

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Kondisi lokasi penelitian

Penelitian yang berjudul gambaran persalinan preterm di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2020 akan dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar. Rumah Sakit Sanglah Denpasar adalah RS tipe A yang memiliki pelayanan terlengkap di Bali, dimana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien RSUP Sanglah selalu berupaya mengedepankan mutu dan asas keadilan terhadap setiap pasien tanpa memandang status dan kedudukan pasien.

RSUP sanglah Denpasar berlokasi di kecamatan Denpasar barat kota Denpasar provinsi Bali Indonesia, dengan alamat di jalan Diponegoro kode pos 80113, telepon (0361) 227911- 15.

RSUP sanglah pertama kali di bangun pada tahun 1956 dan diresmikan pada tahun 1959 dengan hanya memiliki 150 kapasitas tempat tidur. Dalam perkembangannya pada tahun 1962 bekerja sama dengan FK Unud menjadi RS pendidikan, sehingga pada tahun 1978 dengan SK Menkes RI No 134 tahun 1978 RSUP sanglah menjadi RS pendidikan tipe B dan menjadi RS rujukan untuk Indonesia timur (Bali, NTB, NTT, Timor Timur)

Dalam perkembangannya RSUP sanglah mengalami beberapa kali perubahan status, pada tahun 1993 menjadi RS swadana (SK Menkes No.1133/Menkes/SK/VI/1994). Kemudian tahun 1997 menjadi RS PNBB

(Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi Perjan (perusahaan jawatan) dan pada tahun 2005 menjadi PPK BLU (Kepmenkes RI No 1243 tahun 2005 tanggal 11 agustus 2005) dan ditetapkan menjadi RS pendidikan tipe A sesuai Permenkes 1636 tahun 2005 tertanggal 12 desember 2005.

Dalam pelayanan kebidanan sebagai rumah sakit pendidikan tipe A, RSUP sanglah menjadi pusat rujukan tertinggi dari berbagai kasus kebidanan yang memerlukan penanganan lebih lanjut dari seluruh fasilitas kesehatan yang ada di Provinsi Bali. Hal ini dapat dilihat dari jumlah kasus persalinan yang terus meningkat tiap tahunnya. Kasus persalinan preterm di RSUP Sanglah masih cukup tinggi dimana pada tahun 2020 dari 1037 persalinan 223 (21,50%) merupakan persalinan preterm. Dari total persalinan tersebut kasus yang lahir SC 531 kasus, yang lahir spontan 457 kasus dan yang lahir forcep / vakum 49 kasus.

2. Karakteristik obyek penelitian

Obyek dalam penelitian ini adalah seluruh persalinan preterm yang ada di RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2020. Persalinan preterm yang dimaksudkan adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 20 minggu sampai dengan kurang dari 37 minggu.

3. Hasil pengamatan terhadap obyek penelitian berdasarkan variabel penelitian

Penelitian ini menggunakan total sampling yaitu seluruh persalinan preterm yang terjadi di RSUP sanglah Denpasar pada tahun 2020 sebanyak 223 kasus.

Dalam penelitian ini obyek penelitian diamati berdasarkan variabel –

variabel yang telah di tentukan sebelumnya sehingga didapatkan hasil pengamatan sebagai berikut :

a. Paritas

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Paritas

Paritas	Frekuensi	Persentase
Primipara	87	39.0
Multipara	125	56.1
Grande multipara	11	4.9
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm sebagian besar kasus terjadi pada multipara (56.1 %)

b. Pekerjaan

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
Bekerja	103	46.2
Tidak bekerja / IRT	120	53.8
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm sebagian besar kasus terjadi pada ibu yang tidak bekerja (53.8%)

c. Usia

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase
< 20 tahun	19	8.5
20 – 35 tahun	161	72.2
> 35 tahun	43	19.3
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm sebagian besar terjadi pada usia 20 – 35 tahun (72.2 %)

d. Pendidikan

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
Pendidikan dasar (SD / SMP)	40	17.9
Pendidikan menengah (SMA / SMK)	167	74.9
Pendidikan tinggi (Diploma / Strata / Magister	16	7.2
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm terbanyak terjadi pada tingkat pendidikan menengah (74.9 %)

e. Status marital

Tabel 6
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Status Marital

Status marital	Frekuensi	Persentase
Menikah	201	90.1
Tidak menikah	22	9.9
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm sebagian besar terjadi pada ibu yang menikah (90.1 %)

f. Komplikasi kehamilan

Tabel 7
Distribusi Frekuensi Persalinan Preterm Berdasarkan Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan	Frekuensi	Persentase
KPD	52	23.3
Preeklamsia	68	30.5
Anemia	3	1.3
Hidramion	2	0.9
APB	14	6.3
Penyakit kronis	8	3.6
Kehamilan multifetus	20	9.0
Tidak diketahui / idiopatik	56	25.1
Total	223	100

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi persalinan preterm di atas dapat dilihat bahwa dari 223 kasus persalinan preterm komplikasi kehamilan terbanyak adalah preeklamsia (30.5 %) bahkan ditemukan pula jumlah kasus yang cukup banyak dengan penyebab idiopatik / tidak diketahui (25.1 %)

B. Pembahasan

Setelah dilakukan pengolahan, penyajian dan analisa data selanjutnya dilakukan pembahasan terhadap variabel-variabel yang diteliti, yang meliputi:

1. Paritas

Kejadian persalinan preterm lebih sering terjadi pada ibu dengan paritas tinggi dibandingkan dengan paritas yang rendah. Hal ini dimungkinkan karena adanya jaringan parut pada dinding uterus tempat perlekatan plasenta pada kehamilan sebelumnya sehingga akan mengganggu sirkulasi darah ke plasenta. Terganggunya sirkulasi ini akan menghambat pertumbuhan plasenta yang sekaligus juga akan mengganggu pertumbuhan janin.

Selain itu persalinan yang berulang ulang akan melemahkan fungsi dan kinerja dari otot-otot organ reproduksi sehingga akan meningkatkan pula risiko dari persalinan preterm. Pada penelitian ini didapatkan bahwa ibu dengan persalinan lebih dari sekali menduduki persentase tertinggi yaitu 56.1 % dari total responden yang mengalami persalinan preterm. Apalagi bila diikuti dengan jarak persalinan yang dekat (spashing kurang dari dua tahun) maka kejadiannya akan semakin meningkat.

Ibu dengan persalinan pertama kejadiannya cukup rendah yaitu 39.0 % sedangkan ibu dengan persalinan kelima atau lebih kejadiannya hanya 4,9 %,

hal ini disebabkan karena dewasa ini kasus dengan persalinan lebih dari lima kali sudah jarang ditemukan karena keberhasilan dari program pemerintah untuk pengaturan jumlah anak dalam keluarga. hal ini sejalan dengan penelitian dari Humairah (2017) yang menyatakan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian persalinan preterm. Penelitian Rinata dan Mei Anggreni Dewi (2015) juga menyebutkan bahwa 61.3 % persalinan preterm terjadi pada multigravida.

2. Pekerjaan

Berdasarkan status pekerjaan ibu terhadap persalinan preterm dalam penelitian ini didapatkan 53.8 % persalinan preterm terjadi pada ibu yang tidak bekerja dan 46,2 % terjadi pada ibu yang bekerja. Bekerja didefinisi operasional sebagai aktivitas yang dilakukan oleh ibu baik secara mandiri (wiraswasta) maupun aktivitas di lembaga atau tempat lainnya yang mendatangkan penghasilan rutin.

Pada ibu yang tidak bekerja termasuk didalamnya adalah ibu rumah tangga (IRT) karena ibu melakukan aktivitas yang tidak menghasilkan pendapatan atau income yang rutin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Oroh dkk (2015) disebutkan bahwa persalinan preterm berdasarkan karakteristik menurut pekerjaan didapatkan jumlah tertinggi pada IRT / tidak bekerja (87,41%), kemudian pegawai swasta (5,96%), pegawai negeri (3,31%), wiraswastawan (1,99%), dan yang paling rendah ialah pelajar/mahasiswa (1,32%).

Berbagai pekerjaan yang memerlukan kegiatan fisik yang berat serta pekerjaan yang meningkatkan tekanan mental (stress) atau kecemasan yang

tinggi dapat meningkatkan kejadian preterm. Berbagai pendapat maupun penelitian menyebutkan bahwa pekerjaan pada ibu hamil dengan beban atau aktivitas yang terlalu berat dan berisiko akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim karena adanya hubungan aksis fetoplasenta dan sirkulasi retroplasenta yang merupakan satu kesatuan. Bila terjadi gangguan atau kegagalan salah satu akan menimbulkan risiko pada ibu (gizi kurang atau KEK dan anemia) atau pada janin (BBLR).

Menurut Prawirohardjo (2014), partus prematurus akan meningkat, jika dalam pekerjaannya ibu berdiri terlalu lama, kelelahan, dan bekerja terlalu lama dan terlalu berat.

Pada penelitian ini hasilnya tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan walaupun secara persentase di dominasi oleh ibu yang tidak bekerja, karena dewasa ini stress atau beban pekerjaan secara psikologis tidak hanya di derita oleh ibu bekerja. Ibu yang tidak bekerja pun memiliki masalah yang sama, dimana stress itu bisa didapatkan dari berbagai faktor seperti faktor ekonomi, faktor dukungan dari keluarga maupun tekanan dari lingkungan sekitar yang sangat mempengaruhi psikologis ibu selain pekerjaan fisik sebagai ibu rumah tangga.

3. Usia

Pada penelitian ini berdasarkan usia ibu didapatkan 72.2 % persalinan preterm terjadi pada usia 20 - < 35 tahun, 8.5 % pada usia < 20 tahun dan 19.3 % terjadi pada usia > 35 tahun. Usia reproduksi yang sehat untuk hamil dan melahirkan adalah 20 - < 35 tahun sehingga merupakan risiko rendah untuk terjadinya persalinan preterm dibandingkan dengan usia yang sangat

berisiko yaitu usia < 20 tahun dan > 35 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Edrin dkk (2014) yaitu persalinan preterm terbanyak terjadi pada usia 20 - < 35 tahun (65.28 %) dari total responden. Penelitian Oroh dkk (2015) juga menyimpulkan bahwa karakteristik persalinan prematur berdasarkan usia, tertinggi pada usia 21-34 tahun.

Ibu yang melahirkan usia < 20 tahun merupakan usia yang sangat berisiko dimana keadaan alat-alat reproduksi yang belum berkembang sempurna terutama panggul serta jalan lahir, selain itu kondisi mental yang belum siap untuk menjalankan peran sebagai seorang ibu. Sedangkan usia ibu > 35 tahun dikaitkan dengan munculnya berbagai penyakit degenerasi yang menyertai penambahan usia seperti hipertensi dan kencing manis serta penyakit penyakit penyerta lainnya.

Berubahnya paradigma kejadian persalinan preterm dewasa ini pada ibu dengan usia yang berisiko tinggi menjadi kepada ibu dengan usia yang berisiko rendah terutama disebabkan berbagai perubahan yang terjadi dewasa ini yang berhubungan dengan berbagai program yang dicanangkan oleh pemerintah. Wajib belajar 12 tahun berkontribusi besar terhadap usia awal ibu untuk menikah yang pada akhirnya akan mempengaruhi pula usia ibu untuk hamil dan melahirkan. Para remaja yang menuntaskan wajib belajar 12 tahun tentunya setelah itu akan memulai fase baru dalam kehidupan yaitu fase bekerja. Sehingga mereka memiliki waktu yang cukup untuk mempersiapkan kehamilan dan melahirkan apabila sudah masuk dalam fase menikah. Selain itu tingkat pendidikan yang semakin meningkat akan meningkatkan pemahaman untuk lebih matang lagi dalam mempersiapkan kehamilan dan

persalinannya kelak. Sehingga sudah jarang ditemukan usia ibu melahirkan < 20 tahun.

Selain program wajib belajar 12 tahun, program lainnya yang juga berkontribusi besar terhadap usia ibu untuk hamil dan melahirkan adalah program untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia melahirkan, serta mengatur kehamilan melalui promosi perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas seperti tertuang dalam UU No 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga. Berdasarkan hal tersebut setiap keluarga akhirnya akan memiliki anak yang cukup saat usia reproduksi sehat, sehingga akan jarang ditemui ibu yang melahirkan pada usia yang berisiko tinggi yaitu usia > 35 tahun.

4. Tingkat pendidikan

Pada penelitian ini didapatkan persalinan preterm sebagian besar terjadi pada ibu dengan pendidikan menengah yaitu sebesar 74.9 %, sedangkan ibu dengan pendidikan dasar ditemukan 17.9 % dan ibu dengan pendidikan tinggi sebesar 7.2 %. Tingkat pendidikan yang dimiliki ibu mempunyai pengaruh kuat pada perilaku reproduksi, kelahiran, kematian anak dan bayi, kesakitan dan sikap serta kesadaran atas kesehatan keluarga. Latar belakang pendidikan ibu mempengaruhi sikapnya dalam memilih pelayanan kesehatan dan pola konsumsi makanan yang berhubungan juga dengan peningkatan berat badan ibu semasa hamil yang pada saatnya akan mempengaruhi kejadian persalinan preterm (Arinita 2012 dalam Humairah 2017). Penelitian Rinata dan Mei

Anggreni Dewi (2015) menyatakan bahwa 80.7 % persalinan preterm terjadi pada ibu dengan pendidikan menengah.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak pula informasi yang akan ia dapatkan mengenai persalinan preterm sehingga semakin banyak pengetahuan ibu mengenai langkah-langkah dalam pencegahan terjadinya persalinan preterm.

Ibu yang berpendidikan rendah sulit untuk menerima inovasi dan sebagian besar kurang mengetahui pentingnya perawatan pra kelahiran. Disamping itu juga mempunyai keterbatasan mendapatkan pelayanan antenatal yang adekuat dan keterbatasan mengkonsumsi makanan yang bergizi selama hamil. Hal ini akan mengganggu kesehatan ibu dan janin, bahkan sering mengalami keguguran atau lahir mati. Sedangkan pada ibu dengan pendidikan tinggi namun mengalami persalinan preterm, hal ini dapat terjadi karena banyak faktor yang tidak dapat dihindari oleh kebanyakan ibu hamil sekalipun memiliki tingkat pendidikan tinggi. Jadi faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan preterm saling terkait dan tidak berdiri sendiri, sehingga sering disebutkan bahwa penyebab dari persalinan preterm adalah multifaktor.

Ditemukannya mayoritas responden dengan pendidikan menengah, sejalan dengan program pemerintah yaitu program wajib belajar 12 tahun sehingga minimal pendidikan adalah SMA / SMK sederajat yang sudah di canangkan sejak tahun 2015 dan mulai dilakukan regulasi secara sistematis tergantung kesiapan dari pemerintah daerah. Namun tidak menutup kemungkinan masih ditemukannya penduduk dengan pendidikan rendah / dasar walaupun persentase kejadiannya sangat rendah atau kecil.

5. Status marital

Pada penelitian ini ditemukan bahwa persalinan preterm lebih banyak terjadi pada ibu yang sudah menikah (90.1 %), sedangkan sisanya 9.9 % terjadi pada ibu yang belum menikah.

Dimasa lalu persalinan preterm pada ibu yang tidak menikah akan meningkat pada semua golongan ras / etnik maupun usia ibu. Penyebab pasti belum diketahui, kemungkinan berhubungan dengan faktor psikososial yaitu kecemasan dan stress serta faktor sosioekonomi serta faktor dukungan dari lingkungan keluarga dan lingkungan sosial. Ibu hamil yang tidak menikah banyak ditemukan pada pernikahan usia dini atau remaja yang disebabkan karena salah pergaulan maupun pada remaja putus sekolah yang sudah terjun ke lingkungan masyarakat untuk bekerja. Hal ini sudah dipastikan merupakan faktor predisposisi timbulnya persalinan preterm selain karena belum sempurnanya organ reproduksi juga disebabkan berbagai stress maupun tekanan psikologis yang di alami oleh ibu muda tersebut.

Dewasa ini dengan mulai dicanangkannya program wajib belajar 12 tahun pada tahun 2015, sudah mulai jarang ditemukan kehamilan maupun persalinan di usia muda. Sehingga pada penelitian ini dominan responden adalah usia produktif dengan status marital sudah menikah. Timbulnya persalinan preterm pada ibu yang sudah menikah juga berkaitan erat dengan status psikologis ibu dalam menghadapi rumah tangganya. Munculnya berbagai stressor yang timbul seperti masalah sosial ekonomi, beban pekerjaan rumah tangga, tanggung jawab pengasuhan anak serta berbagai faktor lainnya yang sangat berpengaruh pada psikologis ibu.

Penyebab persalinan preterm umumnya tidak berdiri sendiri namun multifaktor selain karena faktor psikologis bisa juga disertai dengan adanya faktor –faktor lain seperti adanya komplikasi kehamilan yang menyertainya.

6. Komplikasi dalam kehamilan

Adanya komplikasi dalam kehamilan dapat mengakibatkan timbulnya persalinan preterm, dalam penelitian ini ditemukan 30.5 % karena preeklamsia, 23.3 % karena KPD, 9.0 % karena kehamilan multifetus, 6.3 % karena APB, 3.6 % karena adanya penyakit kronis, 1.3 % karena anemia, 0.9 % karena hidramion dan tidak ditemukan pada kelainan kongenital. Namun pada penelitian ini juga didapatkan 25.1 % persalinan preterm karena penyebab yang tidak diketahui / idiopatik, dimana ibu bersalin datang sudah dalam fase persalinan baik itu kala satu maupun kala dua tanpa adanya komplikasi kehamilan yang ditemukan.

Hasil analisa dalam penelitian Hanifah (2017) dengan Analisis data bivariat menggunakan Chi Square di lanjutkan dengan regresi logistik KPD memiliki hubungan dengan persalinan preterm, dimana KPD dapat meningkatkan resiko persalinan preterm dengan OR; 1.976 (95%, CI: 1.241-3.148). Mekanisme ketuban pecah dini adalah terjadi pembukaan prematur serviks dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devaskularisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan. Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (enzim proteolitik, enzim kolagenase). Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. Makin panjang fase laten, makin tinggi

kemungkinan infeksi. Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin (Manuaba, 2010)

Preeklamsia adalah salah satu komplikasi kehamilan yang mengakibatkan terjadinya persalinaan preterm. Hal ini berkaitan dengan berkurangnya perfusi darah ke organ sebagai akibat dari meningkatnya tekanan darah serta adanya vasospasme dan menurunnya aktivitas sel endotel yang mengakibatkan gangguan uteroplasenter. Pada penelitian Nurmalasari (2015) menyatakan ada hubungan preeklamsia dengan nilai ($p= 0,009$) dengan kejadian persalinaan preterm di RSUD DR. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2015.

Pada penelitian oleh Sulastris dan Dian Rahmawati (2015) hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa responden yang mengalami anemia cenderung mengalami persalinaan preterm dengan data responden yang mengalami anemia sebagian besar yaitu 69.8% .

Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr%, sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III sedangkan trimester II kadarnya kurang dari 10,5 gr%. Sesuai dengan teori selama kehamilan, tubuh ibu mengalami mengalami banyak perubahan salah satunya adalah hubungan antara suplai darah dengan respon tubuh (Mohamed dkk , 2011 dalam Sudiat dkk,2016). Total jumlah plasma pada wanita hamil dan jumlah sel darah merah meningkat dari kebutuhan awal, namun peningkatan volume plasma lebih besar dibandingkan peningkatan massa sel darah merah dan menyebabkan penurunan konsentrasi hemoglobin, sehingga mempengaruhi kadar O₂ yang masuk ke dalam jaringan.

Anemia yang di derita ibu hamil sejak awal kehamilan kemungkinan besar akan berlanjut ke trimester berikutnya karena adanya proses hemodilusi. Hal ini akan menyebabkan stress dan hipoksia pada janin yang akan berakibat pada diaktifkannya HPA maternal-fetus kemudian merangsang peningkatan CRH plasenta. Peningkatan CRH menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin yang dapat memicu terjadinya kontraksi uterus yang berakibat pada dimulainya persalinan sebelum usia kehamilan aterm. Kadar CRH pada ibu yang mengalami persalinan prematur lebih tinggi jika dibandingkan dengan ibu yang bersalin pada usia aterm. Hal ini sejalan dengan penelitian Sudiat dkk (2016) yang menyatakan bahwa ada pengaruh anemia pada ibu hamil terhadap persalinan preterm di RSUD Tugurejo Semarang periode Januari 2014 - September 2015.

Hidramion sebagai salah satu komplikasi kehamilan penyebab persalinan preterm sangat berkaitan erat dengan kehamilan multifetus. Pada kehamilan multifetus maupun adanya kelainan kongenital pada janin juga disertai dengan hidramion sehingga akan mengakibatkan peregangan uterus yang berlebihan sehingga memicu terjadinya persalinan preterm.

Apabila ditemukan APB pada ibu hamil sebelum kehamilannya cukup bulan maka dilakukan perawatan konservatif untuk mempertahankan kehamilan hingga aterm. Namun adakalanya terapi konservatif ini gagal yang mengakibatkan dilakukannya pengakhiran kehamilan sebelum waktunya untuk menyelamatkan ibu maupun janin. Sehingga persalinan preterm tidak bisa dihindari. Pada penelitian Nurmalasari (2015) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara APB dengan persalinan preterm dengan nilai $p = 0.000$.

Menurut prawirohardjo (2016), penyebab terjadinya persalinan preterm 2% adalah penyakit kronis yang diderita ibu bersalin, sehingga memperburuk keadaan ibu disaat hamil seperti riwayat preterm sebelumnya, KEK, hipertensi kronis, diabetes militus tipe 2, gagal ginjal, TBC dan penyakit degeneratif seperti lupus, struma, kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian Imron dan Amrina Oktaviana (2012) yang menyebutkan bahwa 51.3 % persalinan preterm terjadi pada ibu yang memiliki riwayat penyakit kronis

Berdasarkan teori memang terdapat hubungan yang kuat antara persalinan preterm dengan gemeli. Sebagian besar kehamilan ganda memang lahir sebelum mencapai usia aterm (37 minggu). Ada beberapa teori yang dapat menjelaskan hal tersebut. Pertama, kehamilan ganda identik dengan peregangan uterus berlebih. durasi kehamilan menjadi lebih pendek seiring meningkatnya jumlah janin yang dikandung ibu. Karena ibu mengandung lebih dari satu janin otomatis beban uterus ibu lebih berat dibandingkan dengan kehamilan tunggal.

Menurut Krisnadi (2011) peregangan uterus berlebih atau distensi uterus berlebihan memerankan peran kunci pada onset persalinan prematur yang berhubungan dengan kehamilan ganda, polihidramnion dan makrosomia. Kedua, resiko pada bayi yang meningkat sesuai dengan keadaan korion dan amnion pada kehamilan. Kehamilan kembar tentu saja berhubungan dengan pembagian plasenta. Kembar monokorionik memiliki satu plasenta untuk sirkulasi, sedangkan kembar dikorionik yaitu dengan dua plasenta yang digunakan untuk sirkulasi masing masing janin atau tiga janin sekaligus. Pada kembar monokorionik dapat terjadi simpul tali pusat karena tidak ada

membran pembatas antara keduanya. Masalah lain juga muncul dari segi pembagian suplai nutrisi dan sirkulasi oksigen yang tidak adekuat meningkatkan kejadian IUGR pada kehamilan gemeli. Bila hal tersebut terjadi maka akan berpengaruh terhadap persalinan preterm elektif (bila janin kurang bulan)

Dari berbagai faktor penyebab timbulnya persalinan preterm yang telah banyak diteliti oleh para ahli, persalinan preterm dengan penyebab idiopatik belum banyak ditemukan literature yang membahasnya. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa kasus persalinan preterm dengan penyebab pasti maupun penyebab antara yang tidak diketahui masih banyak terjadi. Pasien tiba tiba datang sudah dalam fase persalinan baik itu kala satu maupun kala dua persalinan dengan tanpa disertai gejala atau tanda yang menunjukkan adanya komplikasi dalam kehamilan yang merupakan faktor penyebab dari persalinan preterm.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari rekam medis pasien sehingga ditemukan beberapa keterbatasan dari data yang diamati diantaranya:

1. Secara teoritis persalinan preterm lebih sering terjadi pada grande multipara, namun pada penelitian ini persalinan preterm pada grande multipara malah rendah.
2. Ibu dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun merupakan resiko tinggi untuk terjadinya persalinan preterm, namun data menunjukkan kejadian persalinan preterm pada usia dengan resiko tinggi malah rendah.

3. Pada beberapa literature menyebutkan bahwa persalinan preterm terjadi pada ibu yang tidak menikah karena berbagai faktor yang belum diketahui, namun pada penelitian ini mayoritas persalinan preterm terjadi pada ibu yang menikah.