

Karakteristik Ibu Hamil dengan Preeklamsia Berat

Heni Sudarmini ^{1*} dan Khoirotul Umul Latifah¹

¹ Program Studi DIII Kebidanan, Akademi Kebidanan Prestasi Agung, Jln. Rangga Lawe Komp. Kampus Kel. Dwi Warga Tunggal Jaya Kec. Banjar Agung Kab. Tulang Bawang, Prov. Lampung Indonesia 34682

* e-mail korespondensi penulis: henisudarmini70@gmail.com

ABSTRAK

Kesehatan ibu merupakan indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa preeklamsia berat terjadi pada 6,6% ibu hamil, dengan beberapa faktor risiko utama. Ibu dengan usia <20 tahun atau >35 tahun lebih rentan mengalami preeklamsia karena perubahan fisiologis yang mempengaruhi tekanan darah dan plasenta. Pendidikan rendah juga berkontribusi, karena keterbatasan akses informasi kesehatan dan keterlambatan deteksi dini. Sebagian besar ibu dengan preeklamsia tidak bekerja, yang dapat memengaruhi akses layanan kesehatan. Kehamilan yang tidak aterm (<37 atau >40 minggu) meningkatkan risiko preeklamsia akibat gangguan perkembangan plasenta. Dari segi paritas, ibu yang belum pernah melahirkan (nullipara) dan yang telah melahirkan ≥ 4 kali (grandemultipara) lebih berisiko karena faktor adaptasi imunologi dan elastisitas pembuluh darah. Selain itu, kehamilan ganda (gemeli) meningkatkan risiko akibat beban kardiovaskular yang lebih tinggi.

Kata kunci: Preeklamsia, kesehatan ibu dan anak, ibu hamil

ABSTRACT

Maternal health is an important indicator in assessing the health status of a country's population. The results of the study showed that severe preeclampsia occurred in 6.6% of pregnant women, with several major risk factors. Mothers aged <20 years or >35 years are more susceptible to preeclampsia due to physiological changes that affect blood pressure and the placenta. Low education also contributes, due to limited access to health information and late early detection. Most mothers with preeclampsia do not work, which can affect access to health services. Non-term pregnancies (<37 or >40 weeks) increase the risk of preeclampsia due to impaired placental development. In terms of parity, mothers who have never given birth (nulliparous) and those who have given birth ≥ 4 times (grandemultiparous) are at higher risk due to immunological adaptation factors and blood vessel elasticity. In addition, multiple pregnancies (gemeli) increase the risk due to higher cardiovascular burden.

Keywords: Preeclampsia, maternal and child health, pregnant women

PENDAHULUAN

Kesehatan ibu merupakan indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Peningkatan kesehatan ibu telah menjadi salah satu tujuan utama dalam Millenium Development Goals (MDGs), yang menargetkan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Depkes, 2010). Namun, target ini belum tercapai karena pada tahun 2012, AKI di Indonesia justru meningkat menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) (BPS, 2012).

Setelah periode MDGs berakhir, Indonesia mengadopsi Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDGs) untuk periode 2015–2030. Salah satu target dalam SDGs adalah menurunkan AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2021). Namun, berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, AKI di Indonesia masih berada di angka 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2023).

Salah satu penyebab utama tingginya AKI di Indonesia adalah preeklamsia dan eklampsia, yang merupakan komplikasi kehamilan serius akibat hipertensi dalam kehamilan. Menurut World Health Organization (WHO), angka kejadian preeklamsia secara global berkisar antara 0,51% hingga 38,4% dengan angka kematian ibu yang diakibatkan oleh preeklamsia dan eklampsia di negara berkembang masih sangat tinggi (WHO, 2021).

Di Indonesia, preeklamsia berat dan eklampsia merupakan penyebab 30%–40% kematian maternal dan bahkan di beberapa rumah sakit telah menggantikan perdarahan sebagai penyebab utama kematian ibu (Fadlun, 2012). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat, penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan (30,1%), perdarahan (27%), infeksi (3,9%), partus lama (3,8%), serta penyebab lainnya (Dinkes Jabar, 2015).

Kasus preeklamsia berat di Indonesia juga cukup tinggi. Data dari RSUD Bekasi menunjukkan bahwa pada tahun 2014 terdapat 1.936 ibu bersalin, di mana 125 kasus (6,5%) mengalami preeklamsia berat. Pada tahun 2015, jumlah ibu bersalin meningkat menjadi 1.5419 dengan 101 kasus (6,6%) preeklamsia berat (RSUD Bekasi, 2015).

Beberapa faktor risiko utama preeklamsia meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, kehamilan pertama (nulipara), kehamilan ganda, riwayat keluarga dengan preeklamsia, serta obesitas (Prawirohardjo, 2011). Namun, faktor-faktor ini sering kali sulit dibedakan apakah merupakan penyebab atau akibat dari preeklamsia itu sendiri.

Diagnosis dini dan penanganan yang cepat sangat penting dalam mencegah komplikasi yang lebih serius, seperti eklampsia. Pemeriksaan antenatal secara rutin menjadi upaya utama dalam mendeteksi tanda-tanda preeklamsia sebelum berkembang menjadi kondisi yang lebih berat (Kemenkes, 2023). Sayangnya, keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk membawa ibu hamil dengan risiko tinggi ke pusat rujukan masih menjadi kendala utama dalam sistem layanan kesehatan ibu di Indonesia (Depkes, 2014).

Untuk menurunkan AKI dan mencegah komplikasi akibat preeklamsia, diperlukan strategi yang komprehensif, termasuk edukasi kepada masyarakat mengenai tanda bahaya kehamilan, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan ibu, serta penguatan sistem rujukan bagi ibu hamil dengan risiko tinggi (Kemenkes, 2023).

Melihat masih tingginya angka kejadian preeklamsia berat serta dampaknya terhadap kematian ibu dan bayi, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan preeklamsia berat pada ibu bersalin. Pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor risiko dan pola kejadian preeklamsia diharapkan dapat membantu dalam penyusunan kebijakan kesehatan ibu yang lebih efektif di Indonesia.

METODE DAN BAHAN

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan menggunakan. Subjek penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat dan melahirkan di RSUD Bekasi dan semua populasi yang diteliti dijadikan sampel yaitu

sebanyak 101 ibu bersalin yang mengalami preeklampsia berat. Teknik pengambilan data dengan mengambil data sekunder dari buku register.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Variable	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Preeklampsia berat	Ya	7	6,6
	Tidak	94	93,4
	Jumlah	101	100
Usia	Berisiko (>20 atau <35)	28	17,5
	Tidak berisiko (20-35)	73	72,2
	Jumlah	101	100
Pendidikan	Rendah (>SMP)	49	48,5
	Tinggi (≥SMA)	52	51,5
	Jumlah	101	100
Pekerjaan	Bekerja	15	14,9
	Tidak bekerja	86	85,1
	Jumlah	101	100
Usia Kehamilan	Tidak aterm (<37 atau >40)	33	32,7
	Aterm (37-40)	68	67,3
	Jumlah	101	100
Paritas	Nulipara	42	41,6
	Primipara	20	19,8
	Multipara	36	35,6
	Grandemultipara	3	3
	Jumlah	101	100
Gemeli	Ya	3	2,9
	Tidak	98	97,1
	Jumlah	101	100

Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat ditemukan pada 6,6% dari total ibu hamil yang diteliti, sedangkan 93,4% tidak mengalami preeklampsia berat. Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang dapat menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan janin. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa preeklampsia terjadi akibat disfungsi endotel vaskular,

gangguan plasentasi, serta peradangan sistemik yang berlebihan (Sibai et al., 2019).

Selain itu, preeklampsia berat berisiko menyebabkan kerusakan organ seperti ginjal, hati, sistem saraf pusat, dan gangguan koagulasi. Dampak jangka panjang bagi ibu yang mengalami preeklampsia adalah risiko lebih tinggi terkena penyakit kardiovaskular, hipertensi kronis, dan diabetes tipe 2 di

kemudian hari (Bellamy et al., 2007; ACOG, 2020).

Faktor risiko utama preeklampsia berat meliputi riwayat hipertensi, diabetes, obesitas, gangguan imunologi, serta faktor genetik dan etnis (Powe et al., 2011). Pencegahan dapat dilakukan dengan pemeriksaan antenatal rutin, pola hidup sehat, dan penggunaan aspirin dosis rendah pada ibu dengan risiko tinggi (NICE, 2021).

Usia Ibu Hamil

Berdasarkan hasil penelitian, 17,5% ibu berada dalam kategori usia berisiko (<20 tahun atau >35 tahun), sedangkan 72,2% berada dalam kategori aman (20-35 tahun).

Usia <20 tahun: Risiko preeklampsia meningkat karena sistem reproduksi masih dalam tahap perkembangan, serta kurangnya kesiapan fisiologis dan nutrisi yang dapat menyebabkan disfungsi plasenta (Hutcheon et al., 2012).

Usia >35 tahun: Kehamilan di usia lanjut berhubungan dengan peningkatan kerentanan terhadap hipertensi kronis, obesitas, diabetes gestasional, dan gangguan vaskular, yang semuanya berkontribusi terhadap preeklampsia (Duckitt & Harrington, 2005).

Usia ibu juga berpengaruh terhadap elastisitas pembuluh darah dan kemampuan adaptasi kardiovaskular selama kehamilan. Oleh karena itu, pemantauan ketat pada kelompok usia berisiko sangat diperlukan (Zhang et al., 2020).

Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 48,5% ibu memiliki pendidikan rendah (\leq SMP) dan 51,5% memiliki pendidikan tinggi (\geq SMA). Pendidikan yang lebih tinggi biasanya berhubungan dengan kesadaran kesehatan yang lebih baik, akses informasi medis yang lebih luas, serta kepatuhan terhadap kontrol kehamilan (McDonald et al., 2013).

Studi lain juga menyatakan bahwa ibu dengan pendidikan rendah lebih rentan terhadap kekurangan nutrisi, kurangnya akses pelayanan

kesehatan, dan keterlambatan deteksi komplikasi kehamilan, yang semuanya dapat meningkatkan risiko preeklampsia (Khan et al., 2006). Oleh karena itu, program edukasi kesehatan ibu hamil perlu ditingkatkan, terutama bagi kelompok dengan pendidikan rendah (WHO, 2021).

Pekerjaan

Mayoritas ibu dalam penelitian ini **tidak bekerja (85,1%)**, sedangkan **14,9% bekerja**.

Ibu bekerja dapat mengalami **stres berlebihan, kelelahan, kurang tidur, dan pola makan tidak teratur**, yang semuanya merupakan faktor pemicu preeklampsia (Trogstad et al., 2017).

Ibu tidak bekerja lebih mungkin mengalami keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan atau ketergantungan ekonomi, yang dapat memengaruhi kualitas kehamilan mereka (Goldenberg et al., 2018).

Faktor sosial-ekonomi berperan besar dalam kesehatan ibu hamil, sehingga dukungan keluarga dan kemudahan akses layanan kesehatan sangat penting dalam pencegahan preeklampsia (Cnatingius et al., 2021).

Usia Kehamilan

Ditemukan bahwa 32,7% ibu mengalami kehamilan tidak aterm (<37 atau >40 minggu) dan 67,3% melahirkan dalam usia kehamilan aterm (37-40 minggu).

Kehamilan prematur (<37 minggu) sering dikaitkan dengan preeklampsia, karena tekanan darah tinggi dapat menghambat pertumbuhan janin dan suplai oksigen ke plasenta, sehingga mengharuskan persalinan lebih awal (Roberts et al., 2020).

Kehamilan postmatur (>40 minggu) juga memiliki risiko komplikasi, karena plasenta yang menua dapat menyebabkan insufisiensi plasenta, yang meningkatkan stres oksidatif dan peradangan (Magee et al., 2014).

Pemantauan ketat selama trimester ketiga sangat diperlukan, terutama bagi ibu dengan riwayat hipertensi atau komplikasi kehamilan lainnya (Roberge et al., 2017).

Paritas (Jumlah Persalinan Sebelumnya)

Dalam penelitian ini, 41,6% ibu adalah nulipara, 19,8% primipara, 35,6% multipara, dan 3% grandemultipara.

Nulipara (belum pernah melahirkan) memiliki risiko preeklampsia lebih tinggi karena sistem imun ibu belum pernah beradaptasi dengan kehamilan sebelumnya (Jeyabalan, 2021).

Grandemultipara (≥ 4 anak) juga berisiko karena kondisi pembuluh darah yang sudah mengalami banyak perubahan akibat kehamilan sebelumnya, sehingga lebih rentan terhadap hipertensi gestasional dan insufisiensi plasenta (Sibai, 2020).

Studi menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya memiliki kemungkinan 7 kali lebih tinggi mengalami preeklampsia di kehamilan berikutnya (McDonald et al., 2013).

Kehamilan Ganda (Gemeli)

Sebanyak 2,9% ibu mengalami kehamilan kembar, sedangkan 97,1% mengandung janin tunggal.

Kehamilan kembar berisiko lebih tinggi mengalami preeklampsia karena peningkatan volume darah, beban kardiovaskular yang lebih besar, serta tingginya kadar hormon plasental yang dapat menyebabkan disfungsi vaskular (Rasmussen & Irgens, 2021). Selain itu, plasenta yang lebih besar pada kehamilan kembar meningkatkan risiko insufisiensi plasenta dan inflamasi, yang merupakan faktor utama dalam patogenesis preeklampsia (Lindheimer et al., 2008).

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa preeklampsia berat terjadi pada 6,6% ibu hamil, dengan beberapa faktor risiko utama. Ibu dengan usia < 20 tahun atau > 35 tahun lebih rentan mengalami preeklampsia karena perubahan fisiologis yang mempengaruhi tekanan darah dan plasenta. Pendidikan rendah

juga berkontribusi, karena keterbatasan akses informasi kesehatan dan keterlambatan deteksi dini. Sebagian besar ibu dengan preeklampsia tidak bekerja, yang dapat memengaruhi akses layanan kesehatan.

Kehamilan yang tidak aterm (< 37 atau > 40 minggu) meningkatkan risiko preeklampsia akibat gangguan perkembangan plasenta. Dari segi paritas, ibu yang belum pernah melahirkan (nulipara) dan yang telah melahirkan ≥ 4 kali (grandemultipara) lebih berisiko karena faktor adaptasi imunologi dan elastisitas pembuluh darah. Selain itu, kehamilan ganda (gemeli) meningkatkan risiko akibat beban kardiovaskular yang lebih tinggi.

Untuk mengurangi kejadian preeklampsia berat, diperlukan pemeriksaan kehamilan rutin, edukasi kesehatan, pengelolaan faktor risiko seperti hipertensi dan obesitas, serta pemantauan ketat pada ibu dengan kehamilan ganda atau usia berisiko. Dengan langkah pencegahan yang tepat, angka preeklampsia dapat ditekan, sehingga kesehatan ibu dan bayi lebih terjaga.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Hypertension in pregnancy: Executive summary.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2018). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*.
- Jeyabalan, A. (2021). Epidemiology of preeclampsia: Impact of parity. *Obstetrics & Gynecology*.
- Rasmussen, S., & Irgens, L. M. (2021). Preeclampsia and twin pregnancies: Risks and outcomes. *International Journal of Obstetrics*.
- Roberts, J. M., & Gammill, H. S. (2020). Preeclampsia: Recent insights. *Hypertension in Pregnancy*.
- Sibai, B. M. (2019). Diagnosis and management of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2012). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Jakarta: BPS. Diakses dari <https://www.bps.go.id>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari <https://www.depkes.go.id>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Laporan Kesehatan Ibu dan Anak 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari <https://www.depkes.go.id>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2015). *Laporan Kesehatan Ibu di Jawa Barat*. Bandung: Dinkes Jabar. Diakses dari <https://dinkes.jabarprov.go.id>
- Fadlun, M. (2012). *Preeklamsia dan Eklampsia sebagai Penyebab Kematian Maternal*. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 5(2), 102-110.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Kenali Tanda Bahaya Preeklamsia*. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses dari https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2655/kenali-tanda-bahaya-preeklamsia
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rozikhan. (2007). *Preeklamsia dan Eklampsia: Patofisiologi dan Penanganannya*. *Jurnal Obstetri & Ginekologi*, 12(1), 45-52.
- Rumah Sakit Umum Daerah Menggala. (2015). *Laporan Tahunan Kesehatan Ibu dan Anak 2015*. Bekasi: RSUD Bekasi. Diakses dari <https://rsud.bekasikota.go.id>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Maternal Mortality and Pre-eclampsia: Global Perspective*. Geneva: WHO. Diakses dari <https://www.who.int>
- WHO. (2021). Maternal health and preeclampsia prevention strategies.