

Penatalaksanaan secara Holistik dan Komprehensif Pada Hipertensi Gestasional

Aulian Mediansyah¹, R.E Rizal Effendi²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) lebih banyak dibanding negara maju. Salah satu penyebab tertinggi AKI dan menjadi masalah kesehatan yang sering muncul selama kehamilan serta dapat menimbulkan komplikasi pada 2–3% kehamilan adalah hipertensi. Hipertensi pada kehamilan merupakan salah satu kehamilan resiko tinggi yang membutuhkan perhatian lebih sehingga dilakukan beberapa upaya untuk menghindari mortalitas pada ibu dan bayi. Upaya ini meliputi terapi obat-obatan serta fungsi dan ketanggapan keluarga (Holistik dan Komprehensif). Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil disajikan dalam format *case report*. Setelah dilakukan evaluasi terdapat perubahan gaya hidup pasien dan keluarga serta peningkatan pengetahuan keluarga. Masalah klinis yang kompleks membutuhkan waktu yang lama dan kerjasama antara petugas kesehatan dan keluarga. Dimana petugas tidak hanya menyelesaikan masalah klinis pasien, tetapi juga mencari dan memberi solusi atas permasalahan-permasalahan dalam lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan keluarga.

Kata kunci : Hipertensi Gestasional, komprehensif, penatalaksanaan holistik

Holistic And Comprehensive Management In Gestational Hypertension

Abstract

Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) are more than developed countries. One of the highest causes of AKI and a health problem that often arises during pregnancy and can cause complications in 2–3% of pregnancies is hypertension. Hypertension in pregnancy is one of the high-risk pregnancies that require more attention so that some efforts are made to avoid maternal mortality baby. These efforts include drug therapy and family function and responsiveness (Holistic and Comprehensive). Primary data is obtained through history (autoanamnesis and alloanamnesis), physical examinations and home visits to supplement family data, psychosocial and environmental data. Secondary data was obtained from patients' medical records at the Puskesmas. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, the process, and the end of the study quantitatively and qualitatively. The results are presented in a case report format. After evaluating there are changes in the lifestyle of patients and families as well as increasing family knowledge. Complex clinical problems require a long time and collaboration between health workers and families. Where officers not only complete the patient's clinical problem, but also seek and provide solutions to problems in the environment that affect the health of patients and families.

Key words: Comprehensive, gestational hypertension, holistic management

Korespondensi: Aulian Mediansyah, S.Ked, alamat: Jl. Flamboyang Gang Dahlia No 1, Kecamatan Tanjung Seneng, Bandar Lampung. HP 081369919921, e-mail : aulianmediansyah@gmail.com

Pendahuluan

Menurut data WHO tahun 2007, negara-negara berkembang saat ini memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) lebih banyak dibanding negara maju. Data dari WHO menunjukkan didapatkan AKI sebanyak 228 per 100.000 kelahiran hidup sementara untuk AKB pada tahun 2007 adalah 44 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab tigginya AKI di dunia yaitu kematian ibu dengan perdarahan (25%), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), dan komplikasi aborsi tidak aman (13%), serta sebab-sebab lainnya (8%).¹

Salah satu penyebab tertinggi dan menjadi masalah kesehatan yang sering muncul selama kehamilan serta dapat menimbulkan komplikasi pada 2–3% kehamilan adalah hipertensi. Kejadian hipertensi pada kehamilan sekitar 5–15%, dan merupakan satu di antara 3 penyebab mortalitas dan morbiditas ibu bersalin di samping infeksi dan perdarahan. Selain itu, frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan juga meningkat pada ibu hamil yang mengalami hipertensi. Dampak dari hipertensi kehamilan lebih lanjut antara lain risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah, dan angka kematian perinatal meningkat.^{1,2}

Hipertensi merupakan kenaikan tekanan darah melebihi batas normal yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Dapat juga disebut hipertensi jika terdapat kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg. Pembagian hipertensi dalam kehamilan ialah Hipertensi kronik, Preeklamsi, Eklamsi, Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsi, dan Hipertensi gestasional.^{3,4}

Diagnosa hipertensi gestasional ditegakkan pada ibu hamil yang memiliki tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih

untuk pertama kalinya pada masa kehamilan namun tidak ditemukan proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transient bila tidak berkembang menjadi preeklamsi dan tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu post-partum. Teori-teori hipertensi gestasional yang sekarang banyak dianut adalah teori kelainan vaskularisasi plasenta, teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel, teori intoleransi imunologik antara intrauterin dan janin, teori adaptasi kardiovaskular genetik, teori defisiensi gizi dan teori inflamasi.⁵

Hipertensi pada kehamilan merupakan salah satu kehamilan resiko tinggi yang membutuhkan perhatian lebih sehingga dilakukan beberapa upaya untuk menghindari mortalitas pada ibu dan bayi. Beberapa upaya yang dilakukan yaitu meningkatkan frekuensi dan kualitas pelayanan antenatal care (ANC) oleh tenaga kesehatan profesional, cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih, akses layanan obstetri darurat (dasar dan komprehensif) pada kehamilan dan persalinan berisiko tinggi, dan persentase persalinan di fasilitas kesehatan.⁶

Tujuan dari tatalaksana kasus ini adalah :

1. Mengurangi keluhan yang dirasakan pasien serta pencegahan perburukan dan penerapan pelayanan keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.
2. Mengetahui faktor – faktor eksternal dan internal sebagai penyebab kasus Hipertensi Gestasional yang dibahas.

Kasus

Pasien Ny. E adalah seorang ibu rumah tangga berusia 20 tahun. Pasien beragama Islam, bertempat tinggal di kutoarjo, Gedong Tataan. Pasien tinggal

bersama kedua mertuanya, adik ipar dan suami, serta kedua keponakannya. Suami pasien merupakan seorang nelayan yang bekerja di Batam dan pulang tidak menentu. Pasien hamil anak ketiga dengan perkiraan usia kehamilan 30 minggu (HPHT 9 Juli 2018). Pasien pernah melahirkan anak hidup 1 kali berjenis kelamin laki-laki 3 tahun yang lalu. Saat hamil anak kedua pasien mengalami keguguran pada usia kehamilan 2 bulan sekitar 2 tahun yang lalu. Pasien juga pernah mengalami kehamilan anggur beberapa bulan setelah keguguran.

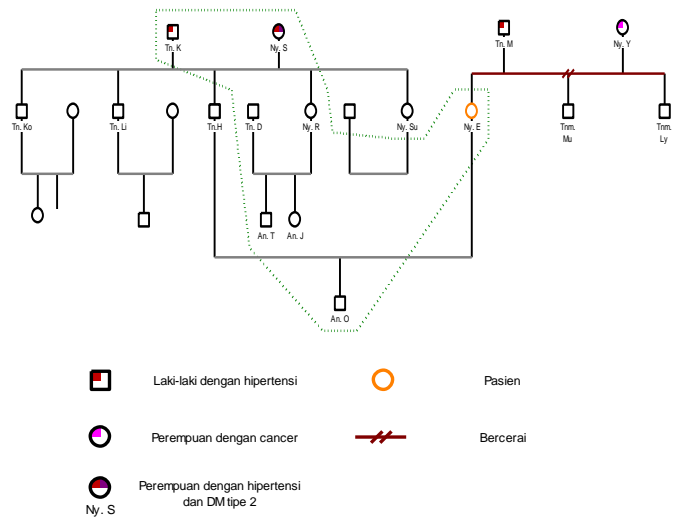
Pada 8 Februari 2019, pasien datang ke Posyandu Bawang Merah Gedong Tataan. Pasien datang seorang diri untuk memeriksakan kehamilannya. Ini merupakan pemeriksaan kehamilan ketiga pasien. Pasien mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan pada bulan September dan pemeriksaan kehamilan kedua pada bulan Desember. Pasien sering mengalami nyeri di bagian belakang kepala. Nyeri kepala dirasakan seperti tertimpa beban berat. Nyeri tidak menjalar, dan tidak dipengaruhi oleh cahaya dan aktivitas tertentu seperti menyikat gigi atau makan. Pusing berputar dan telinga berdenging disangkal, pandangan kabur disangkal, dan nyeri ulu hati disangkal, demam juga disangkal pasien. Pasien mengatakan keluhan nyeri seperti ini sudah dialami sejak 1 minggu yang lalu. Nyeri kepala diperberat saat pasien beraktivitas dan mereda saat pasien beristirahat. Pasien tidak mengonsumsi obat-obatan dari warung maupun pengobatan lainnya. Riwayat darah tinggi pada pemeriksaan kehamilan kedua disangkal. Riwayat darah tinggi pada kehamilan sebelumnya disangkal, riwayat darah tinggi sebelum hamil disangkal. Pasien sering menghirup asap rokok di rumahnya. Kemudian pasien diminta ke puskesmas Gedong Tataan untuk dilakukan pemeriksaan urine. Didapatkan hasil negatif proteinuria pada pasien.

Analisis studi ini adalah *case report*. Data primer diperoleh melalui anamnesis

(autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga (ibu pasien), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data okupasi dan psikososial serta lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis terdahulu. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

Ibu pasien memiliki riwayat tumor jinak pada payudara dan sudah menjalani operasi, ibu pasien juga mengalami riwayat penebalan dinding rahim. Ayah pasien memiliki riwayat darah tinggi.

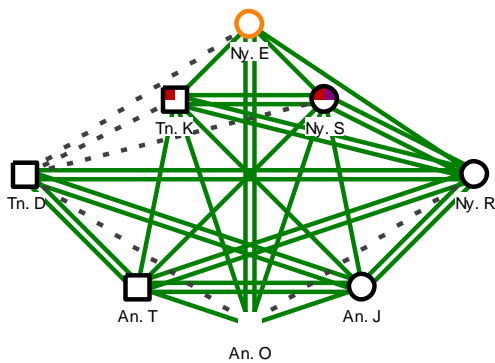
Pekerjaan sehari-hari pasien adalah ibu rumah tangga. Suami pasien tidak tinggal serumah dengan pasien dan bekerja di luar daerah serta pulang tidak menentu. Pasien tinggal bersama anak pertamanya, kedua mertua, adik ipar dan suaminya serta kedua keponakannya.



Gambar 1. Genogram An. MR

Pemukiman perumahan luas rumah 10x10 m². Tinggal bersama anak pertamanya, ayah dan ibu mertua, adik ipar dan suami, serta kedua keponakannya. Rumah permanen, berlantai keramik, terdapat jendela yang dibuka tiap pagi hari. Terdapat ventilasi kamar yang sedikit berdebu. Terdapat ruang tamu, tiga kamar,

dapur, dan ruang makan yang menyatu dengan ruang keluarga. Kondisi rumah dan lingkungan rumah tidak lembab, tata letak barang rapi, pencahayaan cukup, sinar matahari dapat masuk melalui jendela, penerangan menggunakan lampu listrik. Sumber air berasal dari air PAM. Kamar mandi di dalam rumah dan sudah bentuk kloset jongkok permanen. Setiap hari ibu mertua pasien, pasien dan adik ipar pasien membersihkan rumah (menyapu, mengepel, dan membersihkan debu).



Gambar 2. Hubungan antar keluarga pasien

Keterangan :

- : Hubungan dekat
- - - - - : Hubungan baik
- : Hubungan jauh

Family APGAR Score

- Adaptation* :1
- Partnership* :1
- Growth* :1
- Affection* :2
- Resolve* :1
- Total :6(Fungsi keluarga cukup)

Beck Depression Inventory II score :

| Nilai Total | Tingkatan Depresi |
|-------------|--|
| 1-10 | Naik turunnya perasaan ini tergolong wajar |
| 11-16 | Gangguan "mood" atau perasaan murung yang ringan |
| 17-20 | Garis batas depresi klinis |
| 21-30 | Depresi sedang |
| 31-40 | Depresi parah |
| 40 Keatas | Depresi ekstrim |

Pada pasien ini diberikan beberapa pertanyaan sesuai *Beck Depression Inventory II* untuk menilai derajat depresi yang mungkin terjadi. Didapatkan score 16, yang dapat diartikan bahwa terjadi gangguan mood pada pasien ini yang dapat berakibat pada keadaan depresi.

Diagnosis klinis awal :

1. Aspek personal :
 - Alasan kedatangan : memeriksakan kehamilan dan nyeri kepala
 - Kekhawatiran : khawatir nyeri kepala akan mempengaruhi kondisi dari janin.
 - Harapan : kondisi janin normal.
 - Persepsi : dapat sembuh dari penyakit.
2. Aspek klinis : Hipertensi gestasional
3. Aspek risiko internal : Pasien memiliki riwayat dilakukan tindakan kuretase akibat abortus yang dialami, pasien juga memiliki riwayat hamil anggur dan usia saat kehamilan yang kurang dari 20 tahun yang merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi pada kehamilan.
4. Aspek risiko eksternal dan psikososial keluarga :
 - Pasien merasa stress karena tidak ada dukungan dari suami dan keluarga kandung.
 - Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai bahaya asap rokok terhadap kehamilan.
 - Kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga dalam menghadapi penyakit yang dialami pasien saat ini.
 - Upaya kesehatan keluarga bersifat kuratif, hanya berobat saat anggota keluarga sakit.
5. Derajat fungsional : 1 (Mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit)

Intervensi

Nonmedikamentosa:

1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita serta komplikasinya.
2. merencanakan konsultasi Sp. OG di puskesmas.
3. Konseling kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit hipertensi dalam kehamilan, faktor resiko, pola penyakit, serta rencana tatalaksanaannya.
4. Konseling dan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat.
5. Manajemen stress pada pasien
6. Memberikan konseling terhadap keluarga mengenai program GRATIS (Gerakan Tanggap Ibu Selamat)
7. Memotivasi pasien dan keluarga untuk rutin kontrol dan berobat ke pusat layanan kesehatan agar upaya kesehatan preventif tercipta pada keluarga tersebut.
8. Memotivasi agar pasien dan keluarga selalu menjaga kebugaran dan rutin berolahraga.

Medikamentosa:

Tidak diberikan terapi medikamentosa.

Diagnosis Holistik Akhir :

1. Aspek personal
 - Alasan kedatangan : memeriksa kehamilan
 - Kekhawatiran : khawatir pasien sudah mulai berkurang
 - Harapan : hampir tercapai maksimal
 - Persepsi : dapat sembuh dari penyakit
2. Aspek klinis : Hipertensi gestasional
 1. Aspek risiko internal:
 - Pasien sudah mengerti tentang penyakitnya, faktor resiko dan faktor penyebab terjadinya hipertensi dalam kehamilan.
 - Pasien sudah mulai mengurangi makanan yang mengandung garam tinggi serta mulai mengonsumsi

makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil.

- Pasien melakukan manajemen stress dengan mendengarkan musik.
2. Aspek resiko eksternal dan psikososial keluarga
 - Pasien sering berkomunikasi dengan suami dan keluarga kandungnya melalui telepon.
 - Pengetahuan dan dukungan keluarga sudah cukup untuk memotivasi pasien agar selalu kontrol kehamilan.
 - Upaya kesehatan keluarga sudah bersifat preventif.
 3. Derajat fungsional :
1 (Mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit)

Family APGAR Score (setelah intervensi)

| | |
|--------------------|---------------------------|
| <i>Adaptation</i> | :2 |
| <i>Partnership</i> | :2 |
| <i>Growth</i> | :1 |
| <i>Affection</i> | :2 |
| <i>Resolve</i> | :2 |
| Total | :9 (Fungsi keluarga baik) |

Pembahasan

Diagnosa hipertensi gestasional ditegakkan pada ibu hamil yang memiliki tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya pada masa kehamilan namun tidak ditemukan proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transient bila tidak berkembang menjadi preeklamsi dan tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu post-partum.⁷

Pada pasien ini, penegakkan diagnosis didapatkan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Hasil anamnesis pasien mengeluhkan nyeri kepala bagian belakang yang berlangsung sejak satu minggu yang lalu. Nyeri kepala tidak dipengaruhi oleh cahaya maupun aktivitas seperti menyikat gigi. Pasien tidak memiliki riwayat darah tinggi sebelum kehamilan, riwayat darah tinggi pada

kehamilan sebelumnya juga disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah pasien 150/90 pada pemeriksaan pertama. Kemudian dilakukan pemeriksaan kedua, 15 menit setelah pemeriksaan pertama. Hasil pemeriksaan tekanan darah kedua tetap, yaitu 150/90. Oedema pada bagian palpebra inferior (-), oedema pada kedua tungkai (-) Kemudian pasien diminta untuk melakukan pemeriksaan urine di puskesmas Gedong Tataan dan didapatkan hasil protein negatif pada urine. Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang tersebut pasien dinyatakan mengalami hipertensi gestasional.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan gangguan multi faktorial. Beberapa faktor risiko dari hipertensi dalam kehamilan adalah :

1. Faktor maternal, yaitu usia (usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 30 tahun merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi pada kehamilan. Primigravida merupakan faktor maternal kedua yang menyebabkan hipertensi pada kehamilan. Faktor ketiga itu genetik, keempat adalah riwayat hipertensi sebelum kehamilan, kelima adalah IMT yang lebih dari normal, dan terpapar asap rokok, stress yang terakhir adalah ibu yang memiliki gangguan ginjal.
2. Faktor kehamilan seperti mola hidatidosa, hydrops fetalis dan kehamilan ganda berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan.¹ Diagnosis hipertensi gestasional dapat ditegakkan berdasarkan faktor risiko yang terdapat pada pasien⁸. Dilakukan kunjungan ke dua untuk mencari faktor risiko dari pasien pada tanggal 12 Februari 2019 untuk melengkapi data-data. Didapatkan faktor risiko yaitu pasien hamil pada usia kurang dari 20 tahun, sering terpapar asap rokok di rumah, mengonsumsi makanan yang mengandung

garam tinggi, jarang berolah raga, kurangnya pengetahuan, kurangnya dukungan keluarga dan stress.

Pengukuran *Beck Depression Inventory II* didapatkan skor akhir 16 yang berarti terjadi gangguan mood pada pasien yang dapat berakibat depresi.

Berdasarkan hasil pre-test ternyata pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit hipertensi gestasional masih kurang, yaitu dibawah 50%. Selain itu, APGAR score keluarga dinilai cukup namun tidak dapat memenuhi kebutuhan akan dukungan keluarga pada pasien.

Dalam kasus ini, manajemen pertama yang diberikan adalah edukasi. Pasien perlu mengetahui dan menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan peningkatan keparahan penyakit dari hipertensi gestasional menjadi preeklampsia atau eklampsia. Edukasi yang diberikan yaitu mengenai penyebab, faktor risiko, menu yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, aktivitas fisik yang dapat dilakukan, serta tanda-tanda preeklampsia dan eklampsia. Manajemen yang kedua adalah tatalaksana yang diberikan kepada pasien mengenai faktor-faktor pencetus hipertensi gestasional akibat stress, maka pasien diajarkan untuk manajemen stress. Salah satu cara manajemen stress adalah dengan olahraga, mendengarkan musik, dan menata ruangan tempat tinggal ataupun kamar dengan suasana baru yang dapat menenangkan pasien.

Selain manajemen kepada pasien, dilakukan pula manajemen ketiga yaitu manajemen keluarga. Manajemen keluarga yang dilakukan adalah edukasi keluarga. Keluarga diberikan pengertian mengenai penyakit pasien serta faktor yang menyebabkan penyakit yang berhubungan dengan perilaku keluarga. Keluarga juga diberikan program khusus untuk mengatasi masalah jika sewaktu-waktu terjadi preeklampsia atau eklampsia pada pasien. Program yang diberikan adalah program "GRATIS (Gerakan Tanggap Ibu Selamat)".

Program tersebut berisikan tindakan yang dapat dilakukan keluarga untuk menghadapi adanya preeklampsia atau eklampsia, yaitu apabila terdapat satu dari tanda-tanda :

1. Bengkak pada wajah, lengan, dan atau kaki
2. Produksi air kencing menurun (kurang dari 2 gelas dalam sehari)
3. Kesadaran menurun/pingsan
4. Nyeri kepala
5. Pandangan kabur
6. Nyeri ulu hati atau perut kanan atas.

Segeralah :

1. Posisikan ibu miring ke kiri
2. Segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

Apabila terdapat kejang.

1. Hindari ibu menggigit lidah dengan menggunakan kain ataupun barang lain yang aman.
2. Amankan barang berbahaya disekitar ibu yang dapat melukai ibu.
3. Segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat
4. Jika kejang berhenti posisikan ibu miring ke kiri.

Hasil post-test pasien telah mengalami peningkatan yang spesifik pasien telah mengonsumsi berbagai menu sehat yang telah dianjurkan dan menghindari menu yang tidak diperbolehkan. Pasien juga mulai melakukan aktivitas fisik dan mendengarkan musik yang disukai untuk mengurangi stress.

Dilakukan pula pemeriksaan *BDI II* pada pasien dan didapatkan hasil 11 yang berarti bahwa telah terjadi penurunan tingkat stress pada pasien walaupun masih dalam *range* gangguan mood.

Terjadi peningkatan pemahaman keluarga terhadap penyakit pasien yang dapat diketahui dari peningkatan nilai post-test diatas 50 dibandingkan dengan nilai pre-tes rata-rata dibawah 50.

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah keluarga selalu kooperatif dalam setiap kegiatan pembinaan, tekun, patuh dan semangat untuk menerapkan hidup sehat. Hal ini terbukti dengan *family APGAR score* yang mengalami peningkatan dari sebelum dilakukan intervensi hingga setelah dilakukan intervensi. Hanya saja, fungsi *growth* atau fungsi dukungan keluarga masih kurang. Sehingga didapatkan skor dari 6 (fungsi keluarga cukup) menjadi 9 (fungsi keluarga baik). Faktor penghambat dalam penyelesaian masalah dalam kasus ini tidak ditemukan.

Melihat tingkat pengetahuan pasien dan keluarga akan keselamatan pasien meningkat dan hasil pemeriksaan yang stabil, maka *prognosis* pada pasien ini adalah *dubia ad bonam* dalam hal *quo ad vitam, functionam dan sanationam*.

Simpulan

1. Terdapat faktor internal pada pasien berupa faktor kerusakan uterus akibat kuretase dan usia saat kehamilan yang kurang dari 20 tahun yang merupakan faktor resiko terjadinya hipertensi pada kehamilan. Faktor eksternal pada pasien ini adalah faktor stress, faktor dukungan keluarga, dan pengetahuan keluarga.
2. Peran keluarga amat penting dalam mengurangi resiko keparahan penyakit pasien.
3. Pasien tidak hanya dipandang dari segi klinis dan perorangan, tetapi juga dari segi psikososial dengan pendekatan keluarga, sehingga penatalaksanaan bersifat holistik, komprehensif, dan berkesinambungan.

Daftar Pustaka

1. Prawihardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo; 2008.

2. Ai Yeyeh Rukiyah, Lia Yulianti, Maemunah. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta : Trans info media; 2010.
3. Angsar MD. *Hipertensi Dalam Kehamilan dalam Ilmu Kebidanan Sarwono Edisi IV*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono; 2010.
4. ACOG Committee on Practice Bulletin, Gilstrap III, L.C., Ramin, S. *Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia*. ACOG Practice Bulletin. 2002: Januari, No.33 pp.1-8. Available from <http://mail.ny.acog.org/website/SMIPodcast/DiagnosisMgt.pdf> (Diakses pada 25 Februari 2018)
5. Cunningham, dkk. *Obstetri William*. Jakarta : Buku EGC; 2010.
6. [RISKESDAS] Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia; 2007.
7. POGI. *Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan Di Indonesia Edisi 2*. Himpunan Kedokteran Feto Maternal POGI. Semarang. 2010; Hal 1, 1115.
8. Lestari, E. W. *Depresi Akibat Trauma Masa Kanak-Kanak*. Skripsi. (Tidak Diterbitkan). Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2003.