

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KELAHIRAN PREMATUR DI INDONESIA: ANALISIS DATA RISKESDAS 2013

Dwi Sulistiarini dan Sarni Maniar Berliana

Sekolah Tinggi Ilmu Statistik
E-mail: dwi.sulistiarini30@gmail.com, sarni@stis.ac.id

Abstrak: Prematuritas merupakan penyebab kematian kedua pada balita setelah pneumonia dan merupakan penyebab utama kematian neonatal. Tiga puluh lima persen kematian neonatal di dunia disebabkan oleh komplikasi kelahiran prematur (WHO:2012). Penelitian ini bertujuan untuk meneliti karakteristik sosiodemografi yang memengaruhi kejadian kelahiran prematur di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Unit analisis penelitian ini adalah seluruh kelahiran hidup yang terjadi sejak Januari 2010 sampai Juni 2013. Metode regresi logistik biner digunakan untuk mengetahui kecenderungan seorang wanita mengalami kejadian kelahiran prematur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 48.336 wanita terdapat 36% ibu yang mengalami kejadian kelahiran prematur. Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa seluruh variabel bebas yang digunakan adalah signifikan memengaruhi kejadian kelahiran prematur. Wanita dengan karakteristik melahirkan saat umur muda, berpendidikan lebih rendah, tinggal di perdesaan, tidak mempunyai riwayat keguguran, melahirkan anak pertama, tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara lengkap, dan mengalami komplikasi saat hamil cenderung berisiko lebih besar mengalami kejadian kelahiran prematur. Tiga faktor terakhir memberikan pengaruh terbesar pada kejadian kelahiran prematur. Disarankan agar pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi program harus lebih dipromosikan dan fasilitas dan tenaga kesehatan berkualitas harus tersedia di seluruh wilayah Indonesia, terutama di daerah perdesaan.

Kata kunci: prematuritas, kelahiran prematur, regresi logistik, riskesdas 2013.

Abstract: Prematuritas is the second leading cause of death in babies after pneumonia and is the leading cause of neonatal mortality. Thirty-five percent of the world's neonatal death was caused by complications of premature birth (WHO: 2012). The purpose of this research is to know the characteristics of the sosiodemografi affect the incidence of premature birth in Indonesia. This research uses data Basic Health Research (Riskesdas) 2013. The unit of analysis in this research is the whole live births that occurred from January 2010 to June 2013. Binary logistic regression methods were used to figure out the tendencies of a woman experiencing premature birth events. The results showed that out of the 36% of females there 48336 mother who experienced premature birth. Logistic regression results indicate that all free variables used are significantly affecting the incidence of preterm birth. Women with childbirth when young age characteristics, lower-educated, living in rural areas, do not have a history of miscarriage, gave birth to their first child, do not do the complete pregnancy examination, and experienced complications while pregnant tend to be greater risk experienced premature birth. The last three factors give the greatest influence on the incidence of preterm birth, It is recommended that appropriate recommendations for pregnancy examinations program should be further promoted and qualified health care personnel and facilities should be available in all regions of Indonesia, especially in rural areas.

Key words: prematurity, preterm birth, binary logistic regression, basic health research survey (riskesdas)

PENDAHULUAN

Latar Belakang penelitian ini adalah bahwa usia kehamilan merupakan salah satu hal yang dapat memengaruhi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya. Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37- 41 minggu di hitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Sedangkan persalinan yang terjadi sebelum usia kandungan mencapai 37 minggu disebut dengan persalinan prematur (Widjayanegara,2009).

Prematuritas berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas balita. Kelahiran prematur merupakan salah

satu penyumbang terbesar pada kematian perinatal dan kesakitan neonatus, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Suradi:1997). Prematuritas merupakan penyebab kematian kedua pada balita setelah pneumonia dan merupakan penyebab utama kematian neonatal. Tiga puluh lima persen kematian neonatal di dunia disebabkan oleh komplikasi kelahiran prematur (WHO:2012).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, jumlah kematian neonatal (bayi umur 0-28 hari), tercatat 181 kasus. Kematian bayi neonatal dini (0-6 hari) sebesar 78,5%. Proporsi terbesar disebabkan oleh gangguan/kelainan pernafasan (*respiratory disorders*),

selanjutnya urutan kedua oleh prematuritas dan ketiga disebabkan oleh sepsis. Proporsi bayi prematur yang meninggal cukup tinggi (32,4%) menunjukkan bahwa penanganan bayi prematur belum memuaskan, atau karena alasan lainnya, seperti terlambat membawa atau terlambat menerima pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2008).

Jumlah kelahiran prematur diperkirakan 15 juta setiap tahun. Hampir satu juta anak meninggal setiap tahun akibat komplikasi kelahiran prematur di mana lebih dari 60% kelahiran prematur terjadi di Afrika dan Asia Selatan. Sementara itu, negara-negara berpenghasilan rendah, rata-rata terjadi 12% bayi lahir prematur, sedangkan di negara-negara berpenghasilan tinggi hanya 9% (WHO:2014).

Penyebab kelahiran prematur pada berbagai negara berbeda-beda. Kenaikan jumlah kelahiran prematur di negara-negara berpenghasilan tinggi disebabkan oleh jumlah wanita yang memiliki bayi pada umur yang lebih tua dan peningkatan penggunaan obat kesuburan yang menyebabkan terjadinya kehamilan kembar. Peningkatan kelahiran prematur di beberapa negara maju disebabkan oleh induksi medis yang tidak perlu dan persalinan sesar sebelum waktunya. Sementara itu, di negara-negara berpenghasilan rendah penyebab utama kelahiran prematur meliputi infeksi, malaria, HIV, dan tingkat kehamilan remaja yang tinggi. Baik di negara kaya maupun miskin, banyak kelahiran prematur yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan (WHO, 2012).

Kejadian kelahiran prematur berbeda pada setiap negara. Pada negara maju, misalnya Eropa, angkanya berkisar antara 5 sampai 11%, di USA, pada tahun 2000 sekitar satu dari sembilan bayi dilahirkan prematur (11,9%), dan di Australia kejadiannya sekitar 7%. Sementara itu, di negara-negara berkembang masih jauh lebih tinggi, misalnya di India sekitar 30%, Afrika Selatan sekitar 15%, Sudan 31% (Widjayanegara, 2009). Angka kejadian kelahiran prematur di Indonesia pada tahun 1983 sebesar 18,5% dan menurun pada tahun 1995 menjadi 14,2% (Lawn dkk, 2010).

Estimasi yang reliabel untuk angka kelahiran prematur tidak tersedia untuk Indonesia. Meskipun

demikian, WHO (2012) mencatat bahwa angka kejadian kelahiran prematur di Indonesia pada tahun 2010 adalah 15,5 per 100 kelahiran hidup dan menempatkan Indonesia diposisi ke-9 tertinggi dari 184 negara. Angka ini cukup besar jika dibandingkan dengan negara Belarus yang menempati urutan terakhir dengan jumlah kelahiran prematur sebesar 4,1 per 100 kelahiran hidup. Sementara itu, jika dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, Indonesia memiliki angka kejadian kelahiran prematur tertinggi, kemudian diikuti oleh Filipina (14,9 per 100 kelahiran hidup), dan Myanmar (12,4 per 100 kelahiran hidup).

Berbagai masalah dapat ditimbulkan oleh kelahiran prematur. Bayi prematur mempunyai risiko kematian lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan. Hal ini disebabkan mereka mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim akibat ketidakmatangan sistem organ tubuhnya. Masalah lain yang dapat timbul akibat kelahiran prematur adalah masalah perkembangan neurologi yang bervariasi dari gangguan neurologis berat, seperti kebutaan, gangguan penglihatan, dan tuli. Kelahiran prematur juga dapat mengakibatkan gangguan yang lebih ringan seperti kelainan perilaku, kesulitan belajar dan berbahasa, gangguan konsentrasi/atensi dan hiperaktif. Hal ini dapat mengakibatkan rendahnya kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Selain itu, perawatan bayi prematur juga membutuhkan teknologi kedokteran canggih dan mahal.

Prematuritas merupakan masalah multifaktor. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor-faktor risiko kelahiran prematur. Namun, adanya faktor risiko tersebut tidak selalu menyebabkan terjadinya kelahiran prematur. Sebagian kelahiran prematur yang terjadi secara spontan tidak memiliki faktor risiko yang jelas (Krisnadi, 2009). Tidak ada faktor pasti yang dapat menyebabkan prematuritas, sehingga pencegahan melalui satu atau beberapa faktor mungkin tidak akan berhasil. Oleh karena itu, jika ingin mengurangi jumlah kelahiran prematur, maka langkah pertama untuk mencegah kelahiran prematur adalah dengan mengurangi faktor

risiko yang berhubungan dengan kelahiran prematur (Mose, 2009).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran umum karakteristik ibu yang mengalami kejadian kelahiran prematur di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data sekunder, yaitu data mentah dari Riskesdas 2013. Data yang digunakan berasal dari daftar pertanyaan rumah tangga dan daftar pertanyaan individu. Populasi dalam Riskesdas 2013 adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 33 provinsi. Unit analisis yang digunakan adalah seluruh kelahiran hidup yang terjadi sejak Januari 2010 sampai Juni 2013. Data pada penelitian ini diolah menggunakan SPSS versi 19.

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dan analisis regresi logistik biner. Analisis deskriptif dalam penelitian ini digunakan untuk memberikan gambaran secara umum mengenai karakteristik ibu yang pernah mengalami kejadian kelahiran prematur pada tahun 2010-2013. Sementara itu, analisis regresi logistik digunakan untuk menguji pengaruh variabel bebas terhadap kejadian kelahiran prematur.

Regresi logistik dapat diaplikasikan jika variabel terikat merupakan data kategorik (Hosmer dan Lemeshow, 2000). Model regresi yang dihasilkan akan diuji melalui beberapa pengujian, yaitu uji simultan, uji parsial, dan uji ketepatan model (*goodness of fit*). Uji simultan dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengaruh seluruh variabel bebas terhadap kejadian kelahiran prematur. Sementara itu, uji parsial digunakan untuk mengetahui variabel bebas mana saja yang memengaruhi kelahiran prematur. Uji parsial dilakukan ketika pada pengujian simultan menghasilkan keputusan tolak H_0 . Setelah model terbentuk, kemudian dilanjutkan dengan uji ketepatan model. Uji ketepatan model bertujuan untuk mengetahui apakah model yang digunakan sesuai untuk menjelaskan kejadian kelahiran prematur. Pengujian ini dapat dilakukan dengan menggunakan statistik uji Hosmer and Lemeshow (Agresti, 2002).

Koefisien yang dihasilkan dari model regresi logistik tidak dapat diinterpretasikan secara langsung. Interpretasi koefisien dari suatu model regresi logistik dilakukan

dengan membaca *odds ratio*, yang diperoleh dengan cara mengeksponensialkan koefisien model regresi logistik tersebut. *Odds ratio* dalam penelitian ini dibaca sebagai kecenderungan suatu variabel bebas terhadap variabel terikat, dalam hal ini kelahiran bayi prematur.

Definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian kelahiran bayi prematur yang dibagi menjadi dua kategori, yaitu ya atau tidak. Kelahiran prematur dalam penelitian ini adalah semua kelahiran hidup yang terjadi sebelum mencapai usia kandungan 37 minggu dihitung dari hari pertama haid.
2. Umur ibu saat melahirkan adalah lamanya hidup wanita sejak ia lahir sampai dengan saat melahirkan anak, yang dikategorikan menjadi tiga, yaitu kurang dari 20 tahun, 20 sampai dengan 34 tahun, dan di atas 34 tahun.
3. Pendidikan ibu merujuk pada pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu yang dikategorikan menjadi dua, yaitu kurang dari SD dan lebih dari sama dengan SD.
4. Daerah tempat tinggal adalah klasifikasi unit wilayah administrasi terkecil, yaitu perdesaan atau perkotaan.
5. Riwayat keguguran dibagi menjadi dua kategori, yaitu pernah mengalami keguguran atau tidak pernah mengalami keguguran. Adapun yang dimaksud dengan keguguran adalah proses keluarnya hasil konsepsi atau janin yang usia kehamilannya kurang dari 22 minggu.
6. Pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan kandungan dan kesehatan ibu oleh petugas kesehatan yang kompeten, yaitu dokter spesialis kandungan, dokter umum, bidan, dan perawat. Pemeriksaan kehamilan dibagi menjadi dua kategori yaitu:
 - a. Lengkap: jika ibu memeriksakan kehamilannya minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester ketiga.
 - b. Tidak lengkap: jika tidak memenuhi kriteria di atas.
7. Urutan kelahiran adalah urutan kelahiran bayi dari keseluruhan kelahiran. Urutan kelahiran dibagi menjadi empat kategori yaitu urutan pertama, kedua, ketiga, dan keempat atau lebih.

8. Komplikasi kehamilan adalah komplikasi yang terjadi pada ibu saat hamil yang dikategorikan menjadi dua yaitu ada komplikasi kehamilan dan tidak ada komplikasi kehamilan. Beberapa komplikasi kehamilan yang dapat memengaruhi terjadinya kelahiran bayi prematur diantaranya adalah infeksi vagina yang dapat menyebabkan ketuban mudah pecah dan bayi lahir lebih cepat; ibu mengandung bayi kembar di mana rahim ibu tidak sanggup untuk menyimpan sehingga bayi lahir prematur; keracunan kehamilan (pre-eclampsia/eclampsia); kelainan otot-otot mulut rahim; dan kegagalan perkembangan bayi sehingga bayi harus segera lahir dari rahim ibunya (*Board on Health Sciences Policy*, 2007).

PEMBAHASAN

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 48.336 kelahiran selama periode Januari 2010 – Juni 2013 terdapat 17.576 kelahiran prematur (36,4%). Distribusi persentase kelahiran prematur menurut karakteristik ibu terlihat pada Tabel 1 berikut:

Tabel 1. Distribusi Persentase Kelahiran Prematur Menurut Karakteristik Ibu

Karakteristik Ibu (1)	Kelahiran prematur				Jumlah	
	n (2)	% (3)	n (4)	% (5)	n (7)	% (8)
Umur ibu saat melahirkan						
< 20 tahun	1.262	38,8	1.993	61,2	3.255	100
20-34Tahun	12.941	36,2	22.819	63,8	35.760	100
> 34 tahun	3.373	36,2	5.948	63,8	9.321	100
Pendidikan ibu						
< SD	2.289	41,2	3.262	58,8	5.551	100
= SD	15.287	35,7	27.498	64,3	42.785	100
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	7.241	32,8	14.847	67,2	22.088	100
Perdesaan	10.335	39,4	15.913	60,6	26.248	100
Riwayat keguguran						
Tidak	15.217	36,6	26.378	63,4	41.595	100
Ya	2.359	35,0	4.382	65,0	6.741	100
Urutan kelahiran						
Pertama	5.639	36,8	9.666	63,2	15.305	100
Kedua	4.675	34,2	8.995	65,8	13.670	100
Ketiga	3.259	35,6	5.887	64,4	9.146	100
Keempat atau lebih	4.003	39,2	6.212	60,8	10.215	100
Pemeriksaan kehamilan						
Lengkap	10.021	32,3	20.984	67,7	31.005	100
Tidak lengkap	7.555	43,6	9.776	56,4	17.331	100
Komplikasi Kehamilan						
Tidak	14.602	35,2	26.925	64,8	41.527	100
Ya	2.974	43,7	3.835	56,3	6.809	100
Jumlah	17.576	36,4	30.760	63,6	48.336	100

Variabel-variabel yang Memengaruhi Terjadinya Kelahiran Prematur

Sebanyak tujuh variabel bebas digunakan dalam metode regresi logistik ini (*full model*), yaitu umur ibu saat melahirkan, pendidikan ibu, daerah tempat tinggal, riwayat keguguran, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan, dan komplikasi kehamilan. Proses pengolahan data untuk mendapatkan model regresi logistik tersebut menggunakan SPSS 19 dengan metode *enter*.

Hasil uji simultan dengan menggunakan *Omnibus test of model coefficients* diperoleh nilai statistik G sebesar 945,174 dengan *p-value*=0,000. Karena *p-value* kurang dari 0,05 maka H_0 ditolak, yang berarti bahwa minimal ada satu variabel bebas yang memengaruhi terjadinya kelahiran prematur.

Persentase kelahiran prematur lebih besar terjadi pada ibu dengan karakteristik melahirkan pada usia kurang dari 20 tahun, berpendidikan kurang dari SD, tinggal di daerah perdesaan, tidak memiliki riwayat keguguran, melahirkan anak keempat atau lebih, melakukan pemeriksaan kehamilan tidak lengkap, dan mengalami komplikasi saat hamil.

Hal menarik ditunjukkan oleh persentase kelahiran prematur menurut karakteristik riwayat keguguran ibu. Persentase kelahiran prematur lebih besar pada ibu yang tidak memiliki riwayat keguguran dibandingkan dengan ibu yang memiliki riwayat keguguran. Hal ini dimungkinkan karena ibu yang pernah mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya menjadi lebih sadar akan kesehatan mereka, sehingga ia menjadi lebih berhati-hati dalam menjaga kandungannya pada kehamilan berikutnya.

Estimasi parameter untuk setiap variabel bebas terhadap kejadian kelahiran premature seperti terlihat pada Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Estimasi Parameter dan Rasio Kecenderungan (*odds ratio*) Kelahiran Prematur, Indonesia, 2013

Variabel bebas (1)	β (2)	p-value (3)	Odds ratio (4)
Umur ibu saat melahirkan			
< 20 tahun	0,078	0,096	1,081
34 Tahun	0,062	0,020	1,064
>34 tahun	-	-	-
Pendidikan ibu			
< SD	0,074	0,014	1,077
= SD	-	-	-
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	-	-	-
Perdesaan	0,201	0,000	1,223
Riwayat keguguran			
Tidak	-	-	-
Ya	-0,084	0,004	0,920
Urutan kelahiran			
Pertama	-	-	-
Kedua	-0,103	0,000	0,902
Ketiga	-0,050	0,090	0,952
Keempat	-	-	-
atau lebih	0,041	0,180	1,042
Pemeriksaan kehamilan			
Lengkap	-	-	-
Tidak lengkap	0,428	0,000	1,534
Komplikasi Kehamilan			
Tidak	-	-	-
Ya	0,354	0,000	1,425
Konstanta	-0,901	0,000	0,406

Berdasarkan Tabel 2 tersebut, tampak bahwa seluruh variabel bebas (Umur ibu saat melahirkan, Pendidikan ibu, Daerah tempat tinggal, Riwayat keguguran, Urutan kelahiran, Pemeriksaan kehamilan, Komplikasi Kehamilan), signifikan memengaruhi kejadian kelahiran prematur dengan nilai $\alpha < 0,05$.

Persamaan regresi logistik yang terbentuk adalah sebagai berikut.

$$g(D) = -0,901 + 0,078 \text{ umur ibu (1)}^* + 0,062 \text{ umur ibu (2)}^{**} + 0,074 \text{ pendidikan}^{**} + 0,201 \text{ desa_kota}^{***} - 0,084 \text{ keguguran}^{**} - 0,103 \text{ urutan kelahiran (1)}^{***} - 0,050 \text{ urutan kelahiran (2)}^* + 0,041 \text{ urutan kelahiran (3)} + 0,428 \text{ ANC}^{***} + 0,354 \text{ komplikasi}^{***}$$

Keterangan:

= kelahiran prematur

*) signifikan pada $\alpha = 10\%$

**) signifikan pada $\alpha = 5\%$

***) signifikan pada $\alpha = 1\%$

Rasio Kecenderungan Variabel Bebas terhadap Kelahiran Prematur

Dari persamaan logistik yang terbentuk maka dapat diketahui seberapa besar pengaruh dan kecenderungan

dari setiap variabel bebas yang signifikan berpengaruh terhadap kejadian kelahiran prematur. Besarnya kecenderungan suatu variabel bebas memengaruhi kejadian kelahiran prematur dapat dilihat dari besarnya nilai eksponensial (*odds ratio*). Pada Tabel 2 diperoleh nilai konstanta (*intercept*) sebesar -0,901.

Pengertian nilai ini adalah bahwa ibu dengan umur saat melahirkan lebih dari 34 tahun, berpendidikan minimal SD, tinggal di daerah perkotaan, tidak memiliki riwayat keguguran, urutan kelahiran anak pertama, melakukan pemeriksaan kehamilan lengkap (1-1-2), dan tidak mengalami komplikasi saat hamil, mempunyai peluang untuk mengalami kejadian kelahiran prematur sebesar 0,2889.

Kecenderungan kelahiran prematur akan semakin menurun seiring dengan meningkatnya usia melahirkan ibu. Kecenderungan kelahiran prematur dari ibu yang melahirkan pada umur kurang dari 20 tahun adalah 1,081 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang melahirkan pada umur di atas 34 tahun. Kecenderungan melahirkan prematur sedikit menurun untuk ibu yang melahirkan pada usia 20–34 tahun dengan nilai odds ratio sebesar 1,064. Penjelasan yang mungkin dari hasil ini adalah bahwa seiring dengan peningkatan umur wanita ketika melahirkan membuat wanita sudah semakin matang dan memiliki pemahaman lebih besar tentang kehamilan sehingga kecenderungan kejadian kelahiran prematur akan semakin rendah.

Faktor tingkat pendidikan wanita juga signifikan memengaruhi kejadian kelahiran prematur di mana wanita berpendidikan lebih rendah cenderung 1,077 kali lebih besar untuk mengalami kelahiran bayi prematur dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Meskipun nilai *odds ratio* yang dihasilkan tidak terlalu besar perbedaannya antara ibu yang berpendidikan tinggi dan rendah, namun angka tersebut signifikan pada taraf signifikansi 5%. Dengan demikian, faktor pendidikan ibu merupakan salah satu determinan penting yang memengaruhi kejadian kelahiran prematur.

Hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan risiko kejadian kelahiran prematur

antara ibu yang tinggal di perdesaan dan di perkotaan. Ibu yang tinggal di daerah perdesaan berisiko 1,223 kali lebih besar untuk mengalami kelahiran bayi prematur dibandingkan dengan ibu yang tinggal di daerah perkotaan. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat perbedaan ketersediaan dan atau akses terhadap fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang berkualitas antara daerah perdesaan dan perkotaan.

Dari variabel riwayat keguguran bahwa wanita yang memiliki riwayat keguguran memiliki berisiko 0,920 kali lebih rendah untuk mengalami kelahiran bayi prematur dibandingkan dengan ibu tanpa riwayat keguguran. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Sebayang dkk (2012), yaitu bahwa ibu yang pernah mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko 0,91 kali lebih rendah untuk mengalami kelahiran prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya. Hal ini disebabkan karena wanita yang pernah mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya menjadi lebih sadar akan kesehatan mereka.

Urutan kelahiran anak memengaruhi kecenderungan kelahiran prematur di mana pada penelitian ini ditemukan bahwa risiko kelahiran bayi prematur membentuk pola huruf "U", yaitu risiko lebih besar pada urutan kelahiran pertama, kemudian menurun pada anak kedua, lalu kembali meningkat pada anak ketigadan keempat atau lebih. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pada kehamilan pertama, ibu masih kurang berpengalaman mengenai perawatan kehamilan sehingga berisiko lebih besar terhadap terjadinya kelahiran bayi prematur.

Ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara lengkap, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester terakhir berisiko 1,534 kali lebih besar untuk mengalami kelahiran prematur dibandingkan dengan ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa pemeriksaan kehamilan penting dilakukan untuk menjamin kesehatan ibu dan anak sehingga ibu dapat melahirkan anak yang sehat pada usia kehamilan yang ideal (sembilan bulan).

Komplikasi kehamilan juga merupakan salah satu faktor yang signifikan memengaruhi risiko seorang ibu melahirkan bayi prematur. Ibu yang mengalami komplikasi saat hamil berisiko 1,425 kali lebih besar untuk mengalami kelahiran prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami komplikasi saat hamil. Kondisi medis ibu saat kehamilan berpengaruh terhadap kejadian kelahiran prematur di mana ibu yang mengalami permasalahan medis selama kehamilan dapat menjadi indikasi terjadinya kelahiran prematur (*Board on Health Sciences Policy*, 2007).

Model regresi logistik yang terbentuk pada penelitian ini merupakan model yang sesuai (*fit*) berdasarkan hasil uji *Hosmer and Lemeshow* nilai *chi-square* sebesar 5,612 dan *p-value* sebesar 0,691. Karena *p-value* lebih besar daripada 0,05 maka dapat H_0 tidak dapat ditolak. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa model yang digunakan adalah sesuai (*fit*) untuk menjelaskan kejadian kelahiran prematur.

PENUTUP

Kesimpulan

1. Tujuh variabel bebas (Umur ibu saat melahirkan, Pendidikan ibu, Daerah tempat tinggal, Riwayat keguguran, Urutan kelahiran, Pemeriksaan kehamilan, Komplikasi Kehamilan) memiliki pengaruh signifikan terhadap kejadian kelahiran prematur.
2. Pemeriksaan kehamilan memiliki nilai *odds ratio* terbesar dibandingkan variabel bebas lainnya dalam memengaruhi kejadian kelahiran prematur.
3. Faktor terbesar kedua dalam memengaruhi kelahiran prematur adalah adanya komplikasi kehamilan yang merupakan masalah komplikasi kehamilan

Saran-saran

1. Program pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi pemerintah, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester ketiga perlu dilanjutkan dan ditingkatkan untuk menjamin kehamilan yang aman bagi ibu dan anak sehingga bayi dapat dilahirkan dalam kondisi

sehat pada waktunya.

2. Indikasi komplikasi kehamilan dapat dideteksi lebih dini jika ibu melakukan pemeriksaan kehamilan di masa awal kehamilan dan melakukannya secara rutin, sehingga jika ada indikasi yang dapat memicu terjadinya komplikasi kehamilan, masalah tersebut dapat ditangani lebih cepat. Untuk itu diperlukan fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga kesehatan yang terampil serta berkualitas terutama di wilayah-wilayah perdesaan di seluruh Indonesia.

3. Penelitian ini hanya memasukkan beberapa faktor sosiodemografi dalam model regresi yang dihasilkan oleh karena keterbatasan data. Kejadian kelahiran prematur dipengaruhi oleh multifaktor. Bagi penelitian selanjutnya agar dapat memasukkan faktor-faktormedis ibu, misalnya apakah ibu memiliki masalah medis yang dapat memicu kelahiran prematur, seperti hipertensi kronis, penyakit asma, paru-paru, diabetes, dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agresti, Alan, *Categorical Data Analysis Second Edition*, A John Wiley & Sons, New York, 2002.
- Board on Health Sciences Policy. *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*, Richard E. Behrman, AdrienneStith Butler (editor), Washington DC: National Academic Press, 2007.
- Hosmer, DW dan Lemeshow S, *Applied Logistic Regression Second Edition*, A John Wiley & Sons, USA, 2000.
- Kementerian Kesehatan RI, *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS 2007*, Jakarta: Kemenkes RI, 2008.
- Krisnadi SR, *Faktor Risiko Persalinan Prematur*. Dalam Krisnadi, Effendi, dan Pribadi. *Prematuritas*, Bandung: Refika Aditama, 2009.
- Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C dan GAPPS Review Group, Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(Suppl 1):S1, 2010.
- Mose JC, *Pencegahan Persalinan Prematur*. Dalam Krisnadi, Effendi, dan Pribadi. *Prematuritas*, Bandung: Refika Aditama, 2009.
- Sebayang SK, Dibley MJ, Kelly PJ, Shankar AV, Shankar AH; SUMMIT Study Group. Determinants of Low Birthweight, Small-for-Gestational-Age and Preterm Birth in Lombok, Indonesia: Analyses of The Birthweight Cohort of The SUMMIT Trial. *Tropical Medicine and International Health*, 17(8):938-50, Agustus 2012. doi: 10.1111/j.1365-3156.2012.03039.x.
- Suradi R, *Penanganan Mutakhir Bayi Prematur: Memenuhi Kebutuhan Bayi Prematur untuk Menunjang Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Balai Penerbit FEUI, 1997.
- Widjayanegara H, *Aspek Umum Prematuritas*, Dalam Krisnadi, Effendi, dan Pribadi, *Prematuritas*, Bandung: Refika Aditama, 2009.
- WHO, *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*, Geneva: WHO, 2012.
- WHO. *Preterm Birth*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> Diakses: 18 Januari 2015.