

Hipertensi dan Diabetes Mellitus pada Wanita Usia Subur (WUS) di Daerah Urban di Indonesia

Delima¹, Ani Isnawati², Mariana Raini²

¹ Pusat Penelitian Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

² Pusat Penelitian Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI

e-mail: delima@litbang.depkes.go.id

Abstract

Maternal mortality in Indonesia is still high. Gestational hypertension and diabetes mellitus are among the causes. Hypertension and diabetes mellitus in reproductive age women impact the gestation and the delivery. The objectives of this analysis on Riskesdas (National Basic Health Research) 2007 data were getting the percentage of hypertension and diabetes mellitus in reproductive age women in Indonesian urban in 2007.

Analysis was done descriptively and analytically using Riskesdas 2007 community and biomedical data, i.e. blood pressure and blood glucose level. Total samples were 99 649 community samples and 8 951 biomedical samples. The results showed there were 10.2 % pregnant women aged 15-49 years old in Indonesian urban had hypertension and 4.9 % had diabetes mellitus, while 23.6 % of unpregnant women had hypertension and 4.0 % had diabetes mellitus. Three provinces with highest percentage of hypertension in unpregnant women were in Gorontalo, North Sulawesi, and South Kalimantan and highest percentage of diabetes mellitus were NAD, North Maluku, and Bangka Belitung. Unpregnant reproductive age women with DM had 2.3 times higher risk to have hypertension (adjusted prevalence OR=2.3; 95 % CI 1.82 % -2.99 %).

Key words: *reproductive age women, hypertension, diabetes mellitus, National Basic Health Research (Riskesdas)*

Abstrak

Angka kematian maternal di Indonesia masih tinggi. Salah satu penyebabnya adalah hipertensi dan diabetes melitus pada masa kehamilan. Hipertensi dan diabetes melitus pada wanita usia subur dapat memengaruhi kehamilan dan persalinan. Analisis lanjut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 ini bertujuan menghitung persentase hipertensi dan diabetes melitus pada wanita usia subur di daerah urban Indonesia pada tahun 2007. Data Riskesdas 2007 bagian kesehatan masyarakat dan biomedik (kadar gula darah) dianalisis secara deskriptif dan analitik. Total sampel data kesehatan masyarakat sebanyak 99649 dan data biomedik sebanyak 8.951. Hasil analisis menunjukkan persentase hipertensi dan diabetes melitus pada wanita hamil usia 15-49 tahun di daerah urban Indonesia sebesar 10,2 % dan 4,9 %, sedangkan pada wanita yang tidak hamil sebesar 23,6 % dan 4,0 %. Tiga provinsi dengan persentase hipertensi tertinggi pada wanita tidak hamil adalah Gorontalo, Sulawesi Utara, dan Kalimantan Selatan, sedangkan provinsi dengan proporsi diabetes melitus tertinggi adalah Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku Utara, dan Bangka Belitung. Wanita usia subur tidak hamil dengan diabetes mellitus mempunyai risiko 2,3 kali lebih tinggi untuk mengalami hipertensi (OR suaian= 2,3; 95% CI 1,82-2,99).

Kata kunci: *wanita usia subur, hipertensi, diabetes mellitus, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).*

Pendahuluan

Rencana strategis Depkes melalui visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat” dan misi “membuat rakyat sehat” adalah berawal dari kesehatan keluarga. Undang-Undang Kesehatan mencantumkan kesehatan keluarga yang diwujudkan melalui kesehatan suami, istri, anak, dan anggota keluarga lainnya. Kesehatan istri diwujudkan melalui kesehatan masa pra kehamilan, kehamilan, pasca persalinan, dan masa di luar kehamilan dan persalinan (UU Kes 23).¹ Angka kematian maternal di tahun 2007 masih cukup tinggi yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup walaupun sudah ada penurunan dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2002-2003. Angka kematian maternal di Rumah Sakit di Indonesia tahun 2004 mencapai 8,6 per 1000 kelahiran hidup.^{2,5} Tingginya angka kematian ini disebabkan terutama oleh perdarahan, sepsis, pre-eklampsia, dan lain-lain.

Salah satu faktor yang berpengaruh pada komplikasi kehamilan dan persalinan adalah hipertensi. Hipertensi menyebabkan komplikasi pada 10% kehamilan dan meningkatkan risiko kelahiran prematur, gangguan pertumbuhan intra uterin, kematian perinatal, gagal ginjal dan hepar akut, perdarahan antepartum dan post partum, dan kematian maternal.⁶ Hipertensi pada kehamilan dibedakan menjadi hipertensi kronis (hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan), hipertensi yang diinduksi kehamilan (tekanan darah normal sebelum 20 minggu kehamilan), pre-eklampsia (disertai proteinuria), dan eklampsia (disertai proteinuria dan kejang). Upaya pencegahan terhadap penyakit ini dengan sendirinya akan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil. Untuk itu diperlukan pencegahan semenjak belum terjadi kehamilan.

Hipertensi sebelum kehamilan didapati 1-5 persen dan menetap semasa kehamilan atau dapat terjadi dengan kehamilan. Bila wanita normotensi mengalami kehamilan, maka hipertensi dapat terjadi sebesar 5-7 persen.^{7,9} Pencegahan dapat dilakukan semasa Wanita Usia Subur (WUS) belum hamil atau mengontrol morbiditas hipertensi pada WUS.

Faktor lain yang dapat berpengaruh pada pre-eklampsia yaitu diabetes mellitus (DM). DM adalah suatu keadaan di mana kadar gula dalam darah tinggi (hiperglikemia) yang sifatnya kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal. Hormon yang dikeluarkan saat kehamilan dapat menghambat kerja insulin yang kemudian dapat menyebabkan pening-katan kadar glukosa darah ibu hamil. Diabetes gestasional biasanya mulai muncul pada tengah kehamilan dan cenderung melahirkan bayi yang besar sehingga meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan, risiko kematian fetus, neonatus, dan maternal, serta hipoglikemia pada bayi saat lahir.¹⁰ Komplikasi maternal dapat berupa hipertensi kronik, pre-eklampsia, dan kematian ibu; komplikasi fetal berupa abortus spontan, kelainan kongenital, insufisiensi plasenta, makrosomia, kematian intrauterin; komplikasi neonatal berupa prematuritas, kematian intrauterin, kematian neonatal, trauma lahir, hipoglikemi, hipomagnesemi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi, sindrom gawat napas, dan thrombosis vena renalis.^{11,12}

Diabetes gestasional dapat meningkatkan risiko hipertensi selama kehamilan dan banyak wanita dengan penyakit ini yang kemudian menderita diabetes mellitus setelah 5-10 tahun melahirkan.¹⁰ Di Indonesia prevalensi DM gestasional 1,9-3,6% pada kehamilan umumnya, sedangkan prevalensi pada ibu

hamil dengan riwayat keluarga DM adalah sebesar 5,1%.¹¹

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) adalah suatu riset berbasis masyarakat yang dilakukan pada tahun 2007. Riskesdas menghasilkan data-data kesehatan masyarakat (kesmas) dan data biomedis seperti diabetes mellitus pada masyarakat urban di Indonesia. Data sekunder yang dihasilkan dapat dianalisis lanjut guna mendapatkan besaran persentase hipertensi dan DM pada WUS 15-49 tahun di daerah urban Indonesia.¹³

Naskah ini merupakan salah satu hasil analisis lanjut Riskesdas 2007 yang bertujuan untuk melihat selain besaran persentase hipertensi dan DM pada WUS di daerah urban di Indonesia, juga dapat mengetahui daerah-daerah dengan permasalahan kesehatan (hipertensi dan DM) pada WUS dan kemiskinan. Selain itu dihasilkan hubungan antara variabel dependen hipertensi dengan variabel independen DM.

Metode

Desain penelitian potong lintang dengan jenis penelitian observasi non intervensi dan sebagai populasi adalah WUS di urban Indonesia. Kerangka dan estimasi besar sampel untuk analisis sesuai dengan yang digunakan pada Riskesdas 2007. Sampel adalah anggota dari rumah tangga terpilih menurut sampling yang dilakukan oleh BPS untuk Susenas 2007 (sampel Kor). Sampel terdiri dari sampel kesmas dan sampel biomedis.¹³

Sampel kesmas diambil dari data Riskesdas 2007 yaitu WUS yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, antara lain umur 15-49 tahun, bermukim di daerah urban/perkotaan, telah menandatangani *informed consent*, sedangkan kriteria eksklusi adalah keterangan karakteristik dan data hipertensi responden tidak jelas/lengkap.

Untuk analisis analitik dipilih sampel WUS tidak hamil karena tidak ada data umur kehamilan dan untuk lebih memfokuskan pada upaya pencegahan. Jumlah total sampel kesmas adalah 99.649 responden (3.239 hamil dan 96.410 tidak hamil).

Sampel biomedis adalah 10% dari blok sensus sampel kesmas di daerah urban yang dipilih untuk pemeriksaan glukosa darah 2 jam setelah pembebanan.¹⁴ Sampel biomedis WUS adalah sampel biomedis yang memenuhi kriteria seperti sampel kesmas WUS dan mempunyai data glukosa darah 2 jam setelah pembebanan yang valid, didapatkan sejumlah 8.951 responden (318 hamil, 8.633 tidak hamil).

WUS di sini didefinisikan sebagai wanita usia subur berusia 15-49 tahun yang tidak sedang hamil. Penetapan usia tersebut menyesuaikan dengan beberapa hasil penelitian WUS seperti Surkesnas dan SDKI.

Dilakukan analisis deskriptif responden menurut karakteristik baik pada sampel kesmas maupun sampel biomedis WUS. Umur responden dikelompokkan dengan interval 5 tahun dan untuk analisis bivariat/multivariat faktor risiko dikelompokkan menjadi 2 kategori dengan titik potong umur 35 tahun yang merupakan usia risiko tinggi kehamilan. Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi 6 kategori dan untuk analisis bivariat/multivariat faktor risiko dikelompokkan menjadi 2 kategori menurut ketentuan mencapai 9 tahun wajib belajar atau tidak (tamat SMP). Pekerjaan utama responden dikategorikan menjadi 7 kategori dan untuk analisis bivariat/multivariat faktor risiko dikelompokkan menjadi 2 kategori menurut status pekerjaan yang berpenghasilan dan yang tidak berpenghasilan (tidak bekerja, sekolah, dan ibu rumah tangga). Status ekonomi

dilihat dari total pengeluaran per bulan per kapita dan dikategorikan dalam 5 kuintil dan untuk analisis bivariat/multivariat faktor risiko dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu yang lebih 'mampu' (kuintil 4-5) dan kurang (kuintil 1-3). Status kegemukan menggunakan ukuran IMT (indeks massa tubuh) dengan kategori menurut Depkes, yaitu obesitas jika $IMT > 27$. Kegemukan sentral atau kegemukan abdominal untuk perempuan menggunakan ukuran lingkar pinggang > 80 cm. Kecukupan konsumsi buah sayur adalah ≥ 5 porsi per hari. Kecukupan aktifitas fisik adalah kegiatan dengan MET (*metabolic equivalent*) ≥ 600 per minggu. Definisi operasional dari hipertensi adalah bila responden menjawab dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis menderita hipertensi oleh tenaga kesehatan¹⁵ atau saat diwawancarai masih minum obat antihipertensi¹⁵ atau hasil pengukuran tekanan darahnya termasuk kategori hipertensi menurut kriteria JNC VII¹⁶. Dikatakan hipertensi jika tekanan darah rata-rata dari 2-3 hasil pengukuran menunjukkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Data DM hanya diambil dari sampel biomedis WUS dengan kriteria DM menurut konsensus Perkeni 2006 dan pertanyaan pernah didiagnosis DM oleh tenaga kesehatan/dokter. Dikatakan DM

jika kadar glukosa darah 2 jam setelah pembebanan ≥ 200 mg/dl atau responden mengaku sudah pernah didiagnosis menderita DM oleh tenaga kesehatan.

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan hipertensi dan DM dengan beberapa variabel lainnya. Analisis multivariat dilakukan hanya pada sampel biomedis yang memiliki data hipertensi dan diabetes melitus.

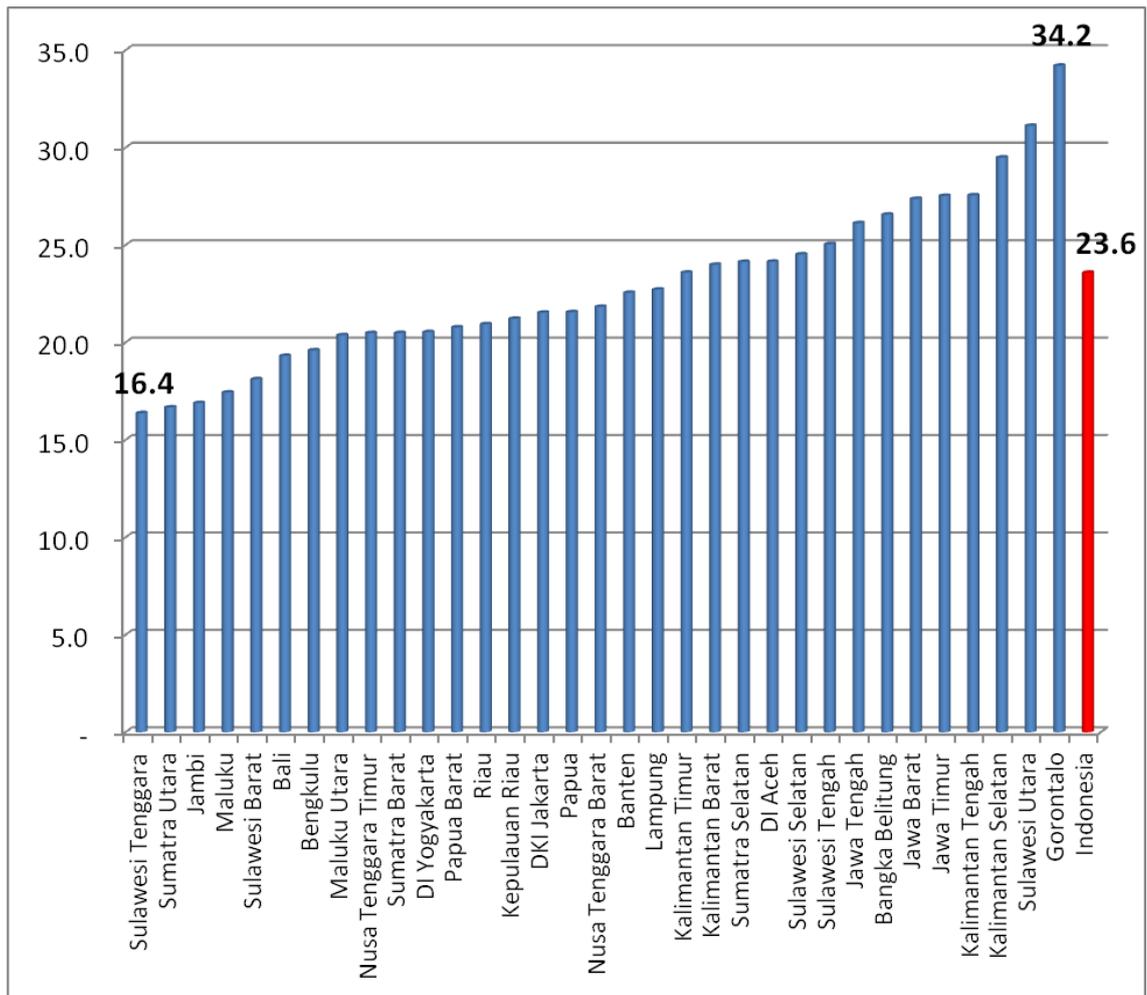
Hasil

Jumlah responden WUS kesmas yang ada di daerah urban Indonesia sebanyak 99.649 orang (*weighted* 104.523). Sebanyak 3,3% dalam keadaan hamil, maka WUS yang tidak hamil sebanyak 96.410 orang (*weighted* 101.134). Seluruh 96.410 WUS tidak hamil mempunyai data hipertensi. Jumlah responden WUS biomedis yang ada di urban Indonesia sebanyak 8.951 (*weighted* 9.202), sebanyak 3,7% dalam keadaan hamil, maka WUS yang tidak hamil ada 8.633 (*weighted* 8.863). Data WUS tidak hamil yang mempunyai data terkait diabetes melitus sebesar 8.089 orang (*weighted* 8.358).

Karakteristik sampel kesmas dan sampel biomedis tampak pada Tabel 1. Beberapa data *missing* ada pada variabel status ekonomi namun tidak lebih dari 0,5%.

Tabel 1. Karakteristik Sampel Kesmas dan Sampel Biomedis WUS Tidak Hamil di Daerah Urban Indonesia

Karakteristik	Sampel kesmas			Sampel biomedis		
	% valid	N valid	N <i>weighted</i>	% valid	N valid	N <i>weighted</i>
Umur			101134			8358
15-19 tahun	15,5	15629		13,8	1155	
20-24 tahun	15,7	15832		12,7	1058	
25-29 tahun	15,3	15512		16,4	1373	
30-34 tahun	14,7	14853		14,7	1226	
35-39 tahun	14,6	14755		15,8	1320	
40-44 tahun	13,1	13254		14,1	1176	
45-49 tahun	11,2	11299		12,6	1050	
Pendidikan			101134			8358
Tidak sekolah	2,6	2647		3,1	261	
Tidak tamat SD	7,7	7800		9,7	813	
Tamat SD	19,2	19418		22,2	1860	
Tamat SMP	24,1	24398		23,3	1949	
Tamat SMA	36,4	36830		32,6	2728	
Tamat PT	9,9	10041		8,9	747	
Pekerjaan			101134			8358
Tidak kerja	10,1	10175		8,9	740	
Sekolah	12,1	12243		10,4	868	
Ibu RT	40,6	41042		43,4	3631	
Pegawai	13,5	13698		12,0	1002	
Wiraswasta	14,0	14195		14,5	1211	
Petani/nelayan/buruh	7,5	7535		8,8	733	
Lainnya	2,2	2246		2,1	173	
Status ekonomi			100974			8358
Kuintil 1	17,4	17557		18,3	1532	
Kuintil 2	19,4	19557		20,5	1711	
Kuintil 3	19,9	20105		20,3	1700	
Kuintil 4	21,9	22130		20,2	1691	
Kuintil 5	21,4	21626		20,6	1725	

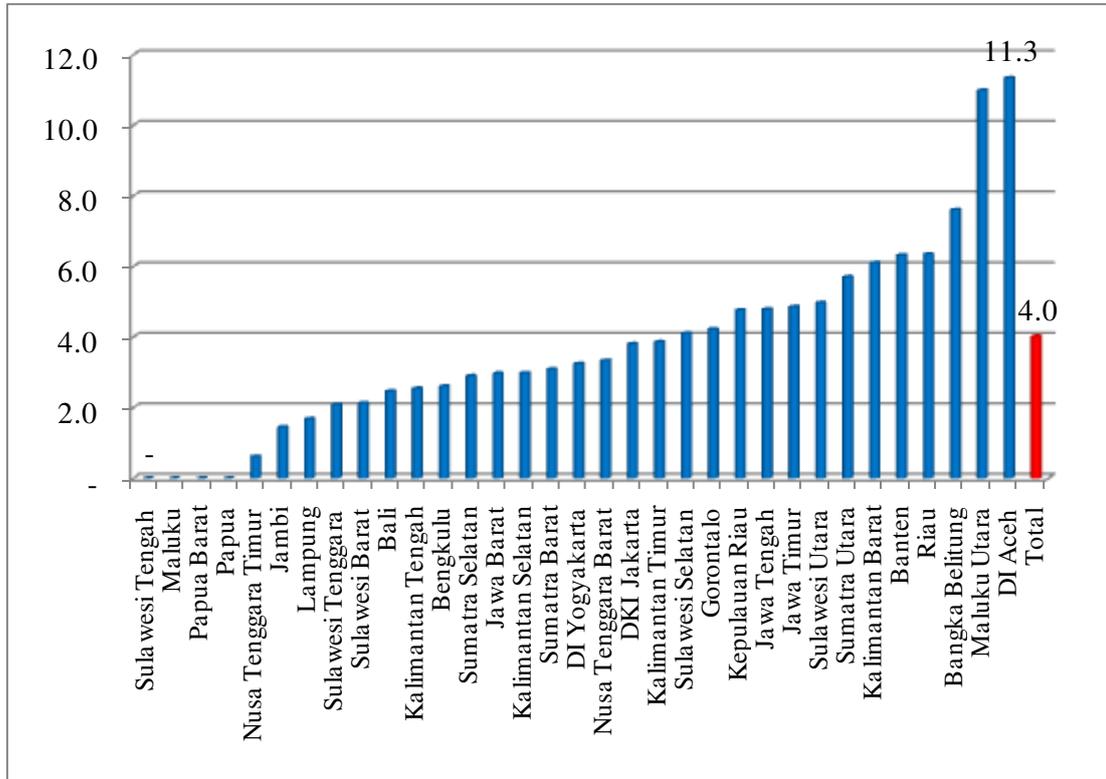


Gambar 1. Proporsi Hipertensi pada WUS Tidak Hamil Menurut Provinsi di Urban Indonesia

Dari diagram di atas diketahui bahwa WUS tidak hamil dengan hipertensi di daerah urban Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas 2007 sebesar 23,6 %. Persentase tertinggi WUS tidak hamil dengan hipertensi ditemukan di Provinsi Gorontalo (34,2 %),

diikuti Provinsi Sulawesi Utara (31,1 %), dan Kalimantan Selatan (29,5 %).

Persentase terendah terdapat di Sulawesi Tenggara (16,4 %), Sumatra Utara (16,7 %), dan Jambi (16,9 %).



Gambar 2. Proporsi DM pada WUS Tidak Hamil Menurut Provinsi di Daerah Urban Indonesia

Dari Gambar 2 diketahui bahwa WUS tidak hamil dengan DM di daerah urban Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas 2007 sebesar 4,0%. Persentase tertinggi WUS dengan DM tidak hamil ditemukan di Provinsi NAD (11,3%), diikuti Maluku Utara (11,0%), dan Bangka Belitung (7,6%), sedangkan di 4

provinsi yaitu Sulawesi Tengah, Maluku, Papua Barat, dan Papua tidak dijumpai WUS tidak hamil dengan DM.

Adapun data karakteristik WUS tidak hamil dengan hipertensi dan DM diuraikan pada Tabel 2 di bawah ini :

Tabel 2. Karakteristik Responden WUS Tidak Hamil Dengan Hipertensi dan DM di Urban Indonesia

Karakteristik Responden	Hipertensi (%)	DM (%)
	N <i>weighted</i> =101 133	N <i>weighted</i> =8 359
Kelompok Umur		
15-19 tahun	7,0	0,6
20-24 tahun	10,5	0,5
25-29 tahun	15,3	0,8
30-34 tahun	22,0	3,9
35-39 tahun	30,8	5,9
40-44 tahun	40,9	7,7
45-49 tahun	48,5	9,1
Pendidikan		
Tidak sekolah	40,6	7,3
Tidak tamat SD	37,1	5,2
Tamat SD	31,3	4,5
Tamat SMP	20,2	3,4
Tamat SMA	18,7	3,7
Tamat PT	19,8	3,1
Pekerjaan		
Tidak kerja	16,8	2,6
Sekolah	6,9	0,7
Ibu RT	29,9	5,5
Pegawai	19,3	3,7
Wiraswasta	27,4	2,6
Petani/buruh/Nelayan	27,5	5,0
Lainnya	18,1	2,9
Status ekonomi		
Kuintil-1	24,1	3,9
Kuintil-2	23,9	4,2
Kuintil-3	24,7	3,2
Kuintil-4	22,8	4,3
Kuintil-5	22,7	4,5

Data pada Tabel 2 menunjukkan bahwa WUS tidak hamil dengan hipertensi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 45-49 tahun (48,5%), pendidikan tidak sekolah (40,6%), pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (29,9%), dan pada status ekonomi kuintil 3 (24,7%). Adapun data DM pada WUS

tidak hamil, tertinggi ditemukan pada kelompok umur 45-49 tahun (9,1%), pendidikan tidak sekolah (7,3%), pekerjaan ibu rumah tangga (5,5%), dan status ekonomi kuintil 5 (4,5%). Baik hipertensi maupun DM meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan menurun dengan meningkatnya tingkat pendidikan.

Tabel 3. Analisis Bivariat Faktor Risiko Hipertensi dan DM pada WUS di Urban Indonesia

Faktor risiko	Hipertensi			DM		
	%	p	OR (95% CI)	%	P	OR (95% CI)
Kelompok Umur		0,0001			0,0001	
35-49 tahun	39,3		4,1 (4,00-4,25)	7,5		5,4 (4,1-6,98)
15-34 tahun	13,6		Ref	1,5		ref
Pendidikan		0,0001			0,003	
Tidak tamat SMP	33,6		2,1 (2,04-2,17)	4,9		1,4 (1,12-1,75)
Tamat SMP +	19,4		Ref	3,5		ref
Pekerjaan		0,045			0,082	
Tidak berpenghasilan	23,4		1,0 (0,94-1,00)	4,3		1,2 (0,97-1,55)
Berpenghasilan	23,9		Ref	3,5		ref
Status ekonomi		0,0001			0,137	
Kuintil 1-3	24,2		1,1 (1,06-1,12)	3,8		0,8 (0,68-1,06)
Kuintil 4-5	22,7		Ref	4,4		ref
Obesitas		0,0001			0,0001	
Ya	47,7		3,8 (3,66-3,94)	8,2		2,8 (2,20-3,50)
Tidak	19,4		Ref	3,1		ref
Obesitas sentral		0,0001			0,0001	
Ya	36,6		2,8 (2,73-2,90)	6,7		2,8 (2,25-3,53)
Tidak	17,0		Ref	2,5		ref
Pernah merokok		0,0001			0,624	
Ya	28,0		1,3(1,18-1,37)	4,7		1,1 (0,67-2,00)
Tidak	23,4		Ref	4,0		ref
Konsumsi buah sayur		0,638			0,200	
Kurang (<5 porsi/hr)	23,6		1,0 (0,93-1,05)	4,1		1,4 (0,83-2,37)
Cukup (≥5 porsi/hr)	23,8		Ref	2,9		ref
Aktifitas fisik		0,0001			0,126	
Kurang	22,7		0,9 (0,86-0,92)	3,7		0,8 (0,68-1,05)
Cukup	24,8		Ref	4,4		ref
Hipertensi					0,0001	
Ya				8,8		3,9 (3,06-4,85)
Tidak				2,5		ref

Untuk mengetahui hubungan antara hipertensi maupun DM dengan beberapa faktor yang diketahui sebagai faktor risiko kedua kondisi ini maka dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji chi-kuadrat. Data analisis bivariat untuk hipertensi

menggunakan data kesmas sejumlah 101.134 responden (*weighted*) sedangkan untuk DM menggunakan data biomedis sejumlah 8.358 responden (*weighted*).

Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan secara bermakna dengan kejadian hipertensi adalah umur \geq 35 tahun, obesitas menurut IMT, obesitas sentral, tingkat pendidikan yang tidak

lulus SMP, status ekonomi pada kuintil 3 ke bawah, pekerjaan yang tidak berpenghasilan, dan pernah merokok. Faktor kurang aktifitas fisik terlihat mengurangi risiko terjadinya hipertensi sedangkan kecukupan konsumsi buah sayur tidak berhubungan secara bermakna dengan hipertensi.

Hasil analisis bivariat untuk DM, menunjukkan bahwa faktor yang

berhubungan secara bermakna dengan kejadian DM adalah umur ≥ 35 tahun, hipertensi, obesitas menurut IMT, obesitas sentral, dan tingkat pendidikan yang tidak lulus SMP. Faktor pekerjaan, status ekonomi, pernah merokok, kecukupan konsumsi buah sayur, kecukupan aktifitas fisik tidak berhubungan secara bermakna dengan DM.

Tabel 4. Analisis Multivariat Faktor Risiko Hipertensi dan DM pada WUS di Urban Indonesia

Faktor risiko	Hipertensi		DM	
	p	OR _{adj} (95% CI)	P	OR _{adj} (95% CI)
Kelompok Umur ≥35th vs <35 th	0,0001	3,1 (3,00-3,20)	0,0001	3,8 (2,85-5,13)
Pendidikan < SMP vs SMP +	0,0001	1,6 (1,51-1,61)	--	
Pekerjaan Tak berpenghasilan vs Ya	0,001	1,1 (1,02-1,09)	--	
Status ekonomi Kuintil 1-3 vs 4-5	0,003	1,1 (1,02-1,09)	--	
Obesitas vs tidak	0,0001	2,2 (2,08-2,27)	--	
Obesitas sentral vs tidak	0,0001	1,6 (1,59-1,71)	0,0001	1,8 (1,40-2,27)
Hipertensi vs tidak	--	--	0,0001	2,4 (1,89-3,07)

Hasil analisis bivariat dilanjutkan ke multivariat. Hasil menunjukkan bahwa WUS tidak hamil berumur 35 tahun ke atas berisiko 3,1 kali mengalami hipertensi dibanding umur di bawah 35 tahun. Kegemukan baik obesitas menurut IMT maupun obesitas sentral meningkatkan risiko hipertensi sebesar 2,2 kali dan 1,6 kali. Tingkat pendidikan rendah yang tidak menyelesaikan SMP, tidak berpenghasilan sendiri, dan status ekonomi rendah juga meningkatkan risiko hipertensi. Untuk DM, tampak umur 35 tahun ke atas juga memberikan risiko sebesar 3,8 kali dan hipertensi serta obesitas sentral meningkatkan risiko DM 2,4 kali dan 1,8 kali.

Pembahasan

Rentang usia untuk definisi Wanita Usia Subur (WUS) bervariasi, ada yang menyatakan usia 15-45 tahun, 15-49 tahun, dan ada pula yang 15-50 tahun. Riskesdas 2007 bahkan memberi rentang yang lebih lebar dengan mendefinisikan WUS dengan usia 10-54 tahun seperti tercantum pada kuesioner Rumah Tangga Riskesdas 2007¹⁵. Untuk analisis ini dipilih rentang usia 15-49 tahun, menyesuaikan dengan rentang yang dipakai Surkesnas dan SDKI agar dapat membandingkan hasilnya.

Data Riskesdas 2007 menunjukkan proporsi WUS hamil dengan hipertensi di urban Indonesia

sebesar 10,2% dan WUS tidak hamil dengan hipertensi di urban Indonesia sebesar 23,6%. Hipertensi pada kehamilan cukup sering terjadi terutama pada kehamilan pertama (10-15%) dan 2-5% pada multigravida.¹⁷ Dari literatur diperoleh bahwa hipertensi sebelum kehamilan (1-5 persen) dan menetap semasa kehamilan atau dapat terjadi dengan kehamilan. Bila wanita normotensi mengalami kehamilan, maka hipertensi dapat terjadi sebesar 5-7 persen.⁷ Pada tahun 1997-2007, di beberapa negara Australia, Kanada, Denmark, Norwegia, Skotlandia, Swedia, dan Amerika Serikat, hipertensi pada kehamilan berkisar antar 3,6-9,1%, preeklamsia (1,4-4,0%) dan *early-onset* pre-eklamsia (0,3-0,7%).⁶ Data Riskesdas 2007 menunjukkan proporsi hipertensi pada kehamilan yang hampir sama dengan negara-negara di Eropa Utara, Australia, dan Amerika Serikat.

Proporsi WUS tidak hamil dengan hipertensi di urban Indonesia cukup tinggi. Hipertensi lebih banyak pada kelompok umur 35 tahun ke atas yang merupakan kelompok risiko tinggi kehamilan, pada tingkat pendidikan tidak lulus SMP (tidak menyelesaikan wajib belajar 9 tahun), pada pekerjaan yang tidak berpenghasilan, status ekonomi rendah (kuintil 3 ke bawah), dan obesitas baik menurut IMT maupun obesitas sentral. Upaya pengendalian perlu dilakukan pada kelompok berisiko ini agar tidak terjadi hipertensi kronik pada kehamilan yang mungkin berakibat komplikasi yang lebih berat baik pada janin, bayi, dan ibu. Walaupun angka kelahiran dan angka kematian cenderung menurun, namun angka kematian ibu dan angka kematian neonatal di Indonesia masih termasuk yang tinggi di wilayah Asia Tenggara. Hasil Riskesdas 2007 juga menunjukkan hipertensi merupakan sebagai penyebab kematian nomor 3 pada kelompok semua umur.¹⁸

Pre-eklamsia dan eklamsia yang disebut juga *Pregnancy Induced Hypertention* (PIH) atau kehamilan yang menginduksi tekanan darah adalah penyakit pada wanita hamil yang secara langsung disebabkan oleh kehamilan. Pre-eklamsia dan eklamsia hampir secara eksklusif merupakan penyakit pada kehamilan pertama (nullipara). Biasanya terdapat pada wanita masa subur dengan umur ekstrim, yaitu pada remaja belasan tahun atau pada wanita yang berumur lebih dari 35 tahun. Hipertensi pada kehamilan merupakan penyebab utama morbiditas dan kematian ibu dan janin.

Data Riskesdas 2007 menunjukkan persentase WUS hamil dengan DM sebesar 4,9 % dan WUS tak hamil dengan DM sebesar 4,0 %. Dalam tulisan Antonius Budi Marjono menyatakan di Indonesia, prevalensi diabetes gestasional 1,9-3,6% pada kehamilan umumnya, sedangkan prevalensi pada ibu hamil dengan riwayat keluarga diabetes melitus adalah sebesar 5,1 %.¹¹ Angka yang didapatkan dari analisis ini tampak lebih besar dari hasil penelitian yang telah ada. WUS berumur 35 tahun ke atas, obesitas sentral, dan mengalami hipertensi mempunyai risiko lebih besar untuk terjadi diabetes melitus. Hipertensi meningkatkan 2,4 kali CI 95 % (1,89-3,07) risiko untuk menderita diabetes mellitus. Hal ini sesuai dengan fakta epidemiologis dan klinis memberikan data yang meyakinkan tentang kejadian penyakit kardiovaskuler yang sering menyertai penderita diabetes. Haffner dkk melalui *Ticking Clock Hypothesis* mengindikasikan bahwa gangguan vaskuler terjadi jauh sebelum munculnya diabetes. *Common Soil Hypothesis* memberikan wacana baru dalam memandang masalah klinis hipertensi, dislipidemia, obesitas, diabetes, dan gangguan metabolik lainnya.¹⁹

Perhatian perlu diberikan untuk mencegah komplikasi selama kehamilan akibat hipertensi dan diabetes mellitus terutama kepada WUS umur 35 tahun ke atas dan sudah mengalami hipertensi dan diabetes mellitus. Seperti banyak disampaikan di dalam literatur bahwa risiko mengalami diabetes gestasional semakin meningkat bila hamil pada usia lebih dari 25 tahun, menderita hipertensi, dan kegemukan (*overweight* dan obesitas) sebelum hamil.¹⁰

WHO memperkirakan kesehatan reproduksi yang buruk berjumlah 33% dari jumlah total beban penyakit pada wanita dibandingkan dengan 12,3% pada pria pada usia yang sama. Sekitar 4,5 juta wanita melahirkan di Indonesia setiap tahun dan sekitar 15.000 mengalami komplikasi yang menyebabkan kematian. Jumlah kematian bayi diperkirakan sekitar 120.000. Oleh karena itu, pengendalian dan pencegahan hipertensi dan diabetes melitus pada WUS terutama sebelum hamil tentu akan berkontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.²⁰

Kesimpulan

Persentase WUS hamil umur 15-49 tahun dengan hipertensi di daerah urban Indonesia sebesar 10,2% dan DM 4,9% sedangkan pada WUS tidak hamil dengan hipertensi sebesar 23,6% dan dengan DM sebesar 4,0 %. Provinsi yang mempunyai jumlah WUS tidak hamil dengan hipertensi tertinggi adalah Provinsi Gorontalo, diikuti Sulawesi Utara, dan Kalimantan Selatan. Sedangkan WUS tidak hamil dengan DM tertinggi ditemukan di Provinsi NAD, Maluku Utara, dan Bangka Belitung. Karakteristik WUS tidak hamil dengan hipertensi maupun DM mempunyai karakteristik yang hampir sama yaitu lebih tinggi pada kelompok umur lebih tua, melakukan pekerjaan yang tidak

berpenghasilan, dan obesitas sentral. Hipertensi memberikan risiko sebesar 2,4 kali untuk terjadi DM.

Saran

Upaya promotif untuk meningkatkan kesehatan wanita usia subur perlu dilakukan sejak dini agar tidak mengalami hipertensi dan diabetes mellitus. Upaya deteksi dini melalui pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan kadar gula darah pada wanita usia subur juga perlu dilakukan secara rutin agar dapat dikendalikan dengan baik terutama saat merencanakan kehamilan.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang memberikan ijin untuk menganalisis lanjut data Riskesdas 2007.

Daftar Rujukan

1. Departemen Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: 2004.
2. Departemen Kesehatan RI. Pusat Data dan Informasi. Profil Kesehatan Indonesia 2008. Jakarta: 2009.
3. SDKI, Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2002-2003. Jakarta: 2003.
4. Surkesnas, Survey Kesehatan Nasional 2004. Laporan SKRT 2004. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2004.
5. Ditjen Yanmedik. BAB II. Situasi Derajat Kesehatan, bankdata depkes go.id/data/intranet/sharing Folder/ DITJENMEDIK/seri 3/Tabels/15.htm-62k. Jakarta:2004.
6. Roberts CL, Ford JB, Algert CS, Antonsen S, Chalmers J, Cnattingius S, et al. Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: an international comparative study. *BMJ Open* 2011; 1:e000101.doi:10.1136/bmjopen-2011-000101.

7. Anwar TB. Wanita Kehamilan dan Penyakit Jantung, FK USU, Medan, [cited 2009 Mar 12]. Available from: <http://209.85.175.132/search?q=cache:Ky7rGcdAwPwJ:library.usu.ac.id/download/fk/gizi-bahri11.pdf>.
8. Senewe FP. Faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi persalinan 3 tahun terakhir di Indonesia. Research Report from JKPKBPPK / 2003-03-05 11:50:00
9. Rambulagi J. Beberapa Cara prediksi Hipertensi Dalam Kehamilan. *Majalah Ilmiah Cermin Dunia Kedokteran*; 2003; No.139.
10. A.D.A.M Medical Encyclopedia. Gestational diabetes. Glucose intolerance during pregnancy. [cited 2011 May 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001898/>
11. Marjono AB. Diabetes Mellitus pada Kehamilan. [cited 2008 Aug 23]. Available from: <http://www.geocities.com/Yosemite/Rapids/1744/cklobpt3.html>.
12. Waspada Diabetes Mellitus Pada Ibu Hamil <http://www.geocities.com/Yosemite/Rapids/1744/cklobpt3.html>, 23 Agustus 2008.
13. Buku saku Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Departemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2006.
14. Pedoman Pengambilan, Penyimpanan, Pengemasan, dan Pengiriman Spesimen Darah Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2007.
15. Pedoman Pengisian kuesioner Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2007.
16. National Heart, Lung, and Blood Institute. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. US Department of Health and Human Services. Bethesda: NIH Publication, December 2003.
17. Boestari M. Hipertensi dalam Kehamilan. *Jurnal Kardiologi Indonesia*. 1998; Vol XXIII (3): 147-51.
18. Tim Medis Rumah Bersalin dan Balai Pengobatan Wihdatul Ummah dari berbagai sumber, Pre Eklampsia dan Eklampsia, [http://www.wahdah.or.id/wahdah - Wahdah Islamiah](http://www.wahdah.or.id/wahdah-Wahdah-Islamiah), 10 July, 2008, 21:02.
19. Laporan Riskesdas 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI; 2008.
20. WHO. Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Reproduksi. Program Kerja Kesehatan Keluarga dan Masyarakat. WHO Indonesia. Jakarta. [cited 2011 Jun 30]. Available from: <http://www.who.or.id/ind/urworks.asp?id=ow>