

**HUBUNGAN FAKTOR RISIKO MULTIPARITAS
DENGAN PERSALINAN PRETERM
DI RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN**

KARYA TULIS ILMIAH

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Saint Terapan**



Oleh :

RATIH INDAH KARTIKASARI

R1109025

**PROGRAM STUDI DIV KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN FAKTOR RISIKO MULTIPARITAS
DENGAN PERSALINAN PRETERM DI RSUD Dr. SOEGIRI
LAMONGAN**

Disusun Oleh:

Ratih Indah Kartikasari

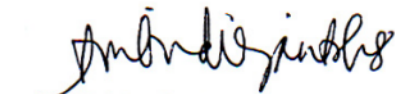
R 1109025

Telah disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan di hadapan Tim Penguji

Pada Tanggal Juli 2010

Pembimbing I

Pembimbing II



(H. Tri Budi Wiryanto, dr., SpOG (K))
NIP: 19510421 198011 1002



(M. Nur Dewi K. Amd, SST, M.Kes)



Ketua Tim KTI

(Moch. Arief Ta, dr, MS, PHK)
NIP: 19500913 1980 03 1002

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**HUBUNGAN FAKTOR RISIKO MULTIPARITAS DENGAN
PERSALINAN PRETERM DI RSUD Dr. SOEGIRI
LAMONGAN**

Disusun Oleh:

RATIH INDAH KARTIKASARI

R 1109025

Telah Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Hari / Tanggal: Sabtu / 24 Juli 2010

Pembimbing Utama

(H. Tri Budi W. dr, SpOG(K))
NIP: 19510421 198011 1002

Pembimbing Pendamping

(M. Nur Dewi K. Amd, SST, M.Kes)

Penguji

(Teguh Prakosa dr, SpOG)
NIP: 19641030 199011 1002

Ketua Tim KTI

(Moch. Arief Tq. dr, MS, PHK)
NIP: 19500913 1980 03 1002

Mengesahkan

Ketua Program Studi DIV Kebidanan FK UNS



H. Tri Budi W., dr, SpOG (K)
NIP: 19510421 198011 1002

ABSTRAK

Ratih Indah Kartikasari, R1109025. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

Persalinan preterm merupakan persalinan belum cukup umur di bawah 37 minggu dan berat bayi kurang dari 2500 gr. Semakin muda usia kehamilan, semakin tinggi angka kematian perinatal. Etiologi persalinan preterm sering kali tidak diketahui. Salah satu faktor yang meningkatkan risiko kejadian persalinan preterm ini adalah multiparitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *case control* yang dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada tanggal 1 Januari sampai 5 Juni 2010. Populasi penelitian ini adalah semua pasien wanita yang mengalami persalinan dan nifas. Teknik sampling menggunakan *consecutive sampling*. Pada penelitian ini, didapatkan besar sampel masing-masing 30 subjek untuk kelompok kasus dan kontrol sehingga jumlah total sampel 60 subjek. Analisis data menggunakan uji korelasi *Chi Square* dan *Odd Ratio*.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar subjek penelitian merupakan kelompok usia 31-35 tahun (56,7%), umur kehamilan 37-40 minggu (50%) dan terdiri dari 38 pasien paritas tinggi. Dari analisis korelasi *Chi Square* dengan bantuan program *SPSS version 15* didapatkan hasil $p=0,032$ lebih kecil dari $=0,05$ dan dari perhitungan menggunakan rumus diperoleh nilai X^2 hitung = 4,592 lebih besar dari X^2 tabel = 3,841 serta besar OR = 3,28.

Kesimpulannya adalah dalam penelitian ini pada tingkat kepercayaan 95% ada hubungan antara faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Peluang terjadinya persalinan preterm pada paritas tinggi 3,28 kali lebih besar dibanding dengan paritas rendah. Hal ini menunjukkan bahwa multiparitas merupakan faktor risiko terjadinya persalinan preterm.

Kata Kunci : Paritas, Persalinan Preterm

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan”, sesuai waktu yang ditentukan. Adapun Karya Tulis Ilmiah ini disusun guna memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Saint Terapan pada Program Studi D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr, Mochammad Syamsulhadi, dr, Sp.Kj, Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Bapak H. Tri Budi Wiryanto, dr, Sp.OG (K), Ketua Program Studi D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, selaku Pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Mochammad Arief Taufiqurrahman, dr, MS, PHK, Ketua Tim KTI Program Studi D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
4. Ibu M. Nur Dewi K, Amd, S.ST, M.Kes, selaku Pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan, petunjuk dan masukan yang bermanfaat sehingga tersusun Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Teguh Prakosa, dr, Sp.OG, selaku Penguji yang telah memberikan arahan dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Fida Nuraida, drg, M.Kes, selaku Direktur RSUD Dr. Soegiri Lamongan yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada peneliti untuk mengadakan penelitian.

7. Bapak Alifin, SKM, MM.Kes selaku Kepala Bidang Pelayanan RSUD Dr. Soegiri Lamongan yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk mengadakan penelitian.
8. Seluruh responden yang bersedia bekerjasama dalam penelitian.
9. Seluruh pegawai RSUD Dr. Soegiri Lamongan yang membantu kelancaran penelitian.
10. Ayah dan Ibu serta adikku yang terus memberikan dorongan dan doa sehingga penulis memiliki semangat untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Rekan-rekan mahasiswa D IV Kebidanan Transfer Universitas Sebelas Maret Surakarta Angkatan V dan seluruh pihak yang turut membantu kelancaran penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, untuk itu saran dan kritik dari semua pihak sangat penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surakarta, Juli 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan.....	3
D. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Paritas.....	5
B. Konsep Persalinan Preterm.....	6
C. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm.....	14
D. Kerangka Konsep.....	16
E. Hipotesis.....	16
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	17
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
C. Populasi Penelitian.....	18
D. Sampel dan Teknik Sampling.....	18
E. Definisi Operasional.....	20
F. Instrumentasi.....	21
G. Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	22

BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Subjek Penelitian.....	24
B. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm.....	26
BAB V PEMBAHASAN	28
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	32
B. Saran.....	32
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Kerangka Konsep Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm.....	16
Gambar 3.1.	Kerangka Penelitian Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm.....	17
Gambar 4.1	Diagram Distribusi Pasien berdasarkan Usia.....	25
Gambar 4.2	Diagram Distribusi Pasien berdasarkan Umur kehamilan.....	26

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Distribusi Pasien berdasarkan Usia.....	24
Tabel 4.2	Distribusi Pasien berdasarkan Umur kehamilan.....	25
Tabel 4.3	Tabel Kontingensi 2x2.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 2 Surat Jawaban Ijin Penelitian dan Pengambilan Data
- Lampiran 3 Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Daftar Pertanyaan Responden
- Lampiran 5 Tabulasi Data Objek Penelitian
- Lampiran 6 Hasil Analisis Uji *Chi Square* dengan *SPSS version 15*
- Lampiran 7 Hasil Perhitungan Manual Uji *Chi Square*
- Lampiran 8 Hasil Perhitungan *Odd Rasio*
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi
- Lampiran 10 Jadwal Penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian perinatal merupakan tolok ukur kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara. Salah satu sasaran yang ditetapkan dalam Rencana Strategik Nasional *Making Pregnancy Safer* (MPS) di Indonesia 2001-2010 adalah menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN), termasuk di dalamnya perinatal. Di seluruh dunia terjadi kematian perinatal 585.000 orang setiap tahunnya, sedangkan diantara negara ASEAN, Indonesia mempunyai Angka Kematian Perinatal (AKP) tertinggi 56/1000 persalinan hidup (Manuaba, 2001). Angka Kematian Perinatal didefinisikan sebagai kematian neonatal dini (yang terjadi dalam minggu pertama kehidupan) dan janin atau *stillbirth* (kematian *in utero* pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu) per 1000 kelahiran hidup. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 menemukan AKP 147 lahir mati dan 224 kematian neonatal dini diantara 15.236 kehamilan, menghasilkan kematian perinatal 24 per 1000 kelahiran hidup (Rachmawati, 2007). Bagi negara berkembang termasuk di dalamnya Indonesia, kematian perinatal masih merupakan masalah yang potensial.

Tingginya Angka Kematian Perinatal tersebut menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, disebabkan oleh gangguan pernapasan dan kardiovaskuler 39%, gangguan pertumbuhan janin, kelahiran preterm dan BBLR 33,2%, infeksi spesifik perinatal dan gangguan

hematologik 5,3%, kelainan lainnya 5,8%, gangguan kongenital 3,2%, dan tetanus neonatorum 2,3% (Rachmawati, 2007).

Prematuritas atau persalinan preterm merupakan persalinan belum cukup umur di bawah 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gr (Manuaba, 2001). Angka bertahan hidup bayi meningkat sesuai dengan tingkat disabilitas relatif terhadap usia gestasi (Chapman, 2006). Semakin muda usia kehamilan, semakin tinggi angka kematian perinatal. Umur kehamilan yang kurang, menyebabkan bayi yang lahir belum sepenuhnya dapat beradaptasi dengan lingkungan di luar kandungan, sehingga angka morbiditas dan mortalitas perinatal meningkat. Dampak negatif tidak saja terhadap morbiditas dan mortalitas perinatal, tetapi juga terhadap potensi generasi yang akan datang, kelainan mental dan beban ekonomi bagi keluarga dan bangsa secara keseluruhan (Wiknjosastro, 2005).

Etiologi persalinan preterm sering kali tidak diketahui. Ada beberapa kondisi medik yang mendorong untuk dilakukan tindakan sehingga terjadi persalinan preterm. Salah satu faktor yang meningkatkan risiko kejadian persalinan preterm ini adalah paritas, yaitu jumlah kehamilan yang menghasilkan bayi *viable* (Bobak, 2004). Pada tahun 2005, kejadian persalinan preterm di Indonesia sekitar 20% dimana 19% kelahiran tersebut banyak dialami oleh ibu dengan paritas tinggi atau multiparitas. Penelitian Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyebutkan bahwa wanita yang telah melahirkan lebih dari tiga kali mempunyai risiko 4 kali

lebih besar mengalami persalinan preterm bila dibandingkan dengan paritas yang kurang dari tiga.

Studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan mencatat 121 kasus persalinan dengan jumlah persalinan preterm sebanyak 40 kasus selama dua bulan terakhir yaitu Januari hingga Februari 2010. Berdasarkan uraian di atas, penulis menganggap perlu dilakukan penelitian tentang hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas dapat ditarik rumusan masalah sebagai berikut : “Adakah hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan ?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui adanya hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui apakah multiparitas merupakan salah satu faktor risiko yang meningkatkan terjadinya persalinan preterm
- b. Mengetahui angka kejadian persalinan preterm

- c. Menganalisis hubungan faktor risiko multiparitas dengan kejadian persalinan preterm

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis :

Meninjau lebih jauh dan memberikan bukti-bukti empirik tentang hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm.

2. Manfaat aplikatif :

- a. Memberikan informasi ilmiah kepada pembaca tentang hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm.

- b. Sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan usaha *promotif* dan *preventif* terjadinya prematuritas.

- c. Sebagai sumber pemikiran dan acuan dalam penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Paritas

1. Pengertian

Menurut Danis (2004), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan satu keturunan atau lebih yang mampu hidup tanpa memandang apakah anak tersebut hidup pada saat lahir. Sumber lain, menurut panduan Pusdiknakes (2003) paritas adalah jumlah kehamilan yang mampu menghasilkan janin yang mampu hidup di luar (28 minggu). Janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai tidak mempengaruhi paritas. Viabilitas adalah kapasitas untuk hidup di luar uterus, sekitar 22 minggu periode menstruasi (20 minggu kehamilan) atau berat janin lebih dari 500 gr (Bobak, 2004). Hacker (2001) juga berpendapat bahwa paritas adalah jumlah kehamilan, bukan janin atau bayi yang dilahirkan (kehamilan kembar dihitung 1 kehamilan).

2. Klasifikasi paritas

Menurut Mochtar (1998) membagi istilah paritas atau para menjadi 4 macam antara lain :

- a. Para adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*).
- b. Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi *viable*.

- c. Primipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk pertama kali.
- d. Multipara atau pleuripara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi *viable* beberapa kali (sampai 5 kali).
- e. Grandemultipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati.

Menurut Wiknjosastro (2005) paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal dan perinatal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.

B. Konsep Persalinan Preterm

1. Pengertian

Preterm adalah lahir setelah kehamilan berusia 20 minggu, tetapi belum mencapai 37 minggu gestasi (Bobak, 2004). Sumber lain menyebutkan, preterm adalah persalinan belum cukup umur di bawah 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gr (Manuaba, 2001). Sedangkan yang disebut dengan prematuritas murni adalah bayi lahir pada kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang sesuai (Mochtar, 1998).

2. Patofisiologi

Pengeluaran *fosfolipase A₂* yang memicu pengeluaran *prostaglandin E-F₂* dan *leokotrin B₄* menyebabkan sensitifitas otot rahim meningkat karena reseptor terhadap *oksitosin* dan *inositol trifosfatase (IP₃)* meningkat. Prostaglandin memicu pengeluaran ion Ca sehingga *inositol trifosfatase* dalam otot rahim berkontraksi. Serviks mengalami perluanakan oleh karena prostaglandin, relaksin dan estrogen. Persalinan preterm tidak dapat dihindari bila tekanan kontraksi 15 mmHg dan pembukaan serviks 4 cm (Manuaba, 2001).

3. Etiologi

Etiologi persalinan preterm sering kali tidak diketahui. Menurut Manuaba (2001) ada beberapa faktor predisposisi yang memicu persalinan preterm, yaitu :

- a. Faktor kehamilan; perdarahan antepartum, hamil usia muda, paritas (grandemultipara), ketuban pecah dini, kehamilan hidramnion, gangguan keseimbangan hormonal, serviks inkompeten, kelainan anatomis uterus, pre-eklamsi-eklamsi, idiopatik dengan meningkatnya reseptor *oksitosin* dan *inositol trifosfatase (IP₃)*.
- b. Faktor individu; keadaan sosial ekonomi (pekerjaan, gizi), penyakit sistemik bumil (paru, jantung, lever, DM, hipertensi, infeksi organ vital), infeksi kehamilan (korioamnionitis, servisititis-endometritis, infeksi plasenta).

Menurut Bobak (2004) ada 4 faktor risiko persalinan preterm :

- a. Risiko demografik; ras, usia (kurang dari 17 tahun dan lebih dari 40 tahun), status sosial ekonomi rendah, belum menikah, tingkat pendidikan rendah.
- b. Risiko medis; riwayat preterm atau abortus, anomali uterus, penyakit medis, risiko kehamilan saat ini (gemeli, hidramnion, kenaikan BB kecil, kelainan placenta, pembedahan abdomen, infeksi, inkompetensi serviks, KPD, anomali janin).
- c. Risiko perilaku dan lingkungan; nutrisi buruk, merokok (lebih dari 10 batang sehari), penyalahgunaan alkohol, jarang atau tidak mendapat ANC.
- d. Faktor risiko potensial; stress, iritabilitas uterus, peristiwa yang memicu kontraksi uterus, perubahan serviks sebelum awitan persalinan, ekspansi volume plasma yang tidak adekuat, defisiensi progesterone, infeksi.

Menurut Mochtar (1998) faktor yang mempengaruhi lamanya kehamilan yaitu :

- a. Susunan syaraf otonom; penerimaan rangsang dari korpus uteri terhadap *Autonomic Nervous System* pada tiap wanita berbeda-beda.
- b. Perangsangan mekanik; makin besar uterus diregang, makin banyak kesempatan uterus untuk berkontraksi.
- c. Derajat dimana korpus uteri menjadi kurang sensitif terhadap rangsangan sewaktu hamil.

d. Faktor serviks; inkompetensi serviks dan laserasi serviks bisa menyebabkan abortus habitualis dan partus preterm. Stenosis serviks dan jaringan parut serviks bisa menyebabkan partus lama dan partus serotinus.

4. Masalah persalinan preterm

Kelahiran preterm merupakan salah satu masalah yang paling penting dalam ilmu kedokteran. Angka kematian neonatus dengan berat lahir rendah sekitar 40 kali bayi dengan berat badan normal yang lahir cukup bulan. Terlebih lagi kejadian serebral palsy yang menyertai kelahiran kurang bulan dapat 10 kali lebih tinggi dan defisiensi mental 5 kali lebih tinggi dibanding neonatus cukup bulan. Adanya defisit penglihatan dan pendengaran, gangguan emosional dan gangguan penyesuaian sosial pada bayi prematur jauh melebihi bayi matur (Benson, 2008).

5. Klasifikasi persalinan

Klasifikasi persalinan berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan : (Manuaba, 1998)

- a. Abortus; umur kehamilan kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1000 gr.
- b. Persalinan prematur atau preterm
- c. Persalinan aterm; umur kehamilan 37 sampai 42 minggu dan berat janin diatas 2500 gr.

- d. Persalinan serotinus atau postterm; umur kehamilan lebih dari 42 minggu.

Bayi prematur identik dengan berat lahir rendah, namun tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gr pada waktu lahir adalah prematur (Mochtar, 1998). Menurut Wiknjosastro (2005), klasifikasi prematur atau preterm adalah :

- a. Bayi yang sangat prematur (*extremely premature*); 24-30 minggu. Bayi dengan gestasi 24-27 minggu masih sangat sukar hidup terutama di negara yang belum atau sedang berkembang. Bayi dengan masa gestasi 28-30 minggu masih mungkin dapat hidup dengan perawatan yang intensif.
- b. Bayi pada derajat prematur sedang (*moderately premature*); 31-36 minggu. Pada golongan ini kesanggupan untuk hidup jauh lebih baik dari golongan pertama dan gejala sisa yang dihadapinya dikemudian hari juga lebih ringan, asal pengelolaan terhadap bayi ini betul-betul intensif.
- c. *Borderline premature*; masa gestasi 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat-sifat prematur dan matur. Biasanya beratnya seperti bayi matur dan dikelola seperti bayi matur. Sehingga bayi ini harus diamati dengan seksama.

6. Pencegahan persalinan preterm

Persalinan preterm berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas perinatal yang lebih tinggi. Peran Bidan dalam mencegah terjadinya persalinan preterm adalah :

- a. Menganjurkan ibu hamil terutama yang berisiko tinggi untuk melakukan perawatan antenatal (ANC) secara teratur dan lebih banyak istirahat. Segera melakukan konsultasi atau merujuk pasien bila terjadi kelainan.
- b. Meningkatkan gizi masyarakat sehingga dapat mencegah terjadinya persalinan dengan berat badan lahir rendah.
- c. Meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap gerakan Keluarga Berencana (KB).
- d. Meningkatkan pengetahuan anggota masyarakat untuk memantau kehamilan risiko tinggi.

7. Diagnosa persalinan preterm

- a. Usia kehamilan antara 20 dan 37 minggu lengkap atau antara 140 dan 259 hari.
- b. Kontraksi uterus (his) teratur, sedikitnya terdapat 4 kontraksi uterus dalam waktu 20 menit atau 6 dalam 60 menit disertai dengan perubahan progresif pada serviks, pastikan dengan pemeriksaan inspekulo adanya pembukaan dan servisititis.
- c. Pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa serviks telah mendatar 50% sampai 80%, atau sedikitnya 2 cm.

- d. Selaput ketuban seringkali telah pecah.
 - e. Merasakan gejala seperti rasa kaku di perut menyerupai kaku menstruasi, rasa tekanan intrapelvik dan nyeri bagian belakang
 - f. Mengeluarkan lendir pervaginam, mungkin bercampur darah
8. Penatalaksanaan

Penundaan persalinan preterm :

- a. Pastikan umur kehamilan dari janin
- b. Rehidrasi dan tirah baring
- c. Pastikan diagnosis persalinan preterm dengan mencatat pembukaan dan perlunakan serviks tiap 2 jam.
- d. Jika kehamilan kurang dari 35 minggu dan dilatasi serviks kurang dari 3 cm, berikan kortikosteroid (betametason 12 mg IM 2 dosis setiap 12 jam, atau deksametasone 6 mg IM 4 dosis setiap 6 jam) pada ibu untuk mematangkan paru janin dan memperbaiki kesejahteraan neonatus.
- e. Berikan obat-obatan tokolisis (salbutamol atau indometasin) dan pantaulah kondisi ibu dan janin (tanda-tanda vital, kontraksi, tanda-tanda gawat janin, denyut jantung janin, keluarnya ketuban atau darah dan keseimbangan cairan).

Kontraindikasi penundaan persalinan preterm :

- a. Faktor maternal; penyakit hipertensi dalam kehamilan yang berat (misal eksaserbasi akut hipertensi kronik eklampsia, preeklampsia berat), penyakit jantung atau paru (misal edema paru, *Acute Respiratory Distress Syndrom*, penyakit katup jantung, takiaritmia),

dilatasi servik sudah lebih dari 4 cm, perdarahan pervaginam (misal solusio plasenta, plasenta previa, *Disseminated Intravascular Coagulation*)

- b. Faktor janin; bayi mati atau anomali kongenital yang lethal, fetal distress, infeksi intra uterine (korioamnionitis), gawat janin berkaitan dengan usaha mempertahankan kehamilan, taksiran berat janin lebih dari 2500 gram, eritroblastosis fetalis.

Cara persalinan :

- a. Janin presentasi kepala; pervaginam dengan episiotomi lebar dan perlindungan forseps terutama pada bayi kurang dari 35 minggu.
- b. Indikasi seksio sesarea; janin sungsang, taksiran berat janin kurang dari 1500 gram, gawat janin, bila syarat pervaginam tidak terpenuhi, infeksi intrapartum dengan takikardi janin, gerakan janin melemah, oligohidramnion, dan cairan amnion berbau, kontraindikasi partus pervaginam lain (letak lintang, plasenta previa, dan sebagainya).

9. Komplikasi

Infeksi endometrium lebih sering terjadi pada ibu setelah persalinan preterm yang dapat mengakibatkan sepsis dan lambatnya penyembuhan luka episiotomi. Bayi-bayi preterm memiliki risiko infeksi neonatal lebih tinggi. Morales dalam Rompas (2004) menyatakan bahwa bayi yang lahir dari ibu yang menderita amnionitis memiliki risiko mortalitas 4 kali lebih besar, dan risiko distres pernafasan, sepsis neonatal,

necrotizing enterocolitis serta perdarahan *intraventriculer* berisiko 3 kali lebih besar.

C. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm

Etiologi dari persalinan preterm, menurut Mochtar (1998) sebagian besar tidak diketahui atau *kausa ignota*. Ada beberapa keadaan yang meningkatkan risiko terjadinya persalinan preterm, salah satu faktor risiko adalah multiparitas. Semakin tinggi paritas semakin tinggi pula risiko terjadinya persalinan preterm. Penelitian Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyebutkan bahwa wanita yang telah melahirkan lebih dari tiga kali atau multiparitas mempunyai risiko 4 kali lebih besar mengalami persalinan preterm bila dibandingkan dengan paritas yang kurang dari tiga.

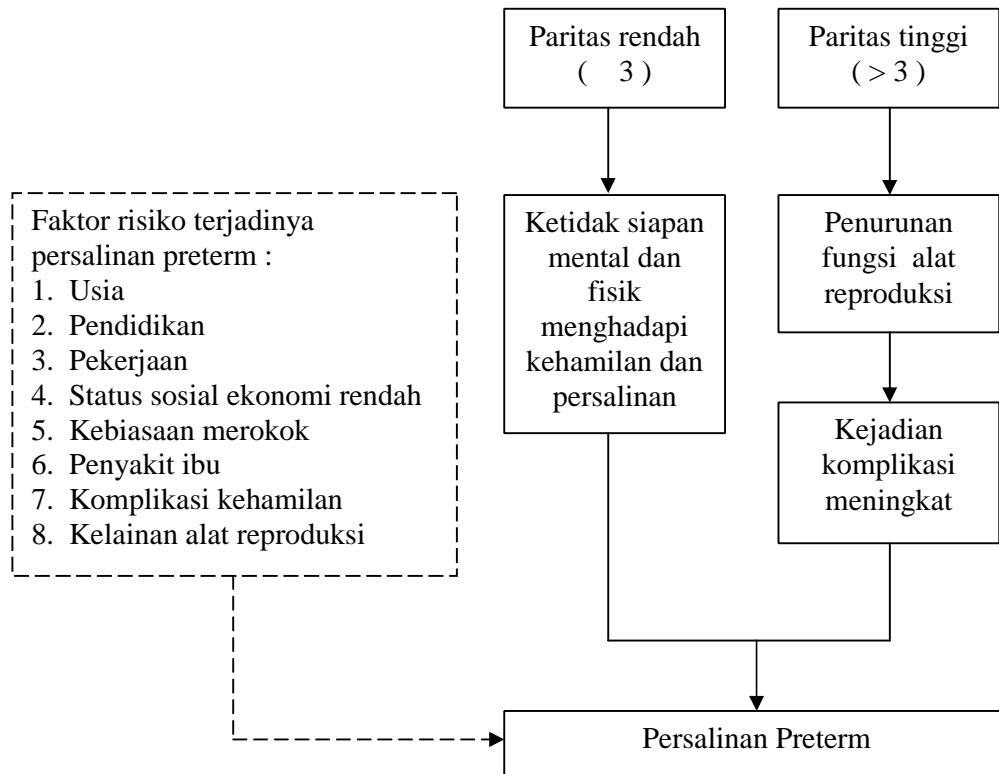
Menurut Wiknjastro (2005) bahwa paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kejadian komplikasi lebih tinggi. Ibu dengan paritas rendah cenderung bayi yang dilahirkannya tidak matur atau ada komplikasi karena merupakan pengalaman pertama terhadap kemampuan alat reproduksi ibu dan kemungkinan akan timbul penyakit dalam kehamilan dan persalinan (Rofiq, 2008). Menurut *Institute Medicine* dalam Sastrawinata (2004) menyatakan ibu dengan paritas tinggi (melahirkan lebih dari 3 kali) cenderung mengalami komplikasi dalam kehamilan yang akhirnya berpengaruh pada hasil persalinan.

Pada paritas yang rendah (paritas satu), ketidak siapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidak

mampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Terkait antenatal care, dihubungkan dengan kesiapan mental dan fisik ibu serta anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas akan menurunkan angka morbiditas, mortalitas ibu dan anak (Sunitri, 2008).

Paritas tinggi merupakan paritas rawan karena banyak kejadian obstetri patologi yang bersumber pada paritas tinggi, antara lain ; preeklampsi, perdarahan antenatal sampai atonia uteri. Hal ini disebabkan pada ibu yang lebih dari satu kali mengalami kehamilan dan persalinan fungsi reproduksi telah mengalami penurunan (Sunitri, 2008).

D. Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : diteliti

----- : tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm

E. Hipotesis

Ada hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm.

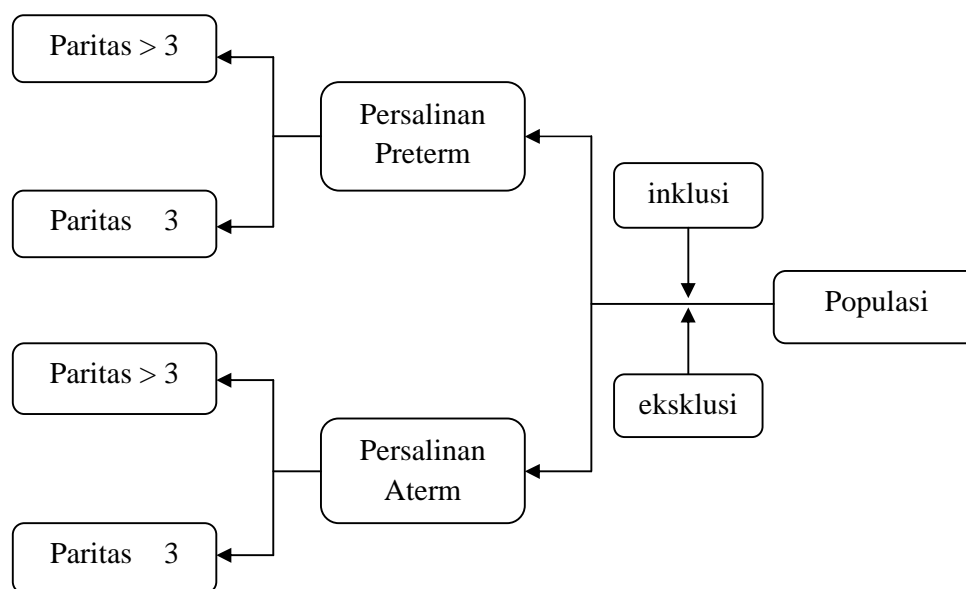
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *case control*. *Case control* yaitu penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan retrospektif (Notoatmodjo, 2005).

Berikut merupakan diagram rancangan penelitian *case control* untuk hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm.



Gambar 3.1 Kerangka Penelitian Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan Jawa Timur pada tanggal 1 Januari sampai 5 Juni 2010.

C. Populasi Penelitian

1. Populasi target

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua pasien wanita yang mengalami persalinan dan nifas di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

2. Populasi aktual

Populasi aktual dalam penelitian ini adalah semua pasien wanita yang mengalami persalinan dan nifas di RSUD Dr. Soegiri Lamongan periode 1 Januari sampai 5 Juni 2010. Besarnya populasi yang diperoleh adalah 93 orang.

D. Sampel dan Teknik Sampling

1. Teknik sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2003).

Penetapan subjek kontrol pada rancangan *case control* perlu memperhatikan bahwa kontrol harus berasal dari populasi yang sama

dengan kasus sehingga baik kasus dan kontrol mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan paparan faktor risiko yang diteliti (Taufiqurrahman, 2008).

2. Besar sampel

Besarnya sampel dihitung menggunakan rumus : (Nursalam, 2003)

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n : Perkiraan jumlah sampel

N : Perkiraan jumlah populasi

z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p : Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q : 1-p (100% - p)

d : Tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

Dari perhitungan diatas diperoleh sampel sebesar 75 subjek. Dalam penelitian *case control*, jumlah sampel yang ada dibagi menjadi dua yaitu kasus dan kontrol. Ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500 (Sugiyono, 2009). Pada penelitian ini, didapatkan besar sampel 30 untuk kelompok kasus, sedangkan untuk kelompok kontrol dengan menggunakan sistem *matching* maka besar sampel yang diambil juga 30 sehingga jumlah total sampel yaitu 60 subjek.

- Kriteria inklusi :
 - 1) Ibu yang mengalami persalinan preterm maupun aterm
 - 2) Usia ibu antara 18 tahun sampai 35 tahun
 - 3) Ibu yang bersedia menjadi subjek penelitian
- Kriteria eksklusi :
 - 1) Usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun
 - 2) Ibu yang mengalami persalinan postterm
 - 3) Ibu dengan komplikasi penyakit sebelum atau selama hamil seperti hipertensi, diabetes melitus, perdarahan antenatal, ketuban pecah dini, kehamilan ganda, preeklampsia ringan, preeklampsia berat, dan eklampsia.

E. Definisi Operasional

1. Paritas

Paritas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang wanita.

Variabel : bebas

Kategori : paritas rendah adalah jumlah persalinan ≤ 3
paritas tinggi adalah jumlah persalinan > 3

Skala : nominal

Cara pengukuran : wawancara dengan pasien menggunakan daftar pertanyaan

2. Persalinan preterm

Persalinan preterm yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami persalinan dengan umur kehamilan 20 sampai 36 minggu.

Variabel : terikat

Kategori : terjadi persalinan preterm (+)
tidak terjadi persalinan preterm (-)

Skala : nominal

Cara pengukuran : pasien dengan diagnosa persalinan preterm yaitu wawancara HPHT, inspeksi tanda-tanda persalinan dan palpasi perut pasien untuk mencocokkan umur kehamilan.

Untuk data sekunder, peneliti meneliti catatan rekam medik Rumah Sakit, meneliti tentang riwayat obstetrinya (hamil, partus, abortus) dan riwayat penyakit yang pernah diderita pasien, kemudian *recording*, *editing* dan *tabulating* pada tabel instrumen penelitian.

F. Instrumentasi

1. Alat pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa daftar pertanyaan yang berisi tentang :

- a. Nama responden
- b. Umur ibu
- c. Jumlah anak
- d. Umur kehamilan

- e. Riwayat obstetri sekarang
 - f. Riwayat obstetri yang lalu
 - g. Riwayat penyakit
2. Cara pengumpulan data

Data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data primer melalui observasi dan wawancara langsung dengan subjek yaitu ibu yang mengalami persalinan dan nifas terhitung mulai 10 Mei sampai 5 Juni 2010. Penelitian ini juga menggunakan data sekunder yaitu dengan melihat catatan rekam medik pasien mulai 1 Januari sampai 9 Mei 2010.

Adapun cara pengambilan data dalam penelitian ini adalah :

- a. Peneliti mengajukan ijin penelitian pada Direktur RSUD Dr. Soegiri Lamongan.
- b. Setelah mendapat ijin, peneliti mulai mengadakan penelitian.
- c. Sampel yang memenuhi kriteria inklusi diberikan surat persetujuan menjadi responden dan dilakukan observasi dan wawancara menggunakan daftar pertanyaan.

G. Cara Pengolahan dan Analisis Data

Untuk mengetahui adanya pengaruh variabel bebas dan variabel terikat yang keduanya berskala nominal maka digunakan uji korelasi *Chi Square* atau X^2 dengan $\alpha = 0,05$ dan pengolahan data dilakukan menggunakan program *Statistical Product and Service Solution (SPSS)*.

Hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm disajikan dalam ukuran hubungan (*measure of association*) yang disebut *Ratio Odds* (OR).

Tabel 3.1 Kontingensi 2x2

Variabel bebas	Variabel terikat		Jumlah
	Persalinan preterm		
Paritas	Terjadi	Tdk terjadi	
Paritas tinggi	A	B	A+B
Paritas rendah	C	D	C+D
Jumlah	A+C	B+D	N

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Interpretasi OR sebagai berikut :

OR = 1 → tidak ada hubungan antara multiparitas dengan persalinan preterm

OR > 1 → multiparitas merupakan faktor yang menyebabkan persalinan preterm

OR < 1 → multiparitas bukan merupakan faktor yang menyebabkan persalinan preterm

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Lamongan mulai 1 Januari sampai 5 Juni 2010 dengan cara observasi dan wawancara pasien menggunakan daftar pertanyaan serta meneliti catatan rekam medik pasien. Sampel yang diambil sebesar 60 subjek yang terdiri dari 30 kelompok kasus dan 30 kelompok kontrol. Hasil penelitian selain paritas juga diuraikan mengenai karakteristik responden yaitu usia, umur kehamilan dan hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm.

A. Karakteristik Subjek Penelitian

1. Usia pasien

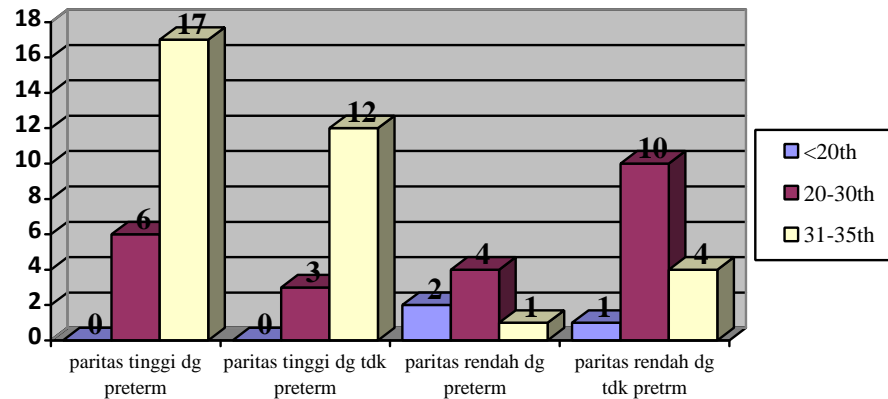
Tabel 4.1 Distribusi Pasien berdasarkan Usia

Usia (thn)	Paritas tinggi			Paritas rendah			Total
	Terjadi	Tdk terjadi	Total	Terjadi	Tdk terjadi	Total	
<20	0	0	0 (0%)	2	1	3 (13,6%)	3 (5%)
20-30	6	3	9 (23,7%)	4	10	14 (63,7%)	23 (38,3%)
31-35	17	12	29 (76,3%)	1	4	5 (22,7%)	34 (56,7%)
Total	23	15	38 (100%)	7	15	22 (100%)	60 (100%)

Sumber : Data primer dan sekunder, 2010

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa kelompok pasien terbanyak pada kelompok usia 31-35 tahun yaitu 34 pasien atau (56,7%) yang terdiri dari 29 pasien dari paritas tinggi dan 5 pasien dari paritas rendah.

Sedangkan kelompok terkecil adalah kelompok usia kurang dari 20 tahun yaitu 3 pasien atau (5%) yang seluruhnya berasal dari paritas rendah.



Gambar 4.1 Diagram Distribusi Pasien berdasarkan Usia

2. Umur kehamilan

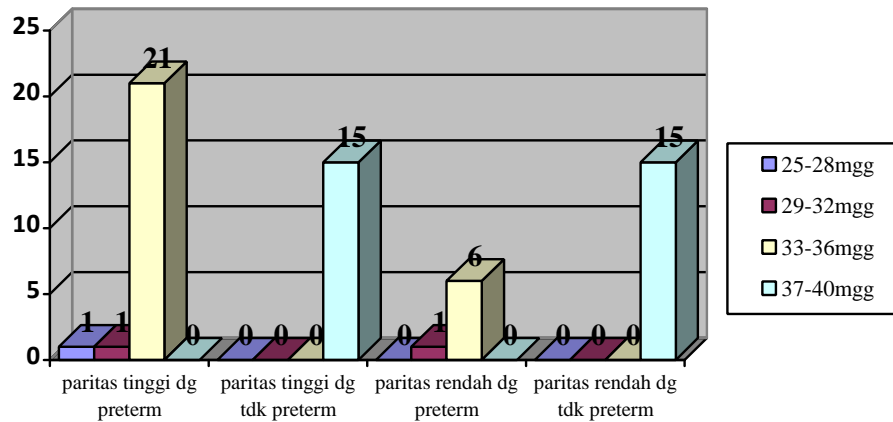
Tabel 4.2 Distribusi Pasien berdasarkan Umur kehamilan

Umur Kehamilan (mng)	Paritas tinggi			Paritas rendah			Total
	Terjadi	Tdk terjadi	Total	Terjadi	Tdk terjadi	Total	
25-28	1	0	1 (2,6%)	0	0	0 (0%)	1 (1,7%)
29-32	1	0	1 (2,6%)	1	0	1 (4,5%)	2 (3,3%)
33-36	21	0	21 (55,3%)	6	0	6 (27,3%)	27 (45%)
37-40	0	15	15 (39,5%)	0	15	15 (68,2%)	30 (50%)
Total	23	15	38 (100%)	7	15	22 (100%)	60 (100%)

Sumber : Data primer dan sekunder, 2010

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa kelompok pasien terbanyak pada kelompok umur kehamilan 37-40 minggu yaitu sebanyak 30 pasien atau (50%) yang terdiri dari 15 pasien dari paritas tinggi dan 15 pasien dari

paritas rendah. Sedangkan kelompok terkecil pada kelompok umur kehamilan 25-28 minggu yaitu 1 pasien.



Gambar 4.2 Diagram Distribusi Pasien berdasarkan Umur kehamilan

B. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan Persalinan Preterm

Tabel 4.3 Tabel Kontingensi 2x2

Paritas	Persalinan Preterm		Total	Uji statistik
	Terjadi	Tidak terjadi		
Paritas tinggi	23 (60,5%)	15 (39,5%)	38 (100%)	X^2 hitung = 4,592 $p = 0,032$ <i>Odd Ratio</i> = 3,28
Paritas rendah	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (100%)	
Total	30	30	60 (100%)	

Sumber : Data primer dan sekunder, 2010

Berdasarkan hasil analisis *Chi Square* pada tabel kontingensi 2x2 dengan derajat kebebasan (df) = 1 dan tingkat signifikansi () sebesar 0,05 didapatkan hasil bahwa nilai X^2 hitung sebesar 4,592 sedangkan nilai X^2 tabel adalah 3,841.

Pada analisa *Chi Square*, H_0 ditolak jika X^2 hitung $> X^2$ tabel atau p value (signifikansi) $< .$ Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus *Chi Square*, diperoleh X^2 hitung $> X^2$ tabel dan p value $< (0,05)$. Dari kedua pernyataan diatas bisa diambil kesimpulan bahwa pada penelitian hubungan faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm, menolak H_0 dan menerima H_a , jadi kesimpulannya adalah pada tingkat kepercayaan 95% dan 0,05 terdapat hubungan antara multiparitas dengan persalinan preterm.

Dalam penelitian juga dihitung *Odd Ratio* (OR) untuk mengetahui besar peluang terjadinya persalinan preterm dibanding peluang tidak terjadinya persalinan preterm pada variabel yang diteliti. Jika $OR = 1$ menunjukkan bahwa faktor multiparitas bukan merupakan resiko terjadinya persalinan preterm. Bila $OR > 1$ menunjukkan bahwa multiparitas merupakan penyebab dari persalinan preterm. Bila $OR < 1$ menunjukkan bahwa multiparitas bukan merupakan risiko, melainkan sifat protektif terhadap persalinan preterm. Setelah dihitung didapatkan OR sebesar 3,28. Besar nilai $OR > 1$ maka multiparitas merupakan faktor risiko yang menyebabkan terjadinya persalinan preterm. Peluang terjadinya persalinan preterm pada paritas tinggi 3,28 kali lebih tinggi dibanding dengan paritas rendah. Hal ini menunjukkan bahwa multiparitas merupakan faktor risiko terjadinya persalinan preterm.

BAB V

PEMBAHASAN

Jumlah ibu bersalin dan nifas di RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada 1 Januari sampai 5 Juni 2010 sebanyak 93 orang. Dengan menggunakan rumus sampel untuk *cross sectional* didapatkan sampel sebanyak 60 yang terdiri dari 30 kelompok kasus dan 30 kelompok kontrol.

Pada tabel 4.1 diketahui bahwa kejadian persalinan preterm terbanyak pada kelompok usia 31-35 tahun yaitu 34 pasien atau (56,7%) yang terdiri dari 29 pasien dari paritas tinggi dan 5 pasien dari paritas rendah. Hal ini terjadi karena paritas meningkat seiring dengan meningkatnya usia ibu. Pada ibu yang sudah tua, kondisi badan dan kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin serta dapat menyebabkan kelahiran preterm (Wikipedia, 2010).

Meningkatnya usia juga membuat kondisi dan fungsi rahim menurun. Selain itu, jaringan rongga panggul dan otot-ototnya pun melemah sejalan pertambahan usia. Hal ini membuat rongga panggul tidak mudah lagi menghadapi dan mengatasi komplikasi yang berat. Pada keadaan tertentu, kondisi hormonalnya tidak seoptimal usia sebelumnya. Itu sebabnya, risiko keguguran, kematian janin dan komplikasi lainnya juga meningkat, termasuk persalinan preterm. Pada usia 30-35 tahun sebenarnya merupakan masa transisi, kehamilan pada usia ini masih bisa diterima asal kondisi tubuh, gizi dan kesehatan wanita yang bersangkutan dalam keadaan baik (Adji, 2010).

Usia yang paling baik dan aman bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan adalah 20-30 tahun. Usia ini termasuk dalam usia reproduksi sehat. Di rentang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima dan rahim sudah mampu memberi perlindungan atau kondisi yang maksimal untuk kehamilan. Ditinjau dari segi mental pun seorang wanita telah siap sehingga berdampak pada perilaku merawat dan menjaga kehamilannya secara hati-hati (Adji, 2010).

Dari tabel 4.2 diketahui bahwa kelompok pasien terbanyak pada kelompok umur kehamilan 37-40 minggu yaitu sebanyak 30 orang atau (50%) yang terdiri dari 15 pasien dari paritas tinggi dan 15 pasien dari paritas rendah. Hal ini disebabkan dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian *case control* yang telah dilakukan *matching* dimana ada 30 sampel kelompok kasus yaitu terjadi persalinan preterm dengan umur kehamilan 20-36 minggu dan 30 sampel kelompok kontrol yaitu tidak terjadi persalinan preterm atau aterm dengan umur kehamilan 37-40 minggu.

Dari tabel 4.3 kontingensi antara paritas dengan persalinan preterm menunjukkan bahwa kelompok paritas tinggi lebih banyak daripada kelompok paritas rendah yaitu 38 pasien dari 60 total sampel.

Berdasarkan hasil analisis *Chi Square* pada tabel kontingensi 2x2 dengan derajat kebebasan (df) = 1 dan tingkat signifikansi () sebesar 0,05 didapatkan hasil bahwa nilai X^2 hitung lebih besar dari X^2 tabel dan *p value* kurang dari 0,05, hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara multiparitas dengan persalinan preterm ($p = 0,032$). Hubungan multiparitas dengan persalinan preterm hampir mirip dengan hubungan usia dengan persalinan preterm. Hal ini

disebabkan usia merupakan faktor risiko juga dalam kejadian persalinan preterm. Faktor risiko lainnya yaitu; pendidikan, pekerjaan, status ekonomi rendah, kebiasaan merokok, penyakit ibu, komplikasi kehamilan dan kelainan alat reproduksi.

Pada penelitian sebelumnya oleh Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa paritas dengan kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0,000$), dimana pada pasien yang paritasnya lebih dari 3 ada kecenderungan mempunyai risiko mengalami persalinan preterm 4 kali lebih besar bila dibandingkan dengan pasien yang paritasnya kurang dari 3.

Menurut Institute Medicine dalam Sastrawinata (2004) menyatakan ibu dengan paritas tinggi (melahirkan lebih dari 3 kali) cenderung mengalami komplikasi dalam kehamilan yang akhirnya berpengaruh pada hasil persalinan. Ibu dengan paritas di atas 3, secara fisik sudah mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan yang tidak mudah. Paritas tinggi merupakan paritas rawan karena banyak kejadian obstetri patologi yang bersumber pada paritas tinggi, antara lain preeklamsi, perdarahan antenatal sampai atonia uteri. Hal ini disebabkan pada ibu yang lebih dari satu kali mengalami kehamilan dan persalinan fungsi reproduksi telah mengalami penurunan (Sunitri, 2008). Menurut Wiknjastro (2005) paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal dan perinatal.

Dari perhitungan *Odds Ratio* dalam penelitian ini, didapatkan OR sebesar 3,28. Besar nilai $OR > 1$ maka multiparitas merupakan faktor risiko yang

menyebabkan terjadinya persalinan preterm. Kejadian persalinan preterm akan meningkat pada multiparitas. Peluang terjadinya persalinan preterm pada paritas tinggi 3,28 kali lebih besar dibanding dengan paritas rendah. Hal ini menunjukkan bahwa multiparitas merupakan faktor risiko terjadinya persalinan preterm.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat diambil beberapa kesimpulan antara lain :

1. Multiparitas merupakan faktor risiko terjadinya persalinan preterm dengan *Odd Ratio* = 3,28.
2. Angka kejadian persalinan preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan sebesar 50% yaitu 30 orang.
3. Terdapat hubungan antara faktor risiko multiparitas dengan persalinan preterm dengan $p = 0,032$ pada tingkat signifikansi () sebesar 0,05.

B. Saran

1. Bagi Profesi Kesehatan
Perlu meningkatkan penyuluhan oleh petugas kesehatan kepada ibu hamil mengenai penyakit dan komplikasi yang dapat timbul selama kehamilan sebagai upaya *preventif* terhadap terjadinya prematuritas.
2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan
Perlu meningkatkan upaya *promotif* program Keluarga Berencana pada wanita risiko tinggi khususnya multiparitas.
3. Bagi Keluarga dan Masyarakat
Perlu meningkatkan pengetahuan mengenai deteksi dini tanda bahaya kehamilan sehingga dapat mewaspadai terjadinya persalinan preterm.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

Perlu mengembangkan variabel lain yang merupakan faktor risiko dari persalinan preterm dalam penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adji, Seno. 2009. Hamil di Usia 20, 30, dan 40an. Available online: <http://ibu-dan-bayi.blogspot.com>. 10 Juni 2010.
- 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.
- Benson, R.C. 2008. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi Edisi 9*. Jakarta: EGC. p: 196-207
- Bobak, dan Irene M. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi IV*. Jakarta: EGC. p: 104, 812-820.
- Chandra, B. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC. p: 91-99
- Chapman, V. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC. p: 184-203
- Danis. 2004. *Kamus Istilah Kedokteran*. Jakarta: Gitamedia Press. p: 471.
- Dhila. 16 September 2009. *Bayi Prematur*. Available online: www.Bidandhila.blogspot.com. 19 Februari 2010.
- Hacker, N.F. 2001. *Esensial Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: Hipokrates.
- Manuaba, IBG. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC. p: 221-223
- Manuaba, IBG. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC. p: 343-347
- Manuaba, IBG. 2003. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC. p: 78-79
- Mochtar, R. 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid 1 Edisi 2*. Jakarta: EGC. p: 217-220
- Mufidah, Y. 2008. *Hubungan Kejadian Partus Prematur dengan Paritas*. Available online: www.klikskripsi.blogspot.com. 12 Januari 2010.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

- Nursalam. 2001. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika. p: 98
- Pusdiknakes. 2003. *Panduan Pengajaran Askeb Fisiologi bagi Dosen Diploma 3 Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes. p:7.
- Rachmawati, I. 2007. *Pelatihan Kesehatan Reproduksi Remaja untuk Mencegah Kematian Perinatal*. Available online: <http://staf.iu.ac.id>. 16 Februari 2010
- Rekam Medik. Januari-Mei 2010. Lamongan: Rekam Medik RSUD Dr. Soegiri Lamongan
- Rompas, J. 2004. "Pengelolaan Persalinan Preterm". Bag/SMF Obstetri dan Ginekologi FK Sam Ratulangi. CDK no. 145: 31-33.
- Rofiq, A. 2008. *Hasil Luaran Janin pada Ibu Pasca Abortus di RS dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2004*. Available online: www.wordpress.com. 11 Maret 2010.
- Saifuddin, A.B. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP. p: M-102
- Sastrawinata, S. 2004. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2*. Bandung: EGC.
- Sugiyono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta. p: 239-244
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif R dan D*. Bandung: Alfabeta. p: 91
- Sunitri. 2008. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Available online: www.radiodfm.com. 24 Februari 2010.
- Taufiqurrahman, A. 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian untuk Ilmu Kesehatan. Cetakan 1*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press. p: 54, 79-80.
- Widjanarko, B. September 2009. *Persalinan Preterm*. Available online: <http://reproduksiumj.blogspot.com>. 12 Januari 2010.
- Wikipedia bahasa Indonesia, Ensiklopedia bebas. 2010. Bayi. Available online: <http://id.wikipedia.org/wiki/Bayi>. 10 Juni 2010.
- Wiknjosastro, H. 2005. *Imu Kebidanan*, Edisi 3, Cetakan 7, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. p: 23, 312-317, 775.