

## HUBUNGAN PARITAS DENGAN ANGKA KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI PUSKESMAS CIBUNGBULANG KABUPATEN BOGOR TAHUN 2018

Rachma Hidana

Konsentrasi Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ibn Khaldun Bogor.

Email : [rachma.hidana@gmail.com](mailto:rachma.hidana@gmail.com)

### Abstract

Preeklampsia merupakan sindrom yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang muncul di trimester kedua kehamilan yang selalu pulih di periode postnatal. Preeklampsia dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang membahayakan bagi ibu dan janin, sehingga dapat menimbulkan kematian. Paritas merupakan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi. Penelitian ini dengan menggunakan data sekunder berupa rekam medis sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi di Puskesmas Cibungbulang pada tahun 2018. Jumlah sampel nya adalah 51 ibu hamil pada trimester 2 dengan preeklampsia. Analisis menggunakan uji chi-square dengan tingkat kepercayaan 95%. Hasil uji *chi-Square* hubungan antara paritas dengan preeklampsia ( $p=0,004$ ) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara paritas dengan preeklampsia.

**Kata kunci :** *preeklampsia, paritas*

### Pendahuluan

Preeklampsia adalah hipertensi pada usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg yang di lakukan pengukuran 2 kali selang 4 jam di sertai dengan proteinuria 300 mg protein dalam urin selama 24 jam, dibagi menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Kejadian ini bermula pada masa antenatal, intrapartum, atau postpartum (Nuning, 2010). Preeklampsia termasuk dalam triad of mortality, yaitu selain perdarahan dan infeksi (Djamil, 2016). Untuk mendeteksinya dapat dilihat dari gambaran klinik, dimulai dengan kenaikan berat badan diikuti edema kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah, dan proteinuria (Angsar, 2016).

Sekitar 800 perempuan setiap hari meninggal akibat kehamilan dan persalinan.

Hampir semua kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang, komplikasi utama yang menyumbang 80% dari seluruh kematian ibu adalah perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, preeklampsia, eklampsia, dan aborsi (WHO, 2018). Di negara berkembang, seorang wanita tujuh kali lebih mungkin untuk mengalami preeklampsia dibandingkan wanita di negara maju (Estina, 2009). Preeklampsia di negara berkembang didiagnosis (3 – 5%) dan di dunia di diagnosis (7.5%) (Abalos, 2013).

Menurut penelitian Vata *et al* pada tahun 2015, sepuluh juta wanita di seluruh dunia mengalami preeklampsia setiap tahun. Dari kasus tersebut, 76.000 wanita hamil meninggal setiap tahun dari preeklampsia dan gangguan hipertensi terkait. Selain itu, jumlah bayi yang meninggal karena gangguan ini

diperkirakan berjumlah 500.000 bayi pertahun. Sedangkan pada penelitian Djannah (2010), faktor terjadinya preeklamsia yaitu sebagian besar dari kelompok 20-30 tahun sebesar 64,4%, ibu yang memiliki paritas primigravida sebesar 69,5%, dan pada ibu yang memiliki kehamilan <4 sebesar 76,33%.

Berdasarkan penelitian Djamil, 2013 Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 terjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih jauh dari target MDG untuk menurunkan angka kematian ibu yakni 120 per kelahiran hidup tahun 2015. Angka kematian bayi di Indonesia yakni 40 per 1000 kelahiran hidup. Preeklamsia merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Faizah, 2011). Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor tahun 2013 masih menggunakan Angka Kematian Ibu Jawa Barat yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Tahun 2014 dan tahun 2015 menggunakan angka kematian ibu Jawa Barat berdasarkan SDKI 2012 yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, di tahun 2016 menggunakan Angka Kematian Ibu berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 sebesar 305 per 100.000

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan pre eklamsia yang berada di Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor pada bulan Januari 2018 - September tahun 2018. Subjek penelitian yaitu semua pasien yang didiagnosis dengan pre eklamsia dan mempunyai data rekam medis yang lengkap di puskesmas cibungbulang kabupaten bogor. Sampel diambil secara *purposive sampling* dengan jumlah sampel minimal dihitung berdasarkan rumus slovin. Berdasarkan rumus sampel, didapatkan jumlah sampel minimal

kelahiran hidup. Kematian ibu di Kabupaten Bogor disebabkan oleh preeklamsia yaitu mencapai sebesar 46,5%.

Berdasarkan paritas, diyakini paritas 0 adalah faktor risiko preeklamsia, dimana kelainan ini lebih umum terjadi pada primigravida (Djannah, 2010) Hal ini diduga karena pada kehamilan pertama cenderung terjadi kegagalan pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan (Djannah, 2010). Penelitian terhadap data *German Perinatal Quality Registry* menemukan bahwa angka kejadian preeklamsia lebih tinggi pada kelompok paritas 0 atau kehamilan pertama, yakni 3,1%, dibandingkan dengan pada kehamilan selanjutnya yang hanya 1,5% (Schneider, 2001). Penelitian lain menemukan bahwa risiko terjadinya preeklamsia pada kehamilan pertama adalah 4,1%, sedangkan akan berkurang pada kehamilan berikutnya menjadi 1,7% (Schneider, 2001).

Penelitian ini dilakukan untuk menentukan apakah terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian preeklamsia di Puskesmas Cibungbulang pada tahun 2018.

sebesar 51 sampel. Penentuan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi.

Penentuan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi penelitian ini adalah ibu hamil dengan usia kehamilan  $\geq 20$  minggu dan memiliki catatan rekam medis yang memenuhi variabel yang diteliti. Kriteria eksklusi adalah ibu hamil dengan catatan rekam medis yang tidak lengkap, diabetes melitus, riwayat penyakit ginjal dan riwayat hipertensi kronis. Analisis yang digunakan adalah menggunakan *analisis univariate* untuk melihat gambaran distribusi frekuensi usia ibu dan paritas. Dan *analisis bivariate* uji Chi Square ( $\chi^2$ ) pada  $\alpha$  5%

dengan derajat kepercayaan 95% untuk menunjukkan hubungan paritas dan pre eklamsia

## Hasil

Populasi pada penelitian ini berasal dari data yang tertulis di Rekam Medis Puskesmas Cibungbulang mulai bulan Januari – September 2018 yakni 67 pasien. Dari populasi ini dipilihlah sampel penelitian yang sesuai kriteria inklusi dan kriteria eksklusi didapatkan sebanyak 50 pasien. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah sampel yang didapatkan telah memenuhi syarat jumlah sampel minimal. Adapun data rekam medis yang diambil adalah pasien preeklamsia dengan status ginekologi untuk menunjukkan paritas serta usia pasien saat kehamilan berlangsung.

### 1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu

Usia Ibu	Frekuensi	Presentase
	(n)	(%)
Tidak berisiko (umur ibu 20-35 tahun)	26	51.0
Berisiko (umur ibu <20 tahun dan >35 tahun)	25	49.0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan tabel 1 diketahui gambaran umum ibu hamil yang menderita preeklamsia berdasarkan usia umur ibu 20-35 tahun sebanyak 26 atau 51,0%, sedangkan usia <20 tahun dan >35 tahun sebanyak 25 atau 49,0%. Jumlah ini menunjukkan bahwa usia 20-35 tahun lebih banyak dibandingkan usia <20 tahun dan >35 tahun.

### 2. Distribusi frekuensi paritas

Tabel 2. Distribusi Frekuensi paritas

Paritas	Frekuensi	Presentase
	(n)	(%)
Sedikit (<2)	29	56.9
Banyak (>2)	22	43.1
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan tabel 2. diatas, diketahui bahwa ibu hamil yang paritasnya sedikit menunjukkan angka 29 (56,9%). Dan yang paritasnya banyak menunjukkan angka 22 atau (43,1%). Jumlah ini menunjukkan bahwa responden dengan paritas <2 lebih banyak jumlahnya dibanding dengan paritas >2 .

### 3. Hubungan antara paritas dan pre eklamsia

Tabel 3. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Preeklampsia

Paritas	Preeklampsia				Jumlah		OR (95% CI)	P Value
	Ringan		Berat					
	n	%	n	%	N	%		
Sedikit (<2)	21	72,4	8	27.6	29	100	7,00	0,04
Banyak (>2)	6	27.3	16	72.7	22	100	(2,021-24,24)	
Jumlah	27	52,9	24	47.1	51	100		

Berdasarkan tabel 3 diatas dari 29 responden yang mengalami paritas dengan jumlah sedikit terdapat 21 atau 72,4% yang preeklamsia ringan dan 8 atau 27,6% yang preeklamsia berat. Dan dari 22 responden yang mengalami jumlah paritas yang banyak terdapat 6 atau 27,3% responden yang preeklamsia ringan dan 16 atau 72,7% yang preeklamsia berat. analisis didapatkan OR

sebesar 7,000, artinya responden yang jumlah paritasnya  $<2$  banyak berpeluang 7,00 kali lebih besar untuk mengalami preeklamsia dibanding dengan responden yang memiliki jumlah paritas  $>2$ . Hal ini sesuai dengan uji statistic didapatkan bahwa hasil *p-value* 0,004 ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan preeklamsia.

## **Pembahasan**

### **1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu**

Pada distribusi frekuensi usia ibu menunjukkan bahwa usia 20-35 tahun lebih banyak jumlahnya dibandingkan usia  $<20$  tahun dan  $>35$  tahun. Hal ini sama seperti penelitian yang dilakukan Djannah (2010) yang berjudul *Gambaran epidemiologi kejadian preeklampsia/eklampsia di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta* menemukan bahwa preeklampsia justru lebih didominasi oleh kelompok usia 20-35 tahun. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan Sutrimah (2015), yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil di rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang diperoleh sebagian besar responden pada kelompok kasus memiliki umur 20-35 tahun yaitu sebanyak 24 orang (75,0%), pada kelompok kontrol sebagian besar responden berumur 20-35 tahun yaitu 25 orang (78.1%).

Umur merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan kesehatan ibu hamil. Akan tetapi pada kasus preeklampsia umur tidak menjadi satu-satunya faktor resiko kemunculan preeklampsia, melainkan ada faktor lainnya seperti nulipara, kehamilan ganda, obesitas, riwayat penyakit, genetik dan preeklampsia pada kehamilan sebelumnya (Cunningham, 2010). Berdasarkan hasil penelitian, faktor lain yang dapat memicu preeklampsia yaitu hipertensi, diabetes militus, dan usia pernikahan (Tassema, 2015).

### **2. Distribusi frekuensi paritas**

Distribusi frekuensi paritas menunjukkan bahwa responden yang mengalami preeklampsia lebih tinggi mengalami paritas sedikit dibandingkan dengan responden yang paritasnya banyak.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sutrimah (2015), Berdasarkan pengelompokan paritas pada sebagian besar responden pada kelompok kasus memiliki paritas  $<2$  yaitu 20 orang (62,5%), sedangkan untuk paritas  $>2$  yaitu 16 orang (50.0%). Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan Giovana (2017) yang berjudul karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia di RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan bahwa paritas  $< 2$  yaitu sebanyak 20 kasus (62,5%) dan paritas  $> 2$  sebanyak kasus 12 (37,5%).

Paritas  $<2$  merupakan faktor risiko preeklampsia berat. Setelah ibu dinyatakan positif mengandung sebaiknya dilakukan pemeriksaan *Ante Natal Care* (ANC) secara teratur sesuai dengan anjuran dokter minimal 4 kali selama kehamilan tujuannya adalah untuk mengenali secara dini preeklampsia pada ibu hamil.

### **3. Hubungan Antara Paritas Dan Preeklampsia**

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya (Stedman, 2003). Penyebab preeklampsia belum diketahui

secara pasti. Paritas merupakan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi. Berdasarkan paritas, diyakini paritas <2 adalah faktor resiko preeklampsia, hal ini diduga karena pada kehamilan pertama cenderung terjadi kegagalan pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta sehingga timbul respon imun yang tidak menguntungkan (Djannah, 2010).

Analisis didapatkan OR sebesar 7,000, artinya responden yang jumlah paritasnya <2 banyak berpeluang 7,00 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibanding dengan responden yang memiliki jumlah paritas >2. Hal ini sesuai dengan uji statistic didapatkan bahwa hasil *p-value* 0,004 ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan pre eklampsia.

Hasil penelitian ini membuktikan teori Angsar (2009) yaitu teori imunologik antara ibu dan janin yang menyatakan bahwa primigravida mempunyai risiko lebih besar terjadinya

hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia) jika dibandingkan dengan multigravida.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gafur dkk (2011), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia dengan nilai *p value* = 0,010 ( $< 0,05$ ) dan OR = 2,263.

Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan Nuning (2016) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara status gravida dengan kejadian preeklampsia dengan nilai *p value* = 0,009 dimana nilai *p* lebih kecil dari 0,05 ( $0,009 < 0,05$ ) yang artinya ada hubungan antara paritas dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil dan nilai OR = 2,173 artinya bahwa responden yang paritasnya <2 mempunyai risiko 2,173 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan responden yang paritasnya >2.<sup>19</sup>

## Kesimpulan

Distribusi frekuensi usia ibu menunjukkan bahwa usia 20-35 tahun lebih banyak jumlahnya dibandingkan usia <20 tahun dan >35 tahun. distribusi frekuensi paritas menunjukkan bahwa responden dengan paritas <2 lebih banyak jumlahnya dibanding dengan paritas >2. Responden

dengan jumlah paritas <2 banyak berpeluang 7 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibanding dengan responden yang memiliki jumlah paritas >2 dan terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan pre eklampsia.

## Referensi

- [1] Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. 2013. Global and regional estimates of pre-eclampsia and eclampsia. *Obstetry Gynecology* 2013 h:1-7
- [2] Angsar M D, Mardiana. 2016. Faktor Resiko Yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di RRSUD Brebes Tahun 2014, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2016 [Diakses tanggal 2 September 2016]. Diunduh dari : <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>
- [3] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spancy CY. *Williams obstetrics*. 23 ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p.706-47.
- [4] Diaz SH, Toh S, Cnattingius S. 2009. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. *BMJ*. 2009;2-3.
- [5] Djannah, Siti nur dan Ika Sukma Arianti. 2010. *Gambaran Epidemiologi Kejadian Preeklampsia/Eklampsia di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2001-2009*. *Jurnal. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Volume 13. Nomor 4. Oktober 2010:378-385
- [6] Djamil RM. 2016. Hubungan Indeks Masa Tubuh dengan Kejadian Preeklampsia. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2016. Vol 5. No.1
- [7] Djamil, RM. 2013. Indeks Penyakit Instalasi Rawat Inap, Padang: Universitas Andalas
- [8] Estina V C, Delima E R, Gunanegara R F. 2009. Karakteristik Penderita Preeklampsia di Rumah Sakit Imanuel Bandung Tahun 2006-2008, Vol 9, *JKM* 2010, h:150-54
- [9] Faizah B R, Yanti. 2011. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Preeklampsia di RSUI Yaksi Sragen, *Jurnal Kebidanan*, 2011 [Diakses tanggal 4 April 2019]. Diunduh dari : <http://journal.akbideub.ac.id/index.php/jkeb/article/view/83>
- [10] Gafur, Abdul dkk, 2011, *Hubungan antara Primigravida dengan Preeklampsia* yang dilaksanakan di beberapa Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Selatan yaitu RSKD Ibu dan Anak Pertiwi Makassar, RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah, RSUD Haji Makassar, Skripsi, Universitas Muhammadiyah Makasar.
- [11] Giovanna E L, Freddy W. Wagey, Linda SM. 2017. Karakteristik Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Di Rsup Prof Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Kedokteran Klinik (JKK)*, Volume 1 No 3, April 2017
- [12] Nuning S. 2010. Hipertensi Dalam Kehamilan, *Ilmu Kebidanan* (edisi 4), Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010 h:531-59
- [13] Nuning S, Mardiana. 2016. Faktor Risiko yang berhubungan dengan kejadian preeklamsiapada ibu hamil (studi kasus Di RSUD Kabupaten Brebes tahun 2014). *Unnes Journal Of Public Health* 5 (2). <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>
- [14] Schneider S, Maul H, Roehrig S, Fischer B, Hoefl B, Freerksen N. 2001. Risk groups and maternal-neonatal complication of preeklampsia – current result from the National German Perinatal Quality Registry. *J Perinat Med*. 2001;39: 257-65
- [15] Stedman. Kamus ringkas kedokteran Stedman untuk profesi kesehatan. Jakarta: EGC;2003

- [16] Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). 2007. *Angka Kematian Ibu*. Dikutip dari [www.bkkbn.co.id](http://www.bkkbn.co.id) diakses pada tanggal 3 april 2019
- [17] Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). 2012. *Angka Kematian Ibu*. Dikutip dari [www.bkkbn.co.id](http://www.bkkbn.co.id) diakses pada tanggal 3 april 2019
- [18] Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS). 2015. Survey Kependudukan. Dikutip dari [www.sirusa.bps.go.id](http://www.sirusa.bps.go.id) diakses pada tanggal 3 april 2019
- [19] Sutrimah, Mifbakhudin, Dwi F. 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. *Jurnal kesehatan Muhammadiyah Semarang*. Diakses pada tanggal 4 april 2019
- [20] Tessema, G. A., Tekeste, A., & Ayele, T. A. (2015). Preeklamsia and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Dessie referral hospital, Northeast Ethiopia: A hospital-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0502-7>
- [21] Vata PK, Chauhan NM, Nallathambi A, Hussein F. 2015. Assessment of prevalence of preeklamsia from Dilla region of Ethiopia. *BMC Research Notes*. 8 (1):816.
- [22] WHO. 2018. Maternal Mortality [Diakses tanggal 2 April 2019]. Diunduh dari : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>