

PREVALENSI HIPERTENSI PADA KEHAMILAN DI INDONESIA DAN BERBAGAI FAKTOR YANG BERHUBUNGAN (RISET KESEHATAN DASAR 2007)

Anna Maria Sirait¹

ABSTRACT

Background: Hypertension in pregnant is one of three main causes of maternal morbidity and mortality among pregnant women in Indonesia. The purpose of this study is to obtain the prevalence of hypertension and associated factors in pregnant women in Indonesia. **Methods:** This is a cross sectional study within 33 provinces and 440 districts in Indonesia. Sample was selected using probability proportional to size (PPS). The respondents were pregnant women aged 15–54 years. Total sample size was 8,341. **Results:** There were 12.7% (1062) respondents with hypertension. The highest percentage of hypertension was found in South Sumatra Province (18.0%) and not found pregnant women in the South Sulawesi. Hypertension was found among pregnant women aged less than 18 years and those aged more than 35 years, i.e.: 24.3%, with OR of 2.85 (95% CI:2.47–3.28). This study concludes that hypertension in pregnant mother was associated with age, education and area.

Key words: hypertension, pregnancy, and prevalence

ABSTRAK

Hipertensi pada kehamilan merupakan satu di antara tiga penyebab kematian dan kesakitan ibu bersalin. Tujuan tulisan ini adalah untuk mendapatkan prevalensi hipertensi pada ibu hamil di Indonesia dan berbagai faktor yang berhubungan. Desain penelitian adalah potong lintang dan berasal dari 440 kabupaten dan 33 provinsi di Indonesia yang diambil secara probability proportional to size (PPS). Sampel adalah ibu hamil yang berusia antara 15–54 tahun. Jumlah responden sebanyak 8341 orang. Ditemukan ibu hamil dengan hipertensi 12,7% (1062 orang). Dari jumlah kasus ini diperoleh paling banyak di Provinsi Sumatera Selatan (18,0%). Sedang di Provinsi Sulawesi Tengah tidak diperoleh adanya ibu hamil. Persentase hipertensi pada kelompok umur < 18 dan > 35 tahun (kelompok usia risiko tinggi terjadinya eklamsia) sebesar 24,3% dengan OR 2,85 (95% CI : 2,47–3,28). Dapat disimpulkan bahwa prevalensi hipertensi pada ibu hamil sebesar 12,7%. Terdapat hubungan antara kelompok umur, tingkat pendidikan dan status wilayah dengan hipertensi pada ibu hamil.

Kata kunci: hipertensi, kehamilan, prevalensi

Naskah Masuk: 1 Januari 2012, Review 1: 7 Januari 2012, Review 2: 7 Januari 2012, Naskah layak terbit: 14 Januari 2012

PENDAHULUAN

Kehamilan adalah suatu hal yang dinantikan oleh setiap pasangan yang telah menikah. Namun tidak semua kehamilan dapat berjalan dengan lancar. Terdapat beberapa penyulit yang terjadi selama kehamilan sehingga dapat mengancam jiwa ibu maupun janin. Salah satu komplikasi yang sering terjadi adalah hipertensi pada kehamilan. Penyakit ini menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang

tinggi, sehingga merupakan masalah kesehatan pada masyarakat. (Chen XK, *et al.*, 2006).

Definisi hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (JAMA 2003) atau berdasarkan riwayat hipertensi sewaktu periksa kehamilan ke petugas kesehatan.

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering muncul selama kehamilan dan dapat menimbulkan komplikasi pada 2–3% kehamilan.

¹ Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jl Percetakan Negara 29 Jakarta
Alamat korespondensi: annamaria@litbang-depkas.go.id

(<http://www.permatacibubur.com>). Kejadian hipertensi pada kehamilan sekitar 5–15%, dan merupakan satu di antara 3 penyebab mortalitas dan morbiditas ibu bersalin di samping infeksi dan perdarahan. (Yudasmara, 2010).

Beberapa komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi pada kehamilan antara lain: kekurangan cairan plasma akibat gangguan pembuluh darah, gangguan ginjal, gangguan hematologis, gangguan kardiovaskular, gangguan hati, gangguan pernafasan, sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*), serta gangguan pada janin seperti pertumbuhan terhambat, prematuritas hingga kematian dalam rahim. Hipertensi pada kehamilan juga dapat berlanjut menjadi preeklamsia dan eklamsia yang dapat menyebabkan kematian pada ibu maupun janin. (Yudasmara, 2010).

Satu dari 8 butir tujuan pembangunan millenium (*millenium development goals, MDGs*) adalah meningkatkan kesehatan ibu. Dengan demikian tampak dengan jelas bahwa peningkatan kesehatan ibu telah menjadi salah satu komitmen negara-negara di dunia. Salah satu indikator untuk menggambarkan tingkat kesehatan ibu adalah angka kematian ibu (AKI). Kematian ibu adalah kematian perempuan selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah persalinan, terlepas dari lama dan letak kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan karena kecelakaan. (WHO-SEARO; 1998). Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator kesuksesan pembangunan suatu negara karena peningkatan kualitas hidup perempuan merupakan salah satu syarat pembangunan sumber daya manusia. Tingginya AKI mengindikasikan masih rendahnya tingkat kesejahteraan penduduk dan secara tidak langsung mencerminkan kegagalan pemerintah dan masyarakat untuk mengurangi risiko kematian ibu dan anak.

Di Indonesia, AKI masih cukup tinggi. Analisis hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 menunjukkan AKI sebanyak 334 kematian per 100.000 kelahiran. Angka ini menurun menjadi 307 per 100.000 kelahiran pada tahun 2003 dan menjadi 228 kematian per 100.000 kelahiran pada tahun 2007. Target AKI untuk tahun 2010 adalah 125 kematian per 100.000 kelahiran. (Survei Demografi, 2007). Angka kematian ibu di Indonesia jauh lebih tinggi dibandingkan AKI negara Asia Tenggara lainnya.

Di Singapura, AKI hanya 6 per 100.000 kelahiran, Malaysia 39 per 100.000 kelahiran, Thailand 44 per 100.000 kelahiran dan Filipina 170 per 100.000 kelahiran. (<http://www.bkbn.go.id>)

Yang paling ditakutkan dari hipertensi pada kehamilan adalah preeklamsia dan eklamsia atau keracunan pada kehamilan yang sangat membahayakan ibu maupun janinnya (<http://abidinblog.blogspot.com>). Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan ditemukannya protein dalam urine. Eklamsia adalah preeklamsia yang disertai dengan kejang atau koma. (Yudasmara, 2010). Berdasarkan beberapa penelitian, preeklamsia menjadi penyebab terbesar nomor dua pada kasus keguguran atau kematian janin.

Preeklamsia terjadi pada kurang lebih 5% dari semua kehamilan, 10% pada kehamilan anak pertama dan 20–25% pada perempuan hamil dengan riwayat hipertensi sebelum hamil. Pada janin, preeklamsia bisa menyebabkan berat badan lahir rendah, keguguran dan lahir prematur (Gibson, 1998). Sedangkan yang menjadi eklamsia sekitar 0,05–0,20% (Sibai BM, 1981). Setiap tahun sebanyak 250 ribu ibu hamil di Amerika menderita hipertensi atau 5–10%. (Gutsche BB, 1979, Lindheimer MD, 1985).

Faktor risiko ibu untuk terjadinya preeklamsia antara lain kehamilan pertama, usia kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklamsia, obesitas atau kegemukan, dan jarak antarkehamilan kurang dari 2 tahun atau lebih dari 10 tahun. (<http://www.permatacibubur.com>.)

Di RS Cipto Mangunkusumo, kematian ibu akibat preeklamsia atau eklamsia pada tahun 1990–1992 tercatat sebesar 61,1% dari seluruh kematian ibu (Wisnuwardhan, 1993).

Berdasarkan uraian di atas maka perlu dianalisis berapa jumlah kasus yang hipertensi pada ibu hamil di Indonesia.

METODE

Penelitian ini adalah analisis lanjut riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2007. Desain Riskesdas 2007 adalah survei, metode penghitungan dan cara penarikan sampel yang serupa dengan survei kesehatan nasional (Susenas) 2007, yaitu *two stage*

sampling. Populasi adalah seluruh rumah tangga di Indonesia. Sampel Riskesdas 2007 berasal dari 440 kabupaten/kota yang tersebar di 33 provinsi di Indonesia dan diambil secara *probability proportional to size* (PPS) (Departemen Kesehatan RI, 2008). Sampel dalam analisis ini adalah perempuan yang berusia 15–54 tahun, sudah menikah dan sedang hamil. Alasan diambil umur 15–54 tahun karena pengukuran tekanan darah dimulai dari umur 15 tahun atau lebih. Pada kuesioner Riskesdas terdapat pertanyaan apakah sekarang sedang hamil. Hamil dalam studi ini hanya berdasarkan observasi dan pengakuan dari responden dan tidak dilakukan pemeriksaan kehamilan.

Pengukuran tekanan darah dilakukan sebanyak 2 kali menggunakan tensi meter digital (omron) dengan interval 3–5 menit. Apabila terdapat perbedaan pada pengukuran pertama dan kedua $\geq 10\%$ maka dilakukan pengukuran ketiga. Dari hasil pengukuran tersebut diambil angka rata-rata untuk tekanan darah sistolik dan diastolik.

Umur dibagi menjadi dua kelompok, yaitu < 18 dan > 35 tahun (kelompok umur risiko tinggi terjadinya eklamsia) dan kelompok umur 18–35 tahun. Pendidikan dibagi menjadi tiga kelompok. Pendidikan rendah jika responden tidak pernah sekolah hingga tamat SLTP (wajib belajar pemerintah sampai SLTP), pendidikan menengah jika tamat SLTA, dan pendidikan tinggi jika tamat perguruan tinggi. Pekerjaan dikelompokkan menjadi tidak bekerja (termasuk ibu rumah tangga), pegawai, buruh/tani dan lainnya. Klasifikasi status ekonomi diperoleh dari data Susenas dan variabel ini telah dihitung oleh badan pusat statistik (BPS) serta dikelompokkan menjadi kuintil 1 hingga kuintil 5. Namun untuk keperluan studi ini status ekonomi dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kuintil 1 dan 2 adalah miskin, sedangkan kuintil 3, 4 dan 5 tidak miskin.

Data dianalisis menggunakan program komputer. Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dan besaran proporsi dari masing-masing variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel dependen dengan independen tanpa mengontrol variabel perancu (*confounding variable*). Analisis multivariat (regresi logistik) dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen secara bersama-sama dengan mengontrol variabel perancu. Variabel yang diikuti dalam regresi logistik adalah variabel

yang mempunyai nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat, kemudian dilakukan imultiplikasi masing-masing variabel untuk melihat adanya interaksi. Jika tidak terjadi interaksi dilanjutkan dengan pemeriksaan variabel perancu.

HASIL

Ditemukan sebanyak 8.341 kasus (1,51%) ibu hamil dari semua sampel perempuan yang berusia 15–54 tahun. Didapatkan prevalensi hipertensi pada ibu hamil sebesar 1.062 kasus (12,7%). Dari 1062 kasus ibu hamil dengan hipertensi, ditemukan 125 kasus (11,8%) yang pernah didiagnosis menderita hipertensi oleh petugas kesehatan.

Tabel 1 menunjukkan sebaran hipertensi di 32 provinsi di Indonesia. Persentase ibu hamil dengan hipertensi terbanyak terdapat di Provinsi Sumatera Selatan (18,0%), sedangkan persentase terendah ditemukan di Provinsi Papua Barat (4,9%). Tidak ditemukan adanya kehamilan di Provinsi Sulawesi Tengah.

Rerata umur responden adalah 28,6 ($\pm 7,5$) tahun. Tabel 2 memperlihatkan bahwa persentase ibu hamil dengan hipertensi pada umur < 18 dan > 35 tahun (kelompok umur risiko tinggi terjadinya eklamsia) sebesar 24,3%, lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur 18–35 tahun (9,8%). Apabila kelompok umur risiko tinggi ini dibagi lagi maka ibu hamil dengan hipertensi pada umur > 35 tahun (36,6%) jauh lebih tinggi dibandingkan dengan umur < 18 tahun (3,7%). Responden lebih banyak berdomisili di pedesaan (5239 orang). Persentase ibu hamil dengan hipertensi juga lebih tinggi di daerah pedesaan (15,0%).

Dari tingkat pendidikan, ditemukan pendidikan responden mulai dari yang tidak pernah sekolah 3,5% sampai tamat perguruan tinggi hanya 0,08%. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah 66,5%. Hipertensi lebih banyak ditemukan pada ibu hamil yang berpendidikan rendah (14,5%).

Ditemukan 63,3% responden yang tidak bekerja (termasuk ibu rumah tangga), buruh/tani 16,5% sedang pegawai 15,2%. Persentase ibu hamil dengan hipertensi terbesar pada buruh/tani (16,8%) sedang pada yang tidak bekerja dan pegawai hampir sama.

Dari status sosial-ekonomi responden, diperoleh jumlah responden miskin lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak miskin. Namun persentase ibu hamil dengan hipertensi lebih banyak pada responden

Tabel 1. Sebaran Ibu Hamil dengan Hipertensi di Indonesia Menurut Provinsi

No.	Provinsi	Hipertensi				Jumlah
		ya		tidak		
		Frek	%	frek	%	
1.	Nangroe Aceh Darussalam (NAD)	65	14,8	381	85,2	446
2.	Sumatera Utara	68	11,9	467	88,1	535
3.	Sumatera Barat	26	6,0	361	94,0	387
4.	Riau	34	13,8	179	86,2	213
5.	Jambi	32	12,8	219	87,2	251
6.	Sumatera Selatan	47	18,0	238	82,0	285
7.	Bengkulu	16	13,8	105	86,2	121
8.	Lampung	26	12,1	170	87,9	196
9.	Bangka Belitung	19	12,0	123	88,0	142
10.	Kepulauan Riau	12	12,7	94	87,3	106
11.	DKI Jakarta	15	11,3	124	88,7	139
12.	Jawa Barat	74	12,6	487	87,4	561
13.	Jawa Tengah	51	7,5	593	92,5	644
14.	DI Yogyakarta	4	5,3	50	94,7	54
15.	Jawa Timur	161	17,8	783	82,2	944
16.	Banten	14	9,6	117	90,4	131
17.	Bali	14	7,8	159	92,2	173
18.	Nusa Tenggara Barat	20	10,4	187	89,6	207
19.	Nusa Tenggara Timur	34	12,1	294	87,9	328
20.	Kalimantan Barat	30	17,4	165	82,6	195
21.	Kalimantan Tengah	31	12,2	191	87,8	222
22.	Kalimantan Selatan	29	11,5	199	88,5	228
23.	Kalimantan Timur	26	11,2	196	88,8	224
24.	Sulawesi Utara	10	11,5	80	88,5	90
25.	Sulawesi Tengah	0	0,0	0	0,0	0
25.	Sulawesi Selatan	95	16,5	468	83,5	563
26.	Sulawesi Tenggara	34	13,8	227	86,2	261
27.	Gorontalo	9	9,1	62	90,9	71
28.	Sulawesi Barat	16	16,0	75	84,0	91
29.	Maluku	8	7,7	93	92,3	101
30.	Maluku Utara	13	11,2	91	88,8	104
31.	Papua Barat	9	4,9	107	95,1	116
32.	Papua	20	8,8	194	91,2	214
	Nasional	1062	12,7	7279	87,4	8341

miskin (13,4%) dibandingkan dengan yang tidak miskin (12,0%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa risiko ibu hamil dengan hipertensi pada kelompok umur < 18 tahun dan > 35 tahun hampir 3 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok umur 18–35 tahun. Risiko hipertensi pada mereka yang bermukim di pedesaan lebih besar 1,6 kali dibandingkan dengan yang bermukim di daerah perkotaan. Risiko hipertensi pada ibu hamil yang berpendidikan rendah 1,7 kali lebih besar

dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi, sedangkan pendidikan menengah tidak bermakna. Dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja, maka hanya yang bekerja sebagai buruh/tani mempunyai risiko 1,5 kali lebih besar, sedangkan mereka yang bekerja sebagai pegawai dan lainnya tidak bermakna. Dari segi sosial ekonomi tidak didapatkan hubungan yang bermakna dengan prevalensi hipertensi pada ibu hamil.

Tabel 2. Persentase Hipertensi pada Ibu Hamil Menurut Karakteristik Responden

No.	Karakteristik responden	Hipertensi				Jumlah
		ya		tidak		
		frek	%	frek	%	
1.	Kelompok Umur (tahun)					
	• < 18 dan > 35	406	24,3	1262	75,7	1668
	• 18–35	656	9,8	6017	90,2	6673
2.	Status Wilayah					
	• perkotaan	297	9,5	2805	90,5	3102
	• perdesaan	765	15,0	4474	85,0	5239
3.	Tingkat pendidikan					
	• tinggi	60	8,9	587	91,1	647
	• menengah	198	8,4	1951	91,6	2149
	• rendah	804	14,5	4741	85,5	5545
4.	Pekerjaan					
	• tidak bekerja	627	11,9	4655	88,1	5282
	• pegawai	140	11,1	1126	88,9	1266
	• buruh/tani	232	16,8	1146	83,2	1378
	• lain-lain	63	15,2	352	84,8	415
5.	Sosial ekonomi (n = 8300)					
	• tidak miskin	611	12,0	4415	88,0	5026
	• miskin	446	13,4	2828	86,6	3274

Tabel 3. Analisis Bivariat antara Karakteristik Responden dengan Hipertensi pada Ibu Hamil

No.	Variabel	OR	95% CI	p
1.	Kelompok Umur (tahun)			
	• < 18 dan > 35	2,95	2,57; 3,387	0,001
	• 18–35	1	Referens	
2.	Status Wilayah			
	• perkotaan	1	Referens	0,001
	• perdesaan	1,62	1,40; 1,86	
3.	Tingkat pendidikan			
	• tinggi	1	Referens	
	• menengah	0,99	0,73; 1,34	0,001
	• rendah	1,66	1,26; 2,19	
4.	Pekerjaan			
	• tidak bekerja	1	Referens	0,001
	• pegawai	0,92	0,76; 1,21	0,047
	• buruh/tani	1,50	1,28; 1,77	0,026
	• lain-lain	1,33	1,00; 1,76	0,425
5.	Sosial ekonomi (n = 8300)			
	• tidak miskin	1,14	1,00; 1,3	0,050
	• miskin			

Tabel 4 menunjukkan analisis multivariat, terlebih dahulu ditentukan variabel kandidat yang diikutsertakan dengan mempertimbangkan kemaknaan secara substansi dan statistik dengan nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat. Variabel yang masuk ke dalam analisis multivariat yaitu umur, status wilayah, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi. Setelah dilakukan pemeriksaan interaksi dan pengendalian variabel perancu, maka pada analisis akhir variabel yang ditemukan adalah kelompok umur, tingkat pendidikan dan status wilayah.

Risiko hipertensi pada ibu hamil di kelompok umur < 18 dan > 35 tahun sebesar 2,85 kali lebih besar dibanding dengan kelompok umur 18–35 tahun. Hanya pendidikan rendah yang mempunyai hubungan dengan hipertensi pada ibu hamil. Ditemukan risiko hipertensi pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 1,43 kali lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Risiko hipertensi pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan 1,59 kali lebih besar dibandingkan dengan yang bermukim di daerah perkotaan.

Tabel 4. Analisis Multivariat antara Hipertensi pada Ibu Hamil dengan Karakteristik Responden

Variabel	OR	95% CI	p
Umur			
• < 18 dan > 35	2,85	2,47–3,28	0,0001
• 18–35	1	Referens	
Tingkat pendidikan			
• tinggi	1	Referens	0,001
• menengah	1,02	0,74–1,40	0,905
• rendah	1,43	1,06–1,91	0,018
Status Wilayah			
• perkotaan	1	Referens	
• pedesaan	1,59	1,37–1,86	0,001

PEMBAHASAN

Dari semua responden ditemukan sebanyak 1.062 orang yang mengalami hipertensi (12,6%). Yudasmara³ mengatakan kejadian hipertensi dalam kehamilan di Indonesia berkisar antara 5–15%. Hasil penelitian ini sedikit lebih rendah dari penelitian Chaims (<http://www.scielo.br/scielo-php?pid>), yang menemukan 778 kasus hipertensi pada kehamilan (13,9%) dari 5602 ibu hamil di Sao Paulo, Brazil. Penelitian ini juga memperlihatkan bahwa ibu hamil yang telah mengetahui bahwa dirinya mengalami hipertensi hanya 11,8%. Ibu hamil yang menderita hipertensi sebelum hamil memiliki kemungkinan komplikasi pada kehamilannya lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang menderita hipertensi ketika sudah hamil. Hasil penelitian ini menunjukkan rendahnya kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan. Hal ini dapat terjadi akibat kurangnya pengetahuan mengenai tujuan pemeriksaan kehamilan, kurangnya peranan institusi (puskesmas) dalam mempromosikan pelayanan antenatal, kurangnya dukungan masyarakat (suami, orang tua, dll) atau kurangnya kualitas pelayanan antenatal. Arifin dkk. menemukan bahwa pengetahuan ibu hamil, suami, ibu nifas dan orang tua terhadap pemeriksaan kehamilan, perawatan kehamilan dan tanda bahaya kehamilan sangat rendah. Kementerian kesehatan menganjurkan ibu hamil memeriksakan kehamilannya minimal satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III.

Ibu hamil dengan hipertensi paling banyak terdapat di Provinsi Sumatera Selatan (18,0%), jauh lebih tinggi dari angka rata-rata hipertensi pada ibu hamil secara

keseluruhan (12,6%). Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui penyebabnya. Umur ibu hamil < 18 tahun dan > 35 tahun adalah umur dengan risiko tinggi terjadinya preeklamsia dan eklamsia. Sebanyak 24,3% ibu hamil di kelompok umur ini menderita hipertensi. Hasil analisis multivariat memperlihatkan bahwa risiko terjadinya hipertensi pada ibu hamil dengan umur < 18 tahun dan > 35 tahun 2,85 kali lebih besar (95% CI: 2,47–3,28) dibandingkan dengan yang berumur 18–35 tahun. Undang-undang perkawinan di Indonesia menyatakan 17 tahun sebagai umur minimal perempuan menikah. Usia ini masih berada dalam rentang usia risiko tinggi. Para ahli menyatakan bahwa wanita yang menikah pada usia muda (< 20 tahun) fungsi organ-organ reproduksinya belum maksimal, sehingga mudah timbul komplikasi. Dianjurkan agar ibu yang hamil pada umur 35 tahun atau lebih harus lebih rajin memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan, karena pada umumnya usia 35 tahun atau lebih fungsi organ reproduksi sudah mulai menurun.

Persentase hipertensi pada ibu hamil di pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perkotaan. Pada analisis multivariat, risiko hipertensi pada ibu hamil yang berada di daerah pedesaan 1,59 lebih besar (95% CI: 1,37–1,86) dibandingkan dengan di daerah perkotaan. Hal ini mungkin disebabkan oleh tingkat pengetahuan maupun pekerjaan ibu hamil di kedua lokasi tersebut berbeda. Ibu hamil di perkotaan umumnya memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi, lebih memiliki kemudahan untuk mengakses informasi dan lebih mudah untuk menjangkau fasilitas kesehatan dibandingkan dengan ibu hamil yang bermukim di daerah pedesaan.

Pendidikan ibu hamil secara umum masih sangat rendah. Pendidikan SLTP ke bawah sebanyak 66,5%, 3,5% di antaranya tidak pernah sekolah dan 11,5% tidak tamat SD. Keadaan ini mencerminkan bahwa pendidikan perempuan pada umumnya di negara kita masih rendah. Jumlah kasus hipertensi pada ibu hamil yang berpendidikan rendah adalah 14,5%. Pada mereka ditemukan yang tidak bekerja sebanyak 59,4% dan buruh/tani 26,3%. Persentase ibu hamil yang tinggal di desa dan berpendidikan rendah sebanyak 56,1%. Dari sini tampak bahwa ibu hamil dengan hipertensi memiliki pengetahuan yang kurang mengenai perawatan antenatal. Jadi kemungkinan ibu-ibu ini jarang/tidak melakukan pemeriksaan kehamilan. Prevalensi hipertensi pada ibu hamil dengan status

sosial ekonomi rendah lebih besar dibandingkan dengan yang tidak miskin. Keadaan ini mungkin berhubungan dengan asupan makanan. Umumnya pada kelompok yang kurang mampu asupan garam dalam makanannya lebih tinggi dibandingkan dengan yang mampu. Padahal konsumsi garam berkorelasi dengan peningkatan tekanan darah. Selain itu di pedesaan masih banyak ditemukan ibu-ibu yang selalu mengutamakan makanan untuk suami dan anak-anaknya, sehingga ibu, hanya mendapatkan sisa lauk. Apabila makanan sampai habis oleh keluarga berarti ibu makan apa adanya atau bila lauknya habis maka ibu sering menambahkan garam pada makanannya untuk menambah selera makannya.

KESIMPULAN

Ditemukan responden yang hamil sebanyak 8.341 orang dan yang hipertensi sebanyak 1.062 orang (12,7%). Dari 1062 ditemukan sekitar 125 orang yang hipertensi sebelum hamil (11,8%) dari hasil wawancara. Prevalensi hipertensi pada ibu hamil tertinggi terdapat di Prov. Sumatera Selatan (18,0%) dan tidak ditemukan ibu hamil di Provinsi Sulawesi Tengah. Diperoleh ada hubungan antara usia, pendidikan serta wilayah tempat tinggal dengan peningkatan hipertensi pada ibu hamil.

Penyakit hipertensi dalam kehamilan harus dihadapi bersama-sama, tidak hanya tenaga kesehatan saja, tetapi pasien, suami, orang tua dan keluarga yang lainnya. Penyakit ini adalah penyakit yang serius dan harus ditangani dengan baik agar kehamilan dapat berjalan dengan baik dengan ibu selamat dan janin sehat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Badan Litbangkes atas diadakannya Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Di samping itu ucapan terima kasih ini ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten Kota seluruh Indonesia dan kepada berbagai pihak yang telah membantu atas terselenggaranya penelitian ini. Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua responden pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Angka kematian ibu belum ditangani serius. Diunduh pada tanggal 24 Maret 2010, Jakarta. <http://www.bkbn.go.id>.
- Arifin A, Rosmiati B, Soeparmanto P. Pengembangan Model Peningkatan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal dan Persalinan oleh Keluarga Miskin di Pedesaan. [Laporan penelitian]. Surabaya: Badan Litbangkes; 2004.
- Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Pregnancy-induced hypertension and the neonatal outcome. Diunduh pada tanggal 24 Maret 2010, Jakarta. Disitasi dari <http://www.scielo.br/scielo-php?pid>.
- Chen XK, Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. Pregnancy-induced hypertension is associated with lower infant mortality in preterm singletons. *Br J Obstet Gynecol*. 2006; 113(5): 544–51.
- Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007. Jakarta; Departemen Kesehatan RI; 2008.
- Gibson, Paul; Carson Michael. Hypertension ang Pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol. Apr* 1998; 105(4): 430–434
- Gutsche BB. Anesthetic Consideration for Preeclampsia-eclampsia. In: Shinder SM, Levenson G, editors. *Anesthesia for obstetrics*. Baltimore: The William's &Wilhims Company; 1979. p. 224–34.
- Hipertensi pada Kehamilan. Diunduh pada tanggal 24 Maret 2010. Disitasi dari <http://www.permatacibubur.com>.
- Hipertensi pada Kehamilan. <http://abidinblog.blogspot.com> diunduh 25 Februari 2010.
- Lindheimer MD, Katz AI. Hypertension in Pregnancy. *N Eng J. Med*. 1985; 313: 675–80.
- Sibai BM, McCubin JH, Anderson GD, Lipshitz J, Dilts PV Jr. Eclampsia I: observation from 67 recent cases. *Obstet Gynecol*. 1981; 58: 608–13.
- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta.
- The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7), *JAMA* 2003; 290: 197.
- WHO-SEARO. Regional Health Report 1998: focus on women, New delhi, WHO-SEARO; 1998. p. 1–3.
- Wisnuwardhani SD, Santoso BI. Buku tahunan 1990–1992. Jakarta. Bagian Obstetri dan Ginekologi FKUI; 1993.
- Yudasmara, Kusuma IP. Hipertensi dalam Kehamilan. Diunduh pada tanggal 24 Maret 2010. Disitasi dari <http://www.balipost.com>.