

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN HIPERTENSI PADA MASA KEHAMILAN
DI DESA BULUMARIO KECAMATAN SIPIROK
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2016**



SKRIPSI

Disusun Oleh :

TUMBUR RAMEAN RONAULI

NIM. 14030150P

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN
2016**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN HIPERTENSI PADA MASA KEHAMILAN
DI DESA BULUMARIO KECAMATAN SIPIROK
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2016**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat



SKRIPSI

Disusun Oleh :

**TUMBUR RAMEAN RONAULI
NIM. 14030150P**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN
2016**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN HIPERTENSI PADA MASA KEHAMILAN
DI DESA BULUMARIO KECAMATAN SIPIROK
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2016**

**HALAMAN PENGESAHAN
(Hasil Skripsi)**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dan Disetujui Untuk Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Afa Royhan
Padangsidempuan
Tahun 2016

Padangsidempuan, 27 Agustus 2016

Pembimbing I

Pembimbing II

(Nurul Rahmah Siregar, SKM. M.Kes)

(Rostina Afrida Pohan, SST, M.Si)

Penguji I

Penguji II

(Dady Hidayah Damanik, S. Kep, M.Kes) (Enda Mora Dalimunthe, SKM, M.Kes)

Ketua Stikes Stikes Afa Royhan Padangsidempuan

(Drs. H. Guntur Imsaruddin, M.kes)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Tumbur Ramean Ronauli nainggolan

Nim : 14030150P

Tempat/ Tanggal Lahir : Pahae/ 26 April 1974

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Desa Bulumario Kecamatan Sipirok

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri No 115532 Rantau Prapat : Lulus tahun 1987
2. SMP Negeri 3 Rantau Prapat : Lulus tahun 1990
3. SPK Pemda TK II Labuhan Batu : Lulus tahun 1993
4. D-I PPB Pemda TK II Labuhan Batu : Lulus tahun 1994
5. DIII-Kebidanan Darmas Padangsidempuan : Lulus tahun 2014

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, Karena atas berkat dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun skripsi dengan “Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Masa Kehamilan Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016” . sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKES Afa Royhan Padangsidimpuan.

Dalam proses penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Drs. H. Guntur Imsaruddin, M.Kes, selaku Ketua STIKES Afa Royhan Padangsidimpuan.
2. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, S. Kep, M. Kep, selaku puket I Stikes Afa Royhan Padangsidimpuan.
3. Dady Hidayah Damanik, SKM, M.Kes, Selaku Puket II Sekaligus penguji I, yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan skripsi ini.
4. Enda Mora Dalimunthe, SKM, M.Kes, Selaku puket III Sekaligus penguji II, yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan skripsi ini.
5. Nurul Rahmah Siregar, SKM, M.Kes, sebagai Ka. Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Stikes Afa Royhan Padangsidimpuan

Sekaligus pembimbing I, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.

6. Rostina Afrida Pohan, SST, M.Si, selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Keluarga tercinta yang senantiasa memberi perhatian dukungan serta doa selama penulis dalam masa pendidikan dan dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.
8. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan masukan dan membantu penyelesaian skripsi ini, serta pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
9. Seluruh dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKES Aufa Royhan Padangsidempuan.

Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti harapkan guna perbaikan di masa mendatang. Mudah-mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Amin.

Padangsidempuan, Agustus 2016

Penulis

Tumbur Ramean Ronauli
14030150P

ABSTRAK

Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi serius trimester kedua-ketiga, dengan gejala klinis seperti : edema hipertensi, protein uria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan diatas 20 minggu, dan dapat terjadi antepartum-intrapartum-pascapartus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Metode penelitian ini adalah *korelasi*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu Post partum sebanyak 32 orang, dengan jumlah sampel sebanyak 32 responden, diambil secara *tottal sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian hipertensi adalah riwayat hipertensi $p=0,031(p<0,05)$, obesitas $p=0,005(p<0,05)$, jarak kehamilan(paritas) $p=0,005(p<0,05)$, dan riwayat keluarga $p=0,000(p<0,05)$.

Disarankan kepada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Sipirok agar rutin datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya untuk mengetahui tanda bahaya selama kehamilan, kepada petugas kesehatan di Puskesmas Sipirok agar mengadakan sosialisasi kepada seluruh ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Sipirok tentang pentingnya mengetahui tanda dan bahaya yang mungkin terjadi selama masa kehamilan.

Kata Kunci : Faktor-faktor, Kejadian Hipertensi

ABSTRACT

Hypertension in pregnancy is a serious complication of the second-third trimester, with clinical symptoms such as: edema, hypertension, protein Uriah, convulsions to coma with age above 20 weeks gestation, and can occur antepartum-intrapartum-pascapartus. This study aims to determine the factors associated with hypertension in pregnant women.

This research method is correlation. The population in this study are all mothers Post partum many as 32 people, with a sample size of 32 respondents, taken total sampling. Data was collected through interviews using a questionnaire and then presented in a frequency distribution table and cross table.

The results of this study indicate that factors that influence the incidence of hypertension is a history of hypertension $p = 0.031$ ($p < 0.05$), obesity $p = 0.005$ ($p < 0.05$), spacing pregnancies (parity) $p = 0.005$ ($p < 0, 05$), and a family history of $p = 0.000$ ($p < 0.05$).

It is suggested to pregnant women in Puskesmas Sapirook that regularly comes to health care facilities for checkups to know the danger signs during pregnancy, the health professionals at the health center Sapirook order to conduct socialization to all pregnant women in Puskesmas Sapirook about the importance of knowing the signs and dangers which may occur during pregnancy.

Keywords: Factors, Genesis Hypertension

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
IDENTITAS PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1. Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	6
1.4.2. Bagi Responden.....	6
1.4.3. Bagi Instansi Kesehatan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Hipertensi	7
2.1.1. Defenisi Hipertensi.....	7
2.1.2. Klasifikasi Hipertensi.....	8
2.1.3. Hipertensi dalam kehamilan.....	9
2.1.4. Penjelasan dan pembagian klasifikasi.....	11
2.1.5. Diagnosis hipertensi kronik pada kehamilan.....	12
2.1.6. Ciri-ciri hipertensi kronik.....	13
2.1.7. Dampak hipertensi kronik pada kehamilan.....	13
2.1.8. Pengelolaan Hipertensi pada kehamilan.....	14
2.1.9. Penanganan.....	14
2.1.10. Diagnosis.....	15
2.1.11 .Upaya diet hipertensi dalam kehamilan.....	15
2.2. Kehamilan	16
2.2.1. Definisi Kehamilan	16
2.2.2. Tanda Tidak Pasti Dalam Kehamilan	16
2.2.3. Tanda Pasti Dalam Kehamilan.....	19
2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi kehamilan.....	19
2.4.1 Umur.....	19
2.4.2 Riwayat Hipertensi.....	20
2.4.3 Obesitas.....	20
2.4.4 Jarak Kehamilan.....	21

2.4.5. Riwayat Keluarga.....	21
2.5. Kerangka Konsep.....	22
2.6. Hipotesa Penelitian.....	22
2.6.1 Hipotesa Nol.....	23
2.6.2 Hipotesa Alternatif.....	23
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	24
3.1. Desain dan Metode Penelitian.....	24
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	24
3.2.1. Waktu Penelitian.....	24
3.2.2. Tempat Penelitian.....	24
3.3. Populasi dan Sampel.....	24
3.3.1. Populasi.....	24
3.3.2. Sampel.....	25
3.4. Alat Pengumpulan Data.....	25
3.5. Prosedur Pengumpulan Data.....	25
3.6. Definisi Operasional.....	26
3.7. Pengolahan Data.....	27
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	29
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	29
4.1.1. Keadaan Geografi Desa Bulumario.....	29
4.1.2. Keadaan Demografi Desa Bulumario.....	29
4.2. Analisa Univariat.....	31
4.3. Analisa Bivariat.....	33
BAB V PEMBAHASAN.....	37
5.1. Karakteristik Responden.....	37
5.2. Analisa Bivariat.....	38
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	43
6.1. Kesimpulan.....	43
6.2. Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA	xiv

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1.	Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	29
Tabel 4.2.	Distribusi Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Pekerjaan di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	30
Tabel 4.3.	Distribusi Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Agama di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	30
Tabel 4.4.	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	31
Tabel 4.5.	Distribusi Kategori Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	31
Tabel 4.6.	Distribusi Frekuensi Obesitas Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	31
Tabel 4.7.	Distribusi Frekuensi Jarak Kehamilan Pada Responden di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	32
Tabel 4.8.	Distribusi Frekuensi Riwayat Keluarga Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	32
Tabel 4.9.	Distribusi Frekuensi Kejadian Hipertensi Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	32
Tabel 4.10.	Tabel Silang (<i>Crosstab</i>) Hubungan Umur Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	33
Tabel 4.11.	Tabel Silang (<i>Crosstab</i>) Hubungan Riwayat Hipertensi Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	33

Tabel 4.12.	Tabel Silang (<i>Crosstab</i>) Hubungan Obesitas Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	34
Tabel 4.13.	Tabel Silang (<i>Crosstab</i>) Hubungan Jarak Kehamilan Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	35
Tabel 4.14.	Tabel Silang (<i>Crosstab</i>) Hubungan Riwayat Keluarga Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sapirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.....	35

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Kerangka Konsep Penelitian	22

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Master Tabel Penelitian
- Lampiran 2 Lampiran Hasil SPSS
- Lampiran 3 Surat Survei Pendahuluan
- Lampiran 4 Surat Balasan Survei Pendahuluan
- Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Balasan Ijin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kehamilan adalah suatu hal yang dinantikan oleh setiap pasangan yang telah menikah. Namun tidak semua kehamilan dapat berjalan dengan lancar. Terdapat beberapa penyulit yang terjadi selama kehamilan sehingga dapat mengancam jiwa ibu maupun janin. Salah satu komplikasi yang sering terjadi adalah hipertensi pada kehamilan. Penyakit ini menyebabkan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi, sehingga merupakan masalah kesehatan pada masyarakat. (Chen XK, *et al.*, 2006).

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15% penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Di Indonesia mortalitas dan morbiditas hipertensi dalam kehamilan masih mencakup tinggi. Hal ini disebabkan selain oleh etiologi tidak jelas juga oleh perawatan dalam persalinan masih ditangani oleh petugas non medik dan sistem rujukan yang belum sempurna. Hipertensi dalam kehamilan dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil sehingga pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi dalam kehamilan harus benar-benar dipahami oleh semua tenaga medik baik di pusat maupun di daerah. Definisi hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg atau berdasarkan riwayat hipertensi sewaktu pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan (Sarwono 2010).

Beberapa komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi pada kehamilan antara lain: kekurangan cairan plasma akibat gangguan pembuluh darah, gangguan ginjal, gangguan hematologis, gangguan kardiovaskular, gangguan hati, gangguan pernafasan, sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*), serta gangguan pada janin seperti pertumbuhan terhambat, prematuritas hingga kematian dalam rahim. Hipertensi pada kehamilan juga dapat berlanjut menjadi preeklamsia dan eklamsia yang dapat menyebabkan kematian pada ibu maupun janin. (Yudasmara, 2010).

Satu dari 8 butir tujuan pembangunan millennium (*millenium development goals, MDGs*) adalah meningkatkan kesehatan ibu. Dengan demikian tampak dengan jelas bahwa peningkatan kesehatan ibu telah menjadi salah satu komitmen negara-negara di dunia. Salah satu indikator untuk menggambarkan tingkat kesehatan ibu adalah angka kematian ibu (AKI). Kematian ibu adalah kematian perempuan selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah persalinan, terlepas dari lama dan letak kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan karena kecelakaan (Depkes RI, 2010).

Setiap tahun sebanyak 250 ribu ibu hamil di Amerika menderita hipertensi atau 5–10%. (Gutsche BB, 1979, Lindheimer MD, 1985). Faktor risiko ibu untuk terjadinya preeklamsia/hipertensi pada kehamilan antara lain kehamilan pertama, usia kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun, riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga dengan preeklamsia, obesitas atau kegemukan, dan jarak antarkehamilan kurang dari 2 tahun atau lebih dari 10 tahun.

Di RS Cipto Mangunkusumo, kematian ibu akibat hipertensi pada tahun 2010–2012 tercatat sebesar 61,1% dari seluruh kematian ibu (Wisnuwardhan, 2012).

Yang paling ditakutkan dari hipertensi pada kehamilan adalah preeklamsia dan eklamsia atau keracunan pada kehamilan yang sangat membahayakan ibu maupun janinnya. Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan ditemukannya protein dalam urine. Eklamsia adalah preeklamsia yang disertai dengan kejang atau koma. (Yudasmar, 2010).

Berdasarkan beberapa penelitian, hipertensi pada kehamilan menjadi penyebab terbesar nomor dua pada kasus keguguran atau kematian janin. Hipertensi terjadi pada kurang lebih 5% dari semua kehamilan, 10% pada kehamilan anak pertama dan 20–25% pada perempuan hamil dengan riwayat hipertensi sebelum hamil. Pada janin, preeklamsia bisa menyebabkan berat badan lahir rendah, keguguran dan lahir prematur. Sedangkan yang menjadi eklamsia sekitar 0,05–0,20% (Saimin, 2006).

Mengidentifikasi hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15 % penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari 3 penyebab tertinggi dari mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Di Indonesia mortalitas dan morbiditas hipertensi dalam kehamilan juga masih cukup tinggi, hal ini disebabkan selain oleh etiologi tidak jelas juga oleh perawatan dalam persalinan masih ditangani oleh petugas non medik dan sistem rujukan yang belum sempurna hipertensi dalam kehamilan dapat dialami oleh semua lapisan ibu hamil sehingga pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi dalam kehamilan harus benar-benar

di pahami oleh semua tenaga medik baik di pusat maupun di daerah oleh karena itu, sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan masyarakat seorang bidan harus bisa mengenali tanda-tanda gejala hipertensi untuk memberikan asuhan kebidanan yang baik sehingga resiko tinggi kematian ibu bisa di hindari. Penyakit hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi yang serius trimester II, dan III, dengan gejala klinis seperti : oedema hipertensi, proteinuria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan di atas 20 minggu, dan dapat terjadi antepartum, intrapartum, pascapartus (Wiknjastro,2008).

Gangguan hipertensi yang menjadi penyulit dalam kehamilan sering di jumpai dan termasuk salah satu diantara 3 trias yang mematikan bersama dengan perdarahan dan infeksi yang banyak menimbulkan mortalitas dan morbiditas ibu karena kehamilan. Menurut *the national center for health statistics* pada tahun 2000 penyakit ini di temukan pada 146.320 wanita dan 3,7% diantara semua kehamilan (Cunningham, 2006).

Kejadian hipertensi kehamilan di puskesmas Danau Marsabut tahun 2012 yaitu sekitar 30% ibu hamil yang mengalami hipertensi kehamilan. Di indonesia selain perdarahan dan infeksi, hipertensi juga masih merupakan penyebab utama terjadinya kematian ibu. Oleh sebab itu diagnosis dini serta penanganannya perlu segera di laksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak.. Dari seluruh keadaan hamilan, hipertensi lebih sering di jumpai pada multipara berusia lanjut dan kira-kira 20% dari kasus toksemia gravidarum (Prawirohardjo,2008).

Desa Bulumario merupakan salah satu desa yang berada di Wilayah Kabupaten Tapanuli Selatan, berdasarkan survey yang dilakukan oleh peneliti dari 7 orang ibu hamil terdapat 3 kasus ibu hamil dengan kejadian hipertensi. Untuk

itu peneliti tertarik melakukan penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

1.2. Rumusan Masalah

Mengingat masih tingginya angka kejadian hipertensi kehamilan di Desa Bulumario tahun 2015 yaitu sebesar 30%, maka peneliti ingin mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian hipertensi kehamilan?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan tahun 2016

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan.
- b. Untuk mengetahui hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan.
- c. Untuk mengetahui hubungan obesitas dengan kejadian hipertensi pada kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan.
- d. Untuk mengetahui hubungan jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan.
- e. Untuk mengetahui hubungan riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada kehamilan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan tahun 2016

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi tenaga pelayanan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan manusia melalui pencegahan terjadinya hipertensi dalam kehamilan sehingga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).

1.4.2. Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi atau bahan bacaan bagi masyarakat, sehingga masyarakat khususnya ibu hamil dapat mengetahui faktor-faktor yang dapat beresiko terhadap kejadian hipertensi. Masyarakat diharapkan mampu melakukan pencegahan agar tidak terjadi hipertensi pada kehamilan.

1.4.3. Bagi Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan untuk menurunkan angka kejadian hipertensi pada wanita pada masa kehamilan. Para tenaga kesehatan agar dapat segera mengidentifikasi hal-hal yang terkait dengan kejadian hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hipertensi

2.1.1. Defenisi Hipertensi

Definisi Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat. Oleh karena itu, partisipasi semua pihak, baik dokter dari berbagai bidang peminatan hipertensi, pemerintah, swasta maupun masyarakat diperlukan agar hipertensi dapat dikendalikan, (Infodatin, 2015).

Menurut *American Heart Association {AHA}*, penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumer (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Faktor resiko Hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol), kebiasaan merokok,

konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, penggunaan estrogen, (Infodatin, 2015).

2.1.2. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan data yang didapatkan dari Infodatin pada tahun 2015, ada pun klasifikasi hipertensi terbagi menjadi:

1. Berdasarkan penyebab

a. Hipertensi Primer/Hipertensi Esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.

b. Hipertensi Sekunder/Hipertensi Non Esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB).

2. Berdasarkan bentuk Hipertensi

Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*), Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi), Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*).

3. Jenis hipertensi yang lain:

a. Hipertensi Pulmonal

Suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru yang menyebabkan sesak nafas, pusing dan pingsan pada saat melakukan aktivitas. Berdasar penyebabnya hipertensi pulmonal dapat menjadi penyakit berat yang ditandai dengan penurunan toleransi dalam melakukan aktivitas dan gagal jantung kanan. Hipertensi pulmonal primer sering didapatkan pada usia muda dan usia pertengahan, lebih sering didapatkan pada perempuan dengan perbandingan 2:1, angka kejadian pertahun sekitar 2-3 kasus per 1 juta penduduk, dengan *mean survival* sampai timbulnya gejala penyakit sekitar 2-3 tahun.

Kriteria diagnosis untuk hipertensi pulmonal merujuk pada *National Institute of Health*; bila tekanan sistolik arteri pulmonalis lebih dari 35 mmHg atau "mean"tekanan arteri pulmonalis lebih dari 25 mmHg pada saat istirahat atau lebih 30 mmHg pada aktifitas dan tidak didapatkan adanya kelainan katup pada jantung kiri, penyakit miokardium, penyakit jantung kongenital dan tidak adanya kelainan paru.

2.1.3. Hipertensi dalam kehamilan

Pengertian hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi serius trimester kedua-ketiga, dengan gejala klinis seperti : edema hipertensi, protein uria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan diatas 20 minggu, dan dapat terjadi antepartum-intrapartum-pascapartus. Gambaran klinis tersebut di jabarkan sebagai berikut :

a. Hipertensi

Tekanan darah absolut 140/90 atau 160/110, yang di ambil selama 6 jam dalam keadaan istirahat.

b. Edema

- 1) Merupakan timbunan cairan yang tampak atau tidak tampak.
- 2) Perhitungan kenaikan BB melebihi $\frac{3}{4}$ -1 kg/minggu dianggap patologis.
- 3) Edema dijumpai di tibia, muka, atau tangan bahkan seluruh tubuh.

c. Proteinuria

proteinuria menunjukkan komplikasi lanjut dari hipertensi dalam kehamilan, dengan kerusakan ginjal sehingga beberapa bentuk protein lolos dalam urine. Normal dapat sejumlah protein dalam urine, tetapi tidak melebihi 0,3 dalam 24 jam. Proteinuria menunjukkan komplikasi hipertensi dalam kehamilan lanjut sehingga memerlukan perhatian yang serius.

d. Kejang (konvulsi)

Kejang menunjukkan kelanjutan komplikasi menjadi eklampsia, yang menyebabkan terjadinya AKI tinggi. Kejang atau konvulsi, menunjukkan telah terjadi kemungkinan perdarahan nekrosis dan edema.

e. Koma

Kelanjutan tegang dapat diikuti koma, sebagai manifestasi dari acut vascular accident (AVA) yang menimbulkan perdarahan nekrosis sehingga menjadi koma.

2.1.4. Penjelasan dan pembagian klasifikasi

Penelitian terbaru yang di lakukan oleh National High Blood Pressure Education Program Working Group Hing Blood Pressure in Pregnancy (2000) menjelaskan tentang lima utama kategori utama hipertensi pada kehamilan :

- a. Hipertensi kronik : hipertensi yang di ketahui terjadi sebelum kehamilan atau peningkatan tekanan darah $>140/90$ mmHg sebelum usia getasi 20 minggu, dan berlanjut 6 minggu setelah melahirkan.
- b. Hipertensi gestasional : hipertensi yang terjadi tanpa tanda lain pre-eklamsia. Di diagnosis jika setelah beristirahat, tekanan darah ibu meningkat $>140/90$ mmHg pada sedikitnya dua kali pemeriksaan, tidak lebih dari 1 minggu setelah mingg ke-20 kehamilan pada wanita yang diketahui normotensif. Hipertensi yang di diagnosis untuk pertama kalinya pada kehamilan dan tidak membaik pada masa pascapartum juga di klasifikasi sebagai hipertensi gestasional.
- c. Pra-eklamsia : merupakan hipertensi yang di diagnosis berdasarkan proteinuria, jika proteinuria $>1+$ pada pemeriksaan dipstik atau >0.3 g/L protein dalam spesimen urine tangkapan bersih yang di periksa secara acak atau eksresi 0,3 g protein / 24 jam. Jika tidak terdapat proteinuria, di curigai terjadi pra-eklamsia jika hipertensi disertai dengan gejala, seperti sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri abdomen / epigastrik, atau perubahan biokimia, terutama jumlah trombosit yang rendah dan kadar enzim hati yang tidak normal (mis,alanin aminotransferse (ALT), aspartat aminotransferase (AST), dan gamma glutamil transpeptidase (GGTI). Tanda-tanda dan gejala tersebut di sertai tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau diastolik >110 mmHg dan

proteinuria 2+ atau 3+ dengan dipstik menunjukkan bentuk penyakit yang lebih berat.

- d. Eklamsia : di definisikan sebagai awitan baru konvulsi selama kehamilan atau pascapartum, yaitu yang tidak berkaitan dengan kondisi patologis serebral yang terjadi pada ibu yang menderita pre-eklamsia.
- e. Pre-eklamsia yang terjadi pada hipertensi kronis : hal ini dapat terjadi pada ibu yang mengalami hipertensi sejak sebelum kehamilan (<20 minggu) yang menderita :
 1. Proteinuria baru (>0,3 g / 24 jam)
 2. Peningkatan tiba-tiba hipertensi yang sudah ada sebelumnya dan proteinuria
 3. Trombositopenia
 4. Enzim hati abnormal.

Peningkatan tambahan pada tekanan darah tidak termasuk dalam system klasifikasi ini. Namun demikian, National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregancy (2000) menyatakan bahwa ibu yang menglamin peningkatan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg memerlukan observasi ketat, terutama jika terjadi proteinuria dan hiperurikemia “peningkatan kadar asam urat” (Zaenab, 2006).

2.1.5. Diagnosis hipertensi kronik pada kehamilan

Diagnosis hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan di tegakkan apabila hipertensi mandahului kehamilan, atau hipertensi terjadi sebelum gestasi 20 minggu. Walaupun jarang, wanita tanpa hipertensi kronik dapat mengalami kehamilan berulang dengan hipertensi yang hanya timbul pada akhir kehamilan.

Hal ini di klasifikasikan sebagai hipertensi transien, dan mungkin merupakan tanda adanya penyakit vaskular hipertensif laten. Pada sebagian besar kasus, tekanan darah meningkat selama trimester ketiga ketingkat yang sedikit lebih tinggi di banding tingkat pada awal kehamilan.gangguan hasil pada para wanita ini terutama bergantung pada terjadinya pre-eklamsia.

2.1.6. Ciri-ciri hipertensi kronik

- a. Tekanan darah sangat tinggi
- b. Umumnya multipara
- c. Obesitas
- d. Penggunaan obat-obatan anti hipertensi sebelum kehamilan
- e. Umur ibu relative tua di atas 35 tahun
- f. Hipertensi menetap pasca persalinan (Chen XK, *et al.*, 2006).

2.1.7. Dampak hipertensi kronik pada persalinan

- a. Dampak pada ibu

Bila perempuan hamil mendapat monoterapi untuk hipertensinya, dan hipertensi dapat terkendali, maka hipertensi kronik tidak berpengaruh buruk pada kehamilan, meski tetap mempunyai resiko terjadinya solusio plasenta, ataupun superimposed preeklamsi. Dalam buku Prawiroharjo pada tahun 2008 menuliskan hipertensi kronik yang dapat di perberat oleh kehamilan akan di memberi tanda :

- 1) Kenaikan mendadak tekanan darah yang akhirnya di susul proteinurea
- 2) Tekanan darah sistolik > 200 mmHg diastolic > 130 mmHg, dengan akibat segera terjadi ginjal.

b. Dampak pada janin

Dampak hipertensi kronik pada janin ialah pertumbuhan janin terhambat atau fetal growth restriction, intra uterine growth restriction : IUGR. Insidens fetal growth restriction berbanding langsung dengan derajat hipertensi yang di sebabkan menurunnya perfusi uteroplasma, sehingga menimbulkan insufisiensi plasenta. Dampak lain pada janin ialah peningkatan persalinan preterm.

2.1.8. Pengelolaan hipertensi pada kehamilan

Tujuan pengelolaan hipertensi kronik dalam kehamilan adalah meminimalkan atau mencegah dampak buruk pada ibu ataupun janin akibat hipertensinya sendiri ataupun akibat obat-obatan anti hipertensinya sendiri. Secara umum ini berarti mencegah terjadinya hipertensi yang ringan menjadi lebih berat (pregnancy aggravated hypertension), yang dapat di capai dengan cara farmakologik atau perubahan pola hidup : diet, merokok, alcohol, dan substance abuse.

2.1.9. Penanganan

a. Dalam kehamilan

Beberapa guideline menganjurkan untuk memulai pengobatan saat tekanan darah menunjukkan $>150/80$ mmHg sampai $>160/100$ mmHg. Target wanita yang sedang dalam terapi antihipertensi adalah $>140/90$ mmHg, bila tidak menunjukkan kerusakan organ. Para ahli berekomendasikan untuk berhenti terapi antihipertensi bila tekanan darah telah berada dibawah tekanan darah yang di inginkan. Bila terapi di lanjutkan, penurunan tekanan darah yang agresif harus dihindari. Dosis antihipertensi sebaiknya dikurangi, khususnya pada trisemester kedua, saat tekanan akan mulai turun secara fisiologis (Prawiharjo 2008).

b. Dalam persalinan

Sikap terhadap persalinan ditentukan oleh derajat tekanan darah dan perjalanan klinik. Bila didapatkan tekanan darah yang terkendali, perjalanan kehamilan normal, pertumbuhan janin normal, dan volume amnion normal, maka dapat di teruskan sampai aterm (parkland memorial hospital, Dallas). Bila terjadi komplikasi dan kesehatan janin bertambah buruk, maka segera diterminasi dengan induksi persalinan, tanpa memandang umur kehamilan.(Prawiharjo 2008).

2.1.10. Diagnosis

Diagnosis hipertensi dalam kehamilan dibuat apabila tekanan darah 140/100 atau lebih sebelum wanita hamil, atau menunjukkan kenaikan tekanan darah sebelum kehamilan 20 minggu, tanpa disertai gejala-gejala pre-eklamsi (Prawiharjo 2008).

2.1.11. Upaya diet hipertensi dalam kehamilan

- a. Keadaan tekanan darah tinggi adalah suatu proses yang menahun, yang terjadi sebagai akibat cara hidup yang penuh dengan stress, pola makan yang tidak sehat dan gaya hidup yang kurang berolahraga.
- b. Dasar pengobatan tekanan darah tinggi adalah mengurangi kadar air dalam tubuh, dengan cara mengurangi asupan garam dan memperhatikan input kalium dari bahan makanan kaya kalium seperti pisang, buah anti javocado.
- c. Tekanan darah juga dapat di kontrol dengan bahan makanan sehari-hari, seperti bawang putih, ketimun dan jenis jamur yang dapat kita olah menjadi makanan.
- d. Olah raga teratur, mengatur pola hidup yang sehat dan santai dengan cara lathan pernapasan, bermeditasi secara teratur dan rutin.

2.2. Kehamilan

2.2.1. Defenisi Kehamilan

Menurut Saifudin (2002), masa kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari bertemunya ovum dan sperma (konsepsi) yang kemudian berkembang menjadi janin sampai lahirnya janin tersebut. Tanda-tanda kehamilan ada 2 macam, yaitu tanda pasti dan tanda tidak pasti.

2.2.2. Tanda Tidak Pasti Dalam Kehamilan

Tanda tidak pasti, yaitu tanda kehamilan itu ada, tetapi belum tentu seorang wanita itu hamil. Jika tanda-tanda tersebut kumpul jadi satu, baru bisa dinyatakan sebagai tanda adanya kehamilan atau kemungkinan terjadinya kehamilan. Berikut tanda-tanda tersebut :

1) Amenorea (tidak menstruasi)

Pada saat terjadi kehamilan, menstruasi tidak terjadi karena kandung telur beristirahat, tidak mengeluarkan sel telur dan tidak terjadi pelepasan endometrium yang ada di rahim. Semua ini terjadi di bawah kendali beberapa hormon yang bekerja secara simultan. Karena kehamilan merupakan suatu proses yang besar, tubuh seakan-akan harus benar-benar menghentikan tugas-tugas rutinnnya demi satu tugas luhur yang satu ini.

2) Mual dan muntah

Mual dan muntah yang mengiringi proses kehamilan terjadi karena peningkatan hormon HCG. Pada kasus kehamilan kembar, efek mual dan muntah biasanya makin hebat karena HCG pada kehamilan kembar

biasanya lebih tinggi, selain juga karena hormon progesteron pun menurun pada saat kehamilan.

3) Mengidam

Mengidam adalah perasaan yang tidak nyaman akibat adanya mual dan muntah serta rasa sensitif di mulut sehingga seorang wanita hamil sering kali memiliki keinginan makan makanan yang khas, seperti makanan dengan rasa asam atau sangat pedas, misalnya rujak atau bakso.

4) Mastodinia

Mastodinia adalah keadaan payudara yang membesar, sakit jika tekan, dan sedikit tegang. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan prolaktin sehingga sel-sel pada payudara bertambah besar dan bertambah banyak.

5) Adanya perasaan terhadap gerakan janin pertama kali yang dirasakan wanita (quickening). Pada kehamilan pertama, perasaan ini biasanya dapat di rasakan saat usia kehamilan sekitar 20 minggu. Pada kehamilan kedua dan seterusnya, dapat dirasakan pada umur kehamilan lebih muda. Pada pseudocyesis (kehamilan palsu), seorang wanita seolah-olah dapat merasakan adanya gerakan janin yang sesungguhnya.

6) Sering buang air kecil

Terjadi karena rahim yang membesar mendesak kandung kemih.

7) Sulit buang air besar / konstipasi

Pengaruh progreston menyebabkan otot polos relaksasi sukar berkontraksi sehingga menyebabkan sukar buang air besar. Kurang gerak usus juga menyebabkan sulitnya buang air besar.

- 8) Terjadinya pigmentasi kulit
Yaitu payudara, leher dan dinding perut terlihat hitam, pada beberapa wanita terjadi flek-flek hitam pada pipi.
- 9) Perut membesar
Perut wanita hamil akan membesar sesuai umur kehamilannya. Pada usia kehamilan 8 minggu biasanya belum terlihat adanya pembesaran perut, apalagi pada kehamilan yang pertama kali. Setelah usia kehamilan 20 minggu, pembesaran perut mulai terlihat jelas. Jika kita raba bagian pusat, teraba fundus uteri (bagian paling atas dari rahim / puncak rahim).
Perubahan pada alat-alat pelvis. Perubahan ini meliputi :
 - a) Tanda hegar, yaitu suatu tanda adanya leher rahim yang bertambah panjang dan membesar sehingga jika disentuh agak lunak.
 - b) Tanda chadwick, yaitu portio pada rahim berwarna merah kebiruan/ livide yang di sebabkan oleh adanya penambahan dan pelebaran pembuluh darah.
- 10) Rahim membesar
- 11) Sekseri pada rahim akan meningkat
- 12) tanda-tanda lain seperti tidak tahan bau bauan, mudah pingsan, tidak ada selera makan, dan mudah lelah.

2.2.3. Tanda pasti Dalam Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan pasti adalah jika ada tanda kehamilan, pasti hamil dan jika tidak ada kehamilan, pasti tidak hamil. Tanda-tanda ini bisa terlihat melalui cara sebagai berikut :

1) USG

Pada USG terlihat bagian-bagian janin. Pada minggu-minggu awal biasanya terlihat kantong kehamilan.

2) Rontgen

(kini sudah ditinggalkan, mengingat bahaya sinar rontgen yang mengenai janin).

3) Palpasi, yaitu dengan meraba bagian-bagian janin.

4) Adanya denyut jantung janin (DJJ).

Adanya denyut jantung janin bisa di ketahui dengan alat-alat berikut :

- a) Stetoskop atau laenec, alat ini bisa mendeteksi kehamilan pada usia 20-22 minggu.
- b) Stetoskop ultrasonic (dopler), alat ini bisa mendeteksi kehamilan pada usia 14 minggu.
- c) USG, yang dapat mendeteksi janin pada usia kehamilan 8 minggu (Mutalazimah, 2005).

2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi kehamilan

2.4.1. Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat sangat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal meningkat kembali 30-35 tahun dan usia diatas 35 tahun secara medis termasuk usia rawan untuk hamil dan melahirkan karena otot rahim mulai melemah dan kesehatan tubuh ibu serta fungsi bagian tubuh lainnya sudah

menurun sehingga dikhawatirkan juga membahayakan ibu dan bayi (Sugiyanto, 2008).

2.4.2. Riwayat Hipertensi

Hipertensi atau tekana darah tinggi ialah peningkatan tekanan darah di arteri yang menyebabkan jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya untuk mengedarkan darah melalui pembuluh darah. Keadaan bukan disebabkan karena hamil, tetapi riwayat hipertensi sebelum kehamilan. Sehingga pada saat hamil seseorang yang mempunyai riwayat hipertensi lebih beresiko terjadinya hipertensi pada saat kehamilan, (Sugiyanto, 2008).

2.4.3. Obesitas

Menurut Prawirohardjo tahun 2008, lemak juga perlu pemeliharaan dan setiap kilogram lemak membutuhkan ribuan pembuluh darah tambahan dan lemak juga sebagai oksigen pada hipertensi dalam kehamilan sedangkan anti oksidan misalkan vitamine E pada hipertensi dalam kehamilan menurun, sehingga terjadi dominasi kadar oksidan proksida lemak yang relatif tinggi, dan orang yang gemuk lima kali lebih banyak kemungkinan untuk diserang hipertensi. Seseorang dikatakan memiliki berat badan yang ideal, normal, atau gemuk dapat di nilai dengan mengukur Index Masa tubuh (IMT) yaitu dengan rumus: Berat Badan (Kg) / Tinggi Badan (m²). Berat badan dikatakan ideal atau gemuk bila memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1) Berat Badan kurang : kurang dari 18,5
- 2) Berat Badan Normal : 18,5 – 22,9
- 3) Berat Badan lebih atau obesitas : lebih dari 23

2.4.4. Jarak Kehamilan

Paritas merupakan paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas I dan lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Resiko kehamilan pertama dapat di tangani dengan asuhan obsteric lebih baik, sedangkan resiko pada paritas lebih tinggi dapat dikurangi atau di cegah dengan keluarga berencana.

Kelompok paritas diantaranya :

- 1) Primipara : wanita yang pernah hamil satu kali melahirkan anak.
- 2) Multipara : wanita yang pernah hamil 2-4 kali.
- 3) Grandemulti : wanita yang pernah hamil > lima kali.

Pengaruh paritas sangat besar, karena hampir 20% multipara menderita hipertensi sebelum selama persalinan atau pada masa nifas. Paritas 1 - 2 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kesehatan, sedangkan lebih dari 3 merupakan paritas yang berisiko tinggi untuk terjadinya hipertensi, (Wiknjosastro,2002).

2.4.5. Riwayat Keluarga

Pada umumnya ada faktor keturunan dan familial dengan model gen tunggal genotip ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi dalam kehamilan secara familial jika di bandingkan dengan genotip janin.. Apabila riwayat hipertensi di dapat pada kedua orang tua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar bagi seseorang yang kedua orang tuanya menderita hipertensi ataupun pada kembar monozygot (sel telur) dan salah satunya menderita hipertensi maka orang tersebut kemungkinan besar menderita hipertensi. Berdasarkan penelitian tersebut secara kasar, sekitar separuh tekanan darah diantara orang-orang tersebut

merupakan akibat dari faktor genetika dan separuhnya lagi merupakan akibat dari faktor pola makan sejak masa awal kanak-kanak (prawirohardjo 2008).

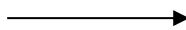
2.5. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep merupakan variabel-variabel yang akan diteliti. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel Independen atau disebut juga variabel bebas atau tidak terikat dan variabel dependen yaitu variabel terikat atau disebut juga variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas.

Skema 2.1.
Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

Faktor-faktor
a. Umur
b. Riwayat Hipertensi
c. Obesitas
d. Jarak Kehamilan
e. Riwayat Keluarga



Variabel Dependen

Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil
1. Ya
2. Tidak

2.6. Hipotesa Penelitian

Hipotesa merupakan dugaan sementara dari hasil penelitian yang terdiri dari H_0 dan H_a .

2.6.1. Hipotesa Nol (H_0)

- 1) Tidak terdapat hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.

- 2) Tidak terdapat hubungan antara riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 3) Tidak terdapat hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 4) Tidak terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 5) Tidak terdapat hubungan antara riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.

2.6.2. Hipotesa Alternatif (H_a)

- 1) Terdapat hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 2) Terdapat hubungan antara riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 3) Terdapat hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 4) Terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.
- 5) Terdapat hubungan antara riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada masa kehamilan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain dan Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat *survey analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* untuk menentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dalam kehamilan, dimana data variabel independen dan variabel dependen dikumpulkan dalam waktu bersamaan secara langsung.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Bulumario Kabupaten Tapanuli Selatan. Adapun waktu yang digunakan dalam penelitian yaitu dari bulan Februari 2016 sampai bulan Agustus 2016.

3.2.2. Tempat

Tempat penelitian ini dilakukan di Desa Danau Marsabut Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016, dikarenakan masih ditemukan ibu hamil yang mengalami hipertensi, yang mana para ibu hamil tidak mengetahui apa penyebab dari hipertensi tersebut.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil pada bulan juni atau pada saat dulakukan pengambilan data.

3.3.2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang diharapkan dapat mewakili atau representatif populasi, supaya sampel dapat mewakili maka harus diperhatikan besar sampel dan teknik pengambilan sampel (Arikunto, 2006). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada kenyataan bahwa mereka yang kebetulan muncul pada saat dilakukan pengambilan data. Dalam penelitian sampel atau responden adalah ibu hamil yang bersedia menjadi responden, (Arikunto, 2006).

3.4. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini berupa *check list*. *Check list* adalah daftar pengecek, berisi nama subjek dan beberapa gejala atau identitas lainnya dari suatu pengamatan (Arikunto, 2006). Lembar *check list* ini berguna untuk memasukkan data yang diperlukan yaitu umur, riwayat hipertensi, obesitas (timbangan dan meteran), jarak kehamilan, dan riwayat keluarga.

3.5. Prosedur Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat atau dikumpulkan oleh sipeneliti itu sendiri. Data primer dalam penelitian ini adalah umur, riwayat hipertensi, obesitas, jarak kehamilan, dan riwayat keluarga.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari instansi kesehatan (Puskesmas) yang berisi data ibu hamil pada saat bulan april, data dari kelurahan, dsb.

3.6. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Sub Variabe	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Umur	Umur Ibu sejak dilahirkan sampai saat persalinan yang tercatat dalam rekam medik	<i>check list</i>	Pemberian Kategori : a. < 20 tahun b. 20 – 35 tahun c. > 35 tahun	Nominal
Jarak kehamilan	Jarak kehamilan sekarang dengan kehamilan sebelumnya yang dilihat dari umur anak terakhir yang tercatat dalam rekam medik dikurangi umur kehamilan ibu saat bersalin.	<i>check list</i>	Pemberian kategori : a. < 2 tahun b. ≥ 2 tahun	Nominal
Riwayat hipertensi	Riwayat mengalami hipertensi pada saat tidak hamil atau sebelum hamil.	<i>check list</i>	a. Ya b. Tidak	Nominal
Obesitas	Diukur dengan pengukuran IMT yaitu BB (Kg)/TB (m ²)	<i>check list</i>	1. berat badan kurang = < 18,5 2. berat badan ideal = 18,5- 22,9 3. berat badan lebih atau obesitas = > 23	Ordinal
Riwayat keluarga	Orang tua atau saudara perempuan kandung memiliki riwayat hipertensi pada saat kehamilan	<i>check list</i>	1. Ya 2. Tidak	Nominal

3.7. Pengolahan Data

Langkah – langkah pengolahan data adalah sebagai berikut :

1. *Editing*

Yaitu langkah yang diambil untuk melakukan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan data dan keragaman data. Hasil pengumpulan data pada lembar *check list* yang tidak lengkap, diperiksa kembali oleh peneliti dengan melihat rekam medik.

2. *Coding*

Pengkodean yaitu langkah yang diambil untuk memberi kode setiap responden dan jawaban *check list* agar memudahkan pengolahan data. Peneliti menggunakan kode angka untuk mempermudah analisa data.

3. *Processing*

Processing dilakukan agar dapat dianalisis (Riyanto 2011). Proses analisa dilakukan dengan menggunakan paket program computer yaitu SPSS.

4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry, dilakukan apabila terdapat kesalahan dalam memasukan data yaitu dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti.

Setelah selesai tahap pengolahan data, maka dilakukan analisa data, yaitu :

1. Analisa Univariat : Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat yaitu analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel penelitian. Pada umumnya analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo 2005). Penelitian ini bertujuan mendeskriptifkan atau menggambarkan umur, paritas, pendidikan, status gizi

dan riwayat keluarga ibu bersalin dengan hipertensi di Desa Danau Marsabut Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

2. Analisa Bivariat : Untuk melihat apakah terdapat hubungan antara variabel independen dengan dependen maka akan diuji dengan analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan Interval Kepercayaan 95 %, dan alpha 5%, yang artinya jika nilai $p_value < 0,05$ maka terdapat hubungan, tetapi jika nilai $p_value > 0,05$ maka tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1. Keadaan Geografi Desa Bulumario

Desa Bulumario merupakan salah satu Desa yang ada di wilayah Kecamatan Kabupaten Tapanuli Selatan yang terdiri dengan luas area 2013 ha dan beriklim tropis. Secara Geografi Desa Bulumario berbatasan dengan :

- a) Sebelah Utara berbatasan dengan Hutan Lindung Sibual-buali
- b) Sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Liang Raja
- c) Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Huraba dan
- d) Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Aek Sirabun

4.1.2. Keadaan Demografi Desa Bulumario

Gambaran penduduk Desa Bulumario Kecamatan Sipirok dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.1. Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Kelompok Umur (tahun)	Jumlah (jiwa)	Persentase (%)
1	0 – 5	50	3,52
2	6 – 10	62	4,36
3	11 – 14	54	3,8
4	15 – 19	67	4,71
5	20 – 24	98	6,90
6	25 – 29	128	9,01
7	30 – 34	200	14,08
8	35 – 39	297	20,90
9	40 – 44	121	8,52
10	45 – 49	108	7,60
11	50 – 54	105	7,39
12	55 – 59	88	6,19
13	> 59	42	2,96
Total		1420	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa mayoritas kelompok umur adalah berada pada umur 35-39 tahun sebanyak 297 jiwa (20,9%).

Tabel 4.2. Distribusi Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Pekerjaan di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1	Pegawai Negeri Sipil	2	0,56
2	Petani	275	77,47
3	Wiraswasta	48	13,52
4	Buruh	30	8,45
	Total	355	100

Berdasarkan Tabel 4.2. dapat dilihat bahwa mayoritas bekerja sebagai Petani sebanyak 275 responden (77,47 %) dan yang paling sedikit bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil yaitu 2 responden (0,56 %).

Tabel 4.3. Distribusi Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Agama di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Karakteristik Kepala Keluarga Menurut Agama	Jumlah (KK)	Persentase (%)
1	Islam	127	35,8
2	Kristen	228	64,2
	Total	355	100

Berdasarkan Tabel 4.3. dapat dilihat bahwa seluruh penduduk di Desa Bulumario Kecamatan Halongonan menganut agama Kristen sebanyak 228 KK dan yg beragama Islam sebanyak 127 KK (100 %).

4.2. Analisa Univariat

4.2.1. Umur Responden

Tabel 4.4. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Kategori Umur	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	< 20 Tahun	0	0
2	21-35	18	56,3
3	>35 Tahun	14	43,7
	Total	32	100

Berdasarkan Tabel 4.4. diketahui bahwa umur responden mayoritas berada pada kelompok umur 21-35 tahun sebanyak 18 responden (56,3%) dan minoritas pada kelompok umur > 35 tahun sebanyak 14 responden (43,7%).

4.2.2. Riwayat Hipertensi

Tabel 4.5. Distribusi Kategori Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Riwayat Hipertensi	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Ya	15	46,9
2	Tidak	17	53,1
	Total	32	100

Tabel 4.5. diketahui bahwa responden yang memiliki riwayat hipertensi sebelum kehamilan sebanyak 15 responden (46,9%) dan yang tidak pernah mengalami riwayat hipertensi lebih banyak yaitu berjumlah 17 responden (53,1%).

4.2.3. Obesitas Pada Responden

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Obesitas Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Obesitas	Jumlah	Persentase (%)
1	Obesitas	17	53,1
2	Tidak Obesitas	15	46,9
	Total	32	100

Berdasarkan tabel 4.6. dapat diketahui bahwa responden mayoritas mengalami obesitas pada kehamilan yaitu berjumlah 17 orang dan 15 orang tidak mengalami obesitas.

4.2.4. Jarak Kehamilan

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Jarak Kehamilan Pada Responden di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Jarak Kehamilan	Jumlah	Persentase (%)
1	< 2 Tahun	17	53,1
2	>2 Tahun	15	46,9
Total		32	100

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat dari 32 orang responden sebanyak 17 orang responden yang jarak kehamilan sekarang dengan kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun, sedangkan 15 orang responden memiliki jarak kehamilan lebih dari dua tahun.

4.2.5. Riwayat Keluarga

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Riwayat Keluarga Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Riwayat Keluarga	Jumlah	Persentase (%)
1	Hipertensi	17	56,3
2	Tidak Hipertensi	15	43,7
Total		32	100

4.2.6. Kejadian Hipertensi

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Kejadian Hipertensi Pada Kehamilan di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016

No	Hipertensi	Jumlah	Persentase (%)
1	Hipertensi	17	53,1
2	Tidak Hipertensi	15	46,9
Total		32	100

Dari tabel 4.9 dapat dilihat dari 32 orang responden mayoritas mengalami hipertensi pada saat kehamilan yaitu 17 orang.

4.3. Analisa Bivariat

Tabel 4.10. Tabel Silang (*Crosstab*) Hubungan Umur Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

No.	Umur	Hipertensi				Total		<i>P value</i>
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	21-35Tahun	10	31,2	8	25,1	18	56,3	0,755
2.	>35 Tahun	7	21,8	7	21,9	14	43,7	
Total		17	53	15	47	32	100	

Tabel 4.10 merupakan tabel silang hasil dari uji *chi-square* untuk variabel umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,755, nilai *p-value* ini lebih besar dari nilai alpha (0,05) yang artinya tidak terdapat hubungan antara faktor umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Tabel 4.11. Tabel Silang (*Crosstab*) Hubungan Riwayat Hipertensi Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

No.	Riwayat Hipertensi	Hipertensi				Total		<i>P</i>
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	Ya	11	34,4	4	12,4	15	46,8	0,031
2.	Tidak	6	18,7	11	34,4	17	53,2	
Total		17	53,1	15	46,8	32	100	

Tabel 4.11 merupakan tabel silang hasil dari uji *chi-square* untuk variabel riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,031, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Tabel 4.12. Tabel Silang (*Crosstab*) Hubungan Obesitas Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

NO	Obesitas	Hipertensi				Total		<i>P value</i>
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	Obesitas	13	40,6	4	12,4	17	43	0,005
2.	Tidak Obesitas	4	12,4	11	34,6	15	57	
Total		17	53	15	47	32	100	

Tabel 4.12 merupakan tabel silang hasil dari uji *chi-square* untuk variabel umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,005, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor obesitas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Tabel 4.13. Tabel Silang (*Crosstab*) Hubungan Jarak Kehamilan Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

N	Jarak Kehamilan	Hipertensi				Total		<i>P value</i>
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	< 2 Tahun	13	40,6	4	12,4	15	43	0,005
2.	> 2 Tahun	4	12,4	11	34,6	17	57	
Total		17	17	15	15	47	32	

Tabel 4.13 merupakan tabel silang hasil dari uji *chi-square* untuk variabel jarak kehamilan sebelumnya dengan kehamilan saat ini dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,005, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Tabel 4.14. Tabel Silang (*Crosstab*) Hubungan Riwayat Keluarga Pada Ibu hamil dengan Kejadian Hipertensi Di Desa Bulumario Kecamatan Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2016.

No.	Riwayat Keluarga	Hipertensi				Total		<i>P value</i>
		Positif		Negatif		F	%	
		F	%	F	%			
1.	Hipertensi	16	50	2	6,2	18	56,2	0,000
2.	Tidak Hipertensi	1	3,1	13	40,7	14	43,8	
Total		17	53,1	15	46,9	32	100	

Tabel 4.14 merupakan tabel silang hasil dari uji *chi-square* untuk variabel riwayat keluarga yang pernah mengalami hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil. Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,000, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa usia responden paling banyak berada pada kelompok umur 21-35 tahun sebanyak 18 responden (56,3%) dan minoritas pada kelompok umur > 35 tahun sebanyak 14 responden (43,8%). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden memiliki riwayat hipertensi sebelum kehamilan sebanyak 17 responden (53,1%) dan minoritas yang tidak pernah mengalami riwayat hipertensi yaitu 15 responden (46,9%). Untuk data obesitas berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden mengalami obesitas sebanyak 17 responden (53,1%) dan minoritas yang tidak mengalami obesitas sebanyak 15 responden (46,9%).

Dari data yang diperoleh melalui hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden memiliki jarak kehamilan < 2 tahun sebanyak 17 responden (53,1%) dan minoritas memiliki jarak kehamilan > 2 tahun sebanyak 15 responden (46,9%). Berdasarkan hasil penelitian dari data yang didapatkan dilapangan diketahui bahwa mayoritas responden memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga sebanyak 17 responden (53,1%) dan minoritas tidak memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga sebanyak 15 responden (46,9%). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden mengalami hipertensi sebanyak 17 responden (53,1%) dan minoritas tidak mengalami hipertensi sebanyak 15 responden (46,9%).

5.2. Analisa Bivariat

5.2.1. Hubungan Umur dengan Kejadian Hipertensi Masa Kehamilan

Berdasarkan hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,755, nilai *p-value* ini lebih besar dari nilai alpha (0,05) yang artinya tidak terdapat hubungan antara faktor umur dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Ekasari (2015) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan eklamsi yaitu $p=0,001$.

Penelitian ini juga tidak sesuai dengan Penelitian Radjamuda (2014) di Poliklinik RSJ Ratumbuang Kota Manado menyatakan bahwa faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan hipertensi pada ibu hamil adalah umur yaitu $p=0,002$.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Cuningham (2002) bahwa umur yang berisiko terkena hipertensi (pre eklamsi-eklamsi) pada ibu hamil adalah usia < 20 tahun dan > 35 tahun. Hipertensi meningkat di umur muda, sehubungan dengan belum sempurnanya organ-organ yang ada didalam tubuh wanita untuk bereproduksi, selain itu faktor psikologis yang cenderung kurang stabil juga meningkatkan pre eklamsia di umur muda.

Hal ini sesuai dengan studi di RS Neutra Colombia, 2009 Bangkok yaitu cenderung terlihat insiden hipertensi (pre eklamsi-eklamsi) cukup tinggi di usia belasan tahun, yang menjadi masalah adalah mereka jarang memeriksakan kehamilan atau Antenatal care (ANC). Masih banyaknya kejadian hipertensi pada ibu hamil di usia muda mungkin disebabkan masih kurangnya pemahaman tentang usia reproduksi sehat, sehingga banyak yang kawin dan hamil di usia belasan tahun. Umur reproduksi sehat adalah umur yang aman untuk kehamilan

dan persalinan yaitu umur 20-30 tahun. Sedangkan pada umur > 35 tahun cenderung didapatkan penyakit lain seperti hipertensi dan eklamsi.

5.2.3. Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Hipertensi Kehamilan

Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,031, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Radjamuda (2014) di Poliklinik RSJ Ratumbuang Kota Manado yang mengatakan bahwa riwayat hipertensi berhubungan dengan kejadian hipertensi dengan $p=0,002$.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Karkata (2006) yang mengatakan bahwa wanita yang mengalami hipertensi pada kehamilan pertama akan mendapatkan pre eklamsi pada kehamilan berikutnya.

Kejadian ini dapat diminimalisir dengan dilakukannya penyuluhan pada setiap ibu hamil untuk dapat mengetahui tanda bahaya yang bisa terjadi pada saat hamil, terlebih kepada ibu yang mempunyai riwayat hipertensi sebelumnya agar bisa lebih memperhatikan makanan, kesehatan ibu dan janin serta rajin melakukan ANC kepada petugas kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

5.2.4. Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi Masa Kehamilan

Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,005, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor obesitas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Dewi (2014) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan obesitas dengan hipertensi kehamilan dengan nilai $p=0,281$ di Puskesmas Rawat Inap Danau Panggang.

Obesitas hanya merupakan factor predisposisi terjadinya preeklamsi, masih ada factor-faktor lain yaitu primigravida, hidramnion, hamil kembar, molahidatidosa, diabetes mellitus dan usia ibu > 35 tahun seperti teori Winkjosastro (2005). Obesitas akan lebih langsung berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah atau hipertensi. Menurut Otomo (2011) obesitas pada ibu hamil merupakan ancaman serius dan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyulit kehamilan yaitu DM, hipertensi dan Jantung.

5.2.5. Hubungan Jarak kehamilan dengan Kejadian Hipertensi pada Masa Kehamilan

Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,005, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Radjamuda (2014) di Poliklinik RSJ Ratumbusang Kota Manado yang mengatakan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian hipertensi dengan $p=0,000$.

Pada primipara sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan, stress emosi yang terjadi pada primipara menyebabkan peningkatan pelepasan hormone CRH (*corticotropic-releasing hormone*) oleh *hypothalamus* yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol. Efek kortisol adalah mempersiapkan tubuh untuk berespon terhadap semua stressor simpatis, termasuk respon yang ditujukan untuk meningkatkan curah jantung dan mempertahankan tekanan darah. Pada wanita preeklamsia tidak terjadi penurunan sensitivitas terhadap vasozeptida tersebut, sehingga peningkatan besar volume darah langsung meningkatkan curah jantung dan tekanan darah.

Hal ini sama dengan penelitian Walidah (2005) ada hubungan signifikan antara paritas dengan kejadian pre eklamsi. Wanita yang baru menjadi ibu dengan pasangan baru mempunyai risiko 6-8 kali lebih mudah terkena hipertensi daripada multigravida. Persalinan pertama dan berulang-ulang akan mempunyai risiko terhadap kehamilan.

5.2.6. Hubungan Riwayat Hipertensi pada Keluarga dengan Kejadian Hipertensi Masa Kehamilan

Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,000, nilai *p-value* ini lebih kecil dari nilai alpha (0,05) yang artinya terdapat hubungan antara faktor riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa dari 18 orang yang keluarganya memiliki riwayat hipertensi, sebesar 50% atau 16 orang positif mengalami hipertensi pada masa kehamilan. Dapat diasumsikan bahwa ibu hamil yang

memiliki riwayat hipertensi akan beresiko mengalami hipertensi pada masa kehamilan.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Rahayu, 2012 yang mengatakan bahwa riwayat keluarga berhubungan dengan hipertensi pada ibu hamil di RSUD Tugurejo Semarang dengan nilai $p=0,001$. Riwayat hipertensi keluarga merupakan salah satu factor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi karena penyakit hipertensi ini merupakan penyakit keturunan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian hipertensi masa kehamilan dengan nilai $p=0,755(p>0,05)$.
2. Ada hubungan antara riwayat hipertensi dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,031(p<0,05)$.
3. Ada hubungan antara faktor obesitas dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,005(p<0,05)$.
4. Ada hubungan antara faktor jarak kehamilan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,005(p<0,05)$.
5. Ada hubungan antara faktor riwayat keluarga dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil dengan nilai $p=0,000(p<0,05)$.

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tenaga pelayanan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan manusia melalui pencegahan terjadinya hipertensi dalam kehamilan sehingga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).

6.2.2. Bagi Responden

Disarankan kepada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Sapirook agar rutin datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya untuk mengetahui tanda bahaya selama kehamilan

6.2.3. Bagi Instansi Kesehatan

Disarankan kepada petugas kesehatan di Puskesmas Sapirook agar mengadakan sosialisasi kepada seluruh ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Sapirook tentang pentingnya mengetahui tanda dan bahaya yang mungkin terjadi selama masa kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Chen XK, Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. 2006. Pregnancy-induced hypertension is associated with lower infant mortality in preterm singletons. *Br J Obstet Gynecol*.
- Cunningham FG, Lenovo KL, et al. *Hypertensive Disorder in Pregnancy*. William's Obstetric, 22 ed. New York : McGraw-Hill.
- Depkes RI. 2010. *Program Perbaikan Gizi Menuju Indonesia Sehat 2010*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta.
- Dewi, Vonny, 2014. *Hubungan Obesitas dan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Preeklamsi di Puskesmas Rawat Inap Danau Panggang*, *Jurnal An Nada*, Vol 1 No. 2 Desember 2014, hal. 57-61.
- Ekasari, W, 2015. *Pengaruh Umur Ibu, Paritas, Usia Kehamilan terhadap asfiksia bayi pada ibu pre eklamsi berat*, Tesis, Program Pasca Sarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Infodatin, 2015. Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Penanggulangan Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis*. Jakarta
- Karkata, 2006. *Faktor resiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan*, *Obstetri dan Ginekologi Indonesia*, Jakarta.
- Mutalazimah. 2005. *Jurnal Penelitian Sains Dan Teknologi*, Volume 6,. Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Oetomo, 2011. *Pengendalian dan Pengobatan Obesitas*, Universitas Brawijaya Press, Malang.
- Prasetyono. 2009. *Mengenal Menu Sehat Ibu Hamil*. DIVA Press. Jogjakarta.
- Prawirohardjo, S. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.

- Riwidikdo, H. 2006. *Statistik Kesehatan Belajar Mudah Teknik Analisis Data Dalam Penelitian Kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS)*. Mitra Cendikia. Jogjakarta
- Saifuddin, A. B. 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Saimin, J. 2006. *Hubungan Antara Berat Badan Lahir Dengan Status Gizi Ibu Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Makassar.
- Sarwono, 2010. *Hubungan Faktor Sosio Demografi Dengan Berat Bayi Lahir*. Fakultas MIPA. Universitas Udayana.
- Sugiyanto. 2008. *Hubungan Tekanan Darah dan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah*. RSU Cibabat Cimahi Propinsi Jawa Barat.
- Wiknjosastro, H.. 1999. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjao. Jakarta.
- _____ 2005. *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo, Jakarta.
- Wisnuwardhana., Sumarno, I. 2012. *Resiko Ibu Hamil Kurang energi Kronis (KEK) Dan Anemia Untuk Melahirkan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Penelitian Gizi dan Makanan
- Yudasmara, M dan Siswishan, R. 2010. *Perbandingan Proporsi Berat Badan Lahir Pada Penderita Preeklamsi Dengan Kehamilan*. Obstetri dan Ginekologi RS Dr. Sardjito. Fakultas Kedokteran UGM
- Zaenab dan Joeharno. 2006. *Beberapa Faktor Resiko Kejadian BBLR di RS Al Fatah Ambon Periode Januari – Desember 2006*.

INSTRUMEN PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
HIPERTENSI PADA MASA KEHAMILAN DI DESA BULUMARIO
KECAMATAN SIPIROK KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2016

Data Responden

Nama:

- | | | |
|-----------------------|----------------------|------------|
| 1. Umur | <input type="text"/> | < 35 Tahun |
| | <input type="text"/> | >35 Tahun |
| 2. Riwayat Hipertensi | <input type="text"/> | Ya |
| | <input type="text"/> | Tidak |
| 3. Obesitas | <input type="text"/> | Ya |
| | <input type="text"/> | Tidak |
| 4. Jarak Kehamilan | <input type="text"/> | < 2 Tahun |
| | <input type="text"/> | > 2 Tahun |
| 5. Riwayat Keluarga | <input type="text"/> | Ada |
| | <input type="text"/> | Tidak Ada |

Crosstab

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
hipertensi * umur	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%
hipertensi * riwayathipertensi	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%
hipertensi * obesitas	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%
hipertensi * jarakkehamilan	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%
hipertensi * riwayatkeluarga	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

hipertensi * umur

Crosstab

			umur		Total
			<35 tahun	>35 tahun	
hipertensi	Positif	Count	10	7	17
		Expected Count	9.6	7.4	17.0
	Negati	Count	8	7	15
		Expected Count	8.4	6.6	15.0
Total		Count	18	14	32
		Expected Count	18.0	14.0	32.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.098 ^a	1	.755		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		

Likelihood Ratio	.098	1	.755		
Fisher's Exact Test				1.000	.517
Linear-by-Linear Association	.095	1	.758		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.56.

b. Computed only for a 2x2 table

hipertensi * riwayathipertensi

Crosstab

			riwayathipertensi		Total
			Ya	tidak	
hipertensi	Positif	Count	11	6	17
		Expected Count	8.0	9.0	17.0
	Negati	Count	4	11	15
		Expected Count	7.0	8.0	15.0
Total		Count	15	17	32
		Expected Count	15.0	17.0	32.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (1- s i d e d)
Pearson Chi-Square	4.630 ^a	1	.031		
Continuity Correction ^b	3.229	1	.072		
Likelihood Ratio	4.764	1	.029		
Fisher's Exact Test				.042	.035
Linear-by-Linear Association	4.486	1	.034		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (1- s i d e d)
Pearson Chi-Square	4.630 ^a	1	.031	.042	.035
Continuity Correction ^b	3.229	1	.072		
Likelihood Ratio	4.764	1	.029		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.486	1	.034		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

b. Computed only for a 2x2 table

hipertensi * obesitas

Crosstab

			obesitas		Total
			ya	tidak	
hipertensi	positif	Count	13	4	17
		Expected Count	9.0	8.0	17.0
	negatif	Count	4	11	15
		Expected Count	8.0	7.0	15.0
Total		Count	17	15	32
		Expected Count	17.0	15.0	32.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.937 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	6.063	1	.014		
Likelihood Ratio	8.289	1	.004		
Fisher's Exact Test				.012	.006
Linear-by-Linear Association	7.689	1	.006		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

b. Computed only for a 2x2 table

hipertensi * jarakkehamilan

Crosstab

			jarakkehamilan		Total
			<2 tahun	> 2 tahun	
hipertensi positif	Count	13	4	17	
	Expected Count	9.0	8.0	17.0	
negatif	Count	4	11	15	
	Expected Count	8.0	7.0	15.0	
Total	Count	17	15	32	
	Expected Count	17.0	15.0	32.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (2- s i d e d)	Exact Sig. (1- s i d e d)
Pearson Chi-Square	7.937 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	6.063	1	.014		
Likelihood Ratio	8.289	1	.004		
Fisher's Exact Test				.012	.006
Linear-by-Linear Association	7.689	1	.006		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

b. Computed only for a 2x2 table

hipertensi * riwayatkeluarga

Crosstab

			riwayatkeluarga		Total
			ada	tidak ada	
hipertensi	positif	Count	16	1	17
		Expected Count	9.6	7.4	17.0
	negatif	Count	2	13	15
		Expected Count	8.4	6.6	15.0
Total		Count	18	14	32
		Expected Count	18.0	14.0	32.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.132 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.977	1	.000		
Likelihood Ratio	24.473	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.472	1	.000		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.56.

b. Computed only for a 2x2 table

Frequencies

Statistics

		umur	riwayathipertensi	obesitas	jarakkehamilan	riwayatkeluarga	hipertensi
N	Valid	32	32	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative P e r c e n t
Valid	<35 tahun	18	56.3	56.3	56.3
	>35 tahun	14	43.8	43.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

riwayat hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative P e r c e n t
Valid	ya	15	46.9	46.9	46.9
	tidak	17	53.1	53.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

obesitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative P e r c e n t

Valid	ya	17	53.1	53.1	53.1
	tidak	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Jarak kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative P e r c e n t
Valid	<2 tahun	17	53.1	53.1	53.1
	> 2 tahun	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Riwayat keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative P e r c e n t
Valid	ada	18	56.3	56.3	56.3
	tidak ada	14	43.8	43.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Hipertensi

				Cumulative P e r c e n t	
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	positif	17	53.1	53.1	53.1
	negatif	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	