

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi melalui vagina yang dapat bertahan hidup di luar uterus. Proses tersebut dikatakan normal apabila posisi bayi yang dilahirkan berada pada letak belakang kepala dan dapat berlangsung tanpa pertolongan atau bantuan alat serta tidak melukai bayi dan juga ibu. Pada umumnya proses ini berlangsung kurang dari 24jam. (Sondakh, 2013)

Menurut proses berlangsungnya, persalinan dibedakan menjadi sebagai berikut:

a. Persalinan Spontan

Dikatakan persalinan spontan apabila persalinan dapat berlangsung melalui jalan lahir ibu dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan Buatan

Dikatakan persalinan buatan apabila persalinan terjadi dengan bantuan dari luar misalnya operasi *section caesaria* atau *ekstraksi forsep*.

c. Persalinan Anjuran

Dikatakan persalinan anjuran apabila persalinan tidak dimulai dengan sendirinya namun akan berlangsung setelah adanya pemberian pitocin, prostaglandin, atau pemecahan ketuban. (Kurniarum, 2016)

Berdasarkan usia kehamilan dan berat badan bayi, beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan adalah sebagai berikut:

a. Abortus

Adanya pengeluaran hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 22 minggu atau dengan berat badan bayi kurang dari 500 gram.

b. Partus Immaturus

Adanya pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan 22-28 minggu atau dengan berat badan bayi antara 500-999 gram.

c. Partus Prematur

Adanya pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan 28-37 minggu atau dengan berat badan bayi 1000-2499 gram.

d. Partus Maturus dan Aterm

Adanya pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan 37-42 minggu atau dengan berat badan bayi 2500 gram atau lebih.

e. Partus Postmaturus atau Serotinus

Adanya pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan >42 minggu.
(Kurniarum, 2016)

2.2 Persalinan Prematur

2.2.1 Pengertian

Kelahiran prematur merupakan sebagian besar (60-80%) dari penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada neonatal diseluruh dunia. Persalinan

preterm terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu (20-37 minggu). (Kusumawati dkk dalam Anasari & Pantiawati, 2016).

Bayi prematur merupakan bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram dan lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu (Nita Norma dan Mustika 2013 dalam Subriani et al., 2019)

WHO mendefinisikan kelahiran prematur sebagai kelahiran bayi yang lahir hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu. (WHO, 2018). Menurut WHO persalinan preterm merupakan persalinan yang terjadi antara usia kehamilan 20 minggu sampai dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Krisnadi et al., 2014)

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan preterm merupakan persalinan yang terjadi pada usia kehamilan antara 20 minggu sampai 37 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir.

2.2.2 Klasifikasi

Menurut (WHO, 2018) berdasarkan usia kehamilannya, persalinan preterm dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Persalinan *preterm*, yaitu usia kehamilan 32-36 minggu
- b. Sangat prematur (*very preterm*), yaitu usia kehamilan 28-32 minggu
- c. Ekstrim prematur (*extremely preterm*), yaitu usia kehamilan 20-27 minggu.

(WHO, 2018)

2.2.3 Tanda dan Gejala

Pada kebanyakan kasus, persalinan preterm dimulai secara tidak terduga dan penyebabnya tidak diketahui. Seperti persalinan biasa, tanda-tanda persalinan preterm, yaitu:

- a. Kontraksi atau keadaan perut mengencang seperti kepalan setiap 10 menit atau lebih sering
- b. Perubahan keputihan yaitu dengan adanya peningkatan yang signifikan dalam jumlah keputihan atau rembesan cairan atau pendarahan dari vagina
- c. Tekanan panggul atau adanya perasaan bahwa bayi sedang menekan
- d. Sakit punggung rendah dan tumpul
- e. Kram perut dengan atau tanpa diare (Promotion, 2020)

Beberapa tanda prematuritas antara lain sebagai berikut:

- a. Berukuran kecil dengan kepala lebih besar yang tidak proporsional
- b. Karena kurangnya simpanan lemak sehingga tampak lebih tajam dan tidak bulat dibandingkan bayi cukup bulan
- c. Sebagian besar tubuh tertutupi rambut halus (lanugo)
- d. Suhu tubuh rendah sebagai akibat kurangnya simpanan lemak, terutama segera setelah melahirkan di ruang bersalin
- e. Kesulitan bernapas atau gangguan pernapasan
- f. Kesulitan makan karena kurangnya refleks untuk menghisap dan menelan (Clinic, 2017)

2.2.4 Etiologi

Ada banyak faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya persalinan preterm yaitu kombinasi dari keadaan obstetrik, sosiodemografi, dan faktor medik. Tak jarang pula hanya risiko tunggal terjadi seperti adanya distensi berlebih pada uterus, trauma, ataupun ketuban pecah dini. Banyak kasus persalinan preterm yang terjadi akibat patogenik yang merupakan mediator biokimia yang berdampak pada terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks, yaitu:

- a. Aktivasi aksis *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) baik pada janin maupun pada ibu, akibat stress yang terjadi pada janin maupun ibu
- b. Inflamasi pada desidua korioamnion atau sisemik yang merupakan akibat dari infeksi sisemik atau infeksi asenden dari traktus genitourinaria
- c. Perdarahan pada desidua
- d. Peregangan patologik pada uterus. (Prawirohardjo, 2014)

2.2.5 Faktor Resiko

- a. Umur Ibu

Umur reproduksi yang dikatakan sehat dan aman adalah umur 20 – 35 tahun. Pada kehamilan usia kurang dari 20 tahun kesiapan secara fisik dan psikis masih kurang, misalnya dalam perhatian pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan usia lebih dari 35 tahun berkaitan dengan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit. (Manuaba et al., 2012)

Pertambahan usia ibu mengakibatkan peningkatan risiko kelahiran prematur. Dengan demikian, wanita yang berusia lebih dari 35 tahun memiliki rasio odds (OR) 1,4 dengan interval kepercayaan (CI) 95% untuk mengalami persalinan preterm spontan. Hal ini akan terjadi lebih tinggi untuk wanita berusia 40 tahun ke atas dan 45 tahun keatas. (Cobo et al., 2020)

b. Paritas

Persalinan preterm lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadian persalinan preterm akan berkurang dengan meningkatnya jumlah paritas yang cukup bulan sampai dengan paritas keempat. Penelitian dalam populasi yang besar di Abu Dhabi menunjukkan tidak ada perbedaan jumlah paritas dengan kejadian persalinan preterm sampai paritas ke-5, namun pada paritas lebih dari 10 kejadian persalinan preterm meningkat. (Krisandi et al 2009 dalam Wahyuni & Rohani, 2017)

Banyak studi menemukan adanya hubungan yang kuat antara pola fertilitas dan peluang kematian anak. Secara umum, peluang anak meninggal lebih tinggi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berumur terlalu muda atau terlalu tua, dilahirkan pada jarak kelahiran yang pendek, atau dilahirkan oleh ibu dengan paritas tinggi. (Kemenkes 2012 dalam Wahyuni & Rohani, 2017)

c. Jarak Kehamilan

Ibu yang memiliki jarak kehamilan 18 – 24 bulan memiliki risiko 3,07 kali untuk melahirkan prematur dibandingkan ibu yang jarak kehamilannya lebih dari 24 bulan. Sedangkan pada ibu dengan jarak kehamilan kurang dari 18 bulan berisiko 2,56 kali mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu yang jarak kehamilannya lebih dari 24 bulan (Irmawati 2010 dalam Meliati, 2013)

d. Riwayat Persalinan Prematur

Menurut Varney (2011) terdapat peningkatan risiko 3 kali lipat mengalami persalinan preterm berulang pada wanita yang persalinan pertamanya prematur jika dibandingkan dengan wanita yang persalinan pertamanya tidak prematur. Keadaan dimana ibu pernah mengalami persalinan preterm pada kehamilan yang terdahulu disebut riwayat prematur sebelumnya. 20-40% kejadian persalinan preterm akan terulang pada wanita yang telah memiliki riwayat kelahiran prematur pada kehamilan terdahulu. (Apriani & Nurjannah, 2020)

e. Pemeriksaan Kehamilan/ANC

Pemeriksaan ANC atau Antenatal Care merupakan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk membantu meningkatkan kesehatan ibu hamil secara optimal baik dari segi fisik maupun mental, sehingga mampu menghadapi masa persalinan, masanifas, masa pemberian ASI eksklusif,

serta menghadapi kembalinya kesehatan alat reproduksi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

Menurut Kemenkes 2018, penetapan frekuensi pelayanan antenatal adalah sedikitnya 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan dianjurkan pada usia kehamilan sebelum 3 bulan minimal 1 kali, pada usia kehamilan 4-6 bulan sebanyak 1 kali dan pada usia kehamilan 7-9 bulan sebanyak 2 kali. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

Ibu hamil yang tidak mendapat pemeriksaan kehamilan cenderung tidak mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas atau tidak mencukupi kuantitasnya sehingga akan meningkatkan risiko persalinan preterm. Di USA, penelitian pada lebih dari 14 juta kehamilan menyatakan bahwa ibu hamil tanpa pemeriksaan kehamilan berisiko 2,8 kali mengalami kejadian persalinan preterm. Penyebabnya belum jelas, namun mungkin pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan adanya faktor risiko lain dapat terdeteksi dini dan dapat segera dilakukan intervensi. (Krisnadi et al., 2014)

f. Stress

Stress pada ibu dapat meningkatkan kadar katekolamin dan kortisol yang mana akan mengaktifkan placentar corticotrophin releasing hormone dan akan mempresipitasi persalinan melalui jalur biologis. Stress juga dapat mengganggu fungsi dari imunitas yang dapat menyebabkan reaksi inflamasi

atau infeksi intraamnion yang akhirnya akan merangsang proses persalinan. Moutquin, membuktikan bahwa stress yang mungkin berhubungan dengan kejadian persalinan preterm adalah adanya peristiwa kematian, kekerasan dalam rumah tangga, keluarga yang sakit, atau masalah keuangan. (Krisnadi et al., 2014)

g. Pekerjaan Ibu

Ibu yang bekerja cenderung tidak melakukan ANC dengan teratur karena kesibukannya bekerja dan tingkat pengetahuan yang dimiliki dalam menjaga kesehatan selama kehamilan cenderung kurangff sehingga ibu berisiko melahirkan prematur. Menurut Henriksen et al (1995) yang dikutip oleh Wheeler (2004) bahwa wanita yang dalam bekerja harus berdiri atau berjalan lebih dari 5 jam per hari menunjukkan risiko peningkatan persalinan preterm. (Anasari & Pantiawati, 2016)

h. Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi pola pikir dan pengambilan keputusan terhadap kesehatannya. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi upaya ibu dalam menghadapi dan menjada kehamilannya. (Eliza et al., 2017)

i. Merokok

Salah satu faktor perilaku yang diduga berkaitan dengan persalinan preterm adalah merokok. Paparan asap rokok pada ibu hamil berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan dan janin yang dikandung ibu.

Janin yang dikandung dapat teracuni oleh senyawa-senyawa kimia yang terkandung di dalam rokok yang masuk ke dalam tubuh ibu yang sedang hamil. Anggota keluarga yang merokok dirumah merupakan salah satu sumber paparan asap rokok yang terbanyak bagi ibu hamil. Hasil penelitian Noriani menyatakan bahwa kejadian persalinan preterm berisiko terjadi sebesar 3,6 kali pada ibu yang merupakan perokok pasif. (Noriani et al., 2015)

Selain itu asap rokok dapat meningkatkan resiko ketuban pecah dini karena asap rokok dapat tertinggal lama dalam suatu ruangan dan kandungan tar dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang dapat merusak komponen dari sel di dalam tubuh dan dapat mengganggu integritas sel serta berkurangnya elastisitas membran. (Noriani et al., 2015)

j. Status Gizi

Ibu hamil yang mengalami kekurangan asupan gizi yang dibutuhkan sebelum dan selama hamil akan mengancam status gizi ibu dan mungkin berisiko mengalami persalinan prematur. Menurut Depkes RI (1996), Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia berisiko lebih besar untuk mengalami kesakitan terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal sehingga juga berdampak pada resiko yang lebih besar dalam melahirkan prematur. (Anasari & Pantiawati, 2016)

k. Berat Badan Sebelum Hamil

Berat badan selama hamil bukan merupakan perilaku, namun berhubungan dengan pola makan/diet, oleh karena itu dimasukkan ke dalam faktor kebiasaan. Berat badan rendah sebelum hamil berhubungan dengan kejadian persalinan preterm. (Krisnadi et al., 2014)

Preterm Prediction Study mendapatkan risiko relatif (RR) sebesar 1,5 pada ibu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT BMI, *Body Mass Index*) yang rendah, sedangkan Hendler, mendapatkan RR sebesar 2,5 pada IMT yang rendah dan peningkatan persalinan preterm spontan pada wanita dengan berat badan berlebih. Honest dkk, melakukan metaanalisis dan menyimpulkan tidak ada hubungan antara IMT dengan persalinan preterm. (Krisnadi et al., 2014)

l. Pertumbuhan Berat Badan Selama Hamil

Kenaikan berat badan selama hamil dan IMT sebelum hamil juga merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian persalinan preterm. Berkowitz dan Papiernik menyimpulkan bahwa persalinan preterm berhubungan dengan penambahan berat badan selama hamil yang rendah, terutama terjadi pada wanita yang tidak obesitas dengan risiko relatif antara 1,5-2,5. (Krisnadi et al., 2014)

Ibu dengan IMT rendah yaitu kurang dari 19,8 dan kenaikan berat badan selama hamil kurang dari 0,5 kg / minggu berisiko 3 kali lipat mengalami kejadian persalinan preterm dibandingkan dengan ibu IMT normal yaitu

19,8-26 yang kenaikan berat badan selama hamilnya rendah. Apabila dibandingkan dengan ibu hamil dengan IMT dan kenaikan berat badan selama hamil normal, maka risiko terjadi persalinan preterm meningkat sebesar 6 kali. (Krisnadi et al., 2014)

Upaya menurunkan persalinan preterm melalui penambahan berat badan selama kehamilan tidak hanya disebabkan oleh naiknya kalori atau deposit lemak, tetapi juga akibat dari retensi cairan sehingga hal ini menyebabkan hidrasi. (Krisnadi et al., 2014)

m. Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar lebih beresiko meningkatkan persalinan preterm spontan dan yang dimulai oleh dokter. Mayoritas dari semua kelahiran kembar berada dalam periode sedang atau pada usia kehamilan 32-33 minggu dan dalam periode akhir kelahiran prematur atau pada usia 34-36 minggu. Satu studi menemukan di antara semua kehamilan kembar, yang mengalami kelahiran prematur sedang sebesar 14,5%, prematur terlambat adalah 49,8%, dan yang mengalami kelahiran cukup bulan adalah 35,7%. Prevalensi AS dari kelahiran prematur kurang dari 32 minggu adalah pada kembar dikorionik sebesar 5% dan pada kembar monokorionik sebesar 10%.

Dalam mengurangi resiko kelahiran prematur pada kehamilan kembar, menekan pentingnya transfer embrio tunggal melalui penurunan jumlah transfer embrio merupakan strategi yang efisien.

n. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) terjadi pada 30-40% kasus dan merupakan kejadian yang paling sering terjadi sebelum terjadinya persalinan preterm (Chapman, 2013 dalam Wulansari, 2018). Menurut Krisnadi (2009), sebesar 30-40% komplikasi KPD mengarah pada persalinan preterm, hal ini akan meningkatkan risiko persalinan preterm dan komplikasi perinatal dan neonatal serta termasuk 1-2% risiko kematian pada bayi. (Wulansari et al., 2018)

2.2.6 Patofisiologi

Proses persalinan melibatkan serangkaian peristiwa progresif yaitu dimulai dengan aktivitas HPA (*Hipotalamic Pituitry Adrenal*) janin dan meningkatnya CRH (*Cortikotropin Releasing Hormone*) plasenta, dimana hal ini akan mengakibatkan penurunan pada fungsi progesteron dan aktivasi estrogen yang kemudian akan mengakibatkan aktivasi CAPs (*Contraction Associated Proteins*) yang merupakan reseptor oksitosin dan prostaglandin. Peristiwa biologis ini akan meningkatkan oksitosin ibu karena akan menyebabkan pematangan serviks, kontraksi uterus, aktivasi desidua dan membran janin serta pada kala II persalinan. (Krisnadi et al., 2014)

Persamaan persalinan matur dan prematur adalah pada proses persiapan untuk persalinan fisiologis normal, terutama pada kehamilan >32 minggu. Sebelum usia kehamilan 32 minggu, untuk persalinan akan dibutuhkan stimulus patologis yang lebih besar. (Krisnadi et al., 2014)

Perbedaan mendasar antara persalinan matur dengan prematur adalah pada aktivitas komponen-komponen pada persalinan matur, sedangkan partus prematur berasal dari proses patologis salah satu atau beberapa komponen yang diaktivasi (Krisnadi, 2014). Banyak kasus persalinan preterm terjadi akibat dari proses patogenik yang merupakan mediator biokimia yang akan berdampak pada terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks, yaitu:

- a. Aktivasi aksis *hypothalamus-pituitary-adrenal* (HPA) baik pada janin maupun pada ibu, akibat stres yang terjadi pada janin maupun ibu
- b. Inflamasi pada desidua korioamnion atau sistemik yang merupakan akibat dari infeksi sistemik atau infeksi ascendan dari traktus genitourinaria
- c. Perdarahan padadesidua
- d. Peregangan pada uterus patologik
- e. Kelainan pada uterus atau serviks. (Prawirohardjo et al., 2010)

2.2.7 Pencegahan Persalinan Prematur

Penyebab persalinan preterm merupakan hal yang sangat kompleks dan berbeda di setiap negara dan wilayah. Banyak hal dapat dilakukan untuk mencegah persalinan preterm, dimulai dengan memastikan pengalaman kehamilan yang positif bagi wanita dan anak perempuan.

Menurut WHO, intervensi kunci untuk membantu wanita agar dapat menikmati kesehatan dan kesejahteraan yang baik sebelum dan selama kehamilan, seperti konseling mengenai diet sehat dan nutrisi yang optimal serta mencegah penggunaan tembakau. Selain itu, WHO juga merekomendasikan

perawatan antenatal untuk mengidentifikasi dan mengelola faktor lain yang mungkin muncul, seperti infeksi. Adapun pemerdayaan perempuan dengan meningkatkan informasi kesehatan dan pelayanan yang berkualitas serta akses kontrasepsi yang baik juga dapat membantu mengurangi terjadinya persalinan preterm. (WHO, 2018)

Menurut UNICEF tahun 2007, beberapa Negara melaporkan angka pernikahan dini sebesar 60 juta wanita menikah dibawah umur 18 tahun. Remaja yang menikah atau belum menikah cenderung tidak menggunakan kontrasepsi apapun selama berhubungan seksual yang mana nantinya akan berdampak pada kehamilannya yang cenderung akan beresiko. Pada periode prakonsepsi dapat meningkatkan kesehatan ibu hamil dengan mengurangi risiko persalinan preterm. Intervensi selama masa prakonsepsi dan sebelum kehamilan yang direkomendasikan misalnya keluarga berencana dan pencegahan dan pengobatan IMS. (WHO, 2012)

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah suatu upaya meningkatkan usia sehingga mencapai usia yang ideal pada saat perkawinan pertama. Hal ini bertujuan untuk memberikan pengertian serta kesadaran pada remaja dalam menyiapkan perencanaan keluarga agar dapat mempertimbangkan berbagai aspek yang berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, seperti kesiapan fisik, mental emosional, pendidikan, sosial dan ekonomi serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran. (Fadjar, 2018)

Program pendewasaan usia perkawinan juga bertujuan untuk membantu pelaksanaan program keluarga berencana yaitu meningkatkan usia perkawinan perempuan pada usia 21 tahun dan menurunkan kelahiran pertama pada usia ibu kurang dari 21 tahun. Pelaksanaan program keluarga berencana ini merupakan kerangka dari program pendewasaan usia perkawinan yang terdiri dari masa menunda perkawinan dan kehamilan dan masa mengakhiri kehamilan.

a. Masa Menunda Perkawinan dan Kehamilan

Organ reproduksi dianggap sudah cukup matang pada usia diatas 18 tahun, dimana pada usia ini rahim (uterus) bertambah panjang dan indung telur bertambah besar. Dalam masa reproduksi, usia kurang dari 20 tahun adalah usia yang dianjurkan untuk melakukan penundaan perkawinan dan kehamilan karena pada usia ini remaja masih dalam proses tumbuh kembang baik secara fisik maupun psikis. Apabila pada usia tersebut pasangan suami istri sudah melangsungkan pernikahan, maka dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai usia ibu 20 tahun dengan menggunakan alat kontrasepsi.

b. Masa Mengakhiri Kehamilan

Masa mengakhiri kehamilan berada pada usia PUS atau lebih dari 35 tahun karena secara empirik melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun banyak mengalami risiko medik. (Fadjar, 2018)

Dasar pemberian kontrasepsi pada remaja yaitu untuk mencegah kehamilan dan mencegah terjadinya IMS. Kontrasepsi pada remaja bersifat sementara dan harus tidak memberikan efek samping dan kesulitan pada pengembalian

kesuburan. Sedangkan pada wanita berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif karena pada perempuan usia lebih dari 35 tahun cenderung mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas jika terjadi kehamilan. Dengan adanya hal ini, akses dan informasi kontrasepsi sangat diperlukan agar dapat menjangkau berbagai kalangan baik remaja maupun wanita di atas 35 tahun, sehingga diharapkan perencanaan kehamilan dapat dipantau dengan baik sehingga risiko yang timbul seperti kejadian persalinan preterm dapat dicegah. (Affandi et al., 2014)

2.2.8 Pengelolaan Persalinan Prematur

WHO telah mengembangkan pedoman baru dengan memberikan rekomendasi untuk meningkatkan hasil dari kelahiran prematur. Rangkaian intervensi ini dapat meningkatkan peluang kelangsungan hidup dan kesehatan bayi prematur. Pedoman tersebut mencakup intervensi yang diberikan kepada ibu, seperti suntikan steroid sebelum lahir, memberikan antibiotik ketika ketubannya pecah sebelum persalinan, dan memberikan magnesium sulfat untuk mencegah gangguan neurologis anak di masa depan. Intervensi untuk bayi yang baru lahir, seperti perawatan termal, bantuan makanan, perawatan kanguru, penggunaan oksigen yang aman, dan perawatan lain untuk membantu bayi bernapas dengan lebih mudah. (WHO, 2018b)

2.3 Umur Ibu

Umur terbaik untuk seorang wanita hamil adalah usia 20-35 tahun, karena pada usia tersebut secara psikologi sudah dewasa dan sudah terjadi kematangan organ-organ reproduksi (Prawirohardjo, 2010). Menurut Puji Rochyati salah satu indikator kehamilan risiko tinggi adalah primipara muda umur kurang dari 16 tahun dan primipara tua umur lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010). Usia perkawinan untuk perempuan menurut revisi UU nomor 1 tahun 1974 menjadi UU nomor 16 tahun 2019 adalah 19 tahun. (UU RI, 2019)

Penyulit kehamilan pada usia remaja akan lebih sering terjadi dibandingkan dengan usia 20-30 tahun. Keadaan ini disebabkan karena gangguan perkembangan dan pertumbuhan janin serta kesehatan ibu yang diakibatkan oleh belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Keadaan tersebut akan menyulitkan dan mudah terjadi persalinan preterm, berat badan lahir rendah dan kelainan bawaan, keguguran, mudah terjadi infeksi, dan keracunan kehamilan apabila ditambah dengan tekanan (stres) psikologis, sosial, ekonomi. (Manuaba et al., 2012)

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko pertama yang termasuk dalam Empat Terlalu. Empat terlalu yaitu usia terlalu muda, usia terlalu tua, jarak kehamilan terlalu dekat, dan kehamilan terlalu banyak. (Prawirohardjo,2010) Persalinan preterm akan meningkat pada usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, hal ini disebabkan karena pada usia kurang dari 20 tahun belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat membahayakan kesehatan

ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Pada umur lebih dari 35 tahun merupakan umur yang sudah beresiko tinggi sehingga dapat berisiko menyebabkan persalinan preterm. (Suririnah dalam Nurmila et al., 2013)

Mekanisme biologis terjadinya peningkatan kejadian persalinan preterm pada ibu remaja diterangkan sebagai berikut yaitu pada remaja umumnya peredaran darah menuju serviks dan uterus belum sempurna dan hal ini menurangi pemberian nutrisi pada janin remaja hamil. Demikian juga peningkatan persalinan preterm akibat infeksi yang disebabkan oleh kurangnya peredaran darah pada saluran genital. Beberapa remaja cenderung terlambat dating melakukan pemeriksaan kehamilan karena mereka dapat menduga kehamilan muda dengan perdarahan sebagai haid yang. Dalam segi nutrisi, dibandingkan dengan ibu dewasa, remaja hamil cenderung masih membutuhkan nutrien yang akan dibagi pada janinnya. (Meihartati, 2018)

2.4 Paritas

Paritas merupakan jumlah kehamilan terdahulu yang telah dilahirkan dan telah mencapai batas viabilitas, baik hidup atau mati, tanpa mengingat jumlah anaknya. Paritas dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Nulipara, yaitu apabila belum pernah menyelesaikan kehamilan sampai dengan batas viabilitas yaitu 20 minggu
- b. Primipara, yaitu apabila pernah melahirkan satu kali tanpa mengingat saat lahir janin hidup atau mati dengan janin telah mencapai batas viabilitas

- c. Multipara, yaitu apabila telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang telah mencapai batas viabilitas
- d. Grandemultipara, yaitu apabila pernah melahirkan lima anak atau lebih.
(Manuaba et al., 2012)

Pada paritas satu, faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas adalah ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama, selain itu jalan lahir masih baru akan dicoba dilalui oleh janin. Paritas satu atau primigravida ibu lebih beresiko mengalami komplikasi preeklampsia dan eklampsia, dimana preeklampsia-eklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang akan berdampak pada morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Komplikasi yang dialami oleh ibu seperti preeklampsia-eklampsia meningkatkan risiko untuk terjadinya persalinan preterm karena cenderung menyebabkan kehamilan harus diterminasi. (Eliza et al., 2017)

Paritas tinggi merupakan paritas rawan karena banyak terjadi perdarahan antenatal, preeklampsi sampai atonia uteri yang merupakan kejadian obstetrik patologi. Pada paritas tinggi, kehamilan berulang akan mengakibatkan rahim akan menjadi semakin lemah karena jaringan parut uterus. Jaringan parut ini akan mengakibatkan persediaan darah ke plasenta menjadi tidak adekuat, sehingga plasenta tidak mendapat aliran darah yang cukup untuk menyalurkan nutrisi ke janin dan akan mengganggu pertumbuhan janin. (Ningrum et al., 2017)

Menurut penelitian yang dilakukan Kartikasari (2014) yang dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan tentang hubungan paritas dengan persalinan preterm, setelah dilakukan analisis dengan chi square didapat hasil $OR = 3,28$ yang berarti pada paritas tinggi (lebih dari 3) peluang terjadinya persalinan preterm 3,28 kali lebih besar dibanding dengan paritas rendah (kurang dari atau sama dengan 3). (Kartikasari, 2014)

Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan oleh Wahyuni dan Rohani (2017) tentang Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Preterm di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, didapatkan hasil bahwa faktor paritas memiliki nilai OR sebesar 2,179, yang berarti peluang terjadinya persalinan preterm pada paritas 1 atau lebih dari atau sama dengan 4 yaitu 2,179 kali lebih besar daripada paritas 2-3. (Wahyuni & Rohani, 2017)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ningrum dkk di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2016 didapatkan nilai OR paritas ($OR = 2,940$) yang berarti paritas 1 dan lebih dari 3 beresiko 2,940 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan paritas 2 dan 3. (Ningrum et al., 2017)