

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian yang fisiologis. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹⁷

2. Persalinan Preterm

a. Pengertian

Persalinan preterm adalah salah satu kelainan persalinan yang ditinjau dari usia kehamilan. Definisi persalinan preterm menurut WHO (2012) adalah persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu atau kurang dari 259 hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir. Menurut Manuaba (2008), persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan perkiraan berat janin kurang dari 2500 gram. Menurut Krisnadi (2009), persalinan preterm didefinisikan sebagai persalinan yang terjadi antara umur kehamilan 20

minggu sampai kurang dari 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.^{1,2,18}

b. Patofisiologi

Persalinan preterm menunjukkan adanya kegagalan mekanisme yang bertanggung jawab untuk mempertahankan kondisi tenang (*quiescence*) uterus selama kehamilan atau adanya gangguan yang menyebabkan singkatnya kehamilan sehingga memicu persalinan secara dini. Persalinan preterm berbeda dengan proses persalinan matur spontan karena membutuhkan stimulus patologis yang lebih besar untuk mengaktifasi salah satu atau beberapa komponen progresif untuk memulai persalinan.²

Rangkaian proses yang progresif berujung pada terjadinya proses persalinan meliputi kontraksi uterus, pematangan serviks, dan aktivasi jaringan desidua serta selaput janin. Rangkaian proses dimulai dengan produksi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) plasenta yang berakhir pada penurunan kadar progesteron fungsional. Penurunan progesteron menyebabkan peningkatan kadar dan aktivitas estrogen yang menyebabkan proses kontraksi uterus.²

CRH adalah suatu senyawa *neuropeptide* utama di hipotalamus yang juga diekspresikan dalam jaringan dan selaput plasenta manusia, dilepaskan ke dalam kompartemen ibu dan janin yang meningkat jumlahnya selama kehamilan. Wanita yang mengalami persalinan preterm memiliki konsentrasi

CRH maternal yang lebih tinggi pada usia kehamilan 16 minggu dan kadar CRH lebih cepat meningkat daripada wanita yang melahirkan aterm.²

c. Klasifikasi

Menurut *World Health Organization* (WHO), usia persalinan preterm digolongkan menjadi 3, yaitu:¹

- 1) *Extremely preterm* (<28 minggu)
- 2) *Very preterm* (28 - <32 minggu)
- 3) *Moderate or late preterm* (32 - <37 minggu)

Menurut kejadiannya, persalinan preterm digolongkan menjadi 2, yaitu:²

1) Idiopatik/Spontan

Sekitar 50% penyebab kejadian persalinan preterm tidak diketahui sehingga digolongkan pada kelompok idiopatik atau persalinan preterm spontan. Persalinan preterm akibat kehamilan kembar, polihidramnion, atau persalinan preterm didasari oleh faktor psikososial dan gaya hidup termasuk ke dalam golongan ini. Pada persalinan preterm spontan, sebagian diawali dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) yang sebagian besar disebabkan faktor infeksi (korioamnionitis).²

2) Iatrogenik/Elektif

Persalinan dibuat atas indikasi medis karena kehamilan dapat membahayakan ibu dan janin sehingga janin dilahirkan untuk mencegah morbiditas atau mortalitas pada ibu atau janin tanpa memandang umur

kehamilan. Kondisi ini dipengaruhi oleh keadaan ibu seperti pre-eklamsia berat dan eklamsia, perdarahan antepartum, korioamnionitis, penyakit jantung berat atau penyakit ginjal berat. Keadaan janin yang dapat menyebabkan persalinan preterm seperti gawat janin, infeksi intrauterin, pertumbuhan janin terhambat (PJT), dan isoimunisasi rhesus.²

d. Faktor Risiko

Persalinan preterm merupakan kelainan yang disebabkan multifaktoral. Persalinan preterm sulit diduga dan sulit dicari penyebabnya, sehingga pengobatannya sukar dapat diterapkan dengan pasti.² Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan persalinan preterm antara lain:⁸

1) Faktor Sosio Demografis

a) Usia ibu

Usia maternal produktif (20-35 tahun) dapat mempengaruhi dan mengurangi risiko persalinan preterm. Di sisi lain, ibu dengan usia produktif rendah (<20 tahun atau ≥ 35 tahun) dapat meningkatkan risiko persalinan preterm. Pada usia <20 tahun alat reproduksi wanita belum matang sehingga dapat merugikan kesehatan ibu serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Selain itu, juga berdampak pada sosio-ekonomi ibu. Ibu usia >35 tahun mengalami risiko tinggi persalinan preterm karena akan menimbulkan komplikasi pada kehamilan dan merugikan perkembangan janin selama dalam

periode kandungan. Hal ini karena adanya kemunduran fungsi fisiologis dan reproduksi secara umum.^{16,19}

b) Ras/Etnik

Penelitian Shachar *et. al* (2018) membandingkan pasangan kulit putih-kulit putih dengan pasangan antar ras/etnik dengan ibu non-kulit putih. Peningkatan risiko persalinan preterm spontan terlihat pada sebagian besar kelompok pasangan antar ras/etnik, kecuali ayah seorang Asia. Selain ras/etnik ibu, ras/etnik ayah merupakan faktor risiko yang signifikan dalam banyak ikatan antar ras/etnik.²⁰

c) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor penguat yang mempengaruhi perilaku dan mendasari seseorang dalam pengambilan keputusan. Terbatasnya pengetahuan tentang kehamilan risiko tinggi dan kurang kesadaran ibu mendapatkan pelayanan antenatal menyebabkan angka kematian perinatal meningkat. Jenjang pendidikan formal terdiri dari pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Penelitian menunjukkan ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah berisiko 2,748 kali lebih tinggi mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan tingkat pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi pola nutrisi yang rendah. Sementara itu, tingkat pendidikan yang tinggi,

dukungan keluarga yang kuat, dan pendapatan keluarga yang tinggi dikaitkan secara positif dengan status gizi ibu yang baik.^{16,21,22}

d) Status Pernikahan

Persalinan preterm pada ibu yang tidak menikah meningkat pada semua golongan etnik dan semua golongan usia ibu. Di USA 40% persalinan preterm terjadi pada ibu-ibu yang tidak menikah namun memiliki pasangan hidup bersama (*cohabitation*). Penyebab pasti belum diketahui, diduga berkaitan dengan faktor psikososial (kecemasan, stres), dukungan lingkungan, dan faktor sosio-ekonomi. Penelitian menemukan hampir tiga kali lebih tinggi risiko persalinan preterm di antara ibu yang tidak menikah dibandingkan dengan ibu yang sudah menikah (OR = 2,83 95% CI: 1,7-4,7).^{2,20}

e) Status Sosio-ekonomi

Status sosio-ekonomi rendah berkaitan dengan faktor-faktor lain yang dapat terjadi pada kondisi seperti kecenderungan untuk hamil di usia muda, tidak menikah, mengalami banyak stres, nutrisi ibu kurang, tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan, merokok atau pemakaian obat-obatan narkotika, dan kekerasan fisik.²

f) Gizi Ibu Hamil

Status gizi ibu hamil berkaitan dengan persalinan preterm. Status gizi ibu hamil dapat diukur melalui tinggi badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), penambahan berat badan selama hamil, Lingkar Lengan Atas

(LLA), dan kadar hemoglobin ibu. Kondisi kesehatan ibu hamil yang berkaitan dengan status kesehatan adalah anemia dan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

(1) Anemia

Anemia kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) <11 gr/dL pada trimester 1 dan 3 atau kadar Hb < 10,5 gr/dL pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodelusi, terutama pada trimester 2. Anemia pada ibu hamil berhubungan dengan asupan energi dan makanan yang mengandung zat besi yang rendah. Anemia menyebabkan jaringan plasenta kekurangan suplai oksigen sehingga dapat terjadi hipoksia kronis yang menginduksi stres ibu dan janin. Respon terhadap stres akan memicu pelepasan CRH dan peningkatan produksi kortisol yang selanjutnya akan menginduksi persalinan preterm. Hasil penelitian Ulfa, dkk (2014), menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara anemia ibu hamil dengan kejadian persalinan preterm. Ibu hamil anemia memiliki risiko 4,297 kali untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan ibu hamil yang tidak anemia.^{23,24,25,26}

(2) Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Kekurangan Energi Kronik (KEK) atau malnutrisi pada ibu hamil merupakan keadaan ketika seorang ibu hamil mengalami

kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Seseorang dikatakan KEK apabila ukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) <23,5 cm. Kekurangan gizi pada ibu sebelum dan selama kehamilan menjadi penentu keluaran kehamilan yang buruk termasuk perkembangan janin yang buruk, kelahiran preterm, dan BBLR, serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas bayi.

KEK dapat menyebabkan ibu hamil tidak memiliki cadangan zat gizi untuk menyediakan kebutuhan fisiologi kehamilan sehingga dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan janin menjadi terhambat dan dapat memicu terjadinya persalinan preterm. Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester 3 kehamilan dibandingkan ibu hamil normal. Akibatnya mempunyai risiko lebih besar untuk melahirkan preterm.^{11,15,27,28}

g) Indeks Massa Tubuh (IMT)

Salah satu indikator yang menunjukkan bahwa telah terjadi keseimbangan zat gizi di dalam tubuh adalah tercapainya berat badan yang normal, yaitu berat badan yang sesuai untuk tinggi badannya, dikenal dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT normal bagi orang dewasa adalah 18,5-25,0 kg/m². Berat badan di bawah batas minimum dinyatakan sebagai *underweight* dan berat badan di atas batas maksimum dinyatakan sebagai *overweight*. IMT rendah meningkatkan risiko terjadinya persalinan preterm (OR = 2,16, 95% CI: 1.44, 3.24), IMT normal (OR = 1.60, 95% CI: 1.12, 2.29), dan IMT tinggi (OR = 2.45, 95% CI: 1.35, 4.45).^{27,29,30}

2) Obstetri

a) Paritas

Persalinan preterm lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadiannya akan berkurang dengan meningkatnya jumlah paritas yang cukup bulan sampai dengan paritas keempat. Ibu dengan paritas lebih dari empat mengalami penurunan sistem reproduksi. Paritas dua dan tiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Dari penelitian Eliza, dkk (2017) diperoleh OR sebesar 4,419 (95% CI: 2,079- 9,389) artinya ibu hamil dengan paritas 1 atau ≥ 4

berisiko 4,419 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas 2-3.^{2,19,22}

b) Pre-eklamsia

Pre-ekalmsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria. Ibu pre-eklamsia/eklamsia akan mengakibatkan penurunan aliran darah ke plasenta. Selain itu terjadi kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap perangsangan yang sering didapatkan pre-eklamsia/eklamsia sehingga mudah terjadi persalinan preterm. Persalinan preterm disertai pre-eklamsia berat meningkatkan risiko kardiovaskular berupa kejang arteriol yang dapat mengganggu aliran darah uteroplasenta dan dapat menyebabkan asfiksia berat tiba-tiba.^{19,31}

c) Riwayat Obstetri Buruk

Riwayat obstetri yang mempengaruhi persalinan preterm diantaranya ibu dengan riwayat persalinan preterm, riwayat Ketuban Pecah Dini (KPD), riwayat abortus, dan jarak kehamilan.²

(1) Riwayat Persalinan Preterm

Apabila ibu memiliki riwayat persalinan preterm sebelumnya yang tidak diketahui jelas penyebabnya, risiko ibu untuk kembali mengalami persalinan preterm meningkat tajam. Ibu dengan riwayat persalinan preterm 1 kali mempunyai risiko 4

kali lipat mendapatkan persalinan preterm lagi, sedangkan yang pernah melahirkan preterm 2 kali mempunyai risiko 6 kali lipat. Riwayat persalinan preterm merupakan faktor risiko yang kuat dan kemungkinan besar didorong oleh interaksi risiko genetik, epigenetik dan faktor lingkungan.^{32,33}

(2) Riwayat Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum persalinan. Risiko persalinan preterm pada ibu dengan riwayat KPD saat kehamilan < 37 minggu (PPROM, *Preterm Premature Rupture of Membrane*) adalah 34-44%, sedangkan risiko untuk mengalami PPRM kembali sekitar 16-32%. Kehamilan dengan KPD dapat menyebabkan kegawatan janin dan temperatur tinggi. Komplikasi yang dapat disebabkan oleh KPD dapat berupa infeksi intrauterin, sindrom distress pernapasan, kemungkinan prolaps dan terjepitnya tali pusat. Dari hasil penelitian diperoleh nilai OR sebesar 6,277 yang artinya ibu hamil dengan KPD berisiko 6,277 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu hamil tanpa riwayat KPD.^{2,22,32}

(3) Riwayat Abortus

Ibu dengan riwayat abortus dikaitkan dengan kejadian persalinan preterm. Abortus dapat berdampak perdarahan sampai menimbulkan *shock* dan gangguan neurologis/saraf dikemudian hari. Perdarahan dapat mengakibatkan infeksi alat reproduksi dan penipisan dinding uterus karena tindakan kuretase yang dilakukan tidak steril. Seorang ibu dengan riwayat abortus 5,29 kali berisiko melahirkan preterm dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat abortus dan signifikan terhadap kejadian persalinan preterm.³⁴

Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian Sebayang, S.K *et al.* (2012), yaitu bahwa ibu yang pernah mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko 0,91 kali lebih rendah untuk mengalami persalinan preterm dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya. Hal ini disebabkan karena ibu yang pernah mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya menjadi lebih sadar akan kesehatannya.⁹

(4) Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran adalah jarak waktu periode antara dua kelahiran hidup yang berurutan dari seorang wanita. Kehamilan yang berakhir dengan keguguran tidak diperhitungkan, karena keguguran tidak termasuk dalam definisi kelahiran. Jarak

kelahiran yang baik bagi ibu untuk hamil kembali adalah 2-5 tahun. Jarak 2-5 tahun dimaksudkan supaya kebutuhan zat besi ibu dapat tercukupi, ibu dapat mengurangi berat badan yang bertambah pada kehamilan sebelumnya dan mempersiapkan stamina fisik sebelum hamil berikutnya. Jarak kelahiran yang berisiko adalah <2 tahun, karena secara fisik alat-alat reproduksi belum kembali normal. Sedangkan jarak >5 tahun menyebabkan kemampuan ibu untuk hamil menurun.^{32,35,36}

3) Kesehatan Umum dan Penyakit Episodik

a) Gangguan Metabolisme

Salah satu penyakit gangguan metabolisme yang sering dialami oleh ibu hamil yaitu Diabetes Mellitus (DM). Pada ibu yang mengalami DM, cedera mikrovaskular ginjal akan merusak membran glomerulus sehingga protein akan bocor keluar ke urin. Seiring dengan memburuknya fungsi ginjal, kebocoran protein akan menimbulkan retensi cairan dan ginjal makin tidak efisien dalam membuang sampah metabolisme seperti keratinin. Gangguan ini disebut *nefropati diabetik* dan akan mempersulit kehamilan termasuk pre-eklamsia, hipertensi, BBLR, dan persalinan preterm. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) merupakan faktor komplikasi yang sering terjadi jika ibu hamil sudah mengalami fungsi ginjal yang buruk.³⁷

b) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5 - 15% penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Hipertensi dalam kehamilan didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi ini timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan atau kehamilan dengan tanda-tanda pre-eklamsia tetapi tanpa proteinuria.^{38,39}

Hipertensi dalam kehamilan menyebabkan *vasospasm* dalam pembuluh darah uterus dan mengurangi aliran darah plasenta yang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat (PJT). Gangguan seperti abrupsi plasenta, pre-eklamsia, dan PJT pada ibu dengan hipertensi memberikan kesempatan terjadinya persalinan preterm. Penelitian menunjukkan hipertensi dalam kehamilan signifikan sebagai faktor risiko terhadap kejadian persalinan preterm (OR = 3.44, 95% CI:2.60-4.55).^{7,16,40}

4) Kebiasaan

a) Merokok

Merokok dalam kehamilan mempunyai hubungan yang kuat dengan kejadian solusio plasenta, BBLR, dan kematian janin. Akibat

langsung terhadap prematuritas hanya jelas terlihat pada ibu yang tetap merokok sampai trimester akhir kehamilan. Risiko persalinan preterm pada perokok meningkat sebanyak 1,2 kali. Akibat merokok aktif tidak jauh berbeda dengan merokok pasif selama kehamilan.^{2,32}

b) Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol selama kehamilan berhubungan erat dengan gangguan pertumbuhan, cacat janin, dan kejadian persalinan preterm. Marijuana dan kokain merupakan obat-obatan yang banyak diteliti dan dihubungkan dengan kejadian prematuritas. Pemakaian kokain mempunyai kemungkinan prematuritas 2 kali lebih tinggi.²

5) Karakteristik BBL

a) Jenis Kelamin

Bayi laki-laki mengalami peningkatan risiko persalinan preterm spontan dibandingkan dengan bayi perempuan antara umur kehamilan 27-31 minggu (RR 1,2; 95% CI 1,16-1,23). Bayi laki-laki secara signifikan meningkatkan risiko morbiditas neonatal dari usia kehamilan 29 minggu ke atas (RR 1,3; 95% CI ,3-1,4).⁴¹

b) Kelainan Konginetal

Kelainan kongenital merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Cacat lahir > 2 kali lebih umum di antara persalinan preterm (24-36 minggu) dibandingkan dengan

persalinan aterm (37-41 minggu kehamilan) (PR = 2,65, 95% CI: 2,62-2,68), dan sekitar 8% dari persalinan preterm memiliki cacat lahir. Cacat lahir > 5 kali lebih mungkin di antara persalinan preterm (kehamilan 24-31 minggu) dibandingkan dengan persalinan aterm (PR = 5,25, 95% CI 5,15-55,35), dengan sekitar 16% persalinan sangat preterm memiliki cacat lahir. Cacat yang paling kuat terkait dengan persalinan sangat preterm adalah cacat sistem saraf pusat dan cacat kardiovaskular.⁴²

6) Infeksi dan Lingkungan

Malaria merupakan penyakit tropis yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* dan disebarkan melalui gigitan nyamuk. Infeksi malaria pada kehamilan dapat menimbulkan keadaan patologi pada ibu hamil seperti demam, anemia, hipoglikemia, edema paru akut, gagal ginjal bahkan dapat menyebabkan kematian. Pada janin menyebabkan abortus, persalinan preterm, BBLR, dan kematian janin. Kondisi ini dapat terjadi akibat malaria di masa kehamilan karena adanya gangguan suplai nutrisi dan oksigen dari ibu ke janin. Selain itu, proses inflamasi yang diperantarai oleh sitokin Th1 akibat infeksi parasit malaria juga mempengaruhi secara langsung proses tumbuh kembang janin.⁴³

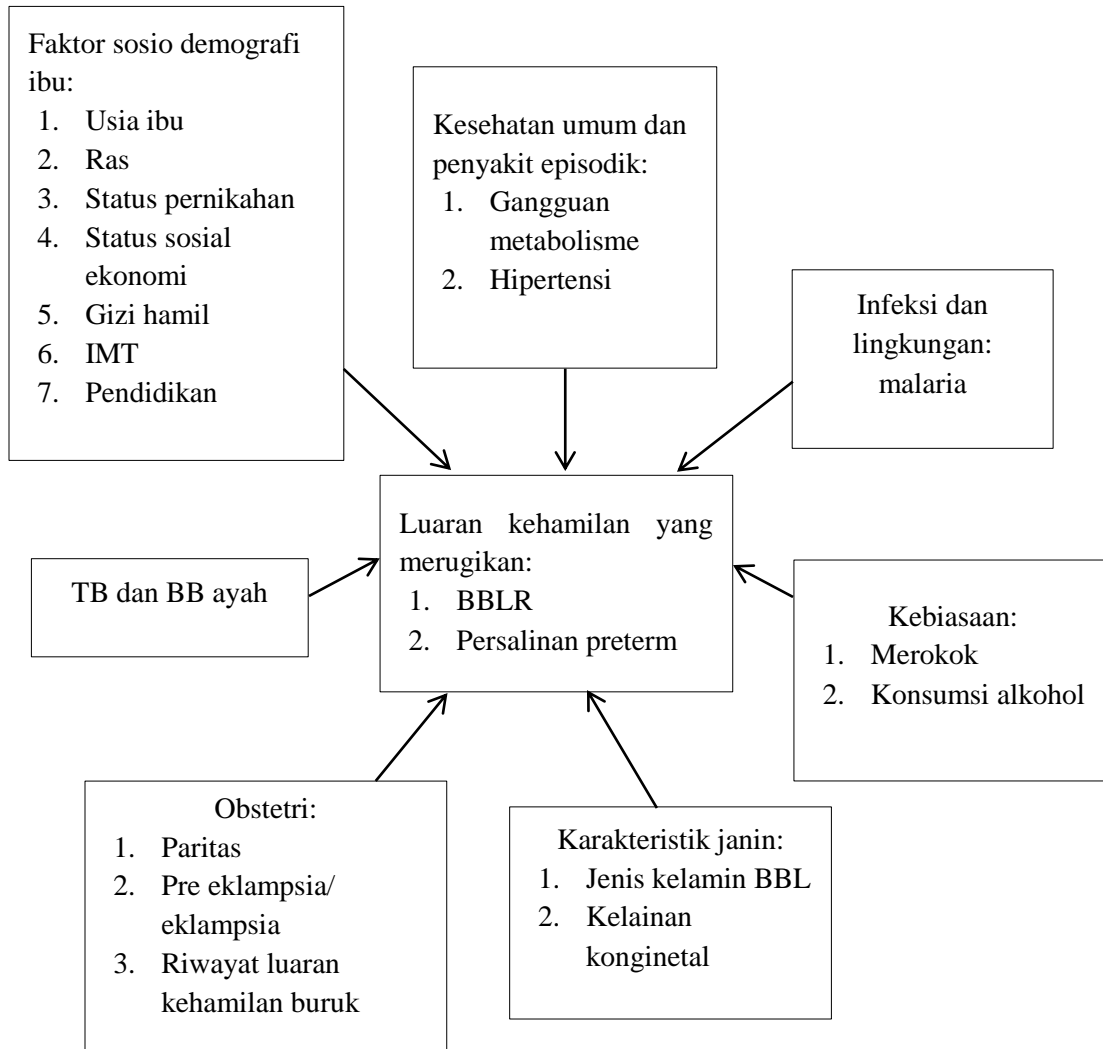
7) Faktor Ayah

Faktor ayah yang mempengaruhi persalinan preterm adalah tinggi badan dan berat badan. Hasil penelitian menunjukkan risiko tertinggi persalinan preterm pada orangtua pendek (OR= 2,72), perawakan ayah pendek (OR= 2,27), orangtua obesitas (OR= 1,80), perawakan ibu pendek (OR= 1,72), ayah obesitas (OR= 1,62), dan ibu obesitas (OR= 1,53).⁴⁴

e. Komplikasi Persalinan Preterm

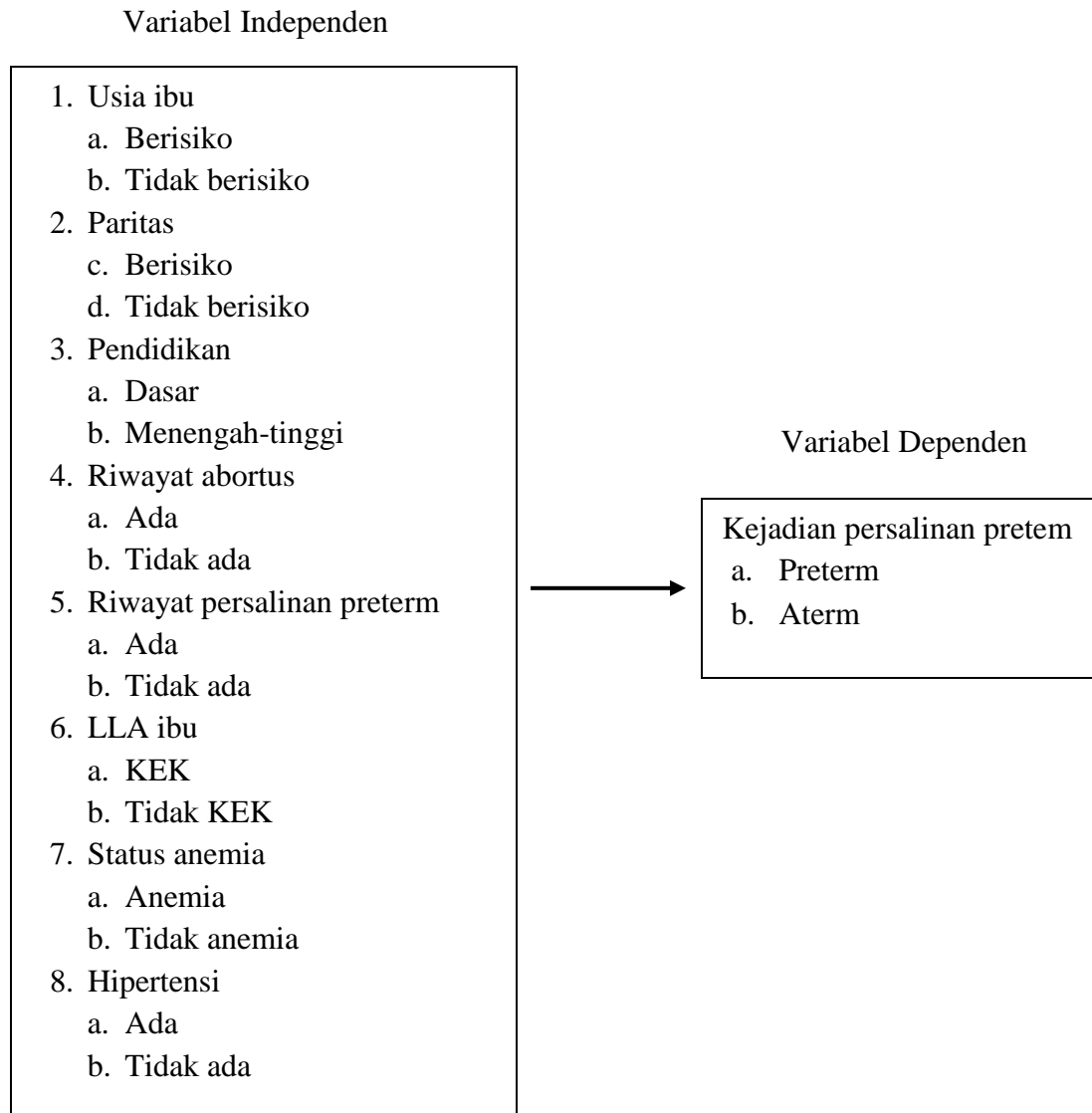
Bayi yang lahir preterm memiliki banyak kerugian, termasuk stres untuk orangtua dan keluarga, perawatan di rumah sakit yang lama, dan biaya yang cukup besar. Pada ibu setelah mengalami persalinan preterm, infeksi endometrium lebih sering terjadi mengakibatkan sepsis dan lambatnya penyembuhan luka episiotomi. Pada bayi, selain berkontribusi signifikan terhadap kematian, dampak persalinan preterm dapat berlangsung sepanjang hidup dengan mengganggu fungsi perkembangan saraf melalui peningkatan risiko *cerebral palsy*, gangguan belajar, dan gangguan penglihatan serta mempengaruhi kesehatan fisik jangka panjang dengan risiko tinggi terhadap penyakit tidak menular. Komplikasi pada bayi yang dapat terjadi diantaranya adalah perdarahan intraventrikular, leukomalasia periventrikular, retinopati prematuritas, sindrom gawat napas/imaturitas paru, *Patent Ductus Arteriosus* (PDA), sepsis, dan enterokolitis nekrotikans.^{1,45,46}

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Menurut Mombo-Ngoma, G. *et al.* (2016) Tentang Faktor Risiko Luarannya Kehamilan yang Merugikan⁸

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

1. Ada hubungan bermakna antara usia ibu dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
2. Ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
3. Ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
4. Ada hubungan bermakna antara riwayat abortus dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
5. Ada hubungan bermakna antara riwayat persalinan preterm dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
6. Ada hubungan bermakna antara LLA ibu dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
7. Ada hubungan bermakna antara status anemia dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
8. Ada hubungan bermakna antara hipertensi dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.
9. Ada faktor paling dominan yang berhubungan dengan kejadian persalinan preterm di RSUD Wates tahun 2017.