Kapasitas Laboratorium dalam Deteksi Dini Preeklampsia pada Ibu Hamil (Studi Kasus di Kabupaten Pandeglang)

Siti Jumhati¹, *Sabarinah², Kemal N. Siregar³, Abdul Chairy⁴

¹) Doctoral Student of Public Health at Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

²) ³) Professor, Departement of Biostatistics, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

⁴) Faculty of Health, Universitas Mohammad Husni Thamrin, Jakarta, Indonesia

Correspondence Author : Siti Jumhati,

DOI : <https://doi.org/10.37012/jik.v16i1.2134>

Abstrak

Kejadian preeklampsia di Kabupaten Pandeglang meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2020 sebanyak 7 kasus dan tahun 2021 sebanyak 8 kasus (19.5%) dari 41 kasus kematian ibu. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kapasitas laboratorium dalam deteksi dini preeklampsia pada ibu hamil di Kabupaten Pandeglang tahun 2022. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kualitatif rancangan studi kasus. Total subjek penelitian adalah dua orang yang dilakukan wawancara mendalam secara langsung, namun tetap memperhatikan prokes yang ketat yaitu memakai masker dan menjaga jarak. Studi kasus ini menggunakan teknik probing untuk mendapatkan penjelasan dan kronologi mengenai kematian ibu. Proses triangulasi data menggunakan hasil wawancara mendalam dan juga data sekunder yang didapat dari puskesmas dan dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang. Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu ketidaktepatan deteksi dini dan keterlambatan diagnosis dini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaktepatan deteksi dini ini akibat gagalnya bidan puskesmas dalam menjalankan prosedur sesuai dengan SOP dan standar pemeriksaan laboratorium urin pada trimester 1 sebanyak 1 kali dan trimester 2 sebanyak 2 kali. Karena pada kenyataannya, setelah kondisi ibu parah baru dilakukan pemeriksaan protein urin. Selain itu keterlambatan diagnosis dini juga terjadi dengan adanya penolakan dari ibu hamil saat dijemput ke posyandu dengan alasan dilarang oleh keluarga dan kurangnya rasa percaya masyarakat terhadap tenaga kesehatan di posyandu dan puskesmas. Pelayanan Kesehatan meliputi bidan desa dan tenaga kesehatan di puskesmas belum sepenuhnya menerapkan tata pelaksanaan diagnosa dini preeklampsia. Selain itu juga, masyarakat belum memahami tanda bahaya preeklampsia. bidan desa yang kurang sigap dalam penatalaksanaan *antenatal care* yang sesuai SOP, kapasitas laboratorium yang kurang merata, dan jauhnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Hal ini perlu mendapatkan perhatian serius dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang untuk menurunkan angka kematian ibu karena preeklampsia

Kata Kunci : Kapasitas Laboratorium, Deteksi Dini Preeklampsia, Ibu hamil, Studi Kasus

Abstract

The Incidence of preeclampsia in Pandeglang District was increasing from year to year. In 2020 as many as 7 cases and in 2021 as many as 8 cases (19.5%) of 41 cases of maternal death. The purpose of this study was to determine the capacity of the laboratory in early detection of preeclampsia in pregnant women in Pandeglang Regency in 2022. The method used in this study was qualitative with a case study design. The research subjects were two people who conducted in-depth interviews directly, but still paid attention to strict procedures, namely wearing masks and keeping a distance. This case study uses the probing technique to obtain an explanation and chronology of maternal deaths. The data triangulation process uses the results of in-depth interviews and also secondary data obtained from the Public Health Center and the Pandeglang District Health Office. In this study there are 2 variables, namely the inaccuracy of early detection and delay in early diagnosis. The results showed that the inaccuracy of early detection was caused by the failure of the Puskesmas midwives in carrying out procedures according to SOPs and standard urine laboratory examinations in the 1st and 2nd trimesters in the 2nd trimester. Because after the mother's condition was severe, urine protein was checked. In addition, delays in early diagnosis also occur due to the refusal of pregnant women to be picked up at the posyandu on the grounds that it is forbidden by the family and the lack of public trust in health workers at the posyandu and puskesmas. Health services, including village midwives and health workers at the puskesmas have not fully implemented the implementation of early preeclampsia diagnosis. In addition, people do not understand the danger signs of preeclampsia. village midwives who are less alert in managing antenatal care according to SOPs, uneven laboratory capacity, and distance of community access to health services. This needs serious attention from the Pandeglang District Health Office to reduce maternal mortality due to preeclampsia.

Keywords: *the capacity of the laboratory, early detection, preeclampsia, pregnant women, case studye*

PENDAHULUAN

Secara global kematian ibu adalah masalah kesehatan masyarakat utama karena 800 wanita meninggal setiap hari disebabkan kehamilan atau komplikasi saat persalinan. Setiap wanita hamil menghadapi risiko kehidupan yang tidak dapat diprediksi mengancam komplikasi kebidanan yang dapat berakhir pada morbiditas neonatal dan kematian, terutama di negara-negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih tertinggi di Asia Tenggara, berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 jumlah angka kematian ibu (AKI) sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup dengan kasus sebesar 14.623 kasus. Penyebab langsung kematian ibu (AKI) yaitu disebabkan preeklamsia dan perdarahan. Preeklamsia adalah hipertensi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam (Nugroho, 2012: 1). Pada kondisi berat preeklamsia dapat menjadi eklampsia dengan penambahan gejala kejang-kejang (Angsar, 2009: 532). Preeklamsia merupakan penyebab ke-2 kematian ibu di dunia setelah pendarahan (Saifuddin, 2009: 54). Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2008, angka kejadian preeklamsia di seluruh dunia berkisar 0,51%-38,4%. Di negara maju, angka kejadian preeklamsia berkisar 5%-6%, frekuensi preeklamsia untuk tiap negara berbeda-beda karena banyak faktor yang mempengaruhi.

Di Indonesia frekuensi kejadian preeklamsia sekitar 3-10%, sedangkan di Amerika Serikat dilaporkan bahwa kejadian preeklamsia sebanyak 5%. Di Indonesia, preeklamsia merupakan penyebab kematian ibu yang tinggi disamping pendarahan dan infeksi, yaitu perdarahan mencapai 28%, preeklamsia sebesar 24%, infeksi sebesar 11%, komplikasi puerperium sebesar 8%, partus lama sebesar 5%, dan abortus sebanyak 5% (Depkes RI, 2012). Kejadian preeklamsia belum pasti bisa diketahui penyebabnya, akan tetapi kondisi ini bisa dipengaruhi oleh paritas, ras, faktor genetik dan lingkungan. Selain itu, terdapat penyebab tidak langsung kematian ibu di tingkat masyarakat yang disebut dengan 3 (tiga) keterlambatan atau 3T yaitu keterlambatan pengenalan tanda bahaya, keterlambatan rujukan, dan keterlambatan pelayanan optimal. Keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya dapat mengakibatkan keterlambatan datang dan terlambatnya rujukan ke pelayanan kesehatan, sehingga pada saat dirujuk kondisinya sudah dalam keadaan darurat. Studi penelitian menjelaskan betapa pentingnya peran tenaga kesehatan dalam memberikan informasi kepada ibu hamil mengenai pentingnya pemeriksaan dini preeklamsia. Perbedaan akses terhadap pelayanan kesehatan di perkotaan

dan pedesaan yang menyebabkan pemeriksaan dini preeklampsia tidak dapat dilakukan. (Charanthimath et al., 2018)

Dalam Laporan Program Ibu Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2021, kendala Penurunan AKI dan AKB di wilayah Banten khususnya wilayah Kabupaten Pandeglang adalah 1) jumlah paraji yang masih tinggi sebanyak 11.444 dan 9.313 (81.3%) yang baru bermitra dengan puskesmas, sedangkan 19.7% masih belum menjadi dukun mitra; 2) jumlah bidan desa di wilayah kabupaten masih belum merata untuk penempatannya dari jumlah bidan sebesar 8.271, namun sekitar 4.102 (49.5%) yang tinggal di desa/ kelurahan; 3) masih adanya bidan desa yang tidak tinggal di desa binaannya yaitu dari 5.158 bidan di desa (BDD), yang tinggal di desa binaannya sebesar 4.102 bidan (79.5%) dan sebesar 1.056 bidan (20.5%) tidak tinggal di desa binaannya; 4) Beberapa puskesmas lokasinya kurang strategis dan bukan di jalan utama, sehingga tidak di lewati oleh angkutan umum, dan keterbatasan infrastruktur dari wilayah puskesmas menyebabkan tenaga kesehatan sulit untuk menjangkau ibu hamil dan bersalin, begitu pun sebaliknya. Hal ini menyebabkan komunikasi dengan warga masyarakat tidak bisa dilaksanakan dengan holistik. Selain itu juga sifat humanis dan altruisme tidak semuanya ada di dalam bidan desa. Pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal belum sepenuhnya dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas. Budaya masyarakat di Provinsi Banten pun masih sangat kental mempengaruhi kehidupan masyarakat termasuk dalam hal proses persalinan ibu hamil terutama kepercayaan terhadap dukun beranak dalam menolong persalinan.

Pencegahan atau diagnosis dini preeklampsia dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk dapat menegakkan diagnosis dini diperlukan pengawasan hamil yang teratur dengan memperhatikan kenaikan berat badan, kenaikan tekanan darah, dan pemeriksaan urin untuk menentukan proteinuria. Kejadian preeklampsia dapat dicegah dengan memberikan nasehat tentang diet makanan, cukup istirahat dan pengawasan antenatal (Manuaba, 2010). Berdasarkan latar belakang di atas, menjadikan alasan bagi penulis untuk meneliti Kapasitas Laboratorium dalam Deteksi Dini Preeklampsia pada Ibu hamil (studi kasus di Kabupaten Pandeglang)

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Kasus dalam penelitian ini adalah mengenai situasi preeklampsia dan bagaimana penanganannya di wilayah Kabupaten Pandeglang. Preeklampsia di wilayah Kabupaten Pandeglang masih tinggi dengan angka

kejadian dari 206 kasus komplikasi pada ibu hamil, 9% diantaranya terjadi karena preeklampsia. Dari jumlah tersebut, terdapat 41 kasus kematian ibu selama tahun 2021 dan 8 kasus (19.5%) diantaranya terjadi karena preeklampsia/eklampsia yang tersebar di 5 puskesmas Kabupaten Pandeglang (1).

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan pengumpulan data kualitatif melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen yang didapat dari data sekunder (2). Pengambilan data dilakukan pada bulan Maret tahun 2022 di Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten. Wawancara mendalam dilakukan kepada 3 (tiga) informan yaitu bidan koordinator Puskesmas Kaduhejo dan Puskesmas Angsana mengenai kronologis kematian ibu. Selain itu, data pun didapat dari data sekunder melalui telaah dokumen yaitu data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) Kabupaten Pandeglang, Rekap Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita Kabupaten Pandeglang, dan Laporan Kegiatan Program Kesehatan Ibu Kabupaten Pandeglang tahun 2021. Untuk observasi, dilakukan untuk melihat proses kerja bidan dalam memberikan pelayanan antenatal care dan proses kerja laboratorium dalam memberikan hasil kesehatan ibu. Adapun untuk instrumen penelitian yaitu menggunakan studi telaah dokumen dari puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, hasil wawancara mendalam yang terpilih dari informan kunci dari 3 puskesmas dengan kriteria puskesmas terdekat dan puskesmas terjauh dari ibukota Kabupaten Pandeglang dengan sejumlah pertanyaan yang telah disusun, dan observasi dilakukan dengan melihat proses cara kerja bidan di puskesmas melalui checklist atau daftar tilik.

Total subjek penelitian adalah dua orang yang dilakukan wawancara mendalam secara langsung, namun tetap memperhatikan prokes yang ketat yaitu memakai masker dan menjaga jarak. Wawancara mendalam pun menggunakan teknik probing untuk mendapatkan penjelasan dan kronologi mengenai kematian ibu. Proses triangulasi data menggunakan hasil wawancara mendalam, observasi dan juga data sekunder yang didapat dari puskesmas dan dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang.

Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu ketidaktepatan deteksi dini dan keterlambatan diagnosis dini. Adapun definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

1. Ketidaktepatan deteksi dini adalah pemeriksaan deteksi awal penyakit yang dilakukan tidak sesuai dengan standar operasional menurut kejadian serta riwayat sakit yang dialami oleh ibu hamil.

2. Terlambatan diagnosis dini adalah penentuan diagnosa awal yang terlalu lama sehingga mengakibatkan komplikasi atau bahkan kematian terhadap ibu hamil.

Analisis tematik dalam penelitian ini berdasarkan tema mengenai ketidaktepatan deteksi dini preeklampsia dan keterlambatan pengenalan gejala preeklampsia melalui objektivitas data yang diambil dari proses triangulasi dari telaah dokumen, hasil wawancara mendalam, dan observasi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pada Laporan Kegiatan Program Kesehatan Ibu Kabupaten Pandeglang Tahun 2021 dari 2278 jumlah kasus komplikasi pada ibu hamil, bersalin, dan nifas sebanyak 206 kasus diantaranya (9%) adalah preeklampsia/eklampsia. Dari jumlah tersebut, terdapat 41 kasus kematian ibu selama tahun 2021 dan 8 kasus (19.5%) diantaranya terjadi karena preeklampsia/eklampsia yang tersebar di 5 puskesmas Kabupaten Pandeglang yaitu Puskesmas Kaduhejo sebanyak 1 kasus kematian ibu hamil, Puskesmas Pagelaran sebanyak 2 kasus kematian ibu hamil, Puskesmas Angsana sebanyak 1 kasus kematian ibu hamil, Puskesmas Cigeulis sebanyak 1 kasus kematian ibu hamil, dan Puskesmas Cikeusik sebanyak 3 kasus kematian ibu hamil (1). Kematian ibu hamil yang begitu tinggi di Kabupaten Pandeglang selain dari ketidaktepatan deteksi dini dan keterlambatan diagnosa dini, juga karena letak geografis terutama di wilayah 4 puskesmas yang terdapat kematian ibu. Jarak puskesmas cukup jauh dari pusat kota Kabupaten Pandeglang. Sehingga proses rujukan ibu mengalami hambatan untuk mencapai tempat pertolongan dengan peralatan yang lengkap. Lalu, penempatan tenaga bidan di desa terpencil jumlahnya belum merata. Di mana seharusnya 1 desa memiliki 1 bidan, namun masih terpusat di daerah perkotaan (3).

Dalam wawancara mendalam yang dilakukan kepada salah satu Bidan Puskesmas Kaduhejo didapat bahwa seorang ibu hamil (Ny. L usia 32 tahun) meninggal di rumah, tanpa diketahui detail kematiannya. Menurut bidan setempat, riwayat antenatal care selama kehamilan memiliki tekanan darah yang tinggi yaitu rata – rata 160/90 mmHg, tetapi tidak diperiksa urin. Ny. L sempat dirujuk ke rumah sakit, ternyata memiliki riwayat penyakit jantung, namun baik di rumah sakit pun tidak dilakukan pemeriksaan urin.

“ ... meninggalnya di rumah ga ada tahu secara detailnya. Buku KIA-nya ga tahu saya ada atau g soalnya waktu merujuk ke RS bukunya dibawa. Protein urinya semuanya di cek teh pas pada saat di pkm mau dirujuk.” (Informan 1).

Hasil di atas menggambarkan bahwa Ny.L tidak diperiksa urin meskipun memiliki tekanan darah lebih dari 140 mmHg dan buku KIA yang menjadi pendukung data Kesehatan ibu pun tidak turut disertakan. Ketidaktepatan deteksi dini ini akibat gagalnya bidan puskesmas dalam menjalankan prosedur sesuai dengan SOP dan standar pemeriksaan lab urin pada semester 1 sebanyak 1 kali dan trimester 2 sebanyak 2 kali. Karena pada kenyataannya, setelah kondisi ibu parah baru dilakukan pemeriksaan protein urin.

Kasus lainnya didapat dari wawancara mendalam dengan bidan di Puskesmas Angsana. Ny. K usia 35 tahun dengan kehamilan kurang dari 28 minggu meninggal dengan pendarahan. Kronologisnya yaitu Ny. K mengeluh pusing dan kaki bengkak dengan tekanan darah sistolik 180 mmHg. Besoknya, pasien kejang dan muntah darah dengan tekanan darah sistolik 200 mmHg dengan janin masih hidup. Malam harinya, Ny.L dilakukan operasi sesar karena janin sudah meninggal atau intraurine fetal death yaitu kondisi di mana janin sudah meninggal setelah kehamilan berusia 20 minggu (kematian janin dalam kandungan). Dan keesokannya, Ny. K meninggal karena pendarahan.

“ Pasien pernah kontak sama bidan desa waktu umur kehamilan 8 minggu. Setiap posyandu selalu di jemput ke rumahnya tapi pasien menolak. Ibu kader tidak laporan dari awal ke bides (bidan desa) karena dilarang oleh keluarga. Saat mulai ada keluhan, juga pihak keluarga tidak menghubungi bides/puskesmas. Mereka menganggap bides dan puskesmas tidak akan sanggup menangani pasien tersebut sehingga langsung di bawa ke Klinik Alinda Panimbang.” (Informan 2).

Komplikasi preeklampsia yang dialami oleh Ny. K ini merupakan akibat dari keterlambatan diagnosis dini. Preeklampsia ini dapat ditangani dengan prosedur yang memadai, cepat, tepat, dan segera. Pelayanan Kesehatan meliputi bidan desa dan tenaga kesehatan di puskesmas belum sepenuhnya menerapkan tata pelaksanaan diagnosa dini preeklampsia. Selain itu juga, masyarakat belum memahami tanda bahaya preeklampsia. Hal ini terlihat dengan adanya penolakan saat dijemput ke posyandu dengan alasan dilarang oleh keluarga dan kurangnya rasa percaya masyarakat terhadap tenaga kesehatan di posyandu dan puskesmas.

Saat dilakukan observasi untuk kinerja dan proses pelayanan bidan terhadap ibu hamil melalui Laporan Program Ibu dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2021 diperoleh bahwa dari sasaran ibu hamil Kabupaten Pandeglang Tahun 2021 sebesar 25.683 ibu hamil, hanya 17.247 ibu hamil (67.15%) yang melakukan kunjungan ANC (antenatal care) secara lengkap (K6). Sementara untuk program-program ibu hamil yang diadakan seperti kelas ibu hami, dari 25.683 sasaran ibu hamil di Kabupaten Pandeglang Tahun 2021, hanya 16.940 ibu

hamil (65.96%) yang mengikuti kelas tersebut. Lalu untuk partisipan suami/ keluarga yang mengikuti kelas ibu hanya 2.480 orang (9.65%). Berdasarkan data di atas terlihat bahwa partisipasi ibu hamil dan keluarga masih rendah untuk memeriksakan kehamilannya dan mengikuti program ibu hamil yang dilakukan oleh puskesmas.

Pembahasan

Preeklampsia adalah penyebab kematian ibu tertinggi di dunia setelah pendarahan. Bahkan di Indonesia sendiri, penyebab kematian ibu selain infeksi dan pendarahan adalah preeklampsia yaitu sebesar 24% 2. Hal ini terjadi karena terdapatnya faktor risiko preeklampsia yaitu diantaranya primiparitas, primigravida, riwayat keluarga yang pernah memiliki preeklampsia, dan penyakit ginjal yang sudah ada sebelum hamil 3. Namun, hal itu dapat dicegah dengan penegakkan diagnosis dini yang memerlukan pengawasan mengenai kehamilan meliputi pemantauan kenaikan tekanan darah dan adanya pemeriksaan urin untuk menentukan adanya proteinuria kepada ibu hamil (4).

Salah satu indikator untuk mendeteksi apakah ibu hamil mengalami preeklampsia yaitu dengan meningkatnya jumlah kadar albumin pada urin. Hal itu dapat diketahui melalui pemeriksaan protein urin di laboratorium. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi preeklampsia baik ringan ataupun berat yang memungkinkan untuk kearah eklampsia. Selain itu juga untuk mengetahui bagaimana fungsi ginjal saat masa kehamilan. Proteinuria adalah gejala terakhir yang timbul pada ibu hamil yang mengalami preeklampsia (4).

Proteinuria selama kehamilan ditandai dengan jumlah protein dalam urin selama 24 jam sebesar 300 mg/dL protein atau rasio protein-kreatinin sebesar 0,30 atau lebih. Ketika pemeriksaan urin dengan metode kuantitatif tidak tersedia atau dibutuhkan hasil yang cepat keputusan, maka dapat diganti dengan pembacaan dipstik protein urin. Namun, dipstik urinalisis memiliki hasil tes positif palsu dan negatif palsu yang tinggi. Sebab, sebanyak 71% kasus hasil tes proteinuria 1+ dan 7% kasus hasil tes proteinuria 3+ merupakan positif palsu. Adapun dengan menggunakan standar pengumpulan urin 24 jam yang sama, tingkat negatif palsu untuk dipstik urinalisis adalah 9%. Jika dipstik urinalisis adalah satu-satunya cara yang tersedia untuk menilai proteinuria maka akurasi keseluruhan lebih baik menggunakan 2+ sebagai nilai penentu (5).

Pemeriksaan protein urin yang menggunakan dipstik urinalisis di laboratorium sesuai sensitivitas dan spesivitas gold standar yaitu menggunakan metode asam asetat dengan konsentrasi 6%. Cara interpretasi hasil pemeriksaannya yaitu jika negatif (-) hasilnya tidak

terdapat kekeruhan; 1+ hasilnya keruh ringan tanpa ada butiran; 2++ hasilnya keruh dan butirannya mudah dilihat; 3+++ hasilnya keruh dan terlihat jelas berbentuk keping – keping; 4++++ hasilnya keruh dengan membentuk kepingan besar, menggumpal, dan memadat (6).

Pemeriksaan dan skrining untuk risiko preeklampsia dapat dilakukan kapan saja selama kehamilan, biasanya dilakukan pada trimester pertama (memungkinkan intervensi untuk mengurangi risiko) dan pada trimester kedua/ketiga (untuk kemungkinan jangka pendek dan mencegah timbulnya preeklampsia) (7). Pada kehamilan yang normal, protein yang diekresi di dalam urin akan mengalami peningkatan 5 mg/dL pada trisemester pertama dan yang kedua, lalu pada trisemester ketiga akan mengalami peningkatan sebesar 15 mg/dL (8) . Maka dari itu perlu dilakukan pemeriksaan urin di laboratorium agar lebih cepat deteksi dini preeklampsia. Kapasitas laboratorium yang mumpuni untuk pemeriksaan urin juga harus diimbangi dengan jumlah tenaga kesehatannya. Bidan terutama merupakan garda terdepan sebagai pendeteksi kejadian preeklampsia pada ibu hamil. Ketepatan deteksi dini dan cepatnya diagnosa sangat diperlukan untuk menurunkan angka kematian ibu akibat preeklampsia. Namun fakta di lapangan memperlihatkan bahwa masih banyak bidan yang belum secara sigap melakukan pemeriksaan kepada ibu hamil. Dari hasil supervisi di Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, banyak tenaga bidan yang masih muda sehingga kurang pengalaman dan dalam proses pelaksanaannya diperlukan pendampingan dari bidan senior, tetapi jumlahnya masih sedikit dan kurangnya supervisi.

Perilaku persalinan yang masih belum percaya sepenuhnya kepada tenaga kesehatan pun menjadi alasan tingginya komplikasi persalinan akibat preeklampsia. Seperti pada penelitian yang dilakukan Mustikawati tahun 2018 di mana pencarian pertolongan persalinan kepada dukun beranak masih tinggi. Kepercayaan terhadap dukun beranak dalam menolong persalinan masih sangat kuat di Provinsi Banten. Mereka beranggapan bahwa persalinan dengan dukun (paraji) lebih aman dikarenakan akan diberikan jampi – jampi dan doa – doa agar persalinan lancar. Namun hal ini berisiko karena dukun beranak tidak mengetahui tanda – tanda bahaya yang akan terjadi dalam persalinan sebab tidak adekuat, hanya berdasarkan pengalaman (9). Dalam data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, jumlah dukun beranak (paraji) yang terdata sebanyak 11.444 dan 9.313 (81.3%) yang baru bermitra dengan puskesmas, sedangkan 19.7% masih belum menjadi dukun mitra (1). Hal ini perlu diperhatikan dengan meningkatkan kemitraan dukun beranak dan juga bidan. Bidan desa pun lebih dekat dengan masyarakat agar komunikasi dapat dilakukan secara holistik.

Selain itu, ibu hamil dan keluarga pun masih kurang memahami tanda bahaya dari preeklampsia. Penolakan dari keluarga serta enggan untuk melakukan pemeriksaan di posyandu dan puskesmas menyebabkan angka preeklampsia tinggi di Kabupaten Pandeglang. Terutama kepada ibu hamil yang berusia atau kehamilan pertama. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Arsani, dkk tahun 2017 bahwa preeklampsia paling banyak terjadi pada usia 20 – 24 tahun atau pada kehamilan pertama. Hal ini terjadi karena mekanis imunologi yang belum sempurna. Dari penelitiannya yang dilakukan di Denpasar bahwa ibu dengan tekanan darah tinggi dari 39 responden, 10 responden (25.64%) mengalami proteinuria (10). Maka dari itu, pemeriksaan proteinuria ini penting dilakukan di setiap trisemeternya untuk pencegahan preeklampsia.

Di negara – negara lain terkait pencegahan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi dari preeklampsia yaitu dengan melakukan surveilans rutin di antaranya seperti di Inggris dilakukan kardiografi untuk mengetahui detak jantung bayi dalam rahim dan dilakukan pemantauan perkembangan janin, pun sama seperti di Australia, New Zealand dan Kanada. Sementara itu di Amerika Serikat, dilakukan tes profil biofisik untuk kesehatan janin jika hasil kardiografi non-reaktif (11). Sedangkan di Nepal dilakukan dengan pendekatan berbasis komunitas di mana membentuk sistem terintegrasi antara pusat kesehatan masyarakat dengan rumah sakit regional dan sub-regional untuk merujuk ibu hamil guna pencegahan morbiditas dan kematian ibu dan anak (12).

Tindakan pencegahan di negara – negara lain untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak akibat preeklampsia dapat dijadikan acuan keberhasilannya di program kesehatan ibu dan anak di Indonesia, terutama di Kabupaten Pandeglang, Provinsi Banten. Hal ini memerlukan adanya integritas dari tingkat pusat ke daerah dan berbasis komunitas karena Kabupaten Pandeglang masih kental budayanya, sehingga pendekatan itu tidak hanya ke ibu hamil, namun ke keluarga terutama suami dan keluarga. Lalu, ditingkatkannya juga kapasitas laboratorium yang menjangkau hingga level puskesmas terpencil sehingga pemeriksaan protein urin dapat dilakukan segera. Kolaborasi sinergis antara masyarakat, bidan desa, tenaga kesehatan, puskesmas, dan dinas kesehatan mampu meningkatkan kesehatan ibu dan anak sehingga dapat menurunkan angka komplikasi dan kematian ibu hamil karena preeklampsia

SIMPULAN

Angka kematian ibu di Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten cukup tinggi dengan 41 kasus kematian ibu selama tahun 2021. Dari jumlah tersebut, 8 kasus diantaranya disebabkan karena

preeklampsia. Tingginya angka preeklampsia dikarenakan ketidaktepatan deteksi dini dan keterlambatan diagnosis dini terhadap ibu hamil. Pemeriksaan proteinuria pada ibu hamil tidak segera dilakukan karena kurangnya ibu dan keluarga dalam memahami tanda bahaya preeklampsia, bidan desa yang kurang sigap dalam penatalaksanaan antenatal care yang sesuai SOP, kapasitas laboratorium yang kurang merata, dan jauhnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Hal ini perlu mendapatkan perhatian serius dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang untuk menurunkan angka kematian ibu karena preeklampsia dengan upaya digalakkannya penyuluhan tidak hanya ke ibu hamil namun juga ke keluarga, ditingkatkannya kapasitas laboratorium untuk pemeriksaan penunjang ibu hamil, dan optimalisasi kemampuan bidan desa yang tersebar merata hingga ke pelosok desa terpencil di Kabupaten Pandeglang.

REFERENSI

- Dinkes Kabupaten Pandeglang. Laporan Program Ibu Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang. Dinkes Kabupaten Pandeglang; 2021.
- Iriani D, Ganap EP, Sulisty DH. RESPONS TINDAK LANJUT REKOMENDASI AUDIT MATERNAL DI KABUPATEN BREBES DAN KABUPATEN BANYUMAS. *J Manaj Pelayanan Kesehat.* 2021;24:60–5.
- Badan Pusat Statistik. Kabupaten Pandeglang Dalam Angka [Internet]. BPS-Statistics Indonesia; 2018. Available from: <https://pandeglangkab.bps.go.id>
- Apriani A. DETEKSI PRE-EKLAMPSIA PADA IBU HAMIL TRIMESTER 2-3 MELALUI PEMERIKSAAN PROTEIN URIN. *Klin Sains J Anal Kesehat.* 2021 Dec 29;9(2):150–8.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *ACOG.* 2020;135(6):24.
- Stefańska K, Zieliński M, Zamkowska D, Adamski P, Jassem-Bobowicz J, Piekarska K, et al. Comparisons of Dipstick Test, Urine Protein-to-Creatine Ratio, and Total Protein Measurement for the Diagnosis of Preeclampsia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 12;17(12):4195.
- Queensland Clinical Guidelines. Guideline: Hypertension and pregnancy. *Qld Health.* 2021 Feb;36.
- Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Feb;226(2):S1237–53.
- Mustikawati IS. DETERMINAN SOSIAL PERILAKU PERTOLONGAN PERSALINAN PADA MASYARAKAT SUKU BADUY LUAR, PROPINSI BANTEN, JAWA

- BARAT. J INOHIM [Internet]. 2018 Jun;6(No.1). Available from: <https://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/Inohim/article/download/2408/2067>
- Merta W. KADAR PROTEIN URIN PADA IBU HAMIL TRIMESTER II DAN III DI PUSKESMAS II DENPASAR BARAT. Meditory J Med Lab [Internet]. 2017 Jul 5 [cited 2022 Jun 6];5(1). Available from: <https://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/M/article/view/108>
- Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CYL, Lewandowski AJ. Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on the Offspring. J Clin Med. 2019 Oct 4;8(10):1625.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in South-East Asia region: a regional framework. [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279775>