

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Persalinan Prematur

a. Pengertian

Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 20–37 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir. Persalinan prematur adalah persalinan kurang bulan dengan usia kehamilan sebelum 37 minggu dengan berat janin kurang 2500 gram. Persalinan premature menurut *World Health Organization* (WHO) didefinisikan persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat janin kurang dari 2500 gram.^{9,10}

Persalinan prematur adalah kejadian kontraksi uterus secara teratur yang menyebabkan penipisan atau dilatasi serviks sebelum kehamilan berusia lengkap 37 minggu.¹¹

b. Faktor Risiko

Secara teoritis faktor risiko prematur dibagi menjadi 4 faktor, yaitu faktor iatrogenik, faktor maternal, faktor janin, dan faktor perilaku. Faktor iatrogenik merupakan faktor dari kesehatan medis. Faktor maternal meliputi riwayat prematur sebelumnya, umur ibu, paritas ibu, plasenta previa, kelainan serviks, hidramnion, infeksi intra-amnion, hipertensi dan trauma. Faktor janin meliputi

kehamilan kembar, janin mati, dan cacat bawaan. Faktor perilaku meliputi ibu yang merokok dan minum alkohol

1) Faktor Iatrogenik

Perkembangan teknologi dan etika kedokteran, menempatkan janin sebagai individu yang mempunyai hak atas kehidupannya. Apabila kelanjutan kehamilan dapat membahayakan janin, maka janin harus dipindahkan ke lingkungan luar yang lebih baik dari rahim ibu, bila ibu terancam oleh kehamilannya, maka kehamilan harus di akhiri. Mengakhiri kehamilan karena indikasi medis merupakan pertimbangan awal dalam pertolongan persalinan yang tidak dapat dihindari, sehingga untuk mempertahankan kehamilan tidak dapat dilakukan karena memberikan dampak yang buruk baik terhadap keselamatan ibu maupun janin. Mengakhiri kehamilan adalah langkah terbaik yang bisa dilakukan secara persalinan normal maupun tindakan operatif seksio sesaria.¹⁰

Mengakhiri kehamilan bukan hanya karena indikasi medis yang menambah prevalensi terjadinya persalinan prematur, tetapi kejadian persalinan prematur dengan selaput ketuban utuh atau ketuban pecah. Prematur dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu akan menambah daftar meningkatnya angka persalinan prematur.⁹

2) Faktor Maternal

a) Usia Ibu

Secara fisik dan mental usia yang paling baik untuk hamil berkisar antara 20 – 35 tahun karena pada usia tersebut secara biologis memiliki alat

reproduksi wanita yang berkembang dan berfungsi secara maksimal dan merupakan puncak kesuburan, begitu juga faktor kejiwaan sudah lebih matang sehingga tidak mempengaruhi berbagai faktor penyulit ketika hamil seperti keguguran, perdarahan bahkan kematian.¹⁷

Salah satu resiko terjadinya persalinan prematur adalah faktor usia yaitu terjadi pada ibu hamil berusia muda atau tua, antara usia kurang dari 18 tahun atau diatas 40 tahun. Dimana pada usia terlalu muda hal yang paling penting adalah faktor gizi dan kesiapan mental yang kurang siap dalam menjalani proses kehamilan, sehingga menimbulkan stres bahkan depresi yang berakibat buruk terhadap kesehatan dan berpengaruh terhadap kehamilan.¹⁸

Kecenderungan kelahiran prematur dari ibu yang melahirkan pada umur kurang dari 20 lebih besar dibandingkan dengan ibu yang melahirkan pada umur di atas 20 tahun. Kecenderungan melahirkan prematur sedikit menurun untuk ibu yang melahirkan pada usia 20–34 tahun. 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.¹⁶

b) Riwayat Kelahiran Prematur

Salah satu faktor utama terjadinya persalinan prematur adalah memiliki riwayat kelahiran prematur. yang pernah mengalami dan

memiliki kehamilan prematur sebelumnya rentan untuk melahirkan secara prematur kembali, demikian juga memiliki riwayat aborsi atau keguguran sebelumnya rentan terjadi persalinan prematur.¹⁰

Wanita yang mengalami kelahiran prematur pada kehamilan terdahulu memiliki risiko 20 sampai 40 persen untuk terulang kembali. Wanita yang melahirkan anak pertama prematur, meningkat tiga kali lipat dibanding dengan wanita yang bayi pertamanya lahir cukup bulan.^{10,12}

c) Riwayat Abortus

Kejadian abortus mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) . Dinding rahim merupakan tempat melekatnya plasenta, salah satu fungsi plasenta adalah tempat elekatnya hormon – hormon (khususnya korionik gonadotropin, esterogen dan progesteron) dan jika plasenta tidak bekerja dengan baik, maka pembuatan hormon akan terganggu. Dan jika kadar progesteron menurun akan memicu kontraksi.²²

d) Paritas

Persalinan prematur lebih banyak terjadi pada ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 5 kali). Ibu bersalin dengan paritas tinggi mengalami kehamilan dan persalinan berulang kali sehingga pada sistem reproduksi

terdapat penurunan fungsi dan akan meningkat menjadi risiko tinggi apabila ibu dengan paritas lebih dari 5 kali melahirkan.¹³

Proporsi ibu bersalin yang mengalami persalinan prematur dengan paritas berisiko lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi bersalin normal dengan paritas berisiko. Paritas berisiko akan berdampak pada resiko komplikasi baik pada masa kehamilan ataupun persalinan, salah satunya adalah persalinan prematur.²⁰

e) Trauma

Trauma, inkompetensi servik, sosial ekonomi, stress, gaya hidup dengan merokok dan infeksi saluran kemih maupun infeksi vaginosis bacterial memberikan andil penyebab terjadinya persalinan prematur. Riwayat yang mengalami jatuh, terpukul pada perut atau riwayat pembedahan seperti seksio sesarea sebelumnya. Melakukan hubungan seksual dapat terjadi trauma karena menimbulkan rangsangan pada uterus sehingga terjadi kontraksi dan sperma yang mengandung hormon prostaglandin merupakan hormon yang dapat merangsang kontraksi uterus.^{10,13}

Hubungan signifikan antara terjadi persalinan berat badan lahir rendah dengan persalinan prematur pada wanita yang mengalami cedera akibat kekerasan fisik.¹⁰

f) Infeksi.

Vaginosis bakterial dimana pada kondisi ini flora normal yaitu dominan kuman lactobacillus yang memproduksi hydrogen peroksida

digantikan kuman anaerob dikaitkan dengan persalinan prematur dan ketuban pecah dini.¹⁰

PPROM (*preterm, prelabour rupture of membranes*) terjadi pada lebih sepertiga persalinan prematur. sebagian besar wanita yang mengalami kondisi ini akan melahirkan dalam 1 minggu. PPRM sering dikaitkan dengan infeksi maternal. Saluran kemih juga merupakan penyebab persalinan prematur, hal ini disebabkan karena peningkatan hormon progesterone sehingga ureter mengalami dilatasi sehingga timbulnya refluks air kemih dari kandung kemih ke dalam ureter.^{9,14}

Infeksi korioamnionitis diyakini merupakan salah satu sebab terjadinya ketuban pecah dini dan persalinan prematur. Perjalanan infeksi ini diawali dengan pengeluaran produk aktivasi fofolipase-A2 yang melepas bahan asam arakidonat dari selaput amnion janin, sehingga asam arakhidonat bebas meningkat untuk sekresi prostaglandin. Endotoksin dalam air ketuban akan merangsang sel desidua untuk menghasilkan sitokin dan prostaglandin yang dapat menginisiasi persalinan.⁹

g) Kesenjangan Ras dan Etnik

Kesenjangan ras yang tidak tergantung pada faktor risiko medis dan sosial ekonomi, bahwa wanita kulit hitam memiliki peningkatan risiko kelahiran prematur berulang dengan menyiratkan bahwa adanya faktor intrinsik pada populasi ini.¹⁰

Di USA terdapat perbedaan kejadian prematuritas pada berbagai ras. perbedaan ini berlangsung sekitar 2 dekade, dan tidak berubah.

Penyebabnya dikaitkan dengan perbedaan rasion, stres, gaya hidup, kebiasaan ibu, infeksi dan genetik.¹⁵

h) Pekerjaan

Jam kerja yang panjang dan kerja fisik yang berat berhubungan dengan peningkatan terjadinya persalinan prematur. melakukan penelitian mengenai aktivitas fisik berhubungan dengan persalinan prematur telah membuahkan hasil yang bertentangan.¹⁰

Beban kerja yang berat dapat meningkatkan hormon prostaglandin, dengan peningkatan inilah 6 yang dapat memicu terjadinya persalinan lebih dini. Ibu hamil yang bekerja memiliki pekerjaan dengan sistem shift, jam kerja lebih lama >7 jam/hari atau >49 jam/minggu, bekerja di pabrik dengan waktu istirahat rata-rata 1 jam dan kegiatan seperti mengangkat atau mendorong 10 barang akan menyebabkan persalinan preterm.¹⁹

i) Jarak Kehamilan

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) menganjurkan kepada para ibu untuk mengatur jarak antara kehamilannya antara 2 hingga 5 tahun. Karena diharapkan tubuh seorang ibu diberikan kesempatan untuk mengembalikan organ reproduksi seperti semula dan kesempatan ibu untuk dapat memberikan ASI secara optimal, Apabila seorang ibu hamil dan masih menyusui bayinya dimana tubuh akan melepaskan hormon oksitosin sehingga dapat memicu kontraksi uterus. Bila kehamilan kurang dari 37 minggu akan terjadi persalinan prematur. Jarak kehamilan yang lebih pendek dari 18 bulan dan

lebih panjang 59 bulan dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran prematur.¹⁰

j) Inkompetensi Servik

Kondisi dimana servik tidak mampu untuk mempertahankan kehamilan hingga waktu kelahiran tiba karena efek fungsional servik, ditandai dengan terbukannya servik tanpa disertai rasa nyeri dan berakhir dengan pecahnya ketuban saat kehamilan prematur sehingga meningkatkan terjadinya persalinan prematur.¹⁰

3) Faktor Janin

a) Kehamilan Kembar

Persalinan pada kehamilan kembar besar kemungkinan terjadi masalah seperti resusitasi neonatus, persalinan prematur, perdarahan partum, malpresentasi kembar ke dua, atau perlunya tindakan seksio sesaria. Menurut Norwitz dan Schorge (2008), persalinan pada kehamilan kembar meningkat sesuai bertambahnya jumlah janin yaitu lama kehamilan rata-rata adalah 40 minggu pada kehamilan tunggal, 37 minggu pada kehamilan kembar dua, 33 minggu pada kehamilan kembar tiga, 29 minggu pada kehamilan kembar empat.¹²

b) Janin Mati dalam Rahim (IUFD)

Kematian janin dalam rahim (IUFD) adalah kematian janin dalam uterus yang beratnya 500 gr atau lebih dalam usia kehamilan telah mencapai 20 minggu atau lebih.²²

c) Kelainan Kongenital

Menurut Dollan dkk (2007), setelah mengendalikan faktor pengganggu, kehamilan dengan janin mengalami kecacatan berkaitan erat dengan kelahiran prematur.¹⁰

Terdapat empat teori mekanisme persalinan prematur mengancam yaitu aktivasi poros *hypothalamus-pituitary-ovari* (HPO) maternal, fetal, inflamasi atau infeksi, perdarahan desidua atau thrombosis dan distensi uterus patologis. Menurut Goldenberg dkk, persalinan prematur mengancam mengaitkan dengan ketidak seimbangan pengeluaran hormon progesteron dan oksitosin serta aktivasi desidua. Teori pengeluaran hormon progesteron dimana semakin mendekati proses persalinan sumbu adrenal janin menjadi lebih sensitif terhadap hormon adrenal kortikotropik sehingga meningkatkan sekresi kortisol, kortisol janin tersebut akan merangsang aktivasi 17- α -hidroksilase plasenta sehingga mengurangi sekresi progesteron dan meningkatkan hormon estrogen, ketidakseimbangan hormon tersebut menyebabkan keluarnya hormon prostaglandin yang memicu serangkaian proses persalinan.¹⁰

Perdarahan desidua dapat menyebabkan persalinan prematur mengancam. Lesi plasenta dilaporkan 34% dari wanita dengan persalinan prematur mengancam di karakteristik sebagai kegagalan dari tranformasi fisiologi dari arteri spiralis, atherosclerosis, dan thrombosis arteri ibu dan janin. Diperkirakan adanya berhubungan lesivaskuler dengan persalinan premature mengancam karena iskemi uteroplasenta. Trombin

protease diperkirakan memainkan peran utama memunculkan kontraksi dari vaskuler, intestinal, dan otot halus miometrium serta otot polos longitudinal miometrium.⁹

Mekanisme dari distensi uterus yang berlebihan hingga menyebabkan persalinan prematur masih belum jelas, namun diketahui peregangan rahim akan menginduksi ekspresi protein gap junction, seperti connexin-43 (CX-43) dan CX-26, serta menginduksi protein lainnya yang berhubungan dengan kontraksi, seperti reseptor oksitosin. Faktor psikologis seperti depresi, cemas dan stres kronik telah di laporkan terkait dengan kelahiran prematur ialah neuroendokrin yang menyebabkan aktifasi prematur aksis HPA (hypothalamic-pituitaryadrenal). Proses ini di mediasi oleh *corticotrophinreleasing hormone* (CRH) dan dehydroepiandrosteron synthase (DHEA-S) melalui aktivasi aksis HPA janin dan menstimulasi plasenta untuk mensintesis estriol dan prostaglandin sehingga menimbulkan persalinan prematur mengancam.¹⁰

4) Gaya Hidup

a) Merokok

Merokok, penambahan berat badan yang tidak adekuat dan penggunaan narkoba berperan penting pada insiden terjadinya persalinan prematur. Faktor psikologis seperti depresi, cemas dan stres kronik telah di laporkan terkait dengan kelahiran prematur.¹⁰

Risiko persalinan prematur pada perokok meningkat sebanyak 1,2 kali. Demikian juga wanita hamil yang merokok pasif (suaminya perokok atau

bekerja di lingkungan perokok) akan mengalami sulit tidur, tidur kurang nyenyak dan rasa sulit bernafas dibandingkan ibu hamil yang tidak terpapar asap rokok. Akibat merokok aktif selama masa kehamilan tidak jauh berbeda dengan merokok pasif selama kehamilan.²¹

b) Alkohol dan obat-obatan

Pemakaian alkohol semasa kehamilan mempunyai hubungan erat dengan pertumbuhan janin dan cacat janin, demikian juga dengan kejadian prematuritas. Marijuana dan kokain merupakan obat-obatan yang banyak diteliti dan dihubungkan dengan kejadian prematuritas. Pemakai kokain mempunyai kemungkinan prematuritas 2 kali lebih tinggi. Ibu hamil pemakai NAZA biasanya juga peminum alkohol, yang sering mempunyai masalah lain seperti infeksi atau nutrisi yang buruk.²³

2. Diagnosa Persalinan Prematur

Menegakkan diagnosa persalinan prematur terlalu cepat atau lambat mempunyai risiko meningkatkan morbiditas dan mortalitas neonatus. Tanda utama dari persalinan prematur adalah adanya kontraksi, kontraksi ini harus dibedakan antara kontraksi sebenarnya atau palsu, kontraksi yang sebenarnya selalu disertai dengan adanya pembukaan dan penipisan serviks, dan terjadi pada usia kehamilan < 37 minggu.¹⁰

Sering terjadi kesulitan dalam menentukan adanya persalinan prematur mengancam, Tidak jarang kontraksi yang timbul pada kehamilan tidak benar-benar merupakan proses persalinan prematur, beberapa kriteria yang dapat dipakai sebagai diagnosa persalinan prematur adalah:

- a. Kontraksi yang berulang sedikitnya 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam 10 menit
- b. Andanya nyeri pada punggung sebelah bawah
- c. Perdarahan bercak
- d. Perasaan menekan pada daerah serviks
- e. Pemeriksaan serviks menunjukkan telah terjadi pembukaan sedikitnya 2 c
- f. Penipisan 50 – 80 %
- g. Presentasi janin rendah, sampai mencapai spina ischiadika
- h. Selaput ketuban pecah dapat merupakan tanda awal terjadinya persalinan (kontraksi) atau sebaliknya
- i. Terjadi pada usia kehamilan 22 - < 37 minggu.⁹

Cara utama untuk mengurangi terjadinya risiko persalinan prematur dapat dilakukan secara awal, sebelum tanda-tanda persalinan muncul. Dimulai dari dengan pengenalan pasien yang berisiko untuk diberi penjelasan dan dilakukan penilaian klinik terhadap persalinan prematur serta mengenal kontraksi sedini mungkin sehingga tindakan pencegahan dapat segera dilakukan. Beberapa indikator yang dijadikan sebagai acuan terjadinya persalinan prematur mengancam sebagai berikut :

a. Indikator Klinik

Indikator klinik dapat dijumpai seperti timbulnya kontraksi dan pemendekan servik baik secara manual maupun ultrasonografi.

b. Indikator laboratorium

Indikator laboratorik yang bermakna yaitu jumlah leukosit dalam air ketuban (20/ml atau lebih), pemeriksaan CRP ($> 0,7$ mg/dl), pemeriksaan leukosit dalam serum ibu (> 13.000 / ml).

Indikator laboratorium

- 1) Fibroneksti janin : peningkatan kadar fibroneksti janin 50 mg/dl atau lebih pada usia kehamilan > 24 minggu.
- 2) Peningkatan corticotrophin releasing hormone (CRH) pada trimester 2.
- 3) Sitokin inflamasi : IL-1 β , IL-6, L8 dan TNF- α sebagai indikator yang mungkin berperan dalam sintesa prostaglandin.
- 4) Isoferin plasenta : pada keadaan tidak hamil isoferitin sebesar 10 U/ml dan akan meningkat selama kehamilan, mencapai puncak pada trimester akhir yaitu $54,8 \pm 53$ U/ml. Jika terjadi penurunan akan berisiko terjadinya persalinan prematur mengancam bahkan persalinan prematur.
- 5) Feritin yang rendah merupakan indikator kekurangan zat besi.

3. Penatalaksanaan Persalinan Prematur

Prinsip penatalaksanaan kehamilan prematur adalah menunda persalinan dan mempersiapkan organ janin, terutama paru-paru, janin, sehingga janin dapat lahir pada usia kehamilan dengan mendekati cukup bulan sehingga morbiditas dan mortalitas janin dapat menurun. ¹⁰

Penatalaksanaan kehamilan prematur mengancam pada beberapa faktor dimana persalinan tidak dapat dihambat bila kondisi selaput ketuban pecah, pembukaan servik yang lebih dari 4 cm, usia kehamilan dengan tafsiran berat janin > 2.000 gr atau kehamilan > 34 minggu, terjadi penyulit / komplikasi persalinan prematur, terutama kurangnya fasilitas neonatal *intensive care*. oleh karena itu perlu dilakukan pencegahan persalinan prematur dengan pemberian tokolitik, pematangan surfaktan pada paru janin yaitu kortikosteroid serta mencegah terjadinya infeksi.¹⁰

Ada 2 prinsip penatalaksanaan persalinan prematur yaitu penundaan persalinan dengan menghentikan kontraksi uterus atau persalinan berjalan terus dan siap penanganan selanjutnya.

a. Tirai Baring

Kepentingan istirahat rebah disesuaikan kebutuhan ibu, namun secara statistik tidak terbukti dapat mengurangi kejadian persalinan prematur.¹⁰

b. Hidrasi dan sedasi

Hidrasi oral maupun intravena sering dilakukan untuk mencegah persalinan preterm, karena sering terjadi hipovolemik pada ibu dengan kontraksi prematur, walaupun mekanisme biologisnya belum jelas. Preparat morfin dapat digunakan untuk mendapatkan efek sedasi (tenang/mengurangi ketegangan)

c. Pemberian tokolitik

Adapun tokolitik yang digunakan pada kasus dengan persalinan prematur adalah:

1) Nifedipine

Nifedipine adalah antagonis kalsium, diberikan per oral. Dosis insial 20 mg, dilanjutkan 10-20 mg, 3-4 kali perhari, disesuaikan dengan aktifitas uterus sampai 48 jam. Dosis maksimal 60mg/hari, komplikasi yang dapat terjadi adalah sakit kepala dan hipotensi. Cara pemberian nifedipin 10 mg/oral diulang 2 – 3 kali / jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang,

2) COX (cyclo-oxygenase)-2-inhibitors

Indomethacine. Dosis awal 100 mg, dilanjutkan 50 mg peroral setiap 6 jam untuk 8 kali pemberian. Jika pemberian lebih dari 2 hari, dapat menimbulkan oligohidramnion akibat penurunan renal blood flow janin. Indomethacine direkomendasikan pada kehamilan > 32 minggu karena dapat mempercepat penutupan duktus arteriosus (PDA).¹⁰

3) Magnesium sulfat

Magnesium sulfat dipakai sebagai tokolitik yangdiberikan secara parenteral. Dosis awal 4-6 gr IV diberikan dalam 20 menit, diikuti 1-4 gram per jam tergantung dari produksi urine dan kontraksi uterus. Bila terjadi efek toksik berikan kalsium glukonas 1 gram secara IV perlahan-lahan.¹⁰

4) Beta2-sympathomimetics

Saat ini sudah banyak ditinggalkan. Preparat yang biasa dipakai adalah *ritodrine*, *terbutaline*, *salbutamol*, *isoxsuprine*, *fenoterol* dan *hexoprenaline*. Dosis : 50 mg dalam 500 ml larutan glukosa 5%. Dimulai

dengan 10 tetes per menit dan dinaikkan 5 tetes setiap 10 menit sampai kontraksi hilang. Infus harus dilanjutkan 12-48 jam setelah kontraksi hilang. Selanjutnya diberikan dosis pemeliharaan 1 tablet (10 mg) setiap 8 jam setelah makan. Nadi ibu, tekanan darah dan denyut jantung janin harus dimonitor selama pengobatan. Kontraindikasi pemberian adalah penyakit jantung pada ibu, hipertensi atau hipotensi, hipertiroid, DM gestasional dan perdarahan antepartum. Efek samping yang dapat terjadi pada ibu adalah palpitasi, rasa panas pada muka (flushing), mual, sakit kepala, nyeri dada, hipotensi, aritmia kordis, edema paru, hiperglikemia dan hipoglikemia. Efek samping pada janin antara lain fetal takikardi, hipoglikemia, hipokalemia, ileus dan hipotensi.

5) Progesterone

progesterone dapat mencegah persalinan prematur. Injeksi 1-alpha-hydroxprogesterone caproate menurunkan persalinan prematur berulang. Dosis 250 mg (1 mL) IM tiap minggu sampai 37 minggu atau sampai persalinan. Pemberian dimulai 16-21 minggu kemudian. (Cunningham, 2013) Bila tokolitik tidak berhasil, lakukan persalinan dengan upaya optimal (persalinan berlanjut). Jangan menghentikan kontraksi uterus bila :

- a) Usia kehamilan > 35 tahun
- b) Servik membuka > 3 cm
- c) Perdarahan aktif
- d) Janin mati dan adanya kelainan kongenital yang kemungkinan hidup kecil

- e) Adanya korioamnionitis
 - f) Pre-eklampsia
- 6) Pemberian kortikosteroid

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksudkan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insiden RDS, mencegah perdarahan intra ventricular yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bilamana usia kehamilan kurang dari 3 minggu. Obat yang diberikan adalah dexametason atau betametason. Pemberian steroid ini tidak diulang karena risiko terjadi pertumbuhan janin terhambat. Pemberian siklus tunggal kortikosteroid adalah batametason 2 x12 mg/IM dengan jarak pemberian 24 jam. Sedangkan dexametason 4x6 mg/IM dengan jarak pemberian 12 jam.

- 7) Pemberian antibiotik Antibiotik hanya diberikan bilamana kehamilan mengandung risiko terjadinya infeksi. Obat yang diberikan eritromisin 3 x 500 mg selama 3 hari. Obat pilihan lain adalah ampicilin 3 x 500 mg selama 3 hari, atau dapat menggunakan antibiotika lain seperti klindamisin. Tidak dianjurkan pemberian ko-amoksiklaf karena risiko NEC.¹⁰

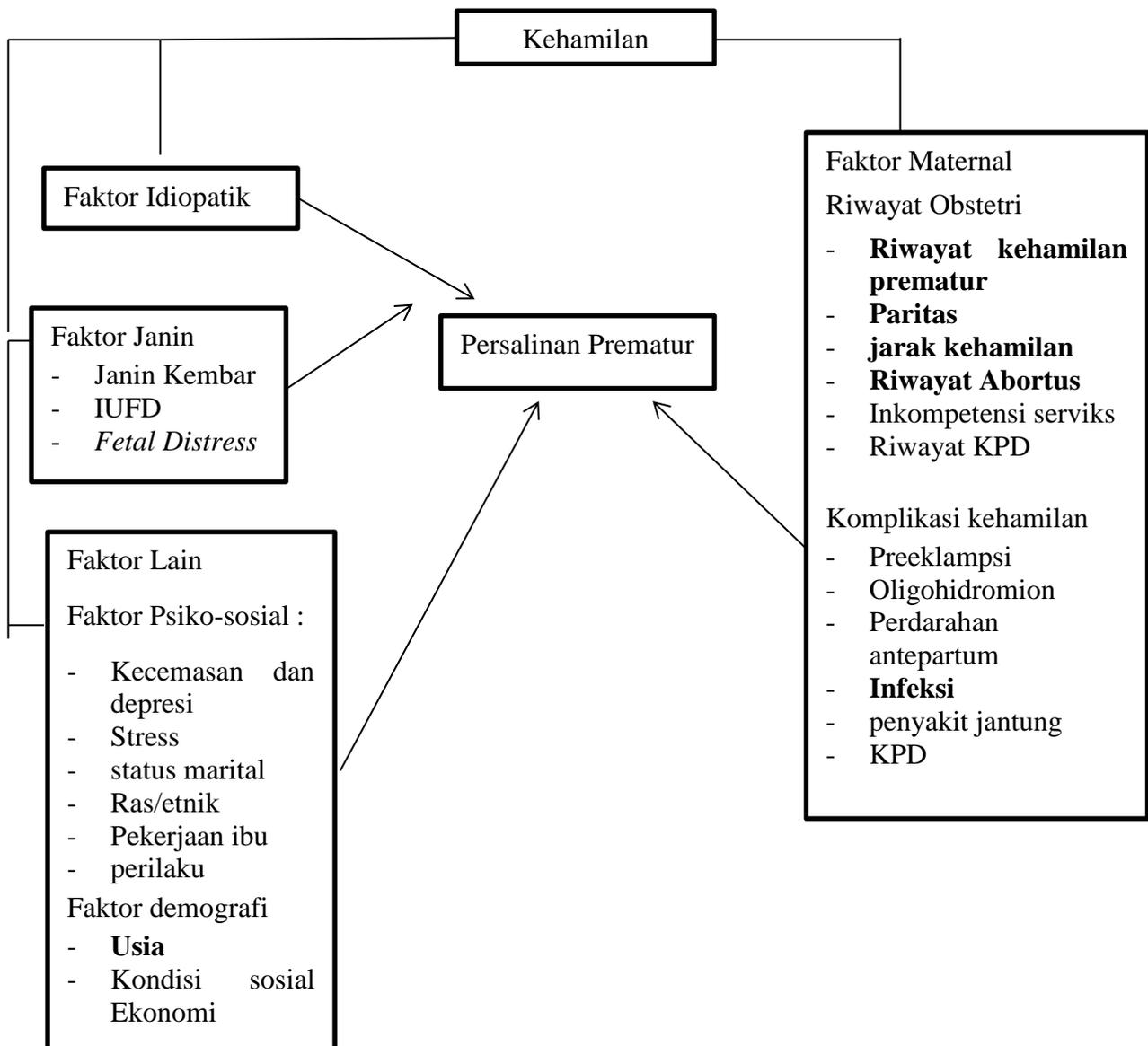
4. Langkah-Langkah Untuk Mencegah Persalinan Prematur

Beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah persalinan prematur mengancam adalah :

- a. Hindari kehamilan pada ibu usia terlalu muda < 20 tahun
- b. Hindari jarak kehamilan terlalu dekat

- c. Anjurkan tidak merokok maupun mengkonsumsi obat terlarang
- d. Hindari kerja berat dan perlu cukup istirahat
- e. Obati penyakit yang dapat menyebabkan persalinan prematur
- f. Kenali dan obati infeksi genital atau saluran kencing
- g. Deteksi dan pengamanan faktor risiko terhadap persalinan prematur .⁹

B. Kerangka Teori

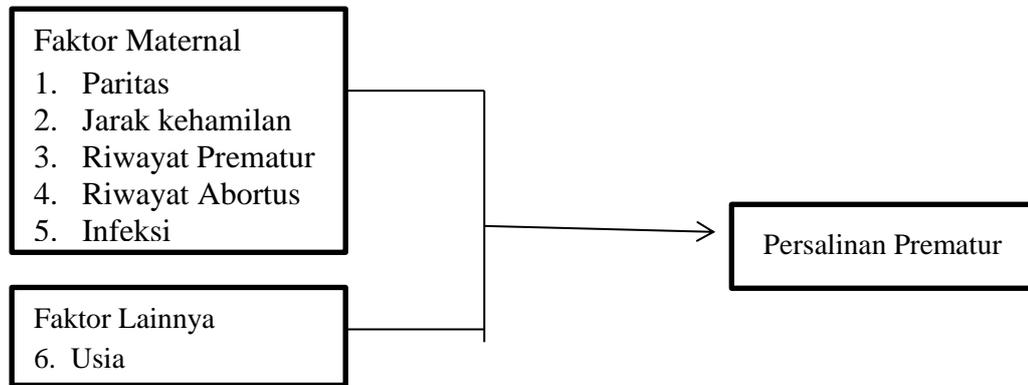


Gambar.1 Kerangka Teori Faktor Risiko Persalinan Prematur.^{15,18}

C. Kerangka Kosep

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

1. Usia mempengaruhi kejadian persalinan prematur
2. Paritas mempengaruhi kejadian persalinan prematur
3. Riwayat persalinan prematur mempengaruhi kejadian persalinan prematur
4. Riwayat abortus mempengaruhi persalinan prematur
5. Jarak kehamilan sebelumnya mempengaruhi kejadian persalinan prematur.
6. Infeksi kehamilan mempengaruhi kejadian persalinan prematur