FAKTOR-FAKTOR RISIKO KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI RSUD BANYUMAS TAHUN 2011

Tin Utami

Prodi Kebidanan D3 STIKES Harapan Bangsa Purwokerto

ABSTRACT

Objective: *The purpose of this research was to determine the risk factors for preeclampsia in pregnant women in Banyumas General Hospital in 2011.*

Method: *Methods This research is descriptive Retrospective Study. The sample was pregnant with the number of 324 respondents drawn using purposive sampling technique.*

Results: *The results of this research are risk factors for preeclampsia is largely dominated by age group > 35 years were 51 respondents (68%), parity grandemultipara many as 13 respondents (65%), history of hypertension as much as 109 respondents (66.5), and who experienced pregnancy double as much as 8 respondents (80%).*

Conclusion: *The conclusion of this research that factor - is a risk factor for preeclampsia in pregnant women over the age of 35 years, parity grandemultipara, had a history of hypertension and those with multiple pregnancy.*

Keywords: *Risk Factors Preeclampsia, Pregnancy.*

PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih tinggi dibandingkan dengan AKI negara-negara ASEAN lainnya. Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2010 sebanyak 214 per 1000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebanyak 228 per 1000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih berada diatas target nasional untuk tahun 2015 yakni sebesar 102 per 1000 kelahiran. Penyebab kematian ibu yang paling besar adalah perdarahan

28%, keracunan kehamilan/eklampsia (kaki bengkak dan darah tinggi) sebanyak 24% dan infeksi sebanyak 11% (Risikesdas, 2010). Salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian perinatal (AKP) akibat preeklampsia adalah dengan menurunkan angka kejadian preeklampsia. Angka kejadian dapat diturunkan melalui upaya pencegahan, pengamatan dini, dan terapi. Upaya pencegahan kematian perinatal dapat

diturunkan bila dapat diidentifikasi faktor-faktor yang mempunyai nilai prediksi (Bobak, 2004).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, AKI melahirkan terbilang masih tinggi. Angka Kematian Ibu pada tahun 2010 sebanyak 123,9/100.000 kelahiran hidup. Ini mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2009 sebesar 117,02/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian adalah perdarahan sebesar 20%, eklampsia sebesar 22,85%, infeksi sebesar 5,71% dan lain-lain sebesar 51,42% (Dinkes Kab. Banyumas, 2010).

Angka kejadian preeklampsia di dunia sebesar 0-13%, di Singapura 0,13-6,6%. Di Amerika Serikat dilaporkan bahwa kejadian preeklampsia sebanyak 5% dari semua kehamilan 23,6 kasus per 1.000 kelahiran. Pada preeklampsia-eklampsia juga didapatkan risiko persalinan prematur 2,67 kali lebih besar, persalinan buatan 4,39 kali lebih banyak, dan mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk mendapatkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Keadaan ini menunjukkan bahwa preeklampsia dan eklampsia

berisiko meningkatkan AKI dan AKB (Prawirohardjo, 2010).

Frekuensi preeklampsia untuk tiap negara berbeda-beda karena banyak faktor yang mempengaruhinya: jumlah primigravida, keadaan sosial ekonomi, perbedaan kriteria dalam penentuan diagnosis dan lain-lain. Dalam kepustakaan frekuensi dilaporkan berkisar antara 3-10%. Pada primigravida frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda. Diabetes mellitus, molahidatidosa, kehamilan ganda, hidrops fetalis, umur lebih dari 35 tahun, dan obesitas merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia (Prawirohardjo, 2010).

Prevalensi kasus preeklampsia di Jawa Tengah mengalami peningkatan dari 1,87% pada tahun 2008 menjadi 2,02% pada tahun 2009 dan 3,30% pada tahun 2010. Prevalensi 3,30% artinya setiap 100 orang terdapat 3 penderita preeklampsia (Dinkes Jateng, 2010).

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan pada tanggal 20 Januari 2012 di RSUD Banyumas selama tahun 2011 terdapat 162 kasus preeklampsia.

Sementara di RSUD Kebumen selama tahun 2011 terdapat 65 kasus preeklampsia dan di RSUD Purbalingga selama tahun 2011 terjadi 56 kasus preeklampsia. Berdasarkan data kejadian di atas angka kejadian preeklampsia terbesar terjadi di RSUD Banyumas maka peneliti memilih

RSUD Banyumas sebagai tempat penelitian. Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Faktor-faktor risiko kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Banyumas periode 2011 “.

Banyumas maka peneliti memilih

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat *deskriptif*. Desain penelitian ditetapkan dengan tujuan agar penelitian dapat dilakukan dengan efektif dan efisien. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *Retrospektif Study* yang meneliti tentang faktor-faktor risiko kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Banyumas periode 2011. Menurut Notoatmodjo (2010)

Retrospektif Study yaitu Penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data di mulai dari efek atau akibat yang telah terjadi . Kemudian efek tersebut ditelusuri ke belakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah semua data rekam medik ibu hamil di RSUD Banyumas tahun 2011 yang berjumlah 1742 ibu hamil.

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Data rekam medik seluruh ibu hamil yang mengalami preeklampsia yang tercatat di rekam medik RSUD Banyumas tahun 2011 yang sesuai dengan tujuan khusus (berdasarkan paritas, umur, kehamilan ganda dan riwayat penyakit).

b. Kriteria Eksklusi

Adapun kriteria eksklusi yang akan diteliti adalah : data ibu hamil dengan preeklampsia yang tercatat

direkam medik RSUD Banyumas tahun 2011 yang tidak berada di ruang rekam medik, hilang atau rusak pada saat penelitian dan tidak ada di tempat pada waktu penelitian atau data tidak lengkap.

Adapun yang termasuk dalam teknik analisis statistik deskriptif antara lain: Penyajian data dalam bentuk tabel atau distribusi frekuensi.

Dengan menggunakan analisis ini maka akan dapat diketahui suatu kecenderungan hasil penelitian, apakah termasuk dalam kategori rendah, sedang, atau tinggi. Hal tersebut juga dapat memudahkan dalam menunjukkan banyaknya data dalam setiap kategori.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Banyumas dengan jumlah sampel 324 responden yang dilakukan pada bulan Juni-Juli didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Gambaran kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUD Banyumas tahun 2011

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Kejadian Preeklampsia	Frekuensi	Persentasi
Preeklampsia	162	50
Tidak Preeklampsia	162	50
Total	324	100

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat diketahui kejadian preeklampsia pada ibu hamil masing-masing yang mengalami

dan tidak mengalami preeklampsia adalah sebanyak 162 responden (50%).

2. Faktor – faktor Risiko Kejadian Pre Eklampsia pada Ibu hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Berikut kejadian Preeklampsia pada ibu hamil di RSUD

Banyumas tahun 2011 berdasarkan faktor Umur, Paritas, riwayat

penyakit, dan kehamilan ganda, tersaji pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Faktor Umur Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Umur	Frekuensi	Persentasi
< 20 tahun	12	3,7
20-35 tahun	237	73,1
> 35 tahun	75	23,2
Total	324	100

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat diketahui sebagian besar umur ibu hamil adalah 20-35 tahun sebanyak 237 responden (73,1%).

Menurut teori dari Bobak tahun 2004, usia yaitu lama waktu hidup atau sejak dilahirkan. Usia sangat menentukan suatu kesehatan ibu. Seorang ibu dikatakan berisiko tinggi apabila usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Usia terbagi menjadi <20 tahun, 20-35 tahun, >35 tahun.

Hasil penelitian didapatkan persentase terbesar umur ibu yang mengalami preeklampsia adalah > 35 tahun sesuai dengan Potter (2005), usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia,

usia yang rentan terkena preeklampsia adalah usia <18 tahun atau >35 tahun. Pada usia <18 tahun, keadaan alat reproduksi belum siap untuk menerima kehamilan. Hal ini akan meningkatkan terjadinya keracunan kehamilan dalam bentuk preeklampsia dan eklampsia. Sedangkan pada usia 35 tahun atau lebih rentan terjadinya berbagai penyakit dalam bentuk hipertensi, dan eklampsia, disebabkan karena terjadinya perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu juga diakibatkan karena tekanan darah yang meningkat seiring dengan penambahan usia. Sehingga pada usia 35 tahun atau lebih dapat

cenderung meningkatkan resiko terjadinya preeklampsia.

Preeklampsia lebih sering terjadi pada usia muda <20 tahun diduga karena adanya suatu mekanisme imunologi di samping endokrin dan genetik, preeklampsia juga terdapat pada usia >35 tahun diduga akibat hipertensi yang diperberat oleh kehamilan karena insiden

hipertensi meningkat usia > 35 tahun (Sudiyana, 2003).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rozhikan (2007) bahwa ada hubungan peningkatan usia terhadap preeklampsia dan eklampsia yaitu sama dan meningkat lagi pada kehamilan yang berusia diatas 35 tahun.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Faktor Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Paritas	Frekuensi	Persentasi
Primipara	148	45,7
Multipara	156	48,1
Grandemultipara	20	6,2
Total	324	100

Berdasarkan tabel 4.3 diatas dapat diketahui sebagian besar paritas ibu hamil adalah multipara sebanyak 15 r6esponden (48,1%).

Paritas adalah faktor resiko yang berkaitan dengan timbulnya preeklampsia. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu yang mengalami preeklamsi memiliki paritas multipara tidak sesuai dengan

teori dari Wiknjosastro tahun 2007, frekuensinya lebih tinggi terjadi pada primigravida sekitar 75% daripada multigravida. Pada nullipara frekuensi preeklampsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan multipara, terutama nullipara muda. Pengaruh paritas sangat besar karena hampir 20% nullipara menderita hipertensi sebelum, selama bersalin, atau masa nifas dari pada multipara

kemungkinan karena terpapar villi khorialis untuk pertama kalinya.

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu yang mengalami preeklampsia, memiliki paritas multipara tidak sesuai dengan teori dari Cunningham tahun 2005, berdasarkan teori imunologik pada kehamilan pertama terjadi pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen tidak sempurna. Selain itu pada kehamilan pertama juga terjadi pembentukan *Human Leucocyte Antigen Protein G (HLA)* yang berperan penting dalam modulasi respon imun, sehingga ibu menolak hasil konsepsi (plasenta) atau terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta sehingga terjadi preeklampsia. Insiden preeklampsia sering mencapai sekitar 5% dan dilaporkan adanya variasi yang sangat besar salah satunya dipengaruhi oleh paritas.

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu yang mengalami preeklampsia

memiliki paritas multipara sesuai dengan teori Prawirohardjo tahun 2010, pengaruh ibu dengan anak lebih dari 5 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan preeklampsia pada saat kehamilan karena keadaan rahim biasanya lemah. Paritas 2 – 5 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi frekuensi kejadian preeklampsia. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik. Sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana.

Kehamilan pertama dianggap berisiko karena belum adanya catatan medis tentang perjalanan persalinan ibu. Pada usia rawan, risiko kehamilan anak pertama tersebut meningkat karena ada beberapa faktor ancaman tambahan. Wanita yang baru menjadi ibu dengan pasangan baru ternyata enam

sampai delapan kali lebih mudah terkena preeklampsia daripada ibu multipara (Bobak, 2004). Berdasarkan teori imunologik hal ini dikarenakan pada kehamilan pertama terjadi pembentukan “*blocking antibodies*” terhadap antigen tidak sempurna. Selain itu pada kehamilan pertama terjadi pembentukan “*Human Leucocyte Antigen Protein G (HLA)*” yang berperan penting dalam modulasi respon imun, sehingga ibu menolak hasil konsepsi

(plasenta) atau terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta sehingga terjadi preeklampsia.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan persentasi terbesar kejadian preeklampsia terjadi pada paritas grandemultipara sebanyak 13 responden (65%), hal ini sesuai dengan teori bahwa preeklampsia biasanya timbul pada paritas grandemultipara karena keadaan rahim yang melemah sehingga pertumbuhan janin sering menimbulkan gangguan.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Faktor Riwayat Penyakit Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Riwayat Penyakit	Frekuensi	Persentasi
Jantung	26	8,0
Hipertensi	164	50,6
DM	88	27,2
Lain-lain	46	14,2
Total	324	100

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat diketahui sebagian besar riwayat penyakit ibu hamil adalah hipertensi sebanyak 164 responden (50,6%).

Preeklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20

minggu kehamilan disertai dengan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Yulianingsih, 2009).

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu hamil yang mengalami preeklamsi memiliki riwayat penyakit hipertensi sesuai dengan teori Prawirohardjo tahun 2010, hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain. Untuk menegakkan diagnosa preeklampsia, kenaikan tekanan sistolik harus 30 mmHg atau lebih diatas tekanan yang biasanya ditemukan atau mencapai 140 mmHg atau lebih. Kenaikan tekanan diastolik sebenarnya lebih dapat dipercaya. Apabila tekanan diastolik naik dengan 15 mmHg atau lebih, mencapai 90 mmHg atau lebih, maka diagnosa hipertensi dapat dibuat. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.

Faktor keturunan dan familial dengan metode model gen tunggal. Genotipe ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Telah terbukti bahwa pada ibu yang mengalami

preeklampsia, 26% anak perempuannya akan mengalami preeklampsia pula. Sedangkan hanya 8% anak menantu mengalami preeklampsia (Prawirohardjo, 2010).

Anak wanita dan saudara wanita ibu preeklampsia memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk terkena eklampsia daripada ibu yang tidak memiliki riwayat preeklampsia dalam keluarganya (Bobak, 2004).

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu hamil yang mengalami preeklampsia memiliki riwayat penyakit hipertensi sesuai dengan hasil penelitian Imelda (2011) tentang gambaran faktor resiko ibu hamil dengan preeklampsia dan eklampsia di RSUD Banyumas tahun 2010. Didapatkan hasil kejadian preeklampsia pada ibu hamil terbanyak pada umur 20-35 tahun, primigravida dan tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan persentasi

terbesar kejadian preeklampsia terjadi pada riwayat penyakit hipertensi sebanyak 109 responden (66,5%), hal ini sesuai dengan teori karena tekanan

darah timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda yang lain dan biasanya hipertensi tersebut ada sebelum responden terdiagnosa preeklampsia.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Faktor Kehamilan Ganda Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RSUD Banyumas Tahun 2011

Kehamilan Ganda	Frekuensi	Persentasi
Kehamilan Ganda	10	3,1
Tidak Kehamilan Ganda	314	96,9
Total	324	100

Berdasarkan tabel 4.5 diatas dapat diketahui sebagian besar riwayat kehamilan ganda adalah tidak memiliki kehamilan ganda sebanyak 314 responden (96,9%).

Preeklampsia dan eklampsia 3 kali lebih sering terjadi pada kehamilan ganda dari 105 kasus kembar dua didapat 28,6% preeklampsia dan satu kematian ibu karena eklampsia. Dari hasil pada kehamilan tunggal, dan sebagai faktor penyebabnya ialah dislensia uterus. Dari penelitian

Agung Supriandono dan Sulchan Sofoewan (2008) menyebutkan bahwa 8 (4%) kasus preeklampsia berat mempunyai jumlah janin lebih dari satu, sedangkan pada kelompok kontrol, 2 (1,2%) kasus mempunyai jumlah janin lebih dari satu.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terdapat 8 responden (80%) yang mengalami kehamilan ganda dan menderita preeklampsia hal ini dipengaruhi adanya dislensia uterus.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Faktor – faktor risiko kejadian preeklampsia pada ibu hamil adalah :

1. Berdasarkan faktor umur yaitu yang berumur diatas 35 tahun
2. Berdasarkan paritas adalah paritas grandemultipara
3. Berdasarkan Riwayat penyakit adalah yang memiliki riwayat penyakit hipertensi
4. Berdasarkan ibu hamil yang mengalami kehamilan ganda yaitu ibu hamil dengan kehamilan ganda.

Saran

1. Bagi Institusi Kesehatan. Sebagai salah satu unit pelayanan kesehatan diharapkan mempertahankan pelayanan *antenatal care* dalam bentuk pemeriksaan kehamilan yang menyeluruh sehingga ibu hamil bisa menjaga kehamilannya dengan sehat tanpa ada ancaman

terjadinya Preeklampsia pada saat hamil.

2. Bagi Institusi Pendidikan Menambah kepustakaan tentang faktor yang menyebabkan terjadinya preeklampsia sehingga bisa mempermudah peneliti selanjutnya dalam mencari materi.
3. Bagi Institusi Selanjutnya Agar dapat mengembangkan penelitian tentang faktor yang menyebabkan terjadinya preeklampsia diharapkan pada peneliti selanjutnya melakukan perluasan materi yaitu pada faktor penyebab preeklampsia yang peneliti belum teliti dan tidak hanya meneliti menggunakan data sekunder akan tetapi diteliti secara observasi dan menggunakan data primer.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Jakarta: Rineka Cipta
- Bahari, Justitia. 2009. *Hubungan Usia dan Paritas Terhadap Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Bersalin di VK IRD RSUD Soetomo Surabaya*.

- http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/11409164169_1411-9498.pdf. (diakses tanggal 10 mei 2012 pukul 20.00 WIB)
- Benson. 2009. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Bobak, 2004. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Cunningham. 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC.
- Dinkes Jateng. 2010. *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2010*. Semarang: Dinkes Jateng
- Dinkes Kabupaten Banyumas. 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas*. Banyumas
- Imelda. 2011. *Gambaran Faktor Risiko Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Dan Eklampsia*. KTI. STIKes Harapan Bangsa: Purwokerto
- Kurniawati, Benny. 2006. *Faktor Risiko Umur Ibu Hamil Terhadap Kejadian Pre Eklampsia-Eklampsia Di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo Tahun 2006*. <http://biechan.wordpress.com/kumpulan-penelitian/>.(diakses tanggal 20 Desember 2011 pukul 13.00 WIB)
- Manuaba. 2001. *Ilmu Kebidanan. Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. 2008. *Sinopsis Obstetri Jilid I Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan* .Jakarta: EGC
- Potter. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Fundamental*. Jakarta: EGC
- Riskesdas. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Depkes RI.
- Rozikhan. 2007. *Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklampsia Berat Di Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal*. <http://eprints.undip.ac.id/18342/1/ROZIKHAN.pdf>. (diakses tanggal 13 Desember 2011 pukul 10.00 WIB)

- Saifuddin. dkk. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Winkjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Susanti, Titi. 2011. *Karakteristik Ibu Post Partum Yang Mengalami Preeklampsia Berat*. KTI. STIKes Harapan Bangsa: Purwokerto
- Yulianingsih, 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media