



Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Preeklamsi Pada Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Factors associated with preeclampsia in pregnancy in the Muara Kelingi Health Centre Working Area in 2024

Perawati ¹⁾; Lezi Yovita Sari ²⁾; Liya Lugita Sari ³⁾

^{1,2,3)} Universitas Dehasen Bengkulu

Email: ¹⁾ perawati89999@gmail.com

How to Cite :

Perawati, P., Sari, Y, L., Sari, L, L. (2024). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Preeklamsi Pada Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024 . Jurnal Kesehatan Mitra Sekawan. 1(1). DOI:

ARTICLE HISTORY

Received [20 Agustus 2024]

Revised [25 September 2024]

Accepted [30 September 2024]

KEYWORDS

Gameli, Parity, Education, Preeclampsia, Age, Gestational Age.

This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license



ABSTRAK

Berdasarkan Survei Angka Sensus pada tahun 2015, Angka kematian ibu di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan, proyeksi angka kematian neonatal, bayi dan balita berdasarkan SDKI 2017 sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup. Target angka kematian neonatal pada SDKI di tahun 2024 sebesar 11,1% dan target SDGs pada tahun 2030 sebesar 8,6 % (Kementerian Kesehatan, 2019). menurut Komisi IX DPR RI di Sumatera Selatan, jumlah kematian Ibu di tahun 2022 sebesar 97 orang, menurun dari tahun 2021 sebanyak 131 orang. Untuk Jumlah kematian bayi di tahun 2022 ada 497 orang atau turun dari tahun 2021 sebanyak 502 orang. penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Metode yang akan dilakukan peneliti bersifat kuantitatif. Hubungan antar variabel ini ditentukan berdasarkan uji statistik dengan menggunakan metode Cross Sectional. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan usia ibu dengan kejadian preeklamsi (p-value= 0,004; ada hubungan paritas dengan kejadian preeklamsi (p-value= 0,000 tidak ada hubungan gameli dengan kejadian preeklamsi (p-value= 0,122. Diharapkan pihak Puseksmas Muara Kelingi dapat meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan kebidanan dalam menurunkan kejadian eklamsia khususnya pada ibu dengan usia saat hamil, paritas, gameli, usia kehamilan yang berisiko tinggi preeklamsi hendaknya harus dilakukan pemantauan secara ketat kadar protein dan tekanan darah sehingga tidak terjadi komplikasi.

ABSTRACT

Based on the Census Survey in 2015, the maternal mortality rate in Indonesia was 305 per 100,000 live births. Meanwhile, the projected neonatal, infant and under-five mortality rate based on the 2017 IDHS is 15 per 1000 live births. The target neonatal mortality rate at the IDHS in 2024 is 11.1% and the SDGs target in 2030 is 8.6% (Ministry of Health, 2019). according to Commission IX of the House of Representatives in South Sumatra, the number of maternal deaths in 2022 was 97 people, down from 131 people in 2021. For the number of infant deaths in 2022 there are 497 people or down from 2021 as many as 502 people. this study uses descriptive analytic research design with a cross sectional approach. The method that will be carried out by researchers is quantitative. The relationship between these variables is determined based on statistical tests using the Cross Sectional method. The results showed that there was a relationship between maternal age and the incidence of preeclampsia (p-value = 0.004; there was a relationship between parity and the incidence of preeclampsia (p-value = 0.000, there was no relationship between gameli and the incidence of preeclampsia (p-value = 0.122). It is hoped that the Muara Kelingi Community Health Centre can improve the ability of health workers and the quality of midwifery services in reducing the incidence of eclampsia, especially in mothers with age during pregnancy, parity, gameli, gestational age at high risk of preeclampsia should be closely monitored protein levels and blood pressure so that complications do not occur.

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan kematian ibu hamil terjadi hampir setiap dua menit pada tahun 2020. Di tahun yang sama, setiap hari hampir 800 perempuan meninggal karena sebab-sebab yang dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan. Penurunan Angka Kematian Ibu masih menjadi prioritas masalah kesehatan di dunia. Pada Sustainable Development Goals (SDGs) tahun 2015-2030, angka kematian ibu menjadi salah satu target pada urutan ketiga dalam sektor kesehatan di Indonesia (Ermalena, 2017). SDGs menargetkan penurunan rasio Angka Kematian Ibu (AKI) kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Rasio angka kematian ibu di negara berkembang sangat tinggi, diperkirakan 415 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dan 40 kali lebih tinggi dibandingkan dengan angka kematian di Eropa. Secara global, pada tahun 2017 diestimasikan rasio kematian ibu sebesar 211 kematian per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, karena untuk mencapai target AKI turun menjadi 183 per 100.000 KH tahun 2024 diperlukan paling tidak penurunan kematian ibu sebesar 5,5% per tahun.

Kematian ibu disebabkan oleh gangguan selama kehamilan ataupun ketika persalinan. Di Indonesia, berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, angka kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Sedangkan menurut Komisi IX DPR RI di Sumatera Selatan, jumlah kematian ibu di tahun 2022 sebesar 97 orang, menurun dari tahun 2021 sebanyak 131 orang. Untuk Jumlah kematian bayi di tahun 2022 ada 497 orang atau turun dari tahun 2021 sebanyak 502 orang. Untuk prevalensi stunting, di tahun 2022 adalah 18,6%. Menurun dari tahun 2021 sebesar 24,8%. Berdasarkan Survei Angka Sensus pada tahun 2015, Angka kematian ibu di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan, proyeksi angka kematian neonatal, bayi dan balita berdasarkan SDKI 2017 sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup. Target angka kematian neonatal pada SDKI di tahun 2024 sebesar 11,1% dan target SDGs pada tahun 2030 sebesar 8,6 % (Kementerian Kesehatan, 2019). Beberapa penyebab kematian ibu antara lain adalah akibat gangguan hipertensi 33,07%, pendarahan obstetrik 27,03%, komplikasi non obstetrik 15,7%, komplikasi obstetrik 12,04%, infeksi 6,06% dan penyebab lainnya 4,81%. Persentase kematian neonatal tertinggi disebabkan oleh komplikasi pada kejadian intrapartum 28,3%, gangguan pernapasan dan kardiovaskular 21,3%, BBLR dan lahir prematur 19%, kelahiran kongenital 14,8%, akibat tetanus neonatorum 1,2%, infeksi 7,3% dan akibat lainnya 8,2% (Kementerian Kesehatan, 2019). Berdasarkan uraian data diatas, gangguan kehamilan yang disebabkan oleh hipertensi (preeklampsia) menjadi penyebab tertinggi pada kematian ibu dan kematian neonatal.

Terdapat banyak faktor risiko yang dianggap dapat mempengaruhi preeklampsia yaitu memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil, riwayat preeklampsia pada keluarga, penyakit ginjal kronis, menderita diabetes melitus dan ibu dengan preeklampsia sebelumnya. Preeklampsia lebih sering terjadi pada primigravida dan semakin tinggi risiko preeklampsia pada ibu dengan interval kehamilan yang sudah lama serta usia ibu yang terlalu muda < 20 tahun dan usia terlalu tua > 40 tahun untuk mengandung (Fred A English, 2015). Pada hasil penelitian (Nursal dkk, 2015) faktor risiko yang mempengaruhi kejadian preeklampsia pada ibu hamil seperti faktor umur yang berisiko 55,9%, multigravida 70,6%, riwayat hipertensi 41,2% dan riwayat penyakit diabetes melitus 2,9%. Penelitian (Sitepu dkk, 2019) di Rumah Sakit Adam Malik menunjukkan faktor kejadian preeklampsia pada usia yang berisiko (< 20 tahun dan > 35 tahun) 37,9%, status gravida (primigravida 41,4% dan multigravida 37,9%), dan status paritas (nullipara 43,7%; multipara 34,5%; primipara 21,8%).

LANDASAN TEORI

Definisi Preeklampsia

Preeklampsia (toksemia) adalah peningkatan tekanan darah pada saat hamil, pembengkakan tubuh terutama bagian muka dan tangan, peningkatan tekanan darah secara tiba – tiba, dan kadar protein yang tinggi pada urin merupakan gejalanya. Penyempitan pembuluh darah mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen dan makanan pada janin, sedangkan pada ibu umumnya menyebabkan gangguan fungsi ginjal. Preeklampsia menyebabkan keracunan pada ibu dan membahayakan janin. Adanya mekanisme imunolog yang kompleks dan aliran darah ke plasenta yang berkurang mengakibatkan jumlah zat gizi yang dibutuhkan janin tidak terpenuhi. Kadar protein yang tinggi pada urin ditandai dengan warna kuning tua gelap, kecokelatan atau kemerahan (Wahyudi, 2019). Secara definisi, preeklampsia adalah suatu penyakit yang menunjukkan tanda-tanda hipertensi dan pembengkakan



(edema) dan peningkatan protein dalam urine yang muncul sebagai akibat dari kehamilan. Meskipun biasanya muncul pada trimester ketiga kehamilan, preeklampsia dapat terjadi pada tahap sebelumnya, contohnya pada molahidatidosa (Wiknjosastro, 2019).

Secara lebih rinci, preeklampsia dapat diidentifikasi sebagai suatu masalah kesehatan dengan ciri-ciri hipertensi, preeklampsia dapat diidentifikasi dengan adanya tekanan darah sistolik (TDS) sebesar ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) sebesar ≥ 90 mmHg, bersamaan dengan keberadaan proteinuria dengan kadar lebih dari 300 mg per jam. Kondisi ini umumnya muncul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu pada ibu hamil yang sebelumnya memiliki tekanan darah dalam batas normal (Rahmadhanti et al., 2022).

Etiologi

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) etiologi merupakan cabang ilmu biologi tentang penyebab dari penyakit. Etiologi adalah ilmu yang dapat digunakan untuk mempelajari tentang penyebab terjadinya suatu penyakit. Secara etiologi, penyebab dari preeklampsia belum diketahui dengan pasti. Meskipun demikian, kondisi ini lebih sering dialami oleh ibu hamil primigravida, ibu yang mengalami hiperplasentosis, seperti pada kehamilan kembar, janin besar, mola hidatidosa, dan hidrops fetalis. Ibu hamil yang mengalami gangguan vaskular, seperti hipertensi atau diabetes melitus dan ibu hamil yang memiliki riwayat preeklampsia atau eklampsia dalam keluarga. Etiologi preeklampsia masih menjadi suatu misteri hingga saat ini, dan beberapa faktor diyakini berkontribusi pada terjadinya kondisi ini. Perubahan cepat dalam pembuluh darah plasenta menjadi ciri khas preeklampsia, dan tiga faktor utama yang diduga berperan dalam hal ini melibatkan maladaptasi imunologi, predisposisi genetik, dan faktor media-vaskular. Preeklampsia bersifat multifaktor dan ditandai dengan manifestasi klinis yang kompleks antara lain:

Hipertensi

Gejala preeklampsia yang paling dahulu timbul adalah hipertensi yang tiba – tiba. Batas yang digunakan untuk menentukan hipertensi adalah tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Akan tetapi, kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau tekanan darah diastolik 15 mmHg di atas tekanan biasanya juga digunakan sebagai indikator hipertensi. Biasanya, tekanan darah sistolik mencapai 180 mmHg dan tekanan darah diastolik 110 mmHg. Tekanan darah sistolik 200 mmHg jarang terjadi. Jika timbul tekanan darah sistolik melebihi 200 mmHg, hipertensi kronis terjadi.

Kelainan Vaskularisasi Plasenta

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat alirandarah dari cabang – cabang arteri uterina dan arteria ovarika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa arteri arkuata dan arteri arkuata cabang arteri radialis. Arteria radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteria spiralis. Pada kehamilan normal dengan sebab yang belum jelas terjadi trofoblas ke dalam lapisan otot arteria spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskular dan peningkatan aliran darah pada daerah utero plasenta. Akibatnya, aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Proses ini dinamakan “remodeling arteri spiralis”. Pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya.

Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan patogenesis HDK selanjutnya. Diameter rata-rata arteri spiralis pada hamil normal adalah 500 mikron, sedangkan pada preeklampsia rata-rata 200 mikron. Pada hamil normal vasodilatasi lumen arteri spiralis dapat meningkatkan 10 kali aliran darah ke utero plasenta.

Disfungsi Sel Endotel

Akibat sel endotel terpapar terhadap peroksida lemak, maka terjadi kerusakan sel endotel, yang kerusakannya dimulai dari membran sel endotel. Kerusakan membran sel endotel mengakibatkan terganggunya fungsi endotel, bahkan rusaknya seluruh struktur sel endotel. Keadaan ini disebut “disfungsi endotel” (endothelial dysfunction). Pada waktu terjadi kerusakan sel endotel yang mengakibatkan disfungsi sel endotel, maka akan terjadi:

1. Gangguan metabolisme prostaglandin, karena salah satu fungsi sel endotel, adalah memproduksi prostaglandin, yaitu menurunnya produksi prostasiklin (PGE₂): suatu vasodilatator kuat.
2. Agregasi sel-sel trombosit pada daerah endotel yang mengalami kerusakan.
Agregasi sel trombosit ini adalah untuk menutup tempat-tempat dilapisan endotel yang mengalami kerusakan. Agregasi trombosit memproduksi tromboksan (TXA₂) suatu vasokonstriktor kuat.

Adapsi Kardiovaskuler Origenetik

Pada hamil normal pembuluh darah refrakter terhadap bahan – bahan vasopresor. Refrakter berarti pembuluh darah tidak peka terhadap rangsangan bahan vasopresor atau dibutuhkan kadar vasopresor yang lebih tinggi untuk menimbulkan respons vasokonstriksi. Pada kehamilan normal terjadinya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor adalah akibat dilindungi oleh adanya sintesis prostaglandin pada sel endotel pembuluh darah. Hal ini dibuktikan bahwa daya refrakter terhadap bahan vasopresor akan hilang bila diberi prostaglandin ini dikemudian hari ternyata prostasiklin. Pada hipertensi dalam kehamilan kehilangan daya refrakter terhadap bahan vasokonstriktor dan ternyata terjadi peningkatan kepekaan terhadap bahan – bahan vasopresor. Artinya, daya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor hilang sehingga pembuluh darah menjadi sangat peka terhadap bahan vasopresor. Banyak peneliti telah membuktikan bahwa peningkatan kepekaan terhadap bahan – bahan vasopresor pada hipertensi dalam kehamilan sudah terjadi pada trimester I (pertama). Peningkatan kepekaan pada kehamilan yang akan menjadi hipertensi dalam kehamilan, sudah dapat ditemukan pada kehamilan dua puluh minggu. Fakta ini dapat dipakai sebagai prediksi akan terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

METODE PENELITIAN

Metode Analisis

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Metode yang akan dilakukan peneliti bersifat kuantitatif. Hubungan antar variabel ini ditentukan berdasarkan uji statistik dengan menggunakan metode Cross Sectional. Rancangan tersebut merupakan penelitian dengan melakukan pengamatan pada saat bersamaan (satu satuan waktu) (Dharma, 2017).

Univariat

Analisis Univariat Bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi masing-masing yang diteliti baik variabel independen (usia, paritas, pendidikan, Gameli, dan Usia Kehamilan) maupun variabel dependen (Preeklampsia) dengan menggunakan persentase dengan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = Jumlah presentasi yang diinginkan

n = jumlah Sampel (Notoadmodjo, 2018) Interpretasinya adalah sebagai berikut :

- 0 % : tidak satupun kejadian
- 1%-25% : sebagian kecil dari kejadian
- 26%-49% : hampir sebagian dari kejadian
- 50% : setengah dari kejadian
- 51%-75% : sebagian dari kejadian
- 76%-99% : hampir seluruh dari kejadian
- 100% : seluruh kejadian (Arikunto, 2017)

Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan Untuk melihat hubungan variabel bebas ((usia, paritas, pendidikan, Gameli, dan Usia Kehamilan) dengan variabel terikat (preeklampsia). data dianalisa dengan menggunakan uji statistik X² (Chi-square) dengan tingkat kepercayaan 95% atau $\alpha = 0,05$. Keeratan hubungan dilihat dengan menggunakan nilai OR (odds ratio). Data diolah dengan program komputerisasi.



Hasil chi- square dapat dianalisa sebagai berikut :

1. jika nilai $p \geq \alpha$ (0,05), maka H_0 ditolak berarti faktor antara usia, paritas , gameli, tidak ada hubungan dengan Kejadian preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi.
2. jika nilai $p \leq \alpha$ (0,05), maka H_0 diterima artinya faktor antara usia, paritas , pendidikan , gameli, dan Usia Kehamilan ada hubungan dengan kejadian preeklampsia di R Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024.

Analisis Uji OR

1. bila nilai $OR > 1$ maka faktor resiko (usia, paritas, pendidikan, gameli dan Usia kehamilan) dapat menyebabkan preeklampsia.
2. bila nilai $OR = 1$ maka faktor resiko (usia, paritas, pendidikan, gameli dan Usia kehamilan) bersifat netral (tidak mempengaruhi).
3. bila nilai $OR < 1$ maka faktor resiko (usia, paritas, pendidikan, gameli dan Usia kehamilan) tidak menyebabkan preeklampsia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Analisis Univariat

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Usia, Paritas Dan Gameli Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Variabel	n	%
Usia		
<20 atau > 35 tahun	29	31,5
20-35 tahun	63	68,5
Status Gravidia		
Primi dan grande	31	33,7
Multipara	61	66,3
Gameli		
Gameli	3	3,3
Tidak Gameli	89	96,7
Pre eklampsia		
Pre Eklamsia	40	43,5
Tidak Preeklamsia	52	56,5

Berdasarkan Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa dari 92 responden sebagian besar (68,5%) ibu berusia 20-35 tahun, sebagian besar (66,3%) ibu memiliki paritas multipara, sebagian besar ibu tidak gameli . Dan dari sebagian kecil (31,5%) ibu berusia <20 atau > 35 tahun, sebagian kecil (33,7%) ibu primipara dan grande dan sebagian kecil ibu gameli (3,3%).

Analisa Bivariat

Tabel 2 Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Variabel	Preeklampsia				p-value
	n	Ya	Tidak	%	
Usia					
<20 dan >35 tahun	19	65,5	10	34,5	0,004
20-35 tahun	21	33,3	42	66,7	
Total	40	100	52.	100	

Berdasarkan tabel 2 hubungan usia ibu dengan kejadian preeklamsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 92 responden yang mengalami

preeklampsia usia <20 dan >35 tahun 19 responden (65,5%) dan yang mengalami preeklampsia usia 20-35 tahun 21 responden (33,3%) Hasil uji statistik didapatkan p-value = 0,004 artinya ada hubungan usia dengan Preeklampsia

Pembahasan

Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Berdasarkan tabel 5.2 hubungan usia ibu dengan kejadian preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 92 responden yang mengalami preeklampsia usia <20 dan >35 tahun 19 responden (65,5%) dan yang mengalami preeklampsia usia 20-35 tahun 21 responden (33,3%) Hasil uji statistik didapatkan p-value = 0,004 artinya ada hubungan usia dengan Preeklampsia. Hal ini sejalan dengan penelitian Rosmiati (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan preeklampsia dengan nilai p- value = 0,005. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dianggap memiliki resiko karena pada usia dibawah 20 tahun alat reproduksi belum matang sedangkan jika diatas 35 tahun alat reproduksi telah berkurang fungsinya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Julianti (2014) yang menunjukkan ibu bersalin yang berusia <20 atau >35 tahun berisiko mengalami preeklamsi sebanyak 1,9 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu bersalin yang memiliki usia tidak berisiko. Ibu yang berusia <20 tahun dan >35 tahun lebih beresiko terhadap kejadian preeklampsia, hal ini dikarenakan pada usia < 20 tahun diduga adanya suatu imunologi disamping endokrin dan genetik, sedangkan preeklampsia pada usia >35 tahun diduga akibat hipertensi yang diperberat oleh kehamilan (Cunningham, 2010). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden dengan preeklampsia sebagian besar (68,5%) berusia 20-35 tahun. Hal ini mungkin dikarenakan faktor lain yang memperberat persalinan seperti adanya riwayat hipertensi terdahulu atau karena faktor jarak kehamilan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Julianti (2014) yang mengatakan bahwa Ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi berisiko mengalami preeklamsi sebanyak 2,338 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Yuniarti, dkk (2017) yang mengatakan bahwa sebagian besar preeklampsia terjadi pada ibu yang berumur 20-34 tahun (55,9%). Preeklampsia banyak terjadi pada kelompok umur 20-35 tahun dipengaruhi oleh jarak kehamilan. Jarak kehamilan yang terlalu dekat akan menyebabkan terjadinya komplikasi kehamilan, salah satunya yaitu preeklampsia. Analisis terbaru dalam penelitian Mignini, et all (2016) dari 894.476 wanita dengan kehamilan berturut- turut dalam 18 negara di Amerika Latin menunjukkan bahwa interval kelahiran yang lebih lama meningkatkan kemungkinan preeklampsia.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa usia <20 tahun dan > 35 tahun ada yang tidak mengalami preeklampsia. Hal ini mungkin dikarenakan ibu melakukan ANC secara teratur sehingga bisa dideteksi secara dini faktor yang bisa menyebabkan preeklampsia. Secara teori usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun disebut juga sebagai usia risiko tinggi untuk mengalami komplikasi kehamilan. Pada usia < 20 tahun, ukuran uterus belum mencapai ukuran yang normal untuk kehamilan, sehingga kemungkinan terjadinya gangguan dalam kehamilan seperti preeklampsia. Pada usia > 35 tahun terjadi proses degeneratif yang mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional pada pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah, sehingga lebih rentan mengalami preeklampsia (Cunningham, 2010).

Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Berdasarkan table 5.3 hubungan paritas ibu dengan kejadian preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 92 responden yang mengalami preeklampsia Primi dan grande 22 responden (71,0%) dan yang mengalami preeklampsia Multipara 18 responden (29,5%) Hasil uji statistik didapatkan p-value = 0,000 artinya ada hubungan paritas dengan Preeklampsia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Julianti (2014) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia dengan nilai p=0,012 dan hasil OR diketahui 1,964. Ibu yang memiliki paritas berisiko berpeluang 1,964 kali mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu yang tidak berisiko. Penelitian yang dilakukan oleh Novianti (2016) menunjukkan bahwa ibu dengan paritas primipara dan grandemultipara mempunyai peluang 2,117 kali mengalami kejaian preeklampsia dibandingkan dengan ibu multipara. Pada primipara sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan, stress emosi yang terjadi pada primi atau dan grandemultipara menyebabkan peningkatan pelepasan hormone corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol.



Pada primipara ada peluang terjadinya blocking antibodies tubuh ibu dengan antigen plasenta sehingga dapat memicu terjadinya hipertensi sampai dengan preeklampsia (Tika, dkk, 2017). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian responden (29,5%) yang mengalami preeklampsia memiliki paritas multipara. Hal ini dikarenakan faktor lain yang mempengaruhi seperti adanya riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnawati, dkk (2017) yang mengatakan bahwa ibu yang pernah mengalami preeklampsia sebelumnya (56,1%) daripada ibu yang tidak pernah mengalami preeklampsia dikehamilan sebelumnya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hasanah, dkk (2014) yang menunjukkan bahwa proporsi ibu dengan riwayat preeklampsia sebanyak 53%. Sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya menyumbang 20% risiko preeklampsia pada kehamilan berikutnya. Menurut Winkjosastro (2012) pada multiparitas lingkungan endometrium disekitar tempat implantasi kurang sempurna dan tidak siap menerima hasil konsepsi, sehingga pemberian nutrisi dan oksigenisasi kepada hasil konsepsi kurang sempurna dan mengakibatkan pertumbuhan hasil konsepsi akan terganggu sehingga dapat menambah risiko terjadinya preeklampsia. Penelitian Umar (2017) ibu bersalin yang memiliki riwayat pre- eklampsia berpeluang mengalami pre- eklampsia 8,258 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak memiliki riwayat pre- eklampsia. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu dengan paritas primi dan grande sebagian kecil (21,1%) tidak mengalami preeklampsia.

Hal ini mungkin dikarenakan faktor status ekonomi ibu yang membuat ibu lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan sehingga ibu bisa mencegah terjadinya preeklampsia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indriani (2012) yang mengatakan bahwa ibu yang memiliki status ekonomi tinggi pada primipara dan grandemultipara bisa dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan selama kehamilan dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko namun memiliki status ekonomi rendah.

Hubungan Kehamilan Ganda (Gameli) Dengan Kejadian Preeklampsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Hubungan kehamilan ganda dengan kejadian preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024 didapatkan dari 92 responden 3 ibu yang gameli dan (100%) tidak pre eklampsia . Hasil uji statistik didapatkan p-value = 0,122 artinya tidak ada hubungan kehamilan ganda (gameli) dengan preeklampsia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lusiana (2015) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian preeklampsia dengan nilai $p=0,470$. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wahyuni, dkk (2015) yang mendapatkan hasil uji statistik nilai $p\text{ value}=1,00$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kehamilan kembar dengan kejadian preeklampsia. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Apri, dkk (2012) yakni hasil uji statistik nilai $p = 0,612$ ($p > 0,05$), sehingga tidak ada hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian preeklampsia.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sarli (2015) yang menunjukkan bahwa preeklampsia juga terjadi pada kehamilan ganda. Terjadinya pre-eklampsia pada kehamilan ganda, disebabkan oleh peregangannya uterus yang berlebihan menyebabkan aliran darah ke uterus berkurang sehingga menimbulkan pre-eklampsia pada ibu hamil dengan kehamilan ganda, sehingga kehamilan ganda ada hubungan dengan kejadian pre-eklampsia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden (100%) yang tidak gameli mengalami preeklampsia. Hal ini tidak sejalan dengan teori Winkjosastro (2012) yang mengatakan bahwa preeklampsia lebih besar kemungkinan terjadi pada kehamilan kembar. Selain itu, hipertensi diperberat karena kehamilan banyak terjadi pada kehamilan kembar. Dilihat dari segi teori hiperplasentosis, kehamilan kembar mempunyai risiko untuk berkembangnya preeklampsia kejadian preeklampsia pada kehamilan kembar meningkat menjadi 4-5 kali dibandingkan kehamilan Tunggal. Hasil penelitian menunjukkan sebagian kecil (6,3%) ibu yang gameli tidak mengalami kejadian preeklampsia. Hal ini dipengaruhi oleh faktor lain seperti ibu sering ANC. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tigor, dkk (2016) yang mengatakan bahwa pemeriksaan ANC yang teratur dapat mendeteksi masalah kehamilan secara cepat seperti preeklampsia sehingga bisa segera diatasi oleh tenaga kesehatan dengan kerja sama yang baik dari pasien. Sehingga ibu dan janin sehat sampai melahirkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi Kejadian Preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024 peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara Usia Ibu dengan kejadian Preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024
2. Ada hubungan antara Paritas Ibu dengan kejadian Preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024
3. Tidak ada hubungan antara Kehamilan Ganda dengan kejadian Preeklampsia di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kelingi Tahun 2024

Saran

1. Bagi Akademik Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat serta dapat menjadi bahan acuan tambahan untuk penelitian berikutnya, serta dapat melakukan intervensi berikutnya, sehingga dapat merencanakan langkah-langkah strategis dalam mewujudkan program pencegahan kejadian preeklampsia pada kehamilan
2. Bagi Peneliti Kebidanan diharapkan dapat menjadi bahan- bahan masukan bagi pengembangan penelitian penelitian selanjutnya dan diharapkan peneliti lain dapat mengembangkan penelitian ini dengan desain dan variabel yang berbeda misalnya faktor riwayat hipertensi, riwayat preeklampsia, jumlah janin, dan riwayat penyakit.
3. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bermfaat bagi sehingga masyarakat masyarakat dapat ikut serta berpartisipasi bersama pemerintah untuk melakukan pencegahan kejadian Eklamsia.
4. Bagi Masyarakat Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi yang bermanfaat sehingga masyarakat dapat ikut serta berpartisipasi bersama pemerintah untuk melakukan pencegahan kejadian eklamsia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, B. W. (2016). Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan. Jakarta: Prenada Media.
- Arikunto, S. (2017). Pengembangan Instrumen Penelitian dan Penilaian Program. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ayunani, Miranda., Annisa Nurrachamawati & Rahmi Susanti. 2019. Faktor Ibu, Janin dan Riwayat Penyakit Sebagai Risiko Preeklampsia Di Asia dan Afrika : Suatu Meta-Analisis. Jurnal Kesehatan Reproduksi.10(2),127-139
- Dharma, (2017).Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. Jakarta
- Devi Kurniasari, F. A. (2015). Hubungan Usia, Paritas Dan Diabetes Mellitus Pada Kehamilan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2014. Jurnal Kesehatan Holistik , 142-150.
- Ermalena. (2017). Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia.
- Fred A English. (2015). Risk Factors And Effective Management Of Preeclampsia. Integrated Blood Pressure Control. 7-12.
- Keman, K. (2014). Patomekanisme Preeklampsia Terkini: Mengungkapkan teori -teori terbaru tentang patomekanisme preeklampsia dilengkapi dengan deskripsi biomokuler. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Kementerian Kesehatan, Indonesia. (2019, Februari Jumat). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dipetik Februari Senin, 2020, dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia:rakesnas-2019_-dirjen-kesmas-paparkan-strategi-penurunan-aki-dan- neonatal
- Kemdikbud. (2020). Kamus Besar Bahasa Indonesia Daring. Dipetik Oktober 2020, dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan : <https://kbbi.kemdikbud.go.id>
- Kurniasari, F., Hartati, I., dan Kurniasari, L. 2019. Aplikasi Metode Foam Mat Drying Pada Pembuatan Bubuk Jahe (*Zingiber officinate*). Jurnal Inovasi Teknik Kimia. Vol
- Lusiana, dkk. (2019). Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi, dan Balita. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Notoatmodjo, S. 2018, Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursal, Dien Gusta Anggraini, dkk. (2015). faktor risiko kejadian preeklampsia pada ibu hamil di RSUP Dr
- Prawirohardjo, Sarwono, 2014, Ilmu kebidanan, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.