

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN PERSALINAN PREMATUR DI RSUD
dr. ADJIDARMO RANGKASBITUNG
TAHUN 2013**

Mutmainah

Akbid La Tansa Mashiro

Jl. Soekarno-Hatta, Pasirjati, Rangkasbitung

mutmainah@gmail.com

Rita Rositawati

Akbid La Tansa Mashiro

Jl. Soekarno-Hatta, Pasirjati, Rangkasbitung

rita.rosita49@gmail.com

Abstrak

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian persalinan premature di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung tahun 2013. Desain yang digunakan adalah tipe kasus kontrol. Populasi dalam penelitian adalah seluruh ibu bersalin yang tercatat dalam buku register sebanyak 1783. Dari hasil uji *chi square* diperoleh hasil terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian persalinan premature (P value=0,016), terdapat hubungan yang bermakna ntara paritas dengan kejadian persalinan premature (P value=0,011), terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan persalinan premature (P value = 0,007), dan terdapat hubungan yang bermakna antara KPD dengan kejadian persalinan premature (P value=0,004). Dari hasil penelitian tersebut, pentingnya peran tenaga kesehatan diharapkan agar lebih sigap dan tanggap dalam mendeteksi masalah yang dapat menjadi pemicu penyulit ibu bersalin seperti persalinan premature dan lain-lain.

Kata kunci :umur, paritas, pekerjaan, KPD, persalinan premature.

Pendahuluan

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010, sebanyak 536.000 perempuan meninggal akibat persalinan. Sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan

tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di 9 negara maju dan 51 negara persemakmuran (Kompasiana, 2013).

Saat ini AKI dan (AKB) di indonesia masih tinggi dibandingkan dengan negara (ASEAN) lainnya. Menurut data survey demografi kesehatan indonesia (SDKI) periode 2007-2012 kasus kematian ibu melonjak cukup tajam. Diketahui, pada tahun 2012, AKI mencapai 359 per 100.000 penduduk atau meningkat sekitar 57% bila dibandingkan dengan kondisi pada tahun 2007, yang hanya sebesar 228 per 100.000 penduduk. Selain AKI, angka kematian bayi (AKB) juga masih tiggi, 32 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2012).

Saat ini angka kematian ibu dan angka kematian bayi di indonesia masih tertinggi di Asia Tenggara. Tercatat pada tahun 2011. AKI mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 34 orang per 1000 kelahiran hidup (BKKBN,2012). Sampai 2010, angka kematian bayi (AKB) di Propinsi Banten mencapai 22,8 dari 1000 kelahiran hidup, melampaui rata-rata nasional dan target sasaran pembangunan millenium (Millenium Development Goals/ MDG's). AKB nasional 2010 sebesar 35 dari 1000 kelahiran hidup. Sedangkan AKI pada tahun 2010 mencapai 187,3 perseribu kelahiran hidup, melampaui rata-rata nasional yang berada pada angka 228 perseribu kelahiran hidup. Banten akan berhasil mencapai target MDG's pada indikator AKI yaitu sebesar 102 per seribu kelahiran hidup tahun 2015 (Dinkes Propinsi Banten, 2010).

Dalam hal ini kelahiran premature memberikan kontribusi secara langsung antara 75-90% dari semua kematian neonatal atau AKB dan merupakan penyebab paling banyak morbiditas dalam jangka waktu yang pendek dan yang lama. (Marni Dkk,2011). Karena itu, lonjakan AKI yang cukup tinggi sebagaimana ditunjukkan oleh hasil SDKI-2012 merupakan peringatan serius buat pemerintah.

Hasil SDKI-2012 mengkonfirmasi bahwa berbagai program yang dilaksanakan pemerintah belum berhasil menekan angka kematian ibu. Salah

satu program yang menjadi andalan pemerintah dalam soal ini adalah jaminan persalinan (Jampsal), yang berupa bantuan finansial yang diberikan kepada penduduk miskin agar mereka dapat bersalin dibantu tenaga kesehatan (bidan atau dokter) di tempat pelayanan kesehatan (Kompasiana, 2013).

Depkes RI, (2010) menyebutkan sampai dengan tahun 2010, AKB di Provinsi Banten mencapai 22,8 dari 1000 KH, melampaui rata- rata nasional sebesar 35 dari 1000 KH dan target Millenium Development Goals/MDGs) 2015 sebanyak 25 orang per 1000 KH (Dinkes Provinsi Banten, 2012).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh agustina Tahun 2006 menyatakan bahwa paritas dengan kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dan signifikan (Chapter, 2006).

Persalinan prematur (preterm) adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan perkiraan berat janin kurang dari 2500 gram. Resiko persalinan prematur adalah tingginya angka kematian, selain dapat terjadi pertumbuhan mental- intelektual dan fisik yang kurang menguntungkan sehingga dapat menjadi beban kelahiran “prematur” yang resiko tinggi diupayakan dapat dikurangi sehingga angka kematian perinatal dapat diturunkan (Manuaba, 2012).

Proses kehamilan dan kelahiran pada usia remaja turut berkontribusi dalam meningkatkan angka kematian perinatal di Indonesia. Menurut Sarwono (2012) pada ibu hamil usia remaja sering mengalami komplikasi kehamilan yang buruk seperti persalinan prematur, berat bayi lahir rendah (BBLR) dan kematian perinatal Kematian perinatal yang tertinggi (70%) disebabkan oleh persalinan prematur. Bayi prematur, karena tumbuh kembang organ vitalnya, menyebabkan ia masih belum mampu untuk hidup diluar kandungan, sehingga sering mengalami kegagalan adaptasi yang dapat menimbulkan morbiditas bahkan mortalitas yang tinggi (Manuaba, 2012).

Menurut WHO, persalinan prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gr (Manuaba, 2012). Penyebab kematian perinatal dini adalah asfiksia, imaturitas, hipotermia, infeksi (Pilliteri, 2003). Sementara itu menurut SDKI

2002-2003, penyebab kematian neonatal dini adalah prematuritas dan Low Birth Weight (35%) dan asfiksia (33,6%) Menurut Sarwono (2005) pada ibu hamil usia remaja sering mengalami komplikasi kehamilan yang buruk seperti persalinan prematur (Manuaba, 2012).

Berbagai faktor dapat diketahui sebagai faktor pencetus terjadinya persalinan prematur adalah riwayat persalinan prematur, malformasi rahim leiomyoma uterus, kehamilan ganda, solusio plasenta, hipertensi kronis, penyalahgunaan obat, alcohol, merokok, usia maternal yang muda, kelas sosio ekonomi yang rendah, dan berat badan maternal yang rendah (Lisnawati, 2013).

Janin dengan berat badan lahir rendah mempunyai resiko tertentu mengenai kemungkinan trauma selama persalinan secara pervaginam, tindakan seksio sesarea menjadi alternative tindakan yang paling tepat untuk meminimalkan risiko komplikasi maternal dan janin (Lisnawati, 2013).

Dalam jangka panjang, Allen dkk. (1993) mengemukakan bahwa bayi-bayi yang lahir pada usia hamil 23-24 minggu yang berhasil di selamatkan menunjukkan komplikasi kelainan otak yang cukup berarti (79%) atau lebih. Hack dkk. (1994) melakukan pengamatan terhadap 60 anak yang lahir dengan berat 750 gr sampai dengan usia sekolah, ternyata mereka mempunyai masalah dalam hal keterampilan. Sebesar 45% dari bayi-bayi preterm yang hidup memerlukan sarana pendidikan khusus, dimana 21% mempunyai IQ <70 dan banyak yang mengalami hambatan pertumbuhan dan daya penglihatan yang di bawah normal.

Dampak dari segi ekonomi dari persalinan preterm. Amerika Serikat, untuk 7% persalinan preterm, memerlukan 1/3 dari pembiayaan kesehatan untuk tahun pertama kehidupan perawatan bayi preterm dengan berat lahir <2.500 gr memerlukan biaya 8 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi normal, sedangkan jika berat lahir <1500 gr memerlukan biaya >16 kali dibanding bayi normal (Fadlun, 2011).

Usia yang di pandang memiliki resiko saat melahirkan adalah di bawah 20 tahun dan diatas usia 35 tahun. Sedangkan antara 20-35 tahun dari segi usia resiko melahirkan nol. Untuk usia dibawah 20 tahun, resiko

kehamilannya karena alat-alat atau organ reproduksinya belum siap untuk menerima kehamilan dan melahirkan. (Emon, 2007). Selain berpengaruh pada penerimaan kehamilan dan proses melahirkan, kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun juga beresiko untuk melahirkan bayi premature (Manuaba, 1998).

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya, lapisan ini terdiri atas beberapa sel seperti sel epitel, sel mesenkim, dan sel trofoblas yang terikat erat dalam matrik kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban dan melindungi janin terhadap infeksi. Dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam proses persalinan. Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini premature terjadi 1% kehamilan. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra selular amnion, korion, dan apoptosis membran janin. Membrane janin dan desidua bereaksi terhadap stimulasi seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokin, dan protein hormone yang merangsang aktivitas "matrik degrading enzyme". Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu (Sarwono, 2011).

Menurut data dunia, kelahiran prematur mencapai 75-80% dari seluruh bayi yang meninggal pada usia kurang dari 28 hari, Di negara berkembang insidennya sekitar 7% dari seluruh persalinan. Di berbagai negara, angka kejadian persalinan preterm berkisar antara 5 – 15%, di Indonesia sendiri kejadian persalinan preterm berkisar antara 10 - 20 %. Data dari WHO (2002) menunjukan angka yang sangat memprihatinkan terhadap kematian bayi

yang dikenal dengan penomena 2/3. Pertama, fenomena 2/3 kematian bayi pada usia 0-1 tahunan terjadi pada masa neonatal (bayi berumur 0-28 hari) kedua, 2/3 kematian bayi pada masa neonatal dan terjadi pada hari pertama (Anonym, 2010).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013. Peneliti memperoleh data terdapat 152 kejadian prematur dari 1783 seluruh persalinan pada ibu bersalin. Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Persalinan Prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013”**.

Metodologi Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian analitik (kuantitatif), dengan menggunakan case control secara restrospektif. Pada penelitian analitik ini peneliti berupaya untuk mencari hubungan antara variabel. Pada penelitian jenis ini dilakukan analisis terhadap data yang telah terkumpul, oleh karena itu pada penelitian analitik ini perlu dibuat hipotesis, dan data dalam hasil harus ada uji hipotesis (uji statistika) dan atau berbagai jenis analisis yang lain yang disebutkan di atas (Sudigo, 2008).

Pada studi kasus kontrol, penelitian ini di mulai dengan mengidentifikasi pasien dengan efek atau penyakit tertentu (kasus) dan kelompok tanpa efek (control) kemudian secara restropektif diteliti faktor resiko yang dapat menerangkan mengapa kasus terkena efek sedangkan control tidak (Sudigo, 2008).

Penelitian ini terdiri dari variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas (independen variabel) adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebabnya perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sulistyaningsih, 2011). Dalam penelitian ini, variabel bebasnya adalah umur, paritas pekerjaan dan KPD. Variabel terikat (Dependen variabel) adalah variabel yang di pengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel

bebas (Sulistyaningsih, 2011). Penelitian ini yang menjadi variabel terikatnya adalah persalinan prematur.

Menurut Sulistyaningsih (2011) yang mengutip pendapat Notoatmodjo, populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek (benda/subjek (orang) yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung periode Januari – Desember Tahun 2013 berjumlah 1783 orang, yang mengalami persalinan premature 152 orang.

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro, 2008). Sampel penelitian ini adalah ibu bersalin yang bayinya mengalami prematur sebagai kasus dan yang tidak mengalami prematur sebagai kontrol di RSUD dr. Adjidarmo Tahun 2013.

Jumlah kasus 152 persalinan prematur terlalu besar digunakan semua sebagai responden, sehingga perlu disederhanakan menggunakan rumus sampel Notoatmodjo (2011). Jadi jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 61 orang ibu yang mengalami persalinan prematur, sedangkan sampel untuk kelompok kontrol adalah ibu bersalin tanpa mengalami prematur di ruang bersalin RSUD dr. Adjidarmo Tahun 2013 yang diambil secara random yaitu jenis sistematik random sampling dengan perbandingan 1:1 sehingga kelompok kontrol berjumlah 61 orang. Dengan demikian jumlah sampel berjumlah 122 orang.

Analisis univariat yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisisini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari setiap variabel, yang mana pada penelitian ini akan diteliti adalah distribusi ibu bersalin yang mengalami prematur. Analisis data yang telah dikumpulkan secara kuantitatif dianalisis secara univariat dengan distribusi frekuensi.

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkolaborasi, yang mana pada penelitian ini akan

menganalisis variabel umur, paritas, pekerjaan dan ketuban pecah dini dengan persalinan prematur, dalam analisis ini dapat dilakukan pengujian statistik, misalnya dengan chi square (χ^2), dimana responden sudah di uji hubungan membandingkan nilai observasi (O) dan harapan (E).

Hasil Penelitian

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Ibu bersalin Berdasarkan Kejadian Persalinan Premature

Persalinan Prematur	Frekuensi	Persentase %
Prematur	61	3,42%
Tidak Prematur	1722	96,58%
Total	1783	100%

Tabel 1 menunjukkan bahwa masih ada (3,42%) ibu yang mengalami persalinan prematur.

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi	Persentase %
<20/>35 th	75	61,5
20-35	47	38,5
Total	122	100%

Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya (61,5%) ibu berumur <20/>35.

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Berdasarkan Umur

Paritas	Frekuensi	Persentase %
Primi (1) dan grandemultipara	68	55,7
Multipara (2-4)	54	44,3
Total	122	100%

Tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya (55,7%) ibu dengan paritas primi dan grandemulti.

Tabel 4

Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase %
Bekerja	82	67,2
Tidak bekerja	40	32,8
Total	122	100%

Tabel 4 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya (67,2%) ibu bekerja.

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Ibu Bersalin Berdasarkan Kejadian Ketuban Pecah Dini

KPD	Frekuensi	Percentase %
KPD	79	64,8
Tidak KPD	43	35,2
Total	122	100%

Tabel 5 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya (64,8%) ibu mengalami KPD.

Tabel 6
Hubungan Antara Umur Ibu Dengan Kejadian Persalinan Prematur

Umur	Persalinan Prematur				Total		P Value	OR		
	Ya		Tidak		F	%				
	N	%	N	%						
<20th/>35 th	44	72,1%	31	50,8%	75	61,5%	0,016	2,505 (1,181- 5,312)		
20-35 th	17	27,9%	30	49,2%	47	38,5%				
Total	61	100%	61	100%	122	100				

Tabel 6 menunjukkan bahwa ibu yang berumur <20 atau >35 tahun lebih banyak (72,1%) yang mengalami persalinan prematur di bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan prematur hanya (50,8%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan *chi square* pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,016 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,505) berarti bahwa ibu bersalin dengan umur <20 tahun dan >35 tahun mempunyai resiko hampir 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan premature dibandingkan dengan ibu bersalin yang berumur 20-35 tahun.

Tabel 7
Hubungan Antara Paritas Ibu dengan Kejadian Persalinan Prematur

Paritas	Persalinan Prematur				Total		P Value	OR
	Ya		Tidak		F	%		
	N	%	N	%	N	%		
Primi (1) & Grandemulti (>4)	41	67,2%	27	44,3%	68	55,7%	0,011	2,581 (1,237- 5,387)
Multipara 2-4	20	32,8%	34	55,7%	54	44,3%		
Total	61	100%	61	100%	122	100		

Tabel 7 menunjukkan bahwa ibu dengan paritas Primi(1) dan Grandemulti(>4) lebih banyak (67,2%) yang mengalami persalinan prematur di bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan prematur hanya (44,3%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan *chi square* pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,011 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,581) berarti bahwa ibu bersalin dengan paritas primi (1) dan grandemulti (>4) mempunyai resiko hampir 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin dengan paritas multipara (2-4).

Tabel 8
Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Kejadian Persalinan Prematur

Pekerjaan	Persalinan Prematur				Total		P Value	OR
	Ya		Tidak		F	%		
	N	%	N	%	N	%		
Bekerja	48	78,7%	34	55,7%	82	67,2%	0,007	2,932
Tidak bekerja	13	21,3%	27	44,3%	40	32,8%		
Total	61	100%	61	100%	122	100		

Tabel 8 menunjukkan bahwa ibu yang bekerja lebih banyak (78,7%) mengalami persalinan prematur di bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami

persalinan prematur hanya (55,7%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan *chi square* pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,007 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,932) berarti bahwa ibu yang bekerja mempunyai resiko hampir 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak bekerja.

Tabel 9
Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Persalinan Prematur

KPD	Persalinan Prematur				Total		P Value	OR		
	Ya		Tidak		F	%				
	N	%	N	%						
KPD	47	77.0%	32	52.5%	79	64.8%	0.008	3,042 (1,349- 6,638)		
Tidak KPD	14	23.0%	29	47.5%	43	35.2%				
Total	61	100%	61	100%	122	100				

Tabel 9 menunjukkan bahwa ibu yang mengalami KPD lebih banyak (77,0%) mengalami persalinan prematurdi bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan premature hanya (52,5%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan *chi square* pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,004 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara ketuban pecah dini dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 3,042) berarti bahwa ibu bersalin dengan ketuban pecah dini mempunyai resiko hampir 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin yang dengan tidak terjadi ketuban pecah dini.

Pembahasan

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan umur, paritas, pekerjaan dan ketuban pecah dini dengan kejadian persalinan premature di

RSUD Dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

1. Hubungan Umur dengan Kejadian Persalinan Prematur di Ruang Bersalin RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Hasil bivariate menunjukkan bahwa ibu umur <20 atau >35 tahun lebih besar (72,1%) yang mengalami persalinan prematur di bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan prematur hanya (50,8%), sedangkan ibu umur 20-35 tahun lebih sedikit (27,9%) yang mengalami persalinan prematur hanya dibandingkan dengan ibu yang persalinannya tidak prematur sebesar (49,2%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan chi square pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,016 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013. Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,505) berarti bahwa ibu bersalin dengan umur <20 tahun dan >35 tahun mempunyai resiko 3 kali. lebih besar mengalami kejadian persalinan premature dibandingkan dengan umur 20-35 tahun.

Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Wiknjosastro, 2006) bahwa umur di pandang memiliki resiko saat melahirkan dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Sedangkan antara 20-35 tahun dari segi usia resiko melahirkannya tidak ada. Untuk usia yang dibawah 20 tahun, karena alat-alat reproduksinya belum siap untuk menerima kehamilan dan melahirkan, dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia di atas 35 tahun.

Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Holmes, 2011 yang menyatakan bahwa salah satu faktor predisposisi terjadinya persalinan prematur adalah usia ibu. Secara statistik, ibu yang sangat muda yaitu yang berusia kurang dari 20 tahun atau yang berusia di atas 35 tahun terbukti memiliki insiden persalinan prematur yang lebih tinggi. Pada kelahiran anak yang kedua, ibu yang berusia antara 15 dan 19 tahun berisiko tiga kali lebih

tinggi mengalami kelahiran yang sangat prematur dan bayi lahir mati dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-35 tahun.

Usia ibu sangat berhubungan dengan kemungkinan terjadinya persalinan dan kelahiran prematur. Kehamilan pada usia ibu kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun beresiko mengalami persalinan prematur (Manuaba, 2010).

Mekanisme biologis peningkatan kejadian persalinan prematur pada ibu remaja diterangkan sebagai berikut. Peredaran darah menuju serviks dan uterus pada remaja umumnya belum sempurna dan hal ini menyebabkan infeksi meningkat yang akan menyebabkan persalinan prematur meningkat. Peran hormonal gonad pada remaja juga dapat menyebabkan menstruasi yang ireguler. Beberapa remaja hamil dapat menduga kehamilan muda dengan perdarahan sebagai haid yang irregular sehingga terlambat datang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Nutrisi remaja hamil juga berperan karena remaja masih membutuhkan nutrisi yang akan dibagi pada janinnya dibandingkan ibu dewasa yang tidak membutuhkan lagi nutrisi untuk tumbuh (Krisnadi, 2009). Ibu hamil usia >35 tahun juga merupakan usia yang berisiko. Ibu yang berumur >35 tahun mulai menunjukkan pengaruh proses penuaan, seperti munculnya penyakit seperti hipertensi dan diabetes melitus yang dapat menghambat masuknya makanan janin melalui plasenta. Kelahiran preterm juga dapat terjadi melalui beberapa mekanisme, yaitu melalui infeksi maternal, hipoksia dan stress oksidatif. Hal tersebut merupakan tiga mekanisme biologis utama terjadinya persalinan preterm. Kekurangan zat besi dapat meningkatkan risiko infeksi ibu dan hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan keadaan hipoksia kronis yang dapat menginduksi stres ibu dan janin (Andalas. 2014).

Berdasarkan hasil penelitian ini umur bisa dihubungkan dengan kejadian persalinan premature karena pada usia terlalu muda ibu masih membutuhkan kalori dalam jumlah yang banyak untuk pertumbuhannya, dengan adanya kehamilan berarti kalori yang masuk harus dibagi lagi dengan janin, hal ini menyebabkan janin kurang nutrisi dan pertumbuhannya kurang optimal, begitu juga dengan umur yang terlalu tua karena organ reproduksinya sudah mulai menurun dan kualitas sel telur juga menurun sehingga

dapat meningkatkan komplikasi medis pada kehamilan dan persalinan.

2. Hubungan Paritas dengan Kejadian Persalinan Prematur di Ruang Bersalin RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Hasil bivariate menunjukkan bahwa ibu dengan paritas Primi(1) dan Grandemulti (>4) lebih besar (67,2%) yang mengalami persalinan prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan prematur hanya (44,3%), sedangkan ibu dengan paritas multipara (2-4) yang mengalami persalinan prematur lebih sedikit (32,8%) dibandingkan dengan ibu yang persalinannya tidak prematur sebesar (55,7%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan chi square pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,011 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,581) berarti bahwa ibu bersalin dengan paritas primi (1) dan grandemulti (>4) mempunyai resiko 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin dengan paritas multipara (2-4).

Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh (Nurdiana, 2008) yang menyatakan bahwa jumlah paritas ibu merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kelahiran premature karena jumlah paritas dapat mempengaruhi keadaan kesehatan ibu dalam kehamilan dan persalinan.

Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mochtar (1998) bahwa sebagian besar tidak diketahui penyebabnya/kausa ignota, namun ada beberapa keadaan yang meningkatkan risiko terjadinya persalinan preterm, salah satu faktor risikonya adalah multiparitas, Semakin tinggi paritas semakin tinggi pula risiko terjadinya persalinan preterm karena pada ibu yang berparitas tinggi membuat kondisi dan fungsi rahim menurun. Selain itu, jaringan rongga panggul dan otot-ototnya pun melemah. Hal ini membuat rongga panggul tidak mudah lagi menghadapi dan mengatasi komplikasi yang berat. Itu sebabnya, risiko keguguran, kematian janin dan komplikasi lainnya juga meningkat, termasuk persalinan preterm.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustina, 2006 bahwa paritas dengan kejadian partus premature mempunyai hubungan yang bermakna dan signifikan ($p=0,000$), dimana pada wanita yang paritasnya lebih dari 3 ada kecenderungan memiliki resiko 4 kali lebih besar untuk melahirkan bayi premature bila dibandingkan dengan wanita yang paritasnya kurang dari 3.

Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Huda dan Kamaliah, menunjukkan hubungan yang bermakna antara paritas ibu dengan kejadian komplikasi pada persalinan yaitu ibu dengan paritas ≥ 4 berisiko mengalami komplikasi obstetri 1,86 kali lebih besar dari pada ibu dengan paritas 2-3. 4,13 ibu bersalin dengan paritas <2 dan >4 berisiko 1,8 kali lebih besar untuk mengalami persalinan premature daripada wanita dengan paritas 2-4.

Berdasarkan hasil penelitian ini paritas bisa dihubungkan dengan kejadian persalinan premature karena paritas <2 dan >4 dapat meningkatkan resiko terjadinya persalinan premature dengan makin tingginya paritas, dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, dinding uterus sehingga mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin di mana jumlah nutrisi akan berkurang, sehingga menyebabkan kematian bayi. Paritas yang tinggi memberikan gambaran tingkat kehamilan yang banyak dapat menyebabkan resiko kehamilan, semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh ibu semakin tinggi resiko untuk mengalami komplikasi.

3. Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Persalinan Prematur di Ruang Bersalin RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Hasil bivariate menunjukkan bahwa ibu yang bekerja lebih besar (78,7%) mengalami persalinan prematur di bandingkan dengan ibu yang tidak mengalami persalinan prematur hanya (55,7%), sedangkan ibu yang tidak bekerja yang mengalami persalinan prematur lebih sedikit hanya (21,3%) dibandingkan dengan ibu yang persalinannya tidak premature sebesar (44,3%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan chi square pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,007 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 2,932) berarti bahwa ibu yang bekerja mempunyai resiko 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak bekerja.

Hal ini sesuai dengan teori yang di nyatakan oleh Karikaturijo, 2010 bahwa Aktivitas bekerja seperti terlalu lelah dalam bekerja, angkat berat, aktivitas yang berlebihan berhubungan dengan meningkatnya resiko kelahiran preterm atau berat lahir rendah. Dalam kehamilan muda bisa meningkatkan stimulasi adrenalin dan noradrenalin sebagai stimulator uterus, aktifitas yang dilakukan dapat menstimulasi kontraksi uterus dan menyebabkan kelahiran prematur. Selain itu jenis pekerjaan yang dapat berpengaruh terhadap meningkatnya kejadian persalinan preterm adalah bekerja terlalu lama, pekerjaan fisik yang berat dan pekerjaan yang menimbulkan stres seperti berhadapan dengan konsumen atau terlibat dengan masalah uang, hal ini dikarenakan pekerjaan ibu dapat meningkatkan kejadian persalinan preterm melalui kelelahan atau stress yang timbul akibat pekerjaanya.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Riyanti imron, 2011 bahwa jumlah ibu bersalin dengan persalinan preterm sebanyak 266 responden dan yang terbanyak adalah responden yang memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 117 responden (51,8%), sisanya responden yang tidak mempunyai pekerjaan yaitu 109 responden (48,2%). Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh nina, 2012 bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian persalinan premature, dengan nilai P sebesar ($P=0,011$).

Berdasarkan hasil penelitian ini pekerjaan bisa dihubungkan dengan persalinan premature karena ibu yang terlalu lelah dalam bekerja akan meningkatkan risiko persalinan kurang bulan/prematur, karena mengangkat beban yang berat bisa meningkatkan tekanan intra abdomen yang akibatnya

meningkatkan kontraksi uterus sehingga bisa menyebabkan persalinan premature.

4. Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Persalinan Prematur di Ruang Bersalin RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Menunjukkan bahwa ibu yang mengalami KPD lebih besar mengalami persalinan prematur (77,0%) di bandingkan dengan ibu yang mengalami KPD yang tidak mengalami persalinan premature hanya (52,5%). Sedangkan ibu yang tidak mengalami KPD yang persalinanya mengalami prematur lebih sedikit hanya (23,0%) dibandingkan dengan ibu yang mengalami KPD yang persalinanya tidak mengalami premature sebesar (47,5%).

Hasil uji statistic dengan menggunakan chi square pada $\alpha=0,05$ di dapat nilai P sebesar 0,004 ($P<0,05$) yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara ketuban pecah dini dengan kejadian persalinan prematur di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013.

Adapun nilai Odds Ratio (OR : 3,042) berarti bahwa ibu bersalin dengan ketuban pecah dini mempunyai resiko 3 kali lebih besar mengalami kejadian persalinan prematur dibandingkan dengan ibu bersalin yang dengan tidak terjadi ketuban pecah dini.

Hal ini sesuai dengan teori Menurut (Manuaba, 2012) yang menyatakan bahwa pecahnya selaput ketuban disebabkan karena selaput ketuban tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Akibatnya selaput ketuban yang berfungsi melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam Rahim pecah dan mengeluarkan air ketuban menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim yang memudahkan terjadinya infeksi asenden. Semakin lama periode laten maka semakin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan premature dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tria Agustina pada Januari 2012 yang menyatakan bahwa persalinan premature pada ibu yang mengalami ketuban pecah dini yaitu sebesar 17,3%, sedangkan ibu bersalin tidak prematur yang mengalami ketuban pecah dini yakni sebesar

5,4%, hasil uji statistik menunjukkan nilai p=000 dengan nilai OR : 3,7 (CI 95% : 3,003 – 4,493) hal ini menunjukkan ibu yang mengalami ketuban pecah dini mempunyai peluang 3,7 kali mengalami persalinan prematur dibandingkan ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini. Namun penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Sagita (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara ketubah pecah dini dengan kejadian persalinan prematur, sedangkan pada penelitian yang dilakukan di Afrika menunjukkan bahwa ibu yang mengalami ketuban pecah dini (CI 95% : 2,02 – 6,43) (olisannya dan ofovwe, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian ini KPD bisa dihubungkan dengan kejadian persalinan premature karena ketika selaput ketuban pecah saat usia kehamilan kurang dari 37 minggu secara langsung ketuban pecah dan menimbulkan kontraksi sehingga merangsang mulut rahim membuka dan menimbulkan terjadinya persalinan premature.

Simpulan

1. Kejadian persalinan prematur sangat sedikit yaitu 3,42% di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013
2. Ibu bersalin yang berumur <20/>35 tahun lebih besar yaitu 61,5% di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013
3. Ibu bersalin paritas primi(1) & grandemulti(>4) Lebih besar yaitu 55,7% di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013
4. Ibu bersalin yang bekerja Lebih besar yaitu 67,2% di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013
5. Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini Lebih besar yaitu 64,8% di RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung Tahun 2013
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara umur, paritas, pekerjaan dan KPD dengan kejadian persalinan premature.

Saran

1. Bagi RSUD dr. Adjidarmo Rangkasbitung

Sebagai bahan masukan bagi para tenaga kesehatan diharapkan agar lebih meningkatkan pengetahuan pengetahuan kepada masyarakat mengenai pendewasaan usia perkawinan, bahwa perlunya menunda perkawinan dan kehamilan diharapkan dapat mengurangi resiko medis seperti bayi lahir prematur, keguguran, kanker leher rahim, BBLR dll, selain itu juga perlunya pengetahuan mengenai ibu hamil yang bekerja sebaiknya menghindari kerja shift bahwa wanita hamil yang bekerja secara shift akan berisiko melahirkan bayi prematur, Salah satu kemungkinan adalah aktifitas pekerjaan malam akan merubah uterus yang memang akan aktif pada malam hari. Kemungkinan lain adalah soal waktu tubuh yang membuat aktifitas uterus berjalan tidak pada semestinya, begitu juga perlunya masyarakat untuk ber KB karena dengan perencanaan kehamilan yang aman, sehat dan diinginkan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya menurunkan angka kematian maternal dan perinatal. Ini berarti program tersebut dapat memberikan keuntungan ekonomi dan kesehatan

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih diperbanyak lagi sumber-sumber buku, jurnal di perpustakaan untuk bahan bacaan, maupun referensi untuk penelitian dan kepustakaan.

3. Bagi peneliti selanjutnya.

Diharapkan kepada mahasiswa dengan adanya penelitian ini nantinya bisa lebih mengembangkan lebih lanjut berdasarkan faktor lainnya, variabel yang berbeda, tempat penelitian yang berbeda, jumlah sampel yang berbeda dan desain yang berbeda.

Daftar Pustaka

- Adriati. 2008 *Penyebab Prematur*. <http://download.portalgaruda.org/article>.
- Agustina, F. 2006. *Aplikasi Uji Chi Kuadrat Mantel Haenszel dan Uji Regresi Logistik Ganda untuk Penilaian Peranan Variabel Perancu pada Hubungan antara Paritas dengan Partus Prematur*. FKM UNAIR

Surabaya. Skripsi.

Andalas.2014. *jurnal kesehatan ibu dan bayi*. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

316 Jurnal Kesehatan Andalas. (di akses pada tanggal 20 NOVEMBER 2014)

Anonym, 2010. *kesehatan ibu dan anak*, jakarta : trans info media BKKBN, 2012.

Kamus Istilah Kependudukan KB dan Keluarga Sejahtera : Jakarta.

Badan pusat statistik, 2005. *Indonesia demoghrapic and health survey*, jakarta.

Chapter, varney, hellen. 2006. *Buku ajar asuhan kebidanan*, edisi 4 jakarta : EGC

Danim, Sudarwan. 2012. *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Jakarta : EGC

Departemen Kesehatan RI (2010) Jumlah AKI Dan AKB, *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Partus Premature*, Pdf. KTI Skripsi No. 169. Tahun 2013. (Diakses Pada Tanggal 7 Mei 2014)

Dinas Kesehatan Provinsi Banten, 2010. Profil kesehatan provinsi banten Emon, 2007. *Faktor-Faktor Resiko Kesehatan*, jakarta : Trans From Media Fadlun,

Achmad F. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologis*, Jakarta: Salemba Medika

Feryanto, achmad. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologis*, jakarta : salemba medika

Hastono, 2001. *Alat Ukur Penelitian*. Yogyakarta : Fitramaya

Holmes, 2011. *Faktor-Faktor Persalinan-prematur.html* [diakses pada tanggal 24 oktober 2014]

Ilmu kritis, 2012. *Mobilitas Penduduk*. Jakarta: Trans Info Media Juliani, dkk, (2010). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media

Karikaturijo, 2010. *Kesehatan ibu dan anak*, jakarta. EGC

Kompasiana PT. Kompas Cyber Media, (2013). Jumlah AKI Dan AKB Banten, <Http://M.Kompasiana.Com/Post/Read/387184/2/Meningkatnya-Derajat-Kesehatan-Masyarakat-Banten.Html> (Diakses Pada Tanggal 6 Mei 2014)

Krisnadi. 2009. *Prematuritas*. Bandung:Refika Aditama

Lestariningsih, 2008. *Pengaruh Umur Terhadap Kehamilan*, jakarta : EGC

Lisnawati, Lilis. 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Trans Info Media

- Machfoedz, Ircham. 2008. *Alat Ukur Penelitian*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Manuaba, 1998. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Manuaba, 2010. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC Manuaba, 2012. *Pengantar kuliah obstetri*. Jakarta : EGC
- Marni, dkk, (2011). *Morbiditas Dan Mortalitas*. Jakarta: Trans Media
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetric*. Jakarta : Buku Kedokteran
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Taufan. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurdiana, 2008. *Kesehatan Maternal Dan Perintal*. Jakarta : trans info media.
- Olisannya dan ofovwe, 2009. *Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Persalinan Prematur* di <http://jurnal.unimus.ac.id> (diakses pada tanggal 15 oktober 2014)
- Pilliteri. 2003. *Buku Saku Asuhan Ibu Dan Anak*, jakarta: EGC
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Riyanti imron, 2011. *Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Kejadian Persalinan Prematur* di <http://jurnal.unimus.ac.id> (diakses pada tanggal 19 oktober 2014)
- Sagita. 2009. *Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Prematur*.<http://bidanpanca.blogspot.com>, hubungan-ketuban-pecah-dini-dengan.html diakses pada tanggal 10/14/2014.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Sastroasmoro, Sudigo. 2012. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : SAGUNG SETO.
- SDKI, (2012). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. (Diakses Pada Tanggal 05 Mei 2014)
- Sudigo, 2006. *Dasar-Dasar Metodologi PenelitianKlinis*. Jakarta : SAGUNG SETO
- Sudigo,2006. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : SAGUNG SETO
- Sulistyaningsih. 2012. *Metodologi Penelitian Kebidanan*.Yogyakarta :Graha Ilmu.
- Suparyanto, 2010. *Macam-Macam pengertian paritas*. <http://jurnal.fk.unand.ac.id> 316 Jurnal Kesehatan. (di akses pada tanggal 28 oktober 2014)
- Widoyoko, 2011. *Persalinan Patologi*. Jakarta : SAGUNG SETO Wiknjosastro, (2006). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR Yeyeh, Ai dan
- Yulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta : Trans Info Media