 44 (93,6%). Kesimpulan adanya peningkatan pengetahuan responden yang sangat signifikan setelah diberikan penyuluhan.

Kata kunci: Preeklampsia, Ibu hamil, Kematian Ibu

Abstract

In Indonesia, bleeding, hypertension in pregnancy, and infection continue to be the three leading causes of death among mothers. However, the proportion has changed, where bleeding and infection tend to decrease while the proportion of HDK (preeclampsia and eclampsia) is increasing. WHO estimates that cases of preeclampsia are seven times higher in developing countries than in developed countries. The prevalence of preeclampsia in developed countries is 1.3%-6%, while in developing countries it is 1.8%-18%. The incidence of preeclampsia in Indonesia alone is 128,273/year or about 5.3%. Based on data from the Indonesia Health Profile in 2017, bleeding is said to be the highest cause of maternal death in Indonesia (30,3%), then preeclampsia (27,1%), due to infection by 7,3% and other causes. preeclampsia is a hypertensive disorder in pregnancy which is also accompanied by proteinuria. In Indonesia, preeclampsia is currently the second highest cause of maternal death after bleeding. More than 4 million pregnant women experience preeclampsia each year. It is estimated that every year 50.000 to 70.000 women die from preeclampsia and 500.000 babies die. Preeclampsia is the cause of 15-20% of maternal deaths worldwide and the leading cause

of fetal mortality and morbidity. The method used is Pre Test and Post Test using a questionnaire. Based on the results of the counseling there was an increase in respondents' knowledge about preeclampsia, which was in the good category as much as 44 (93,6%). In conclusion, there is a very significant increase in respondents' knowledge after being given counseling.

Keywords: Preeclampsia, Pregnant Women, Mother's Death

1. PENDAHULUAN

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang juga disertai dengan adanya proteinuria (Sumulyo et al., 2017). Di Indonesia saat ini preeklampsia menjadi penyebab kematian ibu tertinggi kedua setelah perdarahan (Sagita, 2020). Penyebab dari preeklampsia belum diketahui secara pasti hingga preeklampsia juga dikenal dengan istilah “*disease of theories*”. Beberapa faktor risiko yang diyakini dapat mempengaruhi terjadinya preeklampsia yaitu usia ibu yang <20 tahun atau >35 tahun, primigravida, pekerjaan yang berat, dan ibu yang obesitas (Ramadhani, 2020).

Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi (Kalam et al., 2017). Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK (preeklampsia dan eklampsia) proporsinya semakin meningkat. WHO memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju. Prevalensi preeklampsia di negara maju adalah 1,3%-6%, sedangkan di negara berkembang adalah 1,8%-18%. Insiden preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3%. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 dikatakan perdarahan menjadi penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia (30,3 %), kemudian preeklampsia (27,1%), karena infeksi sebesar 7,3 % dan penyebab lainnya (Tapowolo et al., 2018).

Lebih dari 4 juta wanita hamil mengalami preeklampsia tiap tahun. Setiap tahunnya diperkirakan sebanyak 50.000 sampai 70.000 wanita meninggal karena preeklampsia serta 500.000 bayi meninggal. Preeklampsia merupakan penyebab 15-20% kematian wanita hamil di seluruh dunia serta penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada janin (Assidik & Sintowati, 2020).

Preeklampsia/eklampsia merupakan salah satu penyebab kematian utama pada ibu, di samping perdarahan dan infeksi. Preeklampsia/eklampsia dikenal sebagai “*disease of theories*” karena banyak teori yang menjelaskan tentang penyebab preeklampsia/eklampsia dan sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebabnya. Beberapa faktor risiko telah teridentifikasi dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia/eklampsia (Fatmawati et al., 2017).

Dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu hamil, maka perlu dilakukan penyuluhan kesehatan tentang preeklampsia di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar.

2. METODE PENELITIAN

Penyuluhan ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar pada Tanggal 21 September 2021 dengan responden berjumlah 47 orang. Metode yang digunakan dalam penyuluhan ini yaitu *pre tes* sebelum dilaksanakannya penyuluhan untuk melihat sejauh mana pengetahuan responden tentang materi penyuluhan ini selanjutnya diberikan edukasi tentang preeklamsia melalui penyuluhan dan tanya jawab dan untuk proses terakhir dilakukan *post tes*. Alat ukur yang digunakan yaitu menggunakan kuesioner yang terdiri dari 10 item pertanyaan tentang materi yang diberikan pada saat penyuluhan. Setelah semua kuesioner selesai terisi selanjutnya data didistribusikan kedalam bentuk persentase dengan berpedoman pada teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2012) dengan kriteria:

- a) Baik : jawaban yang benar 76%-100%
- b) Cukup : jawaban yang benar 56%-75%
- c) Kurang: jawaban yang benar < 56%

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Penelitian

A. Hasil dari Pre Test

Tabel 1 Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang preeklamsia di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Baik	0	0
2	Cukup	6	12,8
3	Kurang	41	87,2
Total		47	100

Berdasarkan tabel 1, dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan responden tentang preeklamsia berada pada katagori kurang yaitu 41 (87,2%) dari total 47 responden yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar.

B. Hasil dari Post Test

Tabel 2 Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang preeklamsia di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Baik	44	93,6
2	Cukup	3	6,4
3	Kurang	0	0
Total		47	100

Berdasarkan tabel 2, dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan responden tentang preeklamsia terjadi peningkatan yaitu berada pada katagori baik yaitu 44 (93,6%) dari total 47 responden yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar.

3.2. Pembahasan

Preeklampsia dianggap mempengaruhi sekitar 5-8% dari semua kehamilan. Didefinisikan sesuai dengan Pedoman Masyarakat Kardiologi Eropa (ESC) tentang pengelolaan penyakit kardiovaskular selama kehamilan 2018 sebagai hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mm Hg) berkembang setelah kehamilan 20 minggu disertai dengan onset proteinuria yang signifikan ($> 0,3$ g/24 jam) (Regitz-Zagrosek, 2018). Dalam definisi lain berdasarkan American College Ginekolog dan Ahli Obstetrik (ACOG) pada tahun 2013 proteinuria tidak diperlukan untuk mendiagnosis preeklampsia sebagai gantinya, hipertensi dapat disertai dengan salah satu dari tanda-tanda disfungsi hati atau ginjal, serebrovaskular atau insiden kardiovaskular, dan pertumbuhan janin terhambat (FGR). Preeklampsia onset dini didefinisikan sebagai penyakit yang berkembang sebelum usia kehamilan 34 minggu, sedangkan preeklampsia onset lambat didefinisikan sebagai penyakit yang berkembang pada atau setelah 34 minggu kehamilan.

Mekanisme yang mendasari untuk preeklampsia adalah dianggap plasentasi terganggu karena invasi trofoblas yang tidak memadai dari arteri spiral ibu. Atas dasar penelitian terbaru, preeklampsia dipertimbangkan sebagai gangguan dengan dua tahap (Chaiworapongsa, 2014).

Tahap pertama, berkurangnya perfusi plasenta karena gagal renovasi. Ini menghasilkan ketidakseimbangan antara proangiogenik dan faktor antiangiogenik, akibatnya adalah kerusakan endotel yang mengarah ke stadium kedua: perkembangan sindrom maternal akut dengan disfungsi multiorgan sistemik. Terlepas dari keadaan antiangiogenik, salah satu faktor terpenting, ada banyak faktor lain mekanisme patogenetik yang terlibat dalam preeklampsia, termasuk: stres oksidatif, keberadaan angiotensin II tipe-1 receptor autoantibody (AT1), platelet dan aktivasi trombin, dan peradangan intravaskular.

Keadaan antiangiogenik pada preeklampsia bermanifestasi sebagai ekspresi berlebih dari tirosin kinase seperti soluble Fms-Like Tyrosine kinase-1 (sFlt-1), yang merupakan bentuk reseptor tipe-1. Faktor pertumbuhan endotel vaskular (VEGF). sFlt-1 mengikat VEGF dan faktor pertumbuhan plasenta (PlGF) dan menyebabkan cacat angiogenesis dan disfungsi endotel. VEGF dan PlGF sangat penting untuk pemeliharaan endotel fungsi sel, terutama dalam endotelium fenestrasi, yang ditemukan di otak, hati, dan glomeruli. Dalam preeklampsia konsentrasi plasma ibu sFlt-1 meningkat secara signifikan, bahkan sebelum klinis diagnosis penyakit, sedangkan kadar VEGF dan PlGF secara signifikan menurun.

Faktor antiangiogenik kedua yang terlibat dalam patogenesis preeklampsia adalah endoglin terlarut (sEng), ko-reseptor permukaan-sel TGF- β (faktor pertumbuhan tumor β) yang menginduksi migrasi dan proliferasi endotel sel. Konsentrasi plasma ibu dari sEng pada preeklampsia juga secara signifikan lebih tinggi dari pada kontrol yang sehat. Stres oksidatif dan autoantibodi anti-AT1 dapat merangsang produksi antiangiogenik plasenta faktor dan tambahan berkontribusi terhadap gangguan plasentasi dan pengembangan preeklampsia.

Gejala klinis preeklampsia sangat bervariasi dari yang ringan sampai yang mengancam kematian pada ibu. Efek yang sama terjadi pula pada janin, mulai dari yang ringan, pertumbuhan janin terlambat (PJT) dengan komplikasi pascasalin sampai kematian intrauterine (Pribadi, A et al., 2015).

Seperti telah disebutkan sebelumnya, bahwa preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urin (Wibowo, 2016).

Pencegahan timbulnya preeklampsia dapat dilakukan dengan pemeriksaan *antenatal care* secara teratur. Gejala ini ini dapat ditangani secara tepat. Penyuluhan tentang manfaat istirahat akan banyak berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti tirah baring di tempat tidur, tetapi ibu masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari, hanya dikurangi antara kegiatan tersebut, ibu dianjurkan duduk atau berbaring. Nutrisi penting untuk diperhatikan selama hamil, terutama protein. Diet protein yang adekuat bermanfaat untuk pertumbuhan dan perbaikan sel dan transformasi lipid. Berikut merupakan penatalaksanaan preeklampsia sesuai dengan jenisnya :

1) Preeklampsia

Penderita preeklampsia ringan biasanya tidak dirawat, hanya saja harus lebih sering melakukan pemeriksaan antenatal dengan memantau tekanan darah, urine (proteinuria), dan kondisi janin. Obat anti hipertensi dan diuretic belum direkomendasikan untuk digunakan pada penderita preeklampsia ringan kecuali jika terdapat edema paru, dekompensatio kordis atau gagal ginjal akut.

2) Preeklampsia berat

Pengelolaan preeklampsia berat mencakup pencegahan kejang, pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan suportif terhadap penyulit organ yang terlibat dan saat yang tepat untuk persalinan. pengelolaan cairan pada preeklampsia berat bertujuan untuk mencegah terjadinya edema paru dan oliguria. Diuretikum diberikan jika terjadi edema paru dan payah jantung. Pemberian obat antikejang pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia). Obat yang digunakan sebagai antikejang antara lain diazepam, fenitoin, dan magnesium sulfat (MgSO₄). MgSO₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang) (Kemenkes RI 2013).

4. KESIMPULAN

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari hasil kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat, sebagai berikut.

- 1) Pemahaman ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar dapat meningkat melalui penyuluhan tentang preeklampsia pada kehamilan
- 2) Adanya penambahan wawasan ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar.

Ucapan Terima Kasih

- 1) Universitas Abulayatama yang telah memfasilitasi kegiatan penyuluhan ini.
- 2) Kepala Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar yang telah memberikan izin untuk menjalankan kegiatan rutin yang dilakukan oleh dosen Universitas Abulyatama.
- 3) Seluruh Masyarakat dan khususnya ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar yang telah berperan aktif dan membantu menyukseskan kegiatan ini.
- 4) Seluruh teman-teman Dosen yang telah ikut membantu menyukseskan kegiatan penyuluhan
- 5) Seluruh mahasiswa yang telah berperan aktif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

DAFTAR PUSTAKA

- Assidik, M. F., & Sintowati, R. (2020). *Efektivitas Aspirin Sebagai Preventif Preeklampsia*.
- Fatmawati, L., Sulistyono, A., & Notobroto, H. B. (2017). Pengaruh Status Kesehatan Ibu Terhadap Derajat Preeklampsia/Eklampsia di Kabupaten Gresik. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(2), 52–58.
- Kalam, C., Wagey, F. W., & Mongan, S. P. (2017). Luaran Ibu dan Perinatal pada Kehamilan dengan Preeklampsia Berat di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado Periode 1 Januari-31 Desember 2016. *E-CliniC*, 5(2).
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*.
- Ramadhani, N. A. (2020). *Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Di Rsia Sitti Khadijah I Makassar Periode 1 November 2018-31 Oktober 2019*. Universitas Hasanuddin.
- Sagita, W. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di RSUD C Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Delima*, 4(1), 75–82.
- Sumulyo, G., Iswari, W. A., Pardede, T. U., Darus, F., Puspitasari, B., Santana, S., Abidin, F., & Endjun, J. J. (2017). Diagnosis dan tatalaksana preeklampsia berat tidak tergantung proteinuria. *Cermin Dunia Kedokteran*, 44(8), 576–579.
- Tapowolo, Y. P. B., Lalandos, J. L., & Kareri, D. G. R. (2018). Hubungan Jarak Kelahiran Dan Indeks Massa Tubuh Dengan Kejadian Preeklampsia Di Rsud Prof. Dr. Wz Johannes Kupang Tahun 2017. *Cendana Medical Journal (CMJ)*, 6(3), 376–382.