

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN PRETERM

Rini wahyuni¹, Siti Rohani²

Akademi Kebidanan Medica Bakti Nusantara,¹²

Email : rinicannywa166@gmail.com¹, siroazza@gmail.com²

ABSTRAK

Di Indonesia kematian bayi sekitar 56% terjadi pada periode sangat dini yaitu di masa neonatal atau bayi baru lahir. Sebagian besar kematian neonatal terjadi pada usia 0-6 hari (78,5%) dan prematuritas merupakan penyebab utama kematian neonatal. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan preterm. Berdasarkan hasil rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. H. Abdul Moeloek pada tahun 2016 menunjukkan adanya 77 persalinan preterm dari 391 persalinan. Penelitian menggunakan metode Case Control. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persalinan preterm dengan usia ibu (p -value = 0,017) dan paritas (p -value = 0,049). Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa usia ibu menjadi faktor yang paling dominan terhadap terjadinya persalinan preterm. Penyuluhan dan konseling oleh tenaga kesehatan kepada ibu hamil dengan melakukan kunjungan antenatal care sesuai program pemerintah agar kelainan ataupun komplikasi dalam kehamilan dapat terdeteksi lebih awal.

Kata kunci : Persalinan preterm, komplikasi kehamilan, paritas

THE FACTORS INFLUENCE PRETERM LABOR

ABSTRACT

In Indonesia, 56% of infant deaths occur in very early periods, ie in the neonatal or newborn period. Most neonatal deaths occur at 0-6 days (78.5%) and prematurity is the leading cause of neonatal death. The aim of this research is to know the factors that influence preterm labor. Based on the results of medical records at the Dr. H. Abdul Moeloek General Hospital (RSUD) in 2016 showed 77 preterm labor from 391 deliveries. The method of this study was case control. The result of bivariate analysis showed that there was a significant correlation between preterm labor and maternal age (p -value = 0,017) and parity (p -value = 0,049). The results of the research analysis indicated that maternal age was the most dominant factor in the occurrence of preterm labor. Socialization and counseling by health practitioners is important for women with risky age, primipara parity or multipara grande, preterm history, pregnant complication, and low education background. Antenatal care must be taught to them in order to have early detection of preterm risk.

Keyword: *Preterm Labor, Pregnant Complication, Parity*

How to Cite: Wahyuni, Rini., Rohani, Siti. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Preterm. *Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2 (1), 61 – 68.

PENDAHULUAN

Persalinan Preterm adalah persalinan pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu

atau berat badan lahir antara 500-2499 gram (Rukiyah & Yulianti, 2010). Saat ini definisi WHO untuk persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi antara

kehamilan 20 minggu sampai dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir ((Krisnadi, *et all.*, 2009).

Dibandingkan bayi yang lahir cukup bulan, bayi preterm terutama yang lahir dengan usia kehamilan < 32 minggu, mempunyai risiko kematian 70 kali lebih tinggi, karena mereka mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya seperti paru-paru, ginjal, jantung dan sistem pencernaannya. Sekitar seperlima bayi yang lahir dibawah usia 32 minggu tidak dapat bertahan hidup dalam tahun pertama dibandingkan dengan 1% kematian bayi yang lahir dengan usia 33-36 minggu dan hanya sekitar 0,3% kematian bayi bila lahirnya pada usia cukup bulan. Kematian janin sering disebabkan oleh sindroma gawat nafas (*Respiratory Distress Syndrome-RDS*), perdarahan *intraventricular*, displasia bronkopulmoner, sepsis dan enterokolitis nekrotikans. Masalah lain yang dapat timbul adalah masalah perkembangan neurologi yang bervariasi dari gangguan neurologis berat, seperti serebral palsy, gangguan intelektual, retardasi mental, gangguan sensoris (kebutaan, gangguan penglihatan, tuli) sampai gangguan yang lebih ringan seperti kelainan perilaku, kesulitan belajar dan berbahasa, gangguan konsentrasi/atensi dan hiperaktif. Hal ini dapat mengakibatkan rendahnya kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Selain itu perawatan bayi preterm juga membutuhkan teknologi kedokteran canggih dan mahal (misalnya *Neonatal Intensive Care Unit/NICU, surfactant*) (Krisnadi, *et all.*, 2009).

Salah satu hasil Konferensi Tingkat Tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 2000 adalah adanya komitmen internasional untuk mencapai Tujuan Pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals/MDG's*) pada tahun 2016 sebagai solusi dari ketergantungan antar negara

dalam meningkatkan kualitas hidup penduduk dunia. Ada delapan sasaran MDG's dimana sasaran keempat terkait langsung dengan kesehatan bayi baru lahir, bayi dan anak balita. Target nasional yang terkait dengan sasaran MDG's keempat adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBAL) sebesar 2/3 dari angka tahun 1990 yaitu AKB dari 60 per 1.000 kelahiran hidup (KH) menjadi 23 per 1.000 KH, dan AKBAL dari 75 per 1.000 KH menjadi 17 per 1.000 KH (Depkes RI, 2008).

Situasi kesehatan ibu dan bayi di negara berkembang termasuk Indonesia masih memprihatinkan. *World Health Organization* (WHO) menyatakan kematian bayi dengan fenomena 2/3 yaitu 2/3 kematian bayi (0 - 1 tahun) terjadi pada masa neonatal (0 - 28 hari), 2/3 kematian neonatal terjadi pada masa perinatal (0 - 7 hari) dan 2/3 kematian perinatal terjadi pada hari pertama (Depkes RI, 2006).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia telah turun separuhnya, dari 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup untuk periode 1987-1991 menjadi 32 kematian per 1.000 kelahiran untuk periode 2008-2012. Terkait tujuan MDGs dalam menurunkan kematian bayi dari 90 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 1990 menjadi 23 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 2016, nampaknya berat bagi Indonesia untuk mencapai tujuan ini. Segala usaha harus ditingkatkan, seperti keberadaan fasilitas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, dan petugas kesehatan baik dalam jumlah dan kualitas (Kemenkes RI, 2012).

Kematian bayi di Indonesia sekitar 56% terjadi pada periode sangat dini yaitu di masa neonatal atau bayi baru lahir. Sebagian besar kematian neonatal terjadi pada usia 0-6 hari (78,5%) dan pretermitas merupakan penyebab utama kematian neonatal (Kemenkes RI, 2011). Kejadian persalinan preterm berbeda pada setiap negara, di negara maju, misalnya di Eropa, angkanya berkisar antara 5-11%. Di USA,

pada tahun 2000 sekitar satu dari sembilan bayi dilahirkan preterm (11,9%), dan di Australia kejadiannya sekitar 7%. Meskipun di negara-negara maju deteksi dini, pencegahan, dan pengelolaan persalinan preterm telah dilakukan dengan baik, namun dalam dekade terakhir terdapat sedikit kenaikan insidensi sebagai akibat dari meningkatnya angkatan kerja wanita, meningkatnya kehamilan dengan teknologi berbantu (bayi tabung, *ART-Assisted Reproductive Technique*) yang meningkatkan kejadian bayi kembar. Namun di Swedia (5,6%), Perancis, dan Finlandia dilaporkan kejadian persalinan preterm menurun. Di negara yang sedang berkembang angka kejadiannya masih jauh lebih tinggi, misalnya di India 30%, Afrika Selatan sekitar 15%, Sudan 31% dan Malaysia 10%. Di Indonesia angka preterm nasional belum ada, namun angka kejadian bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dapat mencerminkan angka kejadian preterm secara kasar. Angka kejadian BBLR nasional rumah sakit adalah 27,9% (Krisnadi, *et al.*, 2009).

Karakteristik pretermitas pada sebuah kehamilan akan di picu oleh karakteristik pasien dengan status sosio ekonomi yang rendah termasuk di dalamnya penghasilan rendah, pendidikan yang rendah sehingga mempengaruhi pola nutrisi yang rendah; umur kehamilan pada usia 16 tahun dan primigravida > 30 tahun; riwayat pernah lahir preterm; pekerjaan fisik yang berat, tekanan mental (stress) atau kecemasan yang tinggi dapat meningkatkan kejadian preterm, merokok lebih dari 10 batang sehari; penggunaan obat bius/kokain (Rukiyah & Yulianti, 2010).

Beberapa faktor mempunyai andil dalam terjadinya persalinan preterm seperti faktor pada ibu, faktor janin dan plasenta, ataupun faktor lain seperti sosioekonomik (Winkjosastro, 2014). Beberapa faktor penyebab akan menambah keadaan pretermitas antara lain : infeksi saluran kemih, penyakit ibu seperti hipertensi

dalam kehamilan, asma, penyakit jantung, kecanduan obat, kolestatis, anemia, keadaan yang menyebabkan distensi uterus berlebihan yaitu kehamilan multiple, hidramnion, diabetes, isoimunisasi Rh, perdarahan antepartum, infeksi umum pada ibu, tindakan bedah selama kehamilan, kehamilan dengan AKDR (Rukiyah & Yulianti, 2010). Hasil penelitian Paiembonan (2013) mengenai faktor risiko kejadian kelahiran preterm di Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar menunjukkan bahwa riwayat kelahiran preterm dan preeklampsia merupakan faktor risiko kejadian kelahiran preterm dimana ibu dengan hamil dengan riwayat kelahiran preterm memiliki risiko mengalami persalinan preterm 20 kali lebih tinggi dan ibu hamil dengan pre-eklampsia memiliki risiko dua kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm.

Pada bayi preterm kecil sering terjadi masalah yang berat misalnya sukar bernafas, kesukaran pemberian minum, ikterus berat dan infeksi. Bayi rentan terjadi hipotermia jika tidak dalam inkubator (JNPKR, 2009).

Permasalahan yang terjadi pada persalinan preterm bukan saja pada kematian perinatal, melainkan bayi preterm ini sering pula disertai dengan kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah: RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), perdarahan intra/periventrikular, NEC (*Necrotizing Entero Cilitis*), displasi bronko-pulmonar, sepsis, dan paten duktus arteriosus (Winkjosastro, 2014).

Komplikasi jangka pendek pada bayi preterm selalu dikaitkan dengan pematangan paru janin yang belum sempurna. Bayi-bayi yang lahir pada usia hamil 23-24 minggu yang berhasil diselamatkan menunjukkan komplikasi kelainan otak yang cukup berarti (79% atau lebih). Sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani antara lain bila

tenaga kesehatan mampu mengidentifikasi dini komplikasi serta pelayanan emergency di rumah sakit dilaksanakan secara cepat dan tepat guna (Kemenkes RI, 2016). Adapun kelainan jangka panjang sering berupa kelainan neurologik seperti cerebral palsi, retinopati, retardasi mental, juga dapat terjadi disfungsi neurobehavioral dan prestasi sekolah yang kurang baik. Sisi lain yang harus diperhatikan dalam menangani bayi preterm terutama bayi dengan berat lahir sangat rendah (< 1.500 gram), yaitu biaya yang sangat mahal dan meminta tenaga yang banyak (Winkjosastro, 2014).

Di negara Barat sampai 80% dari kematian neonatus adalah akibat preterm. Di beberapa negara maju angka kematian neonatal pada persalinan preterm menunjukkan penurunan, yang umumnya disebabkan oleh meningkatnya peranan *neonatal intensive care* dan akses yang lebih baik dari pelayanan ini (Winkjosastro, 2014).

Di Indonesia kematian bayi sekitar 56% terjadi pada periode sangat dini yaitu di masa neonatal atau bayi baru lahir dan sebagian besar kematian neonatal terjadi pada usia 0-6 hari (78,5%) dan preterm merupakan penyebab utama kematian neonatal. Di Provinsi Lampung sendiri untuk angka kematian bayi berdasarkan data SDKI meskipun trendnya menunjukkan kecenderungan menurun yaitu dari 55 per 1000 KH tahun 2002 menjadi 30 per 1000 kelahiran hidup, namun angka ini bila dibandingkan dengan target dari MDGs tahun 2016 sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup maka target penurunan angka kematian bayi belum tercapai. Untuk penyebab kematian bayi terbesar disebabkan oleh BBLR dan pretermitas (Profil Dinkes Lampung 2013).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. H. Abdul Moeloek merupakan rumah sakit negeri kelas B. Rumah sakit ini melayani kasus-kasus umum dan kebidanan serta merupakan pusat rujukan dari rumah sakit kabupaten di Provinsi Lampung. Di rumah

sakit ini jumlah kasus persalinan preterm cukup tinggi. Pada tahun 2016 ini terdapat 77 persalinan preterm dari 391 persalinan. Karena tingginya jumlah persalinan preterm di rumah sakit pusat rujukan ini serta dampak yang ditimbulkan bayi preterm tersebut sehingga peneliti tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2016. Tujuan penelitian adalah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2016

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek. Penelitian dilakukan pada bulan April – Mei 2016. Rancangan penelitian ini adalah analitik *case control*. Rancangan ini dipilih dengan pertimbangan adanya kesamaan ukuran waktu antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol, adanya pembatasan atau pengendalian faktor risiko sehingga hasil penelitian lebih tajam dibanding dengan hasil rancangan *cross sectional*, tidak menghadapi kendala etik seperti pada penelitian eksperimen atau *cohort*, dan tidak memerlukan waktu lama (lebih ekonomis). Populasi kasus dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2016. Jumlah persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek pada tahun 2016 yaitu sebanyak 77 dari 391 persalinan. Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek sepanjang tahun 2016. Sampel pada kelompok kasus dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan persalinan preterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2016. Sampel pada kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan persalinan aterm di RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2016.

Adapun perhitungan besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus sampel uji hipotesis beda dua proporsi (Lameshow). Berdasarkan perhitungan sampel di atas maka diperoleh jumlah sampel minimal dalam satu kelompok sebanyak 69 kasus. Pengambilan sampel dilakukan melalui

random sampling. Kemudian peneliti membuat perbandingan jumlah kasus dan kontrol yaitu 1 : 1 sehingga diperoleh sampel 69 pada kelompok kasus dan 69 sampel pada kelompok kontrol. Total sampel pada penelitian ini adalah 138 sampel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1
Hubungan variabel independen dengan Persalinan Preterm

Usia	Preterm		Aterm		OR (95% CI)	p-value
	N	%	N	%		
Usia ibu						
< 16 tahun / > 35 tahun	23	33,3	10	14,5	2,950	0,017
16 - 35 tahun	23	33,3	10	14,5	(1,278-6,810)	
Paritas						
1 atau \geq 4	30	43,5	18	26,1	2,179	0,049
2-3	39	56,5	51	73,9	(1,063-4,468)	

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa sebanyak 23 (33,3%) ibu hamil usia < 16 tahun / > 35 tahun mengalami persalinan preterm, dan sebanyak 46 (66,7%) ibu hamil dengan usia 16 - 35 tahun mengalami persalinan preterm. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,017$ ($p < 0,05$) yang artinya secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan persalinan preterm. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 2,950 (95% CI: 1,278 - 6,810) yang artinya ibu hamil dengan usia < 16 tahun / > 35 tahun berisiko 2, 950 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan usia 16 - 35 tahun. Berdasarkan tabel 4.1 di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 30 (43,5%) ibu hamil dengan paritas 1 atau \geq 4 mengalami persalinan preterm dan sebanyak 39 (56,5%) ibu hamil dengan paritas 2-3 bayinya mengalami persalinan preterm. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,049$ ($p < 0,05$) yang artinya secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan persalinan preterm. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR

sebesar 2,179 (95% CI: 1,063-4,468) yang artinya ibu hamil dengan paritas 1 atau \geq 4 berisiko 2,179 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas 2-3.

Pada hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sebanyak 23 (33,3%) ibu hamil usia < 16 tahun / > 35 tahun mengalami persalinan preterm, dan sebanyak 46 (66,7%) ibu hamil dengan usia 16 - 35 tahun mengalami persalinan preterm. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,017$ ($p < 0,05$) yang artinya secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan persalinan preterm. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 2,950 (95% CI: 1,278 - 6,810) yang artinya ibu hamil dengan usia < 16 tahun / > 35 tahun berisiko 2, 950 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan usia 16 - 35 tahun.

Kehamilan remaja yang berusia diatas 16 tahun, terutama yang secara riwayat ginekologis juga muda (remaja yang

mendapatkan haid pertamanya kurang dari 2 tahun sebelum kehamilannya) akan meningkatkan kejadian persalinan prematur pada usia kehamilan kurang dari 33 minggu. Mekanisme biologis peningkatan kejadian persalinan prematur pada ibu remaja dimana peredaran darah menuju serviks dan uterus pada remaja umumnya belum sempurna dan hal ini menyebabkan pemberian nutrisi pada janin remaja hamil berkurang. Demikian juga peredaran darah yang kurang pada saluran genital menyebabkan infeksi meningkat yang akan menyebabkan persalinan prematur meningkat (Krisnadi, *et all.*, 2009). Semakin tua umur ibu saat melahirkan (> 35 tahun) berhubungan dengan meningkatnya penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes mellitus dan plasenta previa yang akan mengakibatkan peningkatan kejadian kelahiran prematur, IUGR, kematian perinatal, dan morbiditas neonatal. Banyak studi menemukan adanya hubungan yang kuat antara peluang kematian anak dan pola fertilitas. Secara umum, peluang anak meninggal adalah lebih tinggi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berumur terlalu tua atau terlalu muda (Kemenkes RI, 2012). Salah satu langkah untuk mencegah persalinan preterm antara lain adalah dengan menghindari kehamilan pada ibu terlalu muda atau kurang dari 17 tahun (Wiknjastro, 2014). Faktor sosial budaya juga dapat turut mempengaruhi kejadian prematuritas antara lain yaitu umur < 18 tahun atau > 40 tahun (JNPKKR, 2009).

Wanita usia > 35 tahun juga meningkatkan risikonya untuk mengalami persalinan prematur. Astolfi dan Zonta mendapatkan 64% peningkatan kejadian persalinan prematur pada populasi wanita usia > 35 tahun juga meningkatkan risikonya untuk mengalami persalinan preterm. Astolfi dan Zonta mendapatkan 64% peningkatan kejadian persalinan prematur pada populasi wanita Itali yang berusia 35 tahun atau lebih, terutama pada kehamilan pertama (primi tua). Alasan peningkatan ini belum

diketahui, masih perlu penelitian lebih lanjut untuk menjelaskan bagaimana hubungan ini terjadi (Krisnadi, *et all.*, 2009).

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Rahmawati (2013) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya persalinan preterm di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil dengan kejadian persalinan preterm.

Menurut pendapat peneliti kejadian persalinan preterm sangat dipengaruhi oleh usia ibu pada saat hamil. Secara fisik alat reproduksi pada usia < 20 tahun belum terbentuk sempurna, pada umumnya rahim masih relatif kecil karena pembentukan belum sempurna dan pertumbuhan tulang panggul belum cukup lebar. Pada usia < 20 tahun kondisi ibu juga masih dalam tahap pertumbuhan sehingga masukan makanan banyak dipakai untuk ibu sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin. Sedangkan pada usia > 35 tahun risiko terjadinya komplikasi kehamilan juga meningkat yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas bayi yang akan dilahirkan.

Pada hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sebanyak 30 (43,5%) ibu hamil dengan paritas 1 atau ≥ 4 mengalami persalinan preterm dan sebanyak 39 (56,5%) ibu hamil dengan paritas 2-3 bayinya mengalami persalinan preterm. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,049$ ($p < 0,05$) yang artinya secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan persalinan preterm. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 2,179 (95% CI: 1,063-4,468) yang artinya ibu hamil dengan paritas 1 atau ≥ 4 berisiko 2,179 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas 2-3.

Hasil penelitian ini sejalan teori yang menyatakan bahwa ada kecenderungan

peningkatan kejadian prematuritas dan berat lahir rendah pada nulipara. Bagaimana paritas secara mekanisme biologis mempengaruhi kejadian prematuritas belum diketahui. Paritas 0 meningkatkan risiko, namun penyebabnya tidak diketahui pasti, dan tidak dapat dilakukan pencegahan primer. Tidak ada perbedaan kejadian prematuritas antara primipara dan multipara. Pernah melahirkan bayi prematur/berat badan lahir rendah meningkatkan risiko sampai 5,6 kali. Pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengurangi faktor risiko lain, mengawasi tanda-tanda persalinan dan segera mengatasinya. Interval persalinan kurang dari 6 bulan meningkatkan resiko sebanyak 1,4 dibandingkan dengan interval 18-24 bulan (Krisnadi, *et all.*, 2009).

Persalinan preterm lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadiannya akan berkurang dengan meningkatnya jumlah paritas yang cukup bulan sampai dengan paritas keempat. Penelitian dalam populasi yang besar di Abu Dhabi menunjukkan tidak ada perbedaan jumlah paritas dengan kejadian persalinan sampai paritas ke-5, namun pada paritas lebih dari 10 ternyata kejadian persalinan prematur meningkat (Krisnadi, *et all.*, 2009).

Banyak studi menemukan adanya hubungan yang kuat antara peluang kematian anak dan pola fertilitas. Secara umum, peluang anak meninggal adalah lebih tinggi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berumur terlalu tua atau terlalu muda, dilahirkan setelah jarak kelahiran yang pendek, atau dilahirkan oleh ibu dengan paritas yang tinggi (Kemenkes RI, 2012).

Namun hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Paembonan (2013) yang meneliti tentang resiko kejadian kelahiran prematur di RSIA Siti fatimah Makassar yang menunjukkan bahwa paritas bukanlah merupakan faktor risiko kejadian persalinan preterm.

Menurut peneliti jumlah responden dengan paritas yang berisiko atau paritas 1 atau ≥ 4 yang cukup banyak yaitu 43,5% pada kelompok ibu hamil yang mengalami persalinan preterm menyebabkan hasil analisis yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara variabel paritas dengan kejadian persalinan preterm. Pada paritas 1 atau primigravida resiko ibu mengalami komplikasi preeklampsia dan eklampsia lebih tinggi, sedangkan preeklampsia-eklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas dari ibu maupun bayi yang akan dilahirkan. Komplikasi yang dialami oleh ibu seperti preeklampsia maupun eklampsia cenderung menyebabkan kehamilan harus diterminasi sehingga meningkatkan risiko untuk terjadinya persalinan preterm.

KESIMPULAN DAN SARAN

Distribusi frekuensi responden dalam penelitian ini yaitu sebanyak 33 (23,9%) ibu hamil dengan usia < 16 tahun / > 35 tahun, sebanyak 87 (32,1%) sebanyak ibu dengan paritas 1 atau > 4 , sebanyak 24 (17,4%) ibu hamil dengan jarak kehamilan < 24 atau > 36 bulan, Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara usia ibu dengan persalinan preterm (p-value = 0,017), paritas (p-value = 0,049).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan ditemukan bahwa faktor yang mempengaruhi persalinan preterm adalah usia ibu, Menurut pendapat peneliti kejadian persalinan preterm sangat dipengaruhi oleh usia ibu pada saat hamil. Secara fisik alat reproduksi pada usia < 20 tahun belum terbentuk sempurna, pada umumnya rahim masih relatif kecil karena pembentukan belum sempurna dan pertumbuhan tulang panggul belum cukup lebar. Pada usia < 20 tahun kondisi ibu juga masih dalam tahap pertumbuhan sehingga masukan makanan banyak dipakai untuk ibu sehingga mengakibatkan

gangguan pertumbuhan janin. Sedangkan pada usia > 35 tahun risiko terjadinya komplikasi kehamilan juga meningkat yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas bayi yang akan dilahirkan.

Penyuluhan dan konseling oleh tenaga kesehatan kepada ibu hamil terutama ibu hamil dengan usia kehamilan berisiko, paritas primipara atau grande multipara, memiliki riwayat persalinan preterm sebelumnya, ibu hamil dengan komplikasi kehamilan, serta ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah agar melakukan kunjungan *antenatal care* sesuai program pemerintah agar kelainan ataupun komplikasi dalam kehamilan dapat terdeteksi lebih awal

Peningkatan penjarangan ibu hamil dengan risiko tinggi untuk meminimalkan morbiditas dan mortalitas ibu hamil Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan khususnya di ruang PONEK RSUD. Abdul Moeloek dalam penanganan kedaruratan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Baranafe. (2013). Umur dan pendidikan ibu bersalin dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Pusura Surabaya. *Jurnal kebidanan*
- Feryanto & Fadlun. (2012). *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fikawati & Syafiq. (2016). *Gizi ibu dan bayi*. Jakarta: Raja Grafindo perkasa.
- Hastono, S. P. (2007). *Basic data analysis for health research training*. Depok: Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). *Survey demografi dan kesehatan Indonesia 2012*. BPS. BKKBN. Jakarta: Kemenkes RI & ICF International.
- Krisnaldi. (2009). *Persalinan Prematur*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I., Chandranita, & Fajar. (2012). *Pengantar kuliah obstetri*. Jakarta: EGC.
- Paembonan, (2013). Faktor risiko kejadian kelahiran prematur di Rumah sakit Ibu Dan Anak Siti Fatimah Kota Makassar. *Jurnal kesmas*.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2011). *Ilmu kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Rukiyah & Yulianti. (2010). *Asuhan Kebidanan (patologi Kebidanan)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Universitas Padjajaran. (1996). *Obstetri patologi*. Bagian Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran. Bandung.
- Widyastuti et al. (2011). *Kesehatan reproduksi*. Jakarta: Fitramaya.
- Winkjosastro. (2014). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.