

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Kondisi lokasi penelitian**

UPT. Puskesmas Tembuku I terletak di Jalan Kehen No. 1 Tembuku, tepatnya di Banjar Tembuku Kawan, Desa Tembuku, Kecamatan Tembuku, Kabupaten Bangli. Jarak dari puskesmas ke ibu kota kabupaten yaitu 8 km. Wilayah kerja UPT. Puskesmas Tembuku I terdiri dari empat desa yaitu Desa Jehem, Desa Tembuku, Desa Undisan dan Desa Bangbang serta didukung lima puskesmas pembantu (Pustu Jehem I, Pustu Jehem II, Pustu Tegalasah, Pustu Undisan dan Pustu Bangbang), dan dua poskesdes (Poskesdes Tambahan dan Poskesdes Tembuku).

Luas wilayah kerja UPT. Puskesmas Tembuku I yaitu 2.328,64 km<sup>2</sup> merupakan puskesmas rawat jalan dengan jenis pelayanan meliputi Poli Umum, Poli Gigi dan Mulut, Poli KIA dan KB, Poli Anak (MTBS), Poli Yankestradkom, Ruang Konsultasi (Gizi, Sanitasi, Jiwa HIV/AIDS, Remaja), layanan farmasi, pojok laktasi, layanan ANC terpadu, layanan laboratorium, serta layanan imunisasi dimana jumlah tenaga yang bekerja di UPT. Puskesmas Tembuku I yaitu sebanyak 51 orang yang terdiri dari 35 PNS, dua PTT daerah, empat tenaga kontrak bantuan operasional kesehatan (BOK), dan 10 pengabdian.

**2. Karakteristik ibu bersalin berdasarkan LILA, anemia, kehamilan kembar, usia dan paritas di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Proporsi kejadian persalinan ditinjau dari karakteristik ibu disajikan pada tabel 2.

Tabel 2  
Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Bersalin Berdasarkan LILA, Anemia, Kehamilan Kembar, Usia, dan Paritas Di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021

Variabel	f	%
<b>LILA</b>		
<23,5 cm	20	8,7
≥23,5 cm	210	91,3
Total	230	100,0
<b>Anemia</b>		
Ya	20	8,7
Tidak	210	91,3
Total	230	100,0
<b>Kehamilan Kembar</b>		
Ya	5	2,2
Tidak	225	97,8
Total	230	100,0
<b>Usia</b>		
<20 atau >35 tahun	26	11,3
20 - 35 tahun	204	88,7
Total	230	100,0
<b>Paritas</b>		
1 dan ≥4	92	40,0
2 dan 3	138	60,0
Total	230	100,0

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa dari 230 persalinan berasal dari kelompok ibu dengan LILA <23,5 yaitu sebanyak 20 (8,7%) dan ibu dengan LILA  $\geq$ 23,5 cm sebanyak 210 (91,3%). Ibu dengan anemia sebanyak 20 (8,7%) dan ibu tidak anemia sebanyak 210 (91,3%). Ibu dengan kehamilan kembar sebanyak 5 (2,2%) dan ibu dengan kehamilan tidak kembar/tunggal sebanyak 225 (97,8%). Ibu dengan usia <20 atau >35 tahun sebanyak 26 (11,3%) dan ibu dengan usia 20-35 tahun sebanyak 204 (88,7%). Ibu dengan paritas 1 dan  $\geq$ 4 sebanyak 92 (40,0%) serta ibu dengan paritas 2 dan 3 sebanyak 138 (60,0%).

### 3. Kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021

Tabel 3  
Distribusi Frekuensi Kejadian Persalinan *Preterm*  
Di UPT.Puskesmas Tembuku I  
Tahun 2020-2021

Variabel	f	%
<i>Preterm</i>	20	8,7
<i>Aterm</i>	210	91,3
Total	230	100,0

Kejadian persalinan *preterm* dapat dinilai dari cukup/tidaknya umur kehamilan pada saat persalinan yang tercatat dalam kohort ibu. Berdasarkan tabel 3, angka kejadian persalinan *preterm* di wilayah kerja UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 yaitu sebesar 8,7 %

**4. Hubungan LILA dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Tabel 4  
 Hubungan LILA Dengan Kejadian Persalinan *Preterm*  
 Di UPT. Puskesmas Tembuku I  
 Tahun 2020-2021

LILA Ibu	<i>Preterm</i>		<i>Aterm</i>		Total		<i>P Value</i>	OR
	f	%	f	%	n	%		
Berisiko	5	25	15	75	20	100	0,020	4,33
Tidak Berisiko	15	7,1	195	92,9	210	100		
Jumlah	20	8,7	210	91,3	230	100		

Berdasarkan tabel 4, dari 20 ibu dengan LILA berisiko terdapat 5 (25%) persalinan *preterm* dan 15 (75%) persalinan *aterm*, sedangkan dari 210 ibu dengan LILA tidak berisiko terdapat 15 (7,1%) persalinan *preterm* dan 195 (92,9%) persalinan *aterm*. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan *preterm* lebih besar berasal dari ibu dengan LILA berisiko. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,020$  yang artinya terdapat hubungan antara faktor LILA dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I dan ibu dengan LILA berisiko memiliki nilai OR= 4,33 yang berarti ibu dengan LILA berisiko mengalami persalinan *preterm* 4,33 kali lebih berisiko dibandingkan dengan ibu dengan LILA tidak berisiko.

**5. Hubungan Anemia dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Tabel 5  
Hubungan Anemia Dengan Kejadian Persalinan *Preterm*  
Di UPT. Puskesmas Tembuku I  
Tahun 2020-2021

Anemia	<i>Preterm</i>		<i>Aterm</i>		Total		<i>P Value</i>	OR
	f	%	f	%	n	%		
Ya	7	35	13	65	20	100	0,000	8,16
Tidak	13	6,2	197	93,8	210	100		
Jumlah	20	8,7	210	91,3	230	100		

Berdasarkan tabel 5, dari 20 ibu dengan anemia terdapat 7 (35%) persalinan *preterm* dan 13 (65%) persalinan *aterm*, sedangkan dari 210 ibu tidak anemia terdapat 13 (6,2%) persalinan *preterm* dan 197 (93,8%) persalinan *aterm*. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan *preterm* lebih besar berasal dari ibu dengan anemia. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,000$  yang artinya terdapat hubungan antara faktor anemia ibu dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I dan ibu dengan anemia memiliki nilai OR= 8,16 yang berarti ibu dengan anemia mengalami persalinan *preterm* 8,16 kali lebih berisiko dibandingkan dengan ibu tidak anemia.

**6. Hubungan kehamilan kembar dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Tabel 6  
 Hubungan Kehamilan Kembar Dengan Kejadian Persalinan *Preterm*  
 Di UPT. Puskesmas Tembuku I  
 Tahun 2020-2021

Kehamilan Kembar	<i>Preterm</i>		<i>Aterm</i>		Total		<i>P Value</i>	OR
	f	%	f	%	n	%		
Ya	2	40	3	60	5	100	0,061	7,66
Tidak	18	8	207	92	225	100		
Jumlah	20	8,7	210	91,3	230	100		

Berdasarkan tabel 6, dari lima ibu dengan kehamilan kembar terdapat 2 (40%) persalinan *preterm* dan 3 (60%) persalinan *aterm*, sedangkan dari 225 ibu tidak anemia terdapat 18 (8%) persalinan *preterm* dan 207 (92%) persalinan *aterm*. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan *preterm* lebih besar berasal dari ibu dengan kehamilan kembar. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,061$  yang artinya tidak ada hubungan antara faktor kehamilan kembar dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I.

**7. Hubungan usia dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Tabel 7  
 Hubungan Usia dengan Kejadian Persalinan *Preterm*  
 Di UPT. Puskesmas Tembuku I  
 Tahun 2020-2021

Usia	<i>Preterm</i>		<i>Aterm</i>		Total		<i>P Value</i>	OR
	f	%	f	%	n	%		
Berisiko	9	34,6	17	65,4	26	100	0,000	9,29
Tidak Berisiko	11	5,4	193	94,6	204	100		
Jumlah	20	8,7	210	91,3	230	100		

Berdasarkan tabel 7, dari 26 ibu dengan usia berisiko terdapat 9 (36,4%) persalinan *preterm* dan 17 (65,4%) persalinan *aterm*, sedangkan dari 204 ibu dengan usia tidak berisiko terdapat 11 (5,4%) persalinan *preterm* dan 193 (94,6%) persalinan *aterm*. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan *preterm* lebih besar berasal dari ibu dengan usia berisiko Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,000$  yang artinya terdapat hubungan antara faktor usia ibu dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I dan kelompok ibu pada usia berisiko memiliki nilai OR= 9,29 yang berarti kelompok ibu dengan usia berisiko mengalami persalinan *preterm* 9,29 kali lebih berisiko dibandingkan dengan ibu pada usia tidak berisiko.

**8. Hubungan paritas dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Tabel 8  
 Hubungan Paritas dengan Kejadian Persalinan *Preterm*  
 Di UPT. Puskesmas Tembuku I  
 Tahun 2020-2021

Paritas	<i>Preterm</i>		<i>Aterm</i>		Total		<i>P Value</i>	OR
	f	%	f	%	n	%		
Berisiko	10	10,9	82	89,1	92	100	0,474	1,56
Tidak Berisiko	10	7,2	128	92,8	138	100		
Jumlah	20	8,7	210	91,3	230	100		

Berdasarkan tabel 8, dari 92 ibu dengan paritas berisiko terdapat 10 (10,9%) persalinan *preterm* dan 82 (89,1%) persalinan *aterm*, sedangkan dari 138 ibu dengan paritas tidak berisiko terdapat 10 (7,2%) persalinan *preterm* dan 128 (92,8%) persalinan *aterm*. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan *preterm* lebih besar berasal dari ibu dengan paritas berisiko Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,474$  yang artinya tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I.

**B. Pembahasan**

**1. Karakteristik ibu bersalin berdasarkan LILA, anemia, kehamilan kembar, usia dan paritas di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persalinan yang berasal dari kelompok ibu dengan LILA berisiko (<23,5 cm) yaitu sebesar 8,7% dan



kelompok ibu dengan LILA tidak berisiko ( $\geq 23,5$  cm) sebesar 91,3%. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Fitri dkk. (2014) bahwa persalinan dengan LILA berisiko ( $< 23,5$  cm) sebesar 19% dan LILA tidak berisiko ( $\geq 23,5$  cm) sebesar 81%. Pengukuran LILA pada kelompok WUS baik ibu hamil maupun calon ibu merupakan cara deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok berisiko KEK. KEK merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu (Kristiyanasari, 2018). Kesehatan ibu dapat dilihat melalui lingkaran lengan atas (LILA). Ibu hamil dikatakan mengalami masalah gizi Kurang Energi Kronis (KEK) jika LILAnya lebih kecil dari 23,5 cm. Penentuan status gizi pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2015) adalah normal jika LILA  $\geq 23,5$  cm dan KEK jika LILA  $< 23,5$  cm. Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun pada janin yang dikandungnya yaitu :

- a) Terhadap ibu dapat menyebabkan risiko dan komplikasi antara lain : anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.
- b) Terhadap persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (*preterm*), perdarahan.
- c) Terhadap janin dapat mengakibatkan keguguran/abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Ibu bersalin pada penelitian ini berasal dari kelompok ibu dengan anemia sebanyak 8,7% dan kelompok ibu tidak anemia sebanyak 91,3%. Hal ini sejalan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuanita (2019) yang menyatakan persalinan dari kelompok ibu yang anemia sebanyak 21,7% dan ibu tidak anemia sebanyak 78,3%. Ibu hamil dengan gizi kurang dan anemia berpotensi mengalami persalinan *preterm*. Menurut Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah  $\leq 11$  g/dl pada trimester satu dan tiga, atau  $\leq 10,5$  g/dl pada trimester dua. WHO melaporkan bahwa 34% ibu hamil di dunia menderita anemia pada kehamilannya, dan 75% diantaranya berada di negara sedang berkembang. Secara biologis, mekanisme persalinan *preterm* disebabkan oleh hipoksia, stres oksidatif, dan infeksi maternal. Hipoksia kronis yang disebabkan oleh anemia atau kadar hemoglobin rendah dapat menginduksi stres ibu dan janin. Respon terhadap stres akan memicu pelepasan CRH (Corticotropin Releasing Hormon) dan peningkatan produksi kortisol yang selanjutnya akan menginduksi persalinan *preterm*.

Stres oksidatif yang disebabkan anemia defisiensi besi akan mengakibatkan kerusakan eritrosit, sehingga sirkulasi utero-plasenta akan terganggu dan unit fetal maternal rusak. Keadaan tersebut akan memicu terjadinya persalinan *preterm*. Risiko infeksi maternal meningkat pada anemia defisiensi besi. Infeksi maternal akan memicu peningkatan produksi sitokin inflamasi, prostaglandin, dan CRH yang menginduksi terjadinya persalinan *preterm* (Parker *et al.*, 2012).

Ibu bersalin dalam penelitian ini berasal dari kelompok ibu dengan kehamilan kembar yaitu sebesar 2,2% dan dari kelompok ibu dengan kehamilan tidak kembar sebesar 97,8%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kiran *et al.* (2010) yang menyatakan persalinan dari kelompok ibu dengan kehamilan kembar sebesar 5,86% dan ibu dengan kehamilan tunggal sebesar 94,14%. Kehamilan

kembar dianggap mempunyai risiko tinggi karena dapat menyebabkan komplikasi lebih tinggi untuk mengalami hiperemesis gravidarum, hipertensi dalam kehamilan, kehamilan dengan hidramnion, persalinan dengan kurang bulan, dan pertumbuhan janin terhambat (Rochjati, 2011).

Kehamilan kembar sekitar 30% penyebab terjadinya persalinan *preterm* di Indonesia pada tahun 2010, sedangkan di UK sekitar 3% angka kejadiannya dan terjadi pada wanita diatas usia 30 tahun. Terjadinya persalinan *preterm* pada kehamilan kembar dikarenakan terjadinya overdistensi, retraksi akibat ketegangan otot uterus dini sehingga mulai proses *Braxton hicks*, kontraksi makin sering dan menjadi HIS persalinan (Cunningham, 2018).

Ibu bersalin dalam penelitian ini terjadi pada kelompok ibu dengan usia berisiko (<20 atau >35 tahun) yaitu sebanyak 11,3% dan kelompok ibu dengan usia tidak berisiko (20 – 35 tahun) sebanyak 88,7%. Penelitian ini sejalan dengan Rahmawati (2013) yang menyebutkan persalinan dari ibu dengan umur berisiko sebesar 29,4% dan dari ibu dengan umur tidak berisiko sebesar 70,6%.

Menurut Manuaba dkk. (2013) usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan risiko tinggi kehamilan. Pada usia wanita <20 tahun keadaan organ reproduksi belum matang untuk kehamilan, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin. Wanita yang berusia lebih dari 35 tahun berisiko lebih tinggi mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Wanita berusia lebih dari 35 tahun memperlihatkan peningkatan dalam masalah hipertensi, diabetes, solusio plasenta, persalinan *preterm*, lahir mati dan plasenta previa (Cunningham *et al.*, 2018).

Ibu bersalin dalam penelitian terjadi pada kelompok ibu paritas 1 dan  $\geq 4$  sebanyak 40% dan kelompok ibu dengan paritas 2 dan 3 yaitu sebesar 60%. Penelitian yang dilakukan Rahmawati (2013) persalinan dari kelompok ibu dengan paritas 1 dan  $\geq 4$  sebesar 48,4 serta ibu dengan paritas 2-3 sebesar 51,6%. Menurut Carmo *et al.* (2016) persalinan *preterm* lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadiannya akan berkurang dengan meningkat jumlah paritas yang cukup bulan sampai dengan paritas keempat.

Wiknjastro (2016) menyatakan paritas adalah jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati. Paritas dua sampai tiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi lebih dari tiga memiliki angka maternal yang tinggi karena dapat terjadi gangguan endometrium. Penyebab gangguan endometrium tersebut dikarenakan kehamilan berulang. Sedangkan pada paritas pertama berisiko karena rahim baru pertama kali menerima hasil konsepsi dan keluwesan otot rahim masih terbatas untuk pertumbuhan janin

## **2. Kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Gambaran kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 yaitu sebanyak 20 (8,7%) dari 230 persalinan. Penelitian yang dilakukan Meliati (2014) menggambarkan persalinan *preterm* sebanyak 100 (31,5%) dari 317 persalinan dan penelitian yang dilakukan Asniati (2018) pada bayi yang lahir *preterm* mempunyai berat badan lahir rendah, tapi bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah belum tentu mengalami kelahiran *preterm*. Masalah-masalah yang berkaitan dengan bayi *preterm* menghalangi tercapainya

tujuan bahwa semua bayi tidak hanya lahir dan mampu hidup tetapi hendaknya tidak menderita gangguan fisik intelektual atau emosional sebagai akibat antepartum, intrapartum atau neonatal yang buruk.

Hal ini sesuai dengan Herman dan Joewono (2020) disamping jumlahnya yang sangat banyak, prematuritas merupakan penyebab tunggal terbesar kematian bayi baru lahir dan penyebab kedua terbesar kematian anak sesudah pneumonia. Banyak bayi *preterm* yang memerlukan perawatan khusus untuk bertahan hidup dan banyak diantara yang bertahan hidup mengalami disabilitas seumur hidup. Lockwood *and* Berghella (2019) dalam Herman dan Joewono (2020) menyatakan bahwa pembunuh neonatus di Amerika Serikat nomor satu adalah penyakit yang berhubungan dengan prematuritas dan BBLR (23%) disusul kelainan kromosom dan malformasi kongenital (22,1%) sedangkan penyebab lain semuanya dibawah angka 7%.

### **3. Hubungan LILA dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara LILA ibu dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 dengan nilai  $p=0,020$ . Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiwik (2019) yang menyatakan ada hubungan antara faktor LILA dengan kejadian persalinan *preterm*. Ibu hamil dikatakan mengalami masalah gizi Kurang Energi Kronis (KEK) jika LILA-nya lebih kecil dari 23,5 cm. Penentuan status gizi pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2015) adalah normal jika  $LILA \geq 23,5$  cm dan KEK jika  $LILA < 23,5$  cm. Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun pada janin yang dikandungnya.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Fitri dkk. (2014) yang mendapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara lingkaran lengan atas (LILA) kurang dari 23,5 cm dengan risiko kejadian persalinan *preterm*.

#### **4. Hubungan anemia dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara anemia dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 dengan nilai  $p=0,000$ . Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Penelitian Yuanita (2019) menyatakan ibu dengan anemi 5,239 kali lebih besar mengalami persalinan *preterm* ( $p=0,000$ ) dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia

Hipoksia kronis yang disebabkan oleh anemia atau kadar hemoglobin rendah dapat menginduksi stres ibu dan janin. Respon terhadap stress akan memicu pelepasan CRH (Corticotropin Releasing Hormon) dan peningkatan produksi kortisol yang selanjutnya akan menginduksi persalinan *preterm*. Stres oksidatif yang disebabkan anemia defisiensi besi akan mengakibatkan kerusakan eritrosit, sehingga sirkulasi utero-plasenta akan terganggu dan unit fetal maternal rusak. Keadaan tersebut akan memicu terjadinya persalinan *preterm*. Risiko infeksi maternal meningkat pada anemia defisiensi besi. Infeksi maternal akan memicu peningkatan produksi sitokin inflamasi, prostaglandin, dan CRH yang menginduksi terjadinya persalinan *preterm* (Parker *et al.*, 2012)

Hasil penelitian ini berbeda dengan Paembonan dkk. (2014) dimana dalam penelitiannya menyatakan anemia ibu hamil bukan merupakan faktor risiko kejadian kelahiran *preterm*.

#### **5. Hubungan kehamilan kembar dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kehamilan kembar dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 dengan nilai  $p=0,061$ . Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kiran *et al.* (2010) yang menyatakan tidak adanya perbedaan signifikan antara kejadian persalinan *preterm* antara kehamilan *gemelli* dan kehamilan tunggal di daerah Kanpur, India ( $p=0,142$ ).

Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan Hanifah (2017) yang menyatakan bahwa kehamilan kembar mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian persalinan *preterm*  $p=0,03$  dan 3,3 kali lebih berisiko melahirkan *preterm* dibandingkan dibandingkan dengan ibu dengan kehamilan tunggal. Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih intrauterin. Kehamilan kembar dianggap mempunyai risiko tinggi karena dapat menyebabkan komplikasi lebih tinggi untuk mengalami hiperemesis gravidarum, hipertensi dalam kehamilan, kehamilan dengan hidramnion, persalinan dengan kurang bulan, dan pertumbuhan janin terhambat (Rochjati, 2011)

#### **6. Hubungan usia dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-

2021 dengan nilai  $p=0,000$ . Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Hanifah (2017) yang menyatakan usia ibu memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian persalinan *preterm*  $p=0,000$  dan memiliki risiko 2,3 kali untuk melahirkan *preterm*. Menurut Manuaba dkk. (2013) usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan risiko tinggi kehamilan. Pada usia wanita  $<20$  tahun keadaan organ reproduksi belum matang untuk kehamilan, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin. Wanita yang berusia lebih dari 35 tahun berisiko lebih tinggi mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Wanita berusia lebih dari 35 tahun memperlihatkan peningkatan dalam masalah hipertensi, diabetes, solusio plasenta, persalinan *preterm*, lahir mati dan plasenta previa (Cunningham *et al.*, 2018)

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Rahmawati (2013) yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kejadian persalinan *preterm*  $p=0,078$ . Selain itu menurut pendapat Sulistyawati (2009) dalam Rahmawati (2013) yang menyatakan bahwa kehamilan pada usia  $>35$  tahun memiliki berbagai segi positif yaitu kepuasan peran sebagai ibu, merasa lebih siap menjadi ibu, pengetahuan mengenai perawatan kehamilan dan bayi lebih baik, rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, status ekonomi lebih baik. Untuk mencegah terjadinya persalinan *preterm* terhadap semua usia ibu hamil diperlukan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi kehamilan (Prawirohardjo, 2016)



## **7. Hubungan paritas dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT. Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021**

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian persalinan *preterm* di UPT.Puskesmas Tembuku I Tahun 2020-2021 dengan nilai  $p=0,474$ . Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hanifah (2017) yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu dengan kejadian persalinan *preterm*  $p=0,275$ , dan penelitian yang dilakukan oleh Alijihan *et al.* (2014) menyatakan faktor paritas tidak ada hubungan dengan persalinan *preterm* baik pada paritas  $1-\geq 3$  ( $p=0,848$ ).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan penelitian Wahyuni dan Rohani (2017) menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan persalinan *preterm* dimana ibu hamil dengan paritas 1 atau  $\geq 4$  berisiko 2,179 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan *preterm* dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas 2-3. Wiknjastro (2016) menyatakan paritas adalah jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati. Paritas dua sampai tiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi lebih dari tiga memiliki angka maternal yang tinggi karena dapat terjadi gangguan endometrium. Penyebab gangguan endometrium tersebut dikarenakan kehamilan berulang. Sedangkan pada paritas pertama berisiko karena rahim baru pertama kali menerima hasil konsepsi dan keluwesan otot rahim masih terbatas untuk pertumbuhan janin

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni dan Rohani (2017) juga menyatakan bahwa paritas memiliki hubungan yang bermakna antara paritas

dengan persalinan *preterm*  $p=0,049$  dan 2,179 kali berisiko mengalami persalinan *preterm*. Dikatakannya bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik dari pada yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit penyakit tertentu yang berkaitan dengan kehamilan (Notoadmojo, 2018).

### **C. Kelemahan Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan menggunakan data sekunder dan sesuai prosedur ilmiah. Data diperoleh dari laporan kasus bulanan, serta kohort ibu akan tetapi masih memiliki keterbatasan dan kelemahan baik dari penulis maupun dari faktor lain. Data tersebut dibuat oleh beberapa orang dengan kelengkapan dan cara pengukuran yang mungkin bervariasi, sehingga dikhawatirkan adanya bias dalam data.

