

**PROFIL KELAHIRAN BAYI PREMATUR DI RSUD DR. SOEBANDI JEMBER
PERIODE 1 JANUARI 2003 – 31 DESEMBER 2005**

*The Profile of Premature Deliveries at RSUD Dr. Soebandi Jember between January 1st,
2003 and December 31st 2005*

*** Irawan Fajar Kusuma**

Abstract

The premature delivery is one of the main risk factors of low birth weight and perinatal mortality. In Indonesia, the incidence of premature delivery is 10% whereas it is just 4% in the developed countries. The mortality rate caused by low birth weight is increasing from 6.8 per 1000 in 2001 to 7 per 1000 in a year period. Nowadays, the effort to reduce the perinatal mortality rate is still counting on neonatal intensive care which has highly cost. The aim of this study is to know profoundly about the attributes of premature deliveries at RSUD Dr Soebandi Jember between January 1st, 2003 and December 31st, 2005. The data were mainly obtained from the medical records of obstetry and ginaecology ward and 168 premature deliveries were included in this study. The result showed that among 168 premature deliveries, 75% of deliveries was conducted on indication. Factors that induced premature deliveries are placental dislocation, gestational hipertention, sistemic disturbance, pelvic head disproportion, and gemelli. The premature deliveries on gestational age were G1 / primigravida (43%), G2 (30%), G3 (11%), G4 (8%) and G5 or more (9%). The highest frequency of premature deliveries was on 20 - 35 year old women (70%). The most APGAR score of premature deliveries was 0 -3 (severe respiratory distress). Finally, the premature deliveries tend to be commonplace at woman with primigravida, 20-35 year old women and the outcome of them is generally worse to the baby.

Keyword: *premature deliveries, low birth weight, perinatal mortality*

* *dr. Irawan Fajar Kusuma adalah staf pengajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Jember*

PENDAHULUAN

Partus prematur merupakan penyebab kematian neonatal yang penting. Kejadiannya $\pm 7\%$ dari semua kelahiran hidup. Di Indonesia angka kematian sudah mencapai 46 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2000, sedangkan di Amerika Serikat kelahiran prematur mencapai 10% (Husnina, 2006).

Kematian perinatal terutama terjadi pada bayi prematur. Angka kematian perinatal pada tahun 2004 di RSUD dr. Soebandi Jember adalah 15,7% pada tribulan I; 18,7% pada tribulan II; 14,7% pada tribulan III (RSUD dr. Soebandi, 2004). Tingginya angka kejadian tersebut terutama disebabkan oleh kegagalan dalam mencegah terjadinya persalinan prematur, terutama kurangnya pemahaman terhadap penyebab prematur itu sendiri (Cunningham, 1985).

Angka kejadian prematur akan menurun seiring dengan meningkatnya usia kehamilan dan berat lahir. BBLR merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas janin terbesar ke-3 setelah hipoksia, anoksia dan infeksi. Angka kematian perinatal karena BBLR meningkat dari 6,8 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2001 menjadi 7,00 per 1000 kelahiran hidup tahun 2002. Dengan pengolahan yang optimal dan dengan cara-cara yang kompleks serta menggunakan alat-alat yang canggih, beberapa gangguan yang berhubungan dengan prematuritasnya dapat diobati. Dengan demikian gejala sisa yang mungkin diderita dikemudian hari dapat dicegah atau dikurangi (Andriana, 2006).

Saat ini upaya penurunan angka kematian perinatal ini masih tergantung pada perbaikan secara neonatal *intensive care* yang pada umumnya masih memerlukan biaya yang cukup besar. Penyakit yang bisa segera dialami setelah bayi lahir adalah gagal nafas (Friedman *et al*, 1998). Berdasarkan atas timbulnya bermacam-macam problematik pada derajat prematuritas, maka Green (1961) menggolongkan bayi tersebut dalam 3 (tiga) kelompok yaitu, antara usia 24-30 minggu (*extremely premature*), usia antara 31-36 minggu (*moderately premature*), usia antara 37-38 minggu (*borderline premature*).

Beberapa keadaan yang merupakan predisposisi terjadinya persalinan preterm adalah pecahnya selaput ketuban secara dini. Kelahiran prematur biasanya didahului olehnya pecahnya selaput ketuban dini dimana 1-3 persalinan prematur disebabkan karena ketuban pecah dini mencapai sekitar 30-40% dari semua penyebab kelahiran prematur. Sebab pecahnya selaput ketuban biasanya tidak diketahui. Pada beberapa kasus dikaitkan dengan infeksi. Penyebab lain adalah inkompentensia serviks. Tidak diragukan bahwa sebagian kecil persalinan merupakan akibat suatu inkompentensia serviks. Jauh sebelum aterm, serviks yang inkompeten mengalami pendataran dan pembukaan, bukan karena kontraksi uterus yang meningkat, tetapi akibat kelemahan intrinsic dalam serviks.

Faktor kain yang meningkatkan kemungkinan kelahiran prematur adalah anomali uterus, pada keadaan hidramnion, terutama bila akut dan berat, atau adanya dua janin atau lebih,

meningkatkan resiko persalinan prematur, yang diperkirakan disebabkan regangan pada uterus. Malformasi janin atau plasenta tidak saja merupakan predisposisi terjadinya hambatan pertumbuhan janin, tetapi juga meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan preterm. Kelainan plasenta juga merupakan faktor yang memberi kontribusi tingginya kelahiran prematur sebesar 14-23%.

Berbagai faktor tersebut dapat berkaitan dengan persalinan prematur. Faktor-faktor tersebut harus dicari pada tiap-tiap wanita yang mengandung untuk mengenali pasien dengan resiko tinggi dan memerlukan tindakan pencegahan yang aktif. Tetapi harus disadari bahwa walaupun sejumlah sistem penilaian prenatal tersedia untuk menentukan kemungkinan persalinan prematur, tidak ada yang terbukti kehamilan dengan akurat. Faktor resiko yang telah disebutkan dalam sub bab sebelumnya adalah kehamilan ganda, preeklampsia-eklampsia, dan lain-lain. Kehamilan dengan resiko tinggi persalinan prematur harus ditangani oleh tim yang terdiri dari dokter, perawat, dan pekerja sosial dalam konsultasi dengan ahli penyakit dalam, ahli gizi, dan perinatologis, seperti yang diindikasikan (Sutjiningasih, 1995)

Pemeriksaan laboratorium harus dilakukan untuk mencari hemoglobinopati, anemia, infeksi pelvis dan saluran kemih, serta diabetes mellitus. Pemeriksaan USG adalah penting untuk menegakkan usia kehamilan dan ukuran janin secara akurat dan untuk menunjukkan anomaly rahim. Penilaian psikososial adalah sesuai untuk gravida yang masuk kedalam resiko tinggi persalinan prematur, terutama jika resiko timbul adalah factor tingkah laku (penggunaan alcohol, perokok, gizi buruk) serta dimungkinkan dilakukan perbaikan. Pendidikan dan konsultasi adalah komponen yang penting untuk perawatan prenatal pasien-pasien tersebut (Husnina, 2006).

Perawatan prenatal yang agresif dapat menurunkan faktor resiko pecahnya selaput amnion sebelum waktunya, berat badan lahir rendah, persalinan prematur, dan kematian perinatal, menekan perlunya perawatan intensif neonatus dan menghilangkan biaya perawatan rumah sakit. Program perawatan yang optimal termasuk kunjungan perinatal dini dan sering, pendidikan pasien, pemeriksaan ulang secara berkala untuk mendeteksi gangguan-gangguan, dan perhatian terhadap pendapat dan pernyataan pasien, catatlah terutama pada perjanjian yang batal atau tidak mengikuti anjuran. Kunjungan obstetrik harus termasuk pemeriksaan skrining untuk hipertensi, diabetes, infeksi saluran kemih, kontraksi rahim yang prematur, dan tanda-tanda pembukaan dan dilatasi serviks. Pemeriksaan vaginal yang serial dapat membantu dalam memperkirakan onset persalinan prematur, hal tersebut harus dilakukan secara berhati-hati untuk menghindari tekanan digital atau memasuki ostium internal untuk menghindari kemungkinan perangsangan terjadinya persalinan. Penggunaan tindakan profilaxis, seperti obat tokolitik walaupun belum dicatat sepenuhnya mempunyai manfaat, adalah dianjurkan oleh beberapa dokter untuk memperpanjang kehamilan pada gravida yang mempunyai resiko, terutama jika disertai dengan monitoring rawat jalan yang cermat (Mochtar, 1998).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian survei epidemiologi deskriptif menjelaskan berbagai variabel yang berkaitan dengan kejadian persalinan prematur. Penelitian dilakukan di bagian rekam medis dan SMF obstetri dan ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember pada bulan September-Oktober 2007 dengan menggunakan data sekunder yang diambil dari penelusuran kasus dengan *medical record* ibu yang melahirkan bayi dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat janin kurang dari 2.500 gram selama periode 1 Januari 2003 - 31 Desember 2005 di bagian *medical record* obstetri dan ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember. Jumlah sampel penelitian ini adalah semua ibu yang melahirkan prematur di RSUD dr. Soebandi Jember yang tercatat dalam rekam medis di SMF obstetrik dan ginekologi. Sampel penelitiannya diambil dengan cara consecutive sampling atau total sampling, yaitu setiap ibu yang melahirkan dalam populasi yang memenuhi kriteria sampel dimasukkan sebagai sampel sampai batas waktu yang ditentukan dalam kriteria. Jumlah sampel yang diambil adalah 168 ibu dengan persalinan prematur. Setiap data rekam medis di ruang rekam medik dari SMF Obstetri dan Ginekologi di RSUD dr. Soebandi diambil dari sampel, dicatat usia ibu, paritas, gravida, APGAR *Score* dan jenis kelahiran prematur.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005, dapat diperoleh hasil penelitian sebagai berikut:

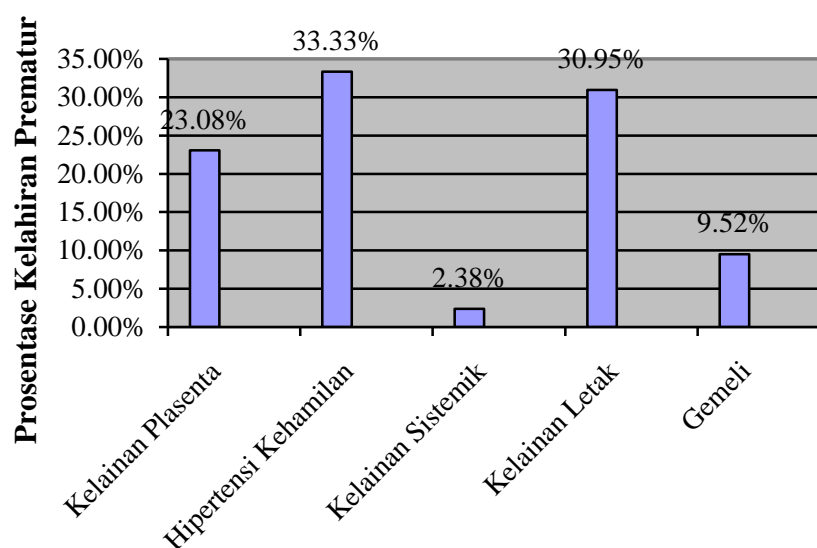
Tabel 1. Jenis Kelahiran Prematur di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005

Jenis	Jumlah	Prosentase
Spontan	42	25 %
Dengan indikasi	126	75 %
Total	168	100 %

Sumber: data sekunder terolah

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa sebagian besar jenis kelahiran prematur yang terjadi di RSUD dr. Soebandi Jember adalah kelahiran dengan indikasi yaitu sebanyak 126 kasus (75 %), sedangkan kelahiran prematur yang terjadi dengan spontan sebanyak 42 kasus (25 %).

Jumlah kelahiran prematur yang tercatat dalam rekam medis di bagian Obstetri-Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 diketahui sebesar 42 (25%) kasus merupakan kelahiran prematur spontan dan 126 (75%) kasus kelahiran prematur dengan indikasi dimana pada periode tersebut tercatat 15.357 kasus ibu yang melahirkan di RSUD.dr. Soebandi Jember. Dari hasil diatas terdapat perbedaan dengan penelitian lain yang menyebutkan jenis kelahiran prematur spontan (70-80 %) lebih banyak terjadi daripada kelahiran prematur dengan indikasi (29-30 %) (Irfan, 2007). Hal ini dikarenakan adanya faktor predisposisi sehingga perlu dilakukan tindakan medis, guna mencegah morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Suhaeimi, 2007).



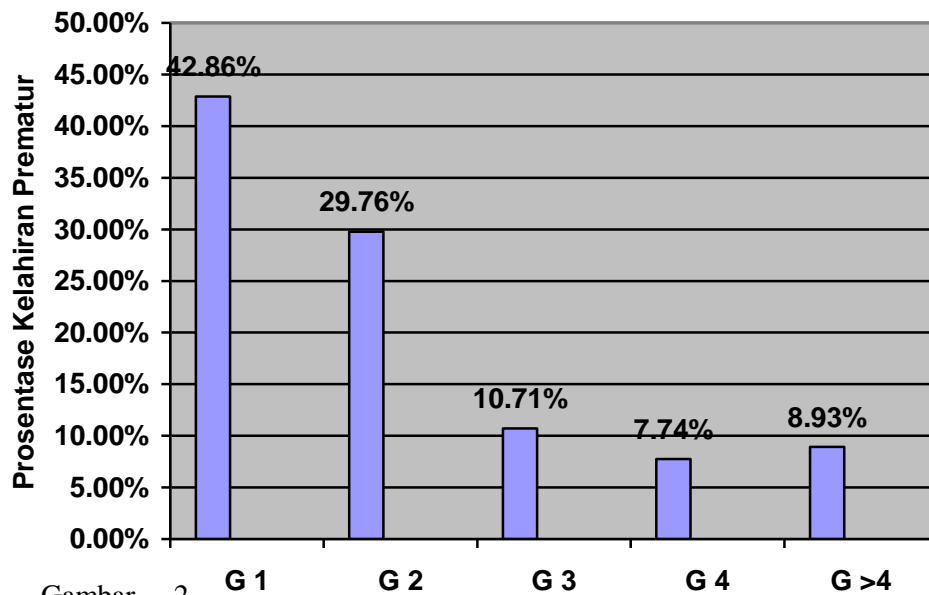
Faktor Predisposisi

Gambar 1. Faktor Predisposisi Pada Kelahiran Prematur Dengan Indikasi di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005

Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa sebagian besar faktor predisposisi kelahiran prematur dengan indikasi adalah oleh hipertensi kehamilan yaitu sebesar 42 kasus (33,33 %) dan kelainan plasenta sebesar 30 kasus (23,80 %). , kelainan sistemik sebesar 3 kasus (2,38 %), kelainan letak sebesar 39 kasus (30,95 %), gemeli sebesar 12 kasus (9,52 %).

Kelahiran prematur dengan indikasi disini maksudnya adalah kelahiran prematur yang terjadi oleh karena adanya faktor predisposisi yang mendasari. Distribusi faktor

predisposisi kelahiran prematur dalam penelitian ini adalah kelainan plasenta, hipertensi kehamilan, kelainan sistemik, kelainan letak dan gemeli. Hipertensi kehamilan memberikan kontribusi tertinggi terhadap terjadinya prematur 42 kasus (33,33 %) dari 336 kasus hipertensi. Hal ini dikarenakan hipertensi kehamilan (preeklampsia-eklampsia) pengaruhnya terhadap kehamilan yaitu terdapatnya insuffisiensi plasenta dan solusio plasenta sehingga pertumbuhan janin kurang sempurna sehingga dapat mengakibatkan prematuritas (Kavindra, 2007).

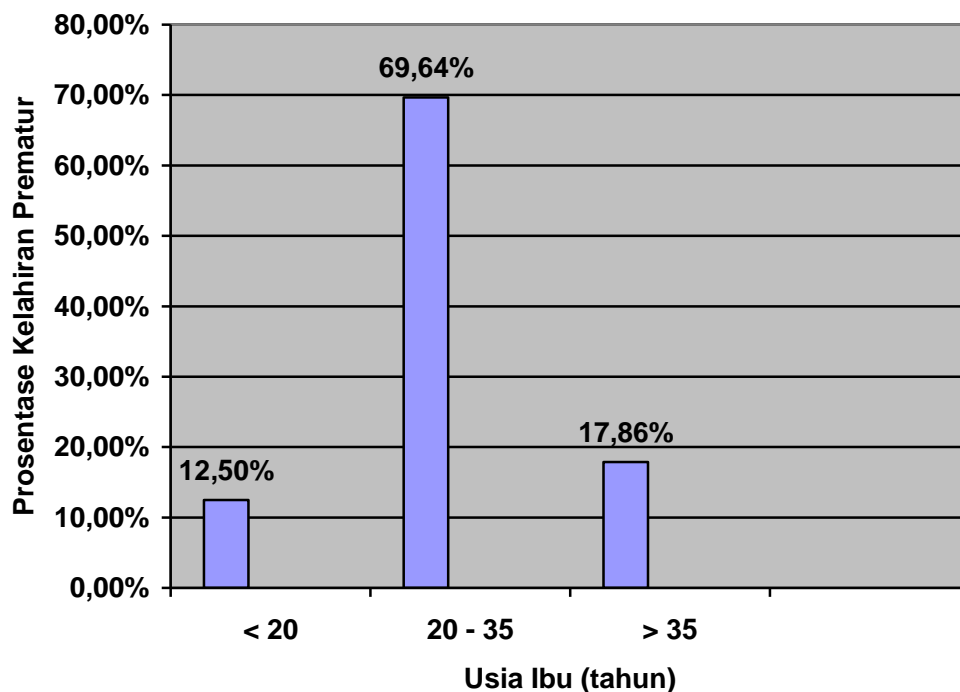


Gambar 2. **Paritas** Pada Kelahiran Prematur di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005

Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa sebagian besar paritas yang melahirkan secara prematur terdapat pada gravida 1 sebanyak 72 kasus (42,86 %), 50 kasus (29,76 %) berada pada kelompok gravida 2, 18 kasus (10,71 %) pada kelompok gravida 3, 13 kasus (7,74 %) pada kelompok gravida 4, dan 15 kasus (8,93 %) terdapat pada kelompok gravida > 4.

Profil paritas kelahiran prematur dibagi menjadi gravida 1 (primigravida), gravida 2, gravida 3, gravida 4 dan gravida >4. Pada gambar 2. dapat dilihat bahwa gravida 1 merupakan gravida tertinggi dibandingkan gravida lain, dimana jumlah yang tercatat sebesar

72 kasus (42,86%) dari 168 kelahiran prematur. Disini terlihat adanya perbedaan dengan teori, bahwa pada gravida > 4 merupakan faktor predisposisi solusio plasenta dimana solusio plasenta termasuk didalam kelainan plasenta yang dapat menyebabkan kelahiran prematur (Siregar, 2007). Hal ini disebabkan bahwa kekakuan jaringan panggul yang belum pernah menghadapi kehamilan akan banyak menentukan kelancaran proses kehamilan. Belum dicobakannya kemampuan panggul tersebut, mengharuskan penilaian yang cermat dari keseimbangan ukuran panggul dan kepala janin. Penilaian cermat perlu dikerjakan oleh seorang dokter pada minggu ke 34 usia kehamilannya. Keterampilan melakukan hal ini hanya dapat dicapai dengan latihan dan pengalaman yang memadai (Dasa, 2004).

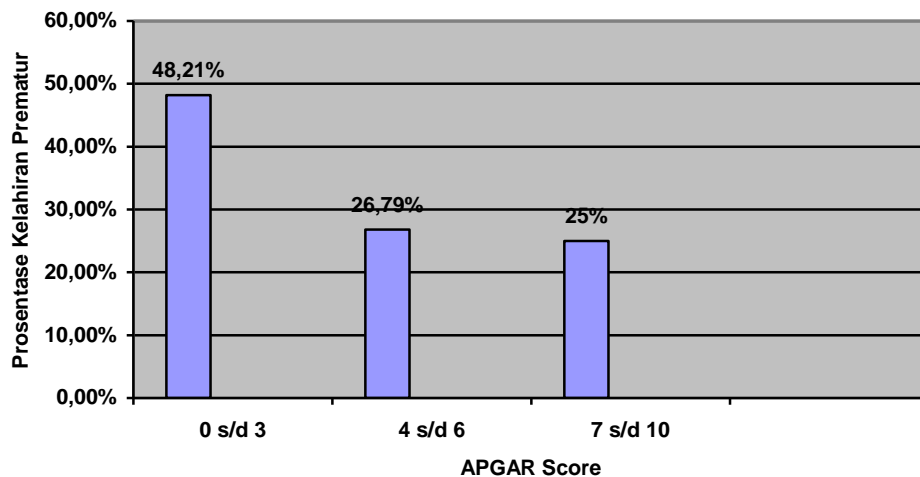


Gambar 3. Usia Ibu Pada Kelahiran Prematur di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005

Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa sebagian besar usia ibu yang melahirkan prematur terdapat pada kelompok usia 20-35 tahun sebanyak 117 kasus (69,64 %), 30 kasus (17,86 %) berada pada kelompok usia > 35 tahun, 21 kasus (12,5 %) pada kelompok usia < 20 tahun.

Dalam penelitian ini dari 168 kelahiran prematur, 117 kasus (69,64%) dialami pada ibu dengan usia 20-35 tahun. Dari perolehan data menunjukkan perbedaan dengan teori yang

menyebutkan ibu yang mempunyai risiko tinggi terhadap kelahiran prematur adalah ibu dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun (Suririnah, 2005), sedangkan kelompok usia 20-35 tahun menempati peringkat tertinggi dalam penelitian ini. Hal tersebut kemungkinan disebabkan karena usia 20-35 tahun adalah usia yang paling produktif untuk hamil dan melahirkan sehingga berisiko menderita penyakit baik akibat langsung dari kehamilan maupun tidak langsung karena penyakit yang dideritanya (Wahyuningrum, 2007). Pada penelitian yang dilakukan di Jerman dan Perancis, diketahui bahwa sekitar abad ke-17 segala aktifitas yang berasosiasi dengan seks jarang dijumpai pada pasangan yang telah menikah (Saputro, 2002). Hal ini dapat disebabkan karena adanya beberapa pasangan tinggal terpisah satu sama lain setelah menikah, selain itu dengan menikah pada usia yang masih muda maka pasangan tersebut terutama pihak wanita belum siap secara psikologis. Menurut Psikolog Amerika G. Stanley Hall masa remaja (< 20 tahun) adalah masa stress emosional yang timbul dari perubahan fisik yang cepat dan luas yang terjadi pada saat pubertas sehingga untuk melakukan aktifitas seksual kebanyakan remaja belum dapat mempersiapkan dirinya baik secara psikologis maupun emosional (Handayani, 2005).



Gambar 4. APGAR Score Pada Kelahiran Prematur di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003–31 Desember 2005

Dari diagram diatas, diketahui bahwa sebagian besar bayi yang terlahir secara prematur mempunyai nilai APGAR 0-3 yaitu sebesar 81 kasus (48,21 %), 45 kasus (26,79 %) mempunyai nilai APGAR 4-6 dan 42 kasus (25 %) mempunyai nilai APGAR 7-10.

Pada penelitian ini, variabel akan ditinjau dari aspek ibu dan anak. Aspek ibu yang penting meliputi paritas, umur ibu, kelahiran prematur spontan, kelahiran prematur dengan

indikasi. Sedangkan dari segi anak yaitu nilai APGAR. Dari masing-masing faktor akan diketahui jumlah dan persentase kejadian yang tercatat dalam rekam medis.

Bayi dengan nilai APGAR 0-3 didapatkan sebesar 81 kasus (48,21%) dari 168 bayi yang dilahirkan RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005. Hal ini sama dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa bayi yang lahir prematur mudah mengalami sindroma distress pernafasan. Sindroma ini disebabkan adanya tidak atau belum matangnya paru sehingga alveoli mudah sekali menguncup atau kolaps. Rendahnya kadar surfaktan yang memelihara fungsi ini merupakan penyebab utama yang dapat menyebabkan kematian pada bayi (Kanistra, 2006).

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dari rekam medis untuk kelahiran prematur dibagian Obstetri-Ginekologi periode 1 Januari 2003 - 31 Desember 2005 dapat diketahui bahwa sebagian besar persalinan prematur adalah persalinan dengan indikasi dan dari persalinan prematur dengan indikasi tersebut, sebagian besar dikaitkan dengan hipertensi pada kehamilan. Primigravida mempunyai potensi tertinggi untuk terjadinya persalinan prematur dibandingkan dengan persalinan yang kedua dan seterusnya. Usia 20 -35 tahun merupakan salah satu faktor yang dapat dikaitkan dengan tingginya kejadian persalinan prematur. Persalinan prematur di RS Soebandi sebagian besar mengalami distress respirasi berat. Tindakan yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan *antenatal care* (ANC) secara teratur guna mengantisipasi dan mengetahui faktor resiko yang mungkin menyebabkan kelahiran prematur terutama untuk kelompok primigravida. Masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut baik secara retrospektif maupun prospektif tentang faktor penyebab kelahiran prematur dikarenakan banyak penyebab lain dengan frekuensi yang kecil yang memberikan kontribusi terhadap kelahiran prematur. Sebaiknya dilakukan observasi lanjutan untuk tahun-tahun mendatang agar dapat dipantau kenaikan ataupun penurunan kasus kelahiran prematur di RSUD dr. Soebandi Jember.

DAFTAR RUJUKAN

- Andriana Evariny. 2006. *Prematuritas*. [Serial Online]. <http://www.info-sehat.com>. [8 Februari 2008].
- Cunningham, Jahn F : 1985. *Textbook and obstetric*. London : William Heineman Matian Book S LTD.
- Dasa, Guslihan. 2004. *Bayi Resiko Tinggi*. [Serial Online]. <http://library.usu.ac.id/modules.php>. [12 Februari 2008].
- Eastman, Nicholson. 1999. *William Obstetric*. New York : Appletan Century-Crop, Inc.
- Friedman, Acker, Sachs-Obstetri. *Seri Skema Diagnosis dan Penatalaksanaan*, Edisi 2, Binarupa Aksara, 1998.
- Green, Hill. 1961. *Obstetric*. Philadelphia&London : W.B Saunders Company
- Gunadi A, *et al.* 2006. *Buku Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah*. Jember : UPT Penerbitan Jember
- Handayani. 2007. *Fakta Seputar Kelahiran Prematur*. [Serial Online]. <http://www.google.com/motherandbaby.htm>. [8 Februari 2008].
- Husnina. 2006. *Hubungan Riwayat Antenatal Care dan Ibu Perokok Pasif dengan Terjadinya Bayi Prematur*. [Serial Online]. <http://www.adln.lib.unair.ac.5d/>. [8 Februari 2008].
- Irfan Arif. 2007. *Kelahiran Prematur*. [Serial Online]. <http://www.google.com/harapankita.htm>. [8 Februari 2008].
- Kanistra. 2006. *Kelahiran Prematur*. [Serial Online]. <http://www.bagibagi.com>. [8 Februari 2008].
- Kavindra. 2007. *Bayi Prematur*. [Serial Online]. <http://oetjipop.multiply.com/>. [8 Februari 2008]
London : W.B. Saunders Company.
- Mansjoer, E.D. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2*. Jakarta : Media Aesculapius.
- Markum, A.H. 1996. *Imu Kesehatan Anak*. Jakarta : FKUI.
- Mochtar, R.1998. *Sinopsis Obstetri Jilid 1* : Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Pratiknya, A. W. 2003. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Grafika Persada.

- RSUD Dr. Soebandi. 2004. *Laporan Bulanan Pasien Ruang Peridologi RSUD Dr. Soebandi-Jember* : RSUD Dr. Soebandi.
- Saputro. 2007. *Masalah Kesehatan Wanita*. [Serial Online]. <http://www.medicastore.com>. [10 Februari 2008].
- Sarwono P, *et al.* 2002. *Ilmu Kebidanan* Edisi Kedua. Jakarta. EGC.
- Siregar, Hasnah,. 2007. *Infeksi Kala Hamil Vs Kelahiran Prematur*. [Serial Online]. <http://www.nakita.com>. [8 Februari 2008].
- Soerjono, Achmad. 1998. *Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi*. Jakarta : EGC.
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC
- Suhaeimi. 2007. *Plasenta Previa*. [Serial Online]. <Http://www.google.com/suhaeimiblog.htm>. [10 Februari 2008].
- Suririnah. 2005. *Persalinan Prematur*. [Serial Online]. <http://www.infoibu.com/>. [8 Februari 2008].
- Wahyuningrum, Ema. 2007. *Hasil Luaran Janin Pada Ibu Pasca Abortus di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung*. [Serial Online]. <http://www.wordpress.com>. [10 Februari 2008].