

Determinan gangguan hipertensi kehamilan di Indonesia

Determinants of pregnancy hypertensive disorders in Indonesia

Novi Kartika Sari¹, Mohammad Hakimi¹, Theodola Baning Rahayujati²

Abstract

Purpose: This study aimed to assess the determinant factors of gestational hypertension (HDP) in Indonesia. **Methods:** This research was an observational analytic study using a cross-sectional design. Sampling was calculated using consecutive sampling technique. The subjects were all pregnant women aged 15-54 years old in 33 provinces in Indonesia and 9024 women were selected as subjects. Chi-square and binomial regression tests were used to analyze the determinants of HDP to see the value of the Ratio Prevalence (RP). **Results:** The prevalence of hypertension among pregnant women was 6.18% (558 people) after being adjusted with external variables which were potentially confounders. The highest of hypertension was found in West Java with 59 pregnant women (10.57%). Overweight and chronic hypertension were related to hypertensive disorders in pregnancy with RP: 2.13 (95% CI: 1.80-2.51); and in overweight with RP: 4.36 (95% CI: 3.6-5.26) in hypertension assessments. The use of contraceptives was not a risk factor for hypertensive disorders in Indonesia with RP 0.92 (95% CI: 0.76-1.10). **Conclusion:** Overweight and chronic hypertension are risk factors for the incidence of hypertensive disorders in pregnancy in Indonesia.

Keywords: hypertension; pregnancy; basic health research; Indonesia

Dikirim: 26 Juli 2016

Diterbitkan: 1 September 2016

¹Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (Email: nooria13@gmail.com)

²Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Indonesia mengalami *double burden* penyakit yaitu penyakit tidak menular dan penyakit menular yang terjadi dalam waktu bersamaan (1). Penyakit hipertensi dalam kehamilan (HDK) merupakan kelainan vaskular yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada masa nifas. Hipertensi dalam kehamilan sering dijumpai dan masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab dari kelahiran mati dan kematian perinatal yang disebabkan oleh partus prematurus (2).

Hipertensi dalam kehamilan (HDK) memengaruhi sekitar 10% dari semua perempuan hamil di seluruh dunia. Penyakit dan kondisi ini termasuk preeklampsia dan eklampsia, hipertensi gestasional dan hipertensi kronik. Hipertensi dalam kehamilan adalah penyebab penting morbiditas akut berat, cacat jangka panjang dan kematian ibu serta bayi. Hampir sepersepuluh dari semua kematian ibu di Asia dan Afrika terkait dengan hipertensi dalam kehamilan, sedangkan seperempat dari semua kematian ibu di Amerika Latin dikarenakan komplikasi. Sebagian besar kematian yang terkait dengan gangguan hipertensi dapat dihindari dengan menyediakan waktu yang cukup dan perawatan yang efektif untuk perempuan khususnya mengalami komplikasi (3).

Angka Kematian Ibu (AKI) saat persalinan di Indonesia menduduki nomor tiga tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara. Berdasarkan data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, AKI di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup (1).

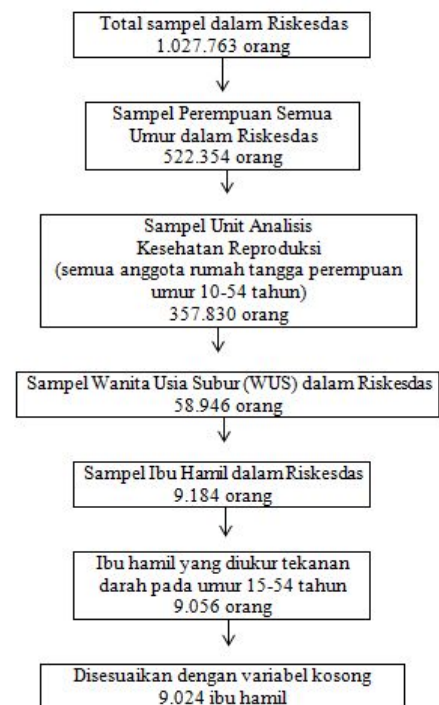
Lima penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan, HDK, infeksi, partus lama/macet dan abortus. Kematian ibu di Indonesia tetap didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK dan infeksi. Proporsi ketiga penyebab kematian ibu telah berubah, perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan proporsi HDK semakin meningkat. Lebih dari 30% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2010 disebabkan oleh HDK (4).

Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2013 melaporkan faktor risiko perilaku yang paling besar adalah kurang konsumsi buah dan sayur (93,6% dan 93,5%), aktivitas fisik rendah (48,2% dan 26,1%), kebiasaan konsumsi makanan asin (24,5% dan 26,2%) dan proporsi kehamilan usia 10-54 tahun adalah sebesar 2,68%. Pola kehamilan berbeda menurut kelompok usia dan tempat tinggal. Diantara penduduk

perempuan usia 10-54 tahun terdapat kehamilan pada usia sangat muda (<15 tahun) meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,02%) terutama terjadi di pedesaan (0,03%). Proporsi kehamilan pada usia remaja (15-19 tahun) adalah 1,97%, pedesaan (2,71%) lebih tinggi dibanding perkotaan (1,28%) (5). Melihat masih tingginya angka kematian ibu dan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia, penelitian ini penting untuk dilakukan, untuk mengetahui faktor penentu hipertensi gestasional (HDP) di Indonesia. Penelitian ini diharapkan dapat menggugah kesadaran ibu hamil dalam pengendalian tekanan darah selama kehamilan.

METODE

Penelitian observasional analitik ini menggunakan desain *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber survei Riskesdas 2013. Pengambilan sampel dilakukan pada bulan Mei-Juni 2013 di 33 provinsi dan 497 kabupaten/kota. Responden merupakan seluruh ibu hamil berusia 15-54 tahun yang diukur tekanan darah dan menjadi responden Riskesdas tahun 2013. Alur pengambilan sampel disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur pengambilan sampel

Jumlah sampel menggunakan total sampling yaitu sebanyak 9.024 ibu hamil dan berdasarkan rumus besar uji hipotesis beda dua proporsi yang menggunakan rumus dari Lemeshow (6) diperoleh *power* penelitian sebesar 95%. Data diperoleh dari Labo-

ratorium Manajemen Data Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia dengan mengacu pada hasil kuesioner RKD13. Penelitian ini mengkaji tentang faktor risiko yaitu *overweight*, diabetes melitus, hipertensi kronik, penggunaan alat kontrasepsi, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik dan konsumsi makanan asin berlebih.

Data dianalisis dengan menggunakan STATA versi 12. Untuk melihat hubungan antara depresi dan variabel luar dengan kejadian kendali glikemik yang buruk dilakukan analisis menggunakan *chi-square* untuk melihat rasio prevalensi (RP), *confidence interval* 95% dan *p-value* masing-masing faktor (*RP-crude*). Signifikansi statistik (*p-value*) yang ditetapkan sebesar 0,05. Analisis multivariabel dilakukan untuk melihat rasio prevalensi variabel *interest* yang disesuaikan dengan variabel luar (*RP-adjusted*). Variabel yang dianalisis dalam analisis multivariabel adalah variabel yang memiliki *p-value* <0,25 dalam analisis bivariabel.

HASIL

Prevalensi hipertensi ibu hamil sebesar 6,18% dengan jumlah hipertensi paling banyak di Provinsi Jawa Barat (10,57%). *Overweight* dan hipertensi kronik berhubungan dengan gangguan hipertensi dalam kehamilan dengan RP=2,13(95%CI 1,80-2,51) pada *overweight* dan RP=4,36(95%CI 3,61-5,26) pada hipertensi kronik. Penggunaan alat kontrasepsi bukan merupakan faktor risiko gangguan hipertensi di Indonesia RP=0,92 (95%CI 0,76-1,10).

Tabel 1 menunjukkan perbedaan distribusi hipertensi menurut faktor risiko gangguan hipertensi dalam kehamilan. Sebagian besar responden memiliki status gizi berlebih (*overweight*). Menurut status diabetes mellitus (DM) responden yang hipertensi ada 2 orang sedangkan yang tidak hipertensi ada 28 orang. Distribusi responden yang mengalami hipertensi kronik ada 93 orang sedangkan yang tidak mengalami hipertensi kronik sebanyak 465 orang. Pada variabel penggunaan alat kontrasepsi, distribusi hipertensi lebih banyak pada akseptor KB yaitu 366 orang dan 192 orang yang bukan akseptor KB. Sebagian besar responden yang hipertensi didominasi pada ibu hamil yang cukup aktivitas fisik yaitu 496 orang dan 62 orang kurang aktivitas fisik sedangkan untuk konsumsi makanan asin sebanyak 517 ibu hamil jarang mengonsumsi makanan asin setiap harinya dan 41 ibu hamil sering mengonsumsi makanan asin.

Menurut status sosial ekonomi untuk ibu hamil yang menderita hipertensi sebagian besar pada kate-

gori sosial ekonomi tinggi yaitu 321 orang dibandingkan dengan sosial ekonomi rendah ada 237 orang. Distribusi penderita hipertensi berdasarkan tingkat pendidikan dan pekerjaan adalah sama yaitu sebanyak 378 ibu hamil dengan status pendidikan rendah dan tidak bekerja sedangkan sebanyak 180 ibu hamil dengan status pendidikan tinggi dan bekerja.

Tabel 1 .Karakteristik faktor yang berisiko terhadap hipertensi dalam kehamilan

Variabel	Hipertensi	Tidak Hipertensi	Jumlah
	% (n=558)	% (n=8.466)	% (n=9.024)
Overweight			
IMT ≥ 25cm	62,19	39,56	40,96
IMT < 25cm	37,81	60,44	59,04
DM			
Ya	0,36	0,33	0,33
Tida	99,64	99,67	99,67
Hipertensi kronik			
Ya	16,67	2,55	3,42
Tidak	83,33	97,45	96,58
Penggunaan alat kontrasepsi			
Akseptor	65,59	58,74	59,16
Bukan Akseptor	34,41	41,26	40,84
Konsumsi buah dan sayur			
Kurang	98,21	97,45	97,50
Cukup	1,79	2,55	2,50
Aktivitas fisik			
Rendah	11,11	10,75	10,77
Cukup	88,89	89,25	89,23
Konsumsi makanan asin berlebih			
Sering	7,35	6,52	6,57
Jarang	92,65	93,48	93,43
Status sosial ekonomi			
Rendah	42,47	37,51	37,82
Tinggi	57,53	62,49	62,18
Tingkat pendidikan			
Rendah	67,74	56,80	57,48
Tinggi	32,26	35,81	42,52
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	67,74	64,19	64,41
Bekerja	32,26	35,81	35,59
Status wilayah			
Perkotaan	45,34	47,18	47,06
Perdesaan	54,66	52,82	52,94
Usia ibu			
<20 dan >35 tahun	31,72	20,97	21,63
20-3 tahun	68,28	79,03	78,37
Usia kehamilan			
>28 minggu	38,53	36,68	36,79
≤28 minggu	61,47	63,32	63,21
Paritas			
Nullipara	87,46	79,38	79,88
Primipara	12,54	20,62	20,12

Tabel 2 menunjukkan *overweight*, hipertensi kronik, dan penggunaan alat kontrasepsi dan empat variabel luar secara signifikan berhubungan dengan kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia,. Sementara terdapat empat variabel bebas dan tiga variabel luar yang tidak berhubungan signifikan yaitu DM, konsumsi buah dan sayur dan aktivitas fisik.

Tabel 2. *Unadjusted* rasio prevalensi (95%CI) analisis bivariabel *chi-square* terkait kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia

Variabel	Perbandingan	RP (95%CI)	p-value
<i>Overweight</i>	<i>Overweight</i> vs. Tidak <i>Overweight</i>	2,37 (2,01-2,80)	0,0000*
DM	DM vs. Tidak DM	1,08 (0,28-4,12)	0,9124**
Hipertensi kronik	Hipertensi kronik vs Tidak hipertensi kronik	5,64 (4,66-6,83)	0,0000*
Penggunaan alat kontrasepsi	Akseptor vs. Bukan akseptor	1,32 (1,11-1,56)	0,0014*
Konsumsi buah dan sayur	Kurang vs. Cukup	1,41 (0,76-2,59)	0,2662
Aktivitas fisik	Rendah vs. Rendah	1,04 (0,80-1,34)	0,7892
Konsumsi makanan asin	Sering vs. Jarang	1,13 (0,83-1,53)	0,4448
Status sosial ekonomi	Rendah vs. Tinggi	1,21 (1,03-1,43)	0,0193*
Tingkat pendidikan	Rendah vs. Tinggi	1,55 (1,31-1,85)	0,0000*
Pekerjaan	Tidak bekerja vs. Bekerja	1,16 (0,98-1,38)	0,0893
Status wilayah	Perkotaan vs. Pedesaan	0,93 (0,79-1,10)	0,3999
Usia ibu	<20 dan >35 tahun vs. 20-35 tahun	1,68 (1,42-1,99)	0,0000*
Usia kehamilan	>28 minggu vs. ≤28 minggu	1,08 (0,91-1,27)	0,3790
Gravida	Nulligravida vs. Gravida	1,76 (1,75-2,24)	0,0000*

Keterangan :) * *p-value* <0,05;) ** uji Fisher's exact

Multivariabel analisis model *binomial regression* menunjukkan bahwa *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan, usia ibu dan paritas menunjukkan angka yang bermakna pada model VI. Probabilitas

pada model VI dapat diperoleh dengan cara memasukkan nilai koefisien dalam persamaan regresi $p=1/(1+\exp(-y))$, maka diperoleh probabilitas model VI sebesar

Tabel 3. *Adjusted* rasio prevalensi (95%CI) analisis multivariabel model *Binomial regression*

Variabel	Rasio Prevalensi					
	<i>p-value</i> 95% CI					
	Model I	Model II	Model III	Model IV	Model V	Model VI
<i>Overweight</i>	2,13 0,000*	2,15 0,000*	2,18 0,000*	2,16 0,000*	2,16 0,000*	2,13 0,000*
Hipertensi kronik	1,80-2,52 4,77 0,000*	1,82-2,54 4,83 0,000*	1,84-2,58 4,35 0,000*	1,83-2,56 4,31 0,000*	1,83-2,56 4,33 0,000*	1,80-2,51 4,36 0,000*
Penggunaan alat kontrasepsi	3,93-5,79 1,10 0,387	3,99-5,85	3,60-5,26 0,92 0,357	3,57-5,20	3,59-5,23	3,61-5,26
Status sosial ekonomi	0,91-1,28	-	0,76-1,10	-	-	-
Tingkat pendidikan	-	-	1,15 0,106 0,97-1,36	1,15 0,099 0,97-1,36	1,14 0,127 0,96-1,34	-
Pekerjaan	-	-	1,36 0,001* 1,13-1,63	1,36 0,001* 1,13-1,63	1,38 0,000* 1,15-1,65	1,44 0,000* 1,22-1,71
Usia ibu	-	-	1,11 0,209 0,94-1,32	1,11 0,240 0,93-1,31	-	-
Gravida	-	-	1,50 0,000* 1,27-1,77	1,50 0,000* 1,27-1,77	1,49 0,000* 1,27-1,76	1,49 0,000* 1,27-1,76
Jumlah variabel	3	2	8	7	6	5
<i>Pseudo R²</i>	0,0638	0,0636	0,0765	0,0764	0,0761	0,0755
AIC	3927,828	3926,492	3884,401	3883,134	3882,266	3882,753
BIC	3956,259	3947,815	3948,37	3939,995	3932,02	3925,399

Analisis interaksi dari *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan rendah, usia ibu <20 tahun dan >35 tahun, nuliparitas terhadap kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami lima faktor risiko sekaligus yaitu *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan rendah, usia ibu < 20 dan > 35 tahun, nulipara, akan memiliki risiko yang meningkat sebesar 22,80 kali lebih

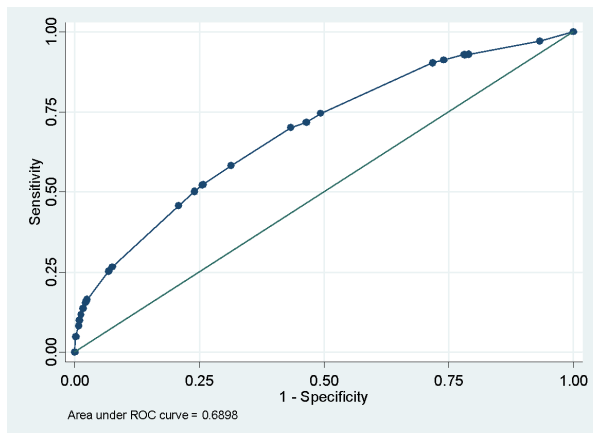
besar untuk mengalami gangguan hipertensi dalam kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki karakteristik tidak *overweight*, tidak memiliki riwayat hipertensi kronik, tingkat pendidikan tinggi, usia ibu 20-35 tahun dan paritas. Hasil analisis interaksi disajikan pada Tabel 4. Rentang nilai AUC 0,7-0,8 termasuk dalam klasifikasi sedang (7). Berdasarkan analisis, diperoleh nilai AUC sebesar 0,7.

Tabel 4. Analisis interaksi variabel *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan, usia ibu dan paritas terhadap kejadian gangguan hipertensi

Variabel	RP	95%CI	p-value
<i>Overweight</i> #Hipertensi kronik	10,14	7,98-12,89	0,000
Tingkat pendidikan#usia ibu# Paritas	2,39	1,33-4,29	0,003
Hipertensi kronik# Paritas	5,38	1,93-15,00	0,001
Hipertensi kronik#usia ibu# Paritas	14,53	4,48-47,14	0,000
Hipertensi kronik#Tingkat pendidikan# Paritas	7,89	3,80-16,39	0,000
Hipertensi kronik#Tingkat pendidikan#usia ibu# Paritas	10,09	4,94-20,61	0,000
<i>Overweight</i> # Paritas	2,21	1,29-3,77	0,004
<i>Overweight</i> #usia ibu# Paritas	3,08	1,67-5,67	0,000
<i>Overweight</i> # Tingkat pendidikan	2,77	1,32-5,85	0,007
<i>Overweight</i> # Tingkat pendidikan# Paritas	3,16	1,89-5,30	0,000
<i>Overweight</i> # Tingkat pendidikan#usia ibu	3,35	1,36-8,27	0,009
<i>Overweight</i> # Tingkat pendidikan#usia ibu# Paritas	4,30	2,48-7,45	0,000
<i>Overweight</i> #Hipertensi kronik # Paritas	9,51	4,72-19,17	0,000
<i>Overweight</i> #Hipertensi kronik #usia ibu# Paritas	20,43	10,68-39,06	0,000
<i>Overweight</i> #Hipertensi kronik#Tingkat pendidikan# Paritas	9,99	5,40-18,52	0,000
<i>Overweight</i> #Hipertensi kronik#Tingkat pendidikan#usia ibu# Paritas	22,80	13,35-38,94	0,000

Keterangan :)# Hubungan interaksi antar variabel

Dapat disimpulkan bahwa secara statistik persamaan regresi pada model VI memiliki *power* 'sedang' dalam memprediksi kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan, *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan rendah, usia ibu <20 dan >35 tahun, nulipara memiliki probabilitas mengalami gangguan hipertensi dalam kehamilan sebesar 53%.



Gambar 2. Kurva *receiver operating characteristic* (ROC) pada model IV

BAHASAN

Penelitian ini menemukan bahwa *overweight*, DM, hipertensi kronik, penggunaan alat kontrasepsi, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik dan konsumsi makanan asin berlebih sebagai prediktor terhadap kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan setelah mempertimbangkan faktor lain. Dua dari tujuh variabel dalam penelitian ini berhubungan signifikan dengan kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia.

Prevalensi hipertensi pada ibu hamil *overweight* (62,19%) lebih besar daripada ibu hamil dengan status gizi normal (37,81%). Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu hamil *overweight* berisiko 2,37 kali lebih besar untuk mengalami kejadian hipertensi dalam kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil yang hipertensi dengan status gizi normal. Penelitian lain menunjukkan bahwa ibu hamil dengan obesitas memiliki janin yang rentan mengalami berbagai penyulit terkait kehamilan yang serius. Efek jangka panjang pada ibu antara lain adalah peningkatan signifikan angka morbiditas dan mortalitas (8). Indeks massa tubuh yang menjadi indikator status gizi seseorang merupakan salah satu risiko gangguan hipertensi kehamilan. Penelitian lain membuktikan bahwa semakin tinggi indeks massa tubuh ibu hamil, maka semakin besar risiko hipertensi kehamilan (9).

Kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan meningkat 22,80 kali dengan probabilitas sebesar 53% pada ibu hamil yang mengalami lima faktor risiko sekaligus yaitu *overweight*, hipertensi kronik, tingkat pendidikan, usia ibu <20 tahun dan >35 tahun, dan nulipara. DM bukan merupakan prediktor kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyimpulkan bahwa ada hubungan diabetes melitus dengan kejadian gangguan hipertensi gestasional terhadap preeklampsia tidak signifikan (10).

Selain *overweight*, penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat hipertensi kronik berhubungan signifikan dengan hipertensi kehamilan. Prevalensi hipertensi kronik sebesar 16,67% lebih rendah jika dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki hipertensi kronik yaitu 83,33%. Besarnya risiko dapat dilihat pada rasio prevalensi (RP) yaitu 5,64 kali lebih

besar untuk mengalami kejadian hipertensi dalam kehamilan dibandingkan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat hipertensi kronik.

Penggunaan alat kontrasepsi merupakan prediktor kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan. Penelitian ini menemukan bahwa penggunaan alat kontrasepsi memiliki risiko 1,32 kali lebih besar untuk mengalami kejadian hipertensi dalam kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil yang hipertensi bukan akseptor KB. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyimpulkan bahwa lama penggunaan pil KB berhubungan signifikan dengan kejadian hipertensi dengan OR 10,09. Kontrasepsi hormonal pil dapat memicu peningkatan tekanan darah 4-5% pada perempuan yang pada awalnya mempunyai tekanan darah normal (11).

Konsumsi buah dan sayur bukan prediktor kejadian gangguan hipertensi kehamilan. Proporsi ibu hamil yang jarang mengonsumsi buah sayur sebesar 92,65%, sedangkan proporsi ibu hamil yang termasuk dalam kategori sering atau cukup mengonsumsi buah dan sayur hanya sebesar 7,35%. Gambaran kecukupan konsumsi buah dan sayur ini menunjukkan bahwa ibu hamil di Indonesia kemungkinan besar memiliki kesadaran rendah tentang manfaat perilaku pencegahan dan kerentanan penyakit yang dapat ditimbulkan akibat perilaku kesehatan yang buruk.

Aktivitas fisik berhubungan yang tidak bermakna terhadap kejadian gangguan hipertensi kehamilan di Indonesia. Proporsi ibu hamil dengan aktivitas fisik yang cukup sebesar 88,89% sedangkan ibu hamil dengan rendah aktivitas fisik sebesar 11,11%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang secara prospektif menganalisis perilaku olah raga pada 750 perempuan sehat dan mendapatkan bahwa perempuan bekerja yang berolahraga memiliki bayi yang lebih kecil dan lebih sering mengalami gangguan persalinan dan lebih sering mengalami infeksi saluran napas atas (12).

Pengendalian risiko hipertensi dapat dilakukan melalui modifikasi diet yang terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Prinsip diet yang dianjurkan adalah gizi seimbang yaitu membatasi gula, garam, cukup buah, sayuran, kacang-kacangan, biji-bijian, makanan rendah lemak jenuh dan dianjurkan makan buah dan sayur 5 porsi per hari karena kandungan kalium dapat menurunkan tekanan darah. Kalium klorida 60-100 mmol/hari akan menurunkan

tekanan darah sistolik (TDS) 4,4 mmHg dan tekanan diastolik (TDD) 2,5 mmHg (13).

SIMPULAN

Overweight, hipertensi kronik dan penggunaan alat kontrasepsi merupakan determinan yang berhubungan dengan kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia. DM, konsumsi buah dan sayur yang rendah, aktivitas fisik rendah dan konsumsi makanan asin yang berlebih bukan merupakan faktor risiko hipertensi dalam kehamilan dalam penelitian ini.

Perlu peningkatan skrining hipertensi sebagai *early detection* bagi ibu hamil yang mempunyai risiko terhadap gangguan hipertensi dalam kehamilan. Perlu pemantauan perkembangan penyakit dan penambahan berat badan selama kehamilan.

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan mengkaji determinan yang berhubungan dengan gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia. **Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *consecutive sampling* dan berasal dari 447 kabupaten dan 33 provinsi di Indonesia. Subjek penelitian adalah seluruh ibu hamil yang menjadi sampel Riskesdas tahun 2013 yang berusia 15-54 tahun dengan jumlah 9.024 ibu hamil. *Chi-square* dan *binomial regression* digunakan untuk menghitung pengaruh faktor risiko HDK dengan melihat nilai rasio prevalensi (RP). **Hasil:** Prevalensi hipertensi ibu hamil sebesar 6,18% setelah disesuaikan dengan variabel luar yang berpotensi sebagai *confounder*. Jumlah hipertensi paling banyak di Provinsi Jawa Barat yaitu 59 ibu hamil (10,57%). *Overweight* dan hipertensi kronik berhubungan terhadap gangguan hipertensi dalam kehamilan dengan RP: 2,13 (95%CI 1,80-2,51) pada *overweight* dan RP: 4,36 (95%CI 3,61-5,26) pada hipertensi kronik. Penggunaan alat kontrasepsi bukan merupakan faktor risiko terhadap gangguan hipertensi di Indonesia RP 0,92 (95%CI 0,76-1,10). **Simpulan:** *Overweight* dan hipertensi kronik merupakan faktor risiko kejadian gangguan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia.

Kata kunci: hipertensi; hamil; Riskesdas; Indonesia

PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
2. Sastrawinata S, Martaadisoebrata D, Wirakusumah FF. *Obstetri Patologi*. Vol 2nd ed. (Sastrawinata S, Martaadisoebrata D, Wirakusumah FF, eds.). Jakarta: EGC; 2003..
3. WHO. *Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia*. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
5. Kemenkes RI. *Riset Kesehatan Dasar*; 2013.
6. Lemeshow S, Jr DWH, Klar J, Lwanga SK. Sample Size for Case-Control Studies. In: Lemeshow S, Jr DWH, Klar J, Lwanga SK, eds. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. Vol Chichester: John Wiley & Sons; 1990:16-20.
7. Dahlan MS. *Mendiagnosis Dan Menatalaksana 13 Penyakit Statistik: Disertai Aplikasi Program Stata*. Jakarta: Sagung Seto; 2010.
8. Cunningham FG, Hauth JC, Leveno KJ, III LG, Bloom SL, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. Vol 22nd ed. (Rouse D, Rainey B, Spong C, Wendel GD, eds.). New York: McGraw-Hill Medical; 2005.
9. Gudnadóttir TA, Bateman BT, Hernández-Díaz S, Luque-Fernandez MA, Valdimarsdóttir U, Zoega H. Body Mass Index, Smoking and Hypertensive Disorders during Pregnancy: A Population Based Case-Control Study. *PLoS One*. 2016; 11(3):e0152187.
10. Wong TY, Groen H, Faas MM, Van Pampus MG. Clinical risk factors for gestational hypertensive disorders in pregnant women at high risk for developing preeclampsia. *Pregnancy Hypertens*. 2013;3(4):248-253.
11. Nafisah D, Wahjudi P, Ramani A. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Akseptor Pil KB Di Kelurahan Summersari Kabupaten Jember Tahun 2014. 2014;2(3):453-459.
12. Magann EF, Evans SF, Weitz B, Newnham J. Antepartum, intrapartum, and neonatal significance of exercise on healthy low-risk pregnant working women. *Obstet Gynecol*. 2002;99(3):466-472.
13. Kemenkes RI. *Pedoman Teknis Penemuan Dan Tatalaksana Hipertensi*; 2013.

