

**HUBUNGAN STRESOR PSIKOSOSIAL PADA KEHAMILAN DENGAN
PARTUS PREMATURUS**

TESIS



Oleh:

YULI NENTI HERLINA

BP.1121228017

**PROGRAM STUDI S-2 KEBIDANAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS PADANG
TAHUN 2014**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Partus Prematurus
Nama Mahasiswa : Yuli Nenti Herlina
No BP : 1121228017
Program Studi : S2 Kebidanan

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Pembimbing dan Tim Penguji ujian Akhir Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang dan dinyatakan lulus pada tanggal 24 Desember 2014.

Menyetujui,

1. Komisi Pembimbing

dr. Hj. Desmiwati, SpOG (K)
Ketua

dr. H. Edison, MPH
Anggota

Mengetahui

2. Ketua Program Studi

dr. Yusrawati, SpOG (K)
Nip. 19650624 199203 2001



3. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Masrul, MSc, SpGK
Nip. 19561226 198710 100

HUBUNGAN STRESOR PSIKOSOSIAL PADA KEHAMILAN DENGAN PARTUS PREMATURUS

Yuli Nenti Herlina

(Di bawah bimbingan : dr.Hj. Desmiwarti, SpOG (K) dan dr. H. Edison, MPH)

RINGKASAN

Kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) merupakan penyebab terbesar kematian bayi baik di negara berkembang maupun negara maju. Serta menyebabkan *morbiditas* yang serius baik jangka pendek maupun jangka panjang. Kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) adalah persalinan pada usia kehamilan ibu kurang 37 minggu.

Kehamilan kurang bulan merupakan suatu keadaan patologis dengan beragam penyebab (kurang bulan *parturition syndrome*). Lebih kurang 50% disebabkan kurang bulan spontan yang merupakan akselerasi sumbu HPA ibu janin yang disebabkan stres fisik dan psikologis selama kehamilan. Stres psikologis dapat disebabkan peristiwa kehidupan sehari-hari yang dikenal dengan stres psikososial.

Stres psikososial disebabkan bermacam-macam stresor psikososial. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan beberapa stresor psikososial yaitu masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang, serta beban pekerjaan dengan *partus prematurus*.

Penelitian dilakukan di rumah sakit, bidan praktek dan rumah bersalin di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman. Jenis penelitian analitik observasional dengan rancangan *case control* dengan populasi ibu bersalin prematur dan ibu bersalin aterm. Sampel pada penelitian ini berjumlah 72 yang terdiri atas 36 kasus dan 36 kontrol terhadap ibu bersalin selama bulan Juli dan Agustus 2014 di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman.

Pada penelitian ini yang menjadi variabel dependet adalah *partus prematurus* sedangkan variabel independent terdiri atas masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, kesulitan ekonomi, kehamilan sekarang serta beban pekerjaan.

Untuk mendapatkan data yang relevan dengan masalah yang diteliti, peneliti menggunakan kuisioner dan lembar rekam medis. Penggunaan kuisioner untuk mendapatkan data primer sedangkan data sekunder didapatkan dari rekam medis tentang persalinan prematur. Data dianalisis menggunakan analisis *univariat* dan *bivariat* menggunakan uji statistik *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan stresor masalah internal keluarga dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) dengan nilai $p < 0,05$ (0,009), stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) dengan nilai $p < 0,05$ (0,032). Sedangkan stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang serta beban pekerjaan dari uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

LEMBAR PERSYARATAN

**HUBUNGAN STRESOR PSIKOSOSIAL PADA KEHAMILAN DENGAN
PARTUS PREMATURUS**

Oleh:

**YULI NENTI HERLINA
BP.1121228017**

Tesis

Sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Magister Kebidanan
pada Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran
Univertas Andalas

**PROGRAM STUDI S-2 KEBIDANAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS PADANG
TAHUN 2014**

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa isi tesis yang saya tulis dengan judul **“Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Partus Prematurus”** adalah karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari orang lain, kecuali kutipan yang sumbernya dicantumkan. Jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar maka status kelulusan saya dan gelar yang saya peroleh menjadi batal dengan sendirinya.

Padang, 24 Desember 2014

Pembuat Pernyataan

Yuli Nenti Herlina
No.BP.1121228017



No. Alumni Umum: Yuli Nenti Herlina
 No. Alumni Fakultas: [blank]
 a) Tempat/Tanggal Lahir: Padangpanjang/ 19 Juli 1975, b) Nama Orang Tua: H. Sanadi (Ayah), Hj. Yustizar (Ibu) c) Program Studi: S-2 Kebidanan, d) Fakultas Kedokteran Program Pasca Sarjana, e) No BP: 1121228017, f) Tanggal Lulus: 24 Desember 2014, g) Predikat Lulus: Memuaskan, h) IPK: 3,23, i) Lama Studi: 2 Tahun 10 bulan, j) Jl. Syekh Ibrahim Musa Rt. 07 Tembok Bulek Kel. Ganting Kec. Padangpanjang Timur, Kota Padangpanjang, Provinsi Sumatera Barat.

Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan dengan Partus Prematurus
 Oleh: Yuli Nenti Herlina
 di bawah bimbingan: 1. dr. Desmiwati, SpOG (K) 2. dr. H. Edison, MPH

ABSTRAK

Partus prematurus merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian bayi dinegara berkembang maupun negara maju. *Partus prematurus* merupakan suatu keadaan patologis dengan beragam penyebab, lebih kurang 50% disebabkan prematur spontan yang merupakan akselerasi sumbu HPA ibu-janin yang disebabkan stres fisik dan psikologis dalam kehamilan. Stres psikologis dapat disebabkan peristiwa kehidupan sehari-hari (stres psikososial) yang disebabkan stresor psikososial. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan beberapa stresor psikososial dengan *partus prematurus*.

Penelitian ini merupakan studi analitik observasional dengan rancangan *case control*. Kasus adalah ibu bersalin dengan usia gestasi < 37 minggu sedangkan kontrol ≥ 37 minggu di rumah sakit, klinik bersalin dan praktik bidan di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman pada tahun 2014. Sampel terdiri 36 kasus dan 36 kontrol yang memenuhi kriteria inklusi, analisis menggunakan uji *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

Stresor masalah internal keluarga ($p = 0,009$; OR = 0,245; 95% CI = 0,091 – 0,659) dan perubahan hidup lingkungan tempat tinggal ($p = 0,032$; OR = 0,253; 95% CI = 0,080 – 0,807) ada hubungan dengan *partus prematurus*. Stresor kesulitan ekonomi, kehamilan sekarang serta beban pekerjaan tidak terbukti ada hubungan dengan *partus prematurus*.

Stresor masalah internal keluarga dan perubahan hidup lingkungan tempat tinggal adalah beberapa stresor psikososial yang terbukti berhubungan dengan *partus prematurus* di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman. Untuk itu disarankan kepada semua pihak (suami, keluarga dan masyarakat) memberikan dukungan sosial terhadap ibu hamil.

Kata Kunci: Partus Prematurus, Stresor Psikososial

Tesis ini telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada tanggal 4 Desember 2014. Abstrak telah disetujui penguji.

| | | | | | |
|--------------|-------------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Tanda Tangan | | | | | |
| Nama Terang | dr. Desmiwati, SpOG (K) | dr. Edison, MPH | Dr. dr. Adrul Edwin Nurdin, SpKJ | dr. Yusrawati, SpOG (K) | dr. Yumar Lestari, M.Kes |

Mengetahui,
 Ketua Program Studi : dr. Yusrawati, SpOG (K)
 Nama

Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftarkan ke Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas dan mendapat nomor alumnus

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------|
| | Petugas Pasca Sarjana Universitas | |
| No. Alumnus Pasca Sarjana | Nama: | Tanda Tangan |
| No. Alumnus Universitas | Nama: | Tanda Tangan |

**PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS ANDALAS
PROGRAM STUDI S-2 KEBIDANAN
TESIS, DESEMBER 2014
YULI NENTI HERLINA**

Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan dengan Partus Prematurus

xi + 84 halaman + 16 tabel + 3 gambar +10 lampiran

ABSTRAK

Partus prematurus merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian bayi dinegara berkembang maupun negara maju. *Partus prematurus* merupakan suatu keadaan patologis dengan beragam penyebab, lebih kurang 50% disebabkan prematur spontan yang merupakan akselerasi sumbu HPA ibu-janin yang disebabkan stres fisik dan psikologis dalam kehamilan. Stres psikologis dapat disebabkan peristiwa kehidupan sehari-hari (stres psikososial) yang disebabkan stresor psikososial. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan beberapa stresor psikososial dengan *partus prematurus*.

Penelitian ini merupakan studi analitik observasional dengan rancangan *case control*. Kasus adalah ibu bersalin dengan usia gestasi <37 minggu sedangkan kontrol \geq 37 minggu di rumah sakit, klinik bersalin dan praktik bidan di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman pada tahun 2014. Sampel terdiri 36 kasus dan 36 kontrol yang memenuhi kriteria inklusi, analisis menggunakan uji *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

Stresor masalah internal keluarga ($p=0,009$; OR=0,245; 95% CI =0,09–0,659) dan perubahan hidup lingkungan tempat tinggal ($p=0,032$; OR=0,253; 95% CI=0,080–0,807) ada hubungan dengan *partus prematurus*. Stresor kesulitan ekonomi, kehamilan sekarang serta beban pekerjaan tidak terbukti ada hubungan dengan *partus prematurus*.

Stresor masalah internal keluarga dan perubahan hidup lingkungan tempat tinggal adalah beberapa stresor psikososial yang terbukti berhubungan dengan *partus prematurus* di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman. Untuk itu disarankan kepada semua pihak (suami, keluarga dan masyarakat) memberikan dukungan sosial terhadap ibu hamil.

Daftar bacaan: 25(2008-2014)

Kata Kunci : Partus Prematurus, Stresor Psikososial

**POSTGRADUATE PROGRAM OF ANDALAS UNIVERSITY
MAGISTER MIDWIFERY PROGRAM
THESIS, DECEMBER 2014
YULI NENTI HERLINA**

**The Relationship Between Psychosocial Stressor During Pregnancy and
Preterm Labor**

xi + 84 Pages + 16 Tables + 3 Pictures + 10 Appendixes

ABSTRACT

Preterm labor is the main cause of perinatal morbidity and mortality in developing and developed countries. Preterm labor is a pathologic state with various cases, less than 50% caused by spontaneous preterm labor which is an acceleration process of fetal–maternal hypothalamic pituitary adrenal axis that caused by physical and psychological stress during pregnancy. Psychological stresses caused by daily events (psychosocial stress) as a result from psychological stressor. This study aims for determining the relationship between psychological stressor and preterm labor.

This is an observational analytic study with case control design. Case group of samples are women who delivered in < 37 weeks of gestation, and control group of samples are women who delivered in \geq 37 weeks of gestation in hospital, maternity clinic, and private practice of midwives in Sawahlunto, Payakumbuh and Pariaman in 2014. Samples consist of 36 people for controls which met inclusion criteria. Data were analyzed by using chi-square test with 95% confidence interval ($\alpha=0,05$).

Internal family problems stressor ($p= 0,009$; $OR=0,245$; $95\%CI=0,09-0,659$), and changes in life of environment ($p=0,032$; $OR=0,253$; $95\%CI=0,080-0,807$), that means there is relationship with preterm labor and they are protective factors. Difficulty economic stressor, current pregnancy problem and workload were not proven as a risk factors for preterm labor.

Internal family problem and changes in life of environment are some of psychosogical stressor that had been proven has relationship with preterm labor in Sawahlunto, Payakumbuh and Pariaman city. There for, we had suggestion to all sector (husband, family and society) to give their social support to pregnant women).

References : 25 (2008-2014)

Keywords: Preterm Labor, Psychosocial Stressor

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 19 Juli 1975 di Padangpanjang sebagai anak pertama dari tujuh bersaudara dari pasangan Ayah H. Sanadi dan Ibu Hj. Yustizar. Penulis menamatkan sekolah di SD Inpres 5/81 Ganting Padangpanjang pada tahun 1988, SMPN Gunung Padangpanjang pada tahun 1991, SPK Depkes RI Solok pada tahun 1994 dan Program Pendidikan Bidan di SPK Depkes RI Solok pada tahun 1995. Penulis memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (A.Md Keb) di Akademi Kebidanan Harapan Kita Poltekes Jakarta III pada tahun 2004. Lalu melanjutkan pendidikan di D-IV Kebidanan Poltekes Padang lulus pada tahun 2009 dengan gelar Sarjana Sains Terapan (SST).

Sejak tahun 1995 sampai tahun 2000, penulis bekerja sebagai bidan PTT di Kabupaten Solok. Tahun 2000-2004 penulis bekerja sebagai bidan praktek swasta (BPS) di Kelurahan Kota Bambu Utara Kecamatan Palmerah Jakarta Barat. Sejak 1 Januari 2005 hingga sekarang penulis bekerja sebagai PNS di PEMDA Kota Padangpanjang. Pada tahun 2011, penulis memperoleh kesempatan untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pasca Sarjana (PPS) Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan Kehadiran Allah SWT atas Berkah dan Karunia-Nyalah sehingga telah dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Partus Prematurus”. Adapun tujuan dari penulisan Tesis ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Magister Kebidanan Program Pasca Sarjana Universitas Andalas.

Selama penyusunan Tesis ini, penulis mendapat dukungan dan arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya, khususnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. dr. Masrul, M.Sc, SpGK, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
2. Ibu dr. Yusrawati, SpOG (K), Ketua Program Studi Magister Kebidanan Program Pasca Sarjana Universitas Andalas, sekaligus sebagai penguji II
3. Ibu Dra. Arni Amir, MS, Sekretaris Program Studi Magister Kebidanan Program Pasca Sarjana Universitas Andalas, sekaligus sebagai pemimpin sidang pada saat ujian akhir Tesis.
4. Ibu dr. Desmiwati, SpOG (K), Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan dan dukungan dalam penyusunan Tesis ini.

5. Bapak dr. Edison, MPH, Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan dan dukungan dalam penyusunan Tesis ini.
6. Bapak Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, SpKJ, selaku penguji I yang telah banyak memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan Tesis ini.
7. Ibu dr. Yuniar Lestari, M. Kes, selaku penguji III yang telah banyak memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan Tesis ini.
8. Suamiku tercinta Zulkrianto dan buah hatiku Nabila Khoirunnisa, Muhammad Aulia Akbar, Ahmad Shidiq Al-Fariz dan Khalifathur Rahman yang menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan.
9. Seluruh keluargaku yang selalu membantu dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan.
10. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada teman-teman angkatan 1 S2 Kebidanan Universitas Andalas dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Semoga segala amal kebaikan semuanya mendapat imbalan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan Tesis ini, maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun sehingga menjadi bahan untuk perbaikan Tesis ini selanjutnya.

Semoga Tesis ini dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu kesehatan khususnya ilmu kebidanan.

Padang, Desember 2014

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| KATA PENGANTAR | ii |
| ABSTRAK | iii |
| DAFTAR ISI | vi |
| DAFTAR TABEL | viii |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| DAFTAR SINGKATAN | x |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1 Tujuan umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat penelitian | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Kelahiran kurang bulan (kelahiran prematur) | 7 |
| 2.1.1 Definisi..... | 7 |
| 2.1.2 Penyebab..... | 7 |
| 2.1.3 Diagnosa persalinan prematur | 12 |
| 2.1.4 Fisiologi persalinan normal | 13 |
| 2.1.5 Fisiologi dan biokimia persalinan prematur | 16 |
| 2.2 Stres psikososial | 21 |
| 2.2.1 Definisi stres | 21 |
| 2.2.2 Konsep stres | 22 |
| 2.2.3 Stres dan stresor dalam homeostasis | 23 |
| 2.2.4 Respon stres | 25 |
| 2.2.5 Stres psikososial..... | 28 |
| 2.3 Hubungan stresor psikososial terhadap kelahiran prematur | 33 |
| 2.3.1 Interaksi antara stres dan kehamilan..... | 33 |
| 2.3.2 Mengatasi stres pada kehamilan | 39 |
| 2.4 Kerangka teori | 41 |
| BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 42 |
| 3.1 Kerangka konsep | 42 |
| 3.2 Hipotesis | 43 |
| BAB IV METODE PENELITIAN | 44 |
| 4.1 Jenis dan desain penelitian | 44 |
| 4.2 Lokasi dan waktu penelitian | 44 |
| 4.3 Populasi dan sampel..... | 45 |
| 4.4 Variabel penelitian | 49 |
| 4.5 Definisi operasional | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 4.6 Instrumen penelitian..... | 52 |
| 4.7 Teknik pengumpulan data | 52 |
| 4.8 Teknik pengolahan data | 53 |
| 4.9 Teknik analisis data | 54 |
| BAB V HASIL PENELITIAN | 56 |
| 5.1 gambaran Karakteristik Responden | 56 |
| 5.2 Analisis Univariat | 58 |
| 5.2.1 Stresor masalah internal keluarga | 58 |
| 5.2.2 Stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal..... | 59 |
| 5.2.3 Stresor kesulitan ekonomi | 60 |
| 5.2.4 Stresor kehamilan sekarang | 61 |
| 5.2.5 Stresor beban pekerjaan | 63 |
| 5.3 Analisis Bivariat | 64 |
| 5.3.1 Hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur | 64 |
| 5.3.2 Hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur..... | 65 |
| 5.3.3 Hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur..... | 66 |
| 5.3.4 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur | 67 |
| 5.3.5 Hubungan stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur | 67 |
| 5.4 Keterbatasan penelitian | 68 |
| BAB VI PEMBAHASAN | 69 |
| 6.1 Stresor Psikososial | 69 |
| 6.1.1 Masalah internal keluarga | 69 |
| 6.1.2 Perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal | 71 |
| 6.1.3 Kesulitan ekonomi | 72 |
| 6.1.4 Kehamilan sekarang | 73 |
| 6.1.5 Beban pekerjaan | 74 |
| 6.2 Analisis Bivariat | 74 |
| 6.2.1 Hubungan masalah internal keluarga dengan persalinan prematur | 74 |
| 6.2.2 Hubungan perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur | 76 |
| 6.2.3 Hubungan kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur.... | 77 |
| 6.2.4 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur | 78 |
| 6.2.5 Hubungan beban pekerjaan dengan persalinan prematur | 79 |
| BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN | 82 |
| 7.1 Kesimpulan | 82 |
| 7.2 Saran | 83 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | Tabel |
|---|-------|
| Tabel 5.1 Karakteristik responden | 57 |
| Tabel 5.2 Distribusi frekuensi stresor masalah internal keluarga pada kasus dan kontrol | 58 |
| Tabel 5.3 Distribusi frekuensi aspek stresor masalah internal keluarga | 59 |
| Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Stresor Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal pada Kasus dan Kontrol | 59 |
| Tabel 5.5 Distribusi frekuensi aspek perubahan hidup..... | 60 |
| Tabel 5.6 Distribusi frekuensi stresor kesulitan ekonomi pada kasus dan kontrol | 61 |
| Tabel 5.7 Distribusi frekuensi aspek stresor kesulitan ekonomi | 61 |
| Tabel 5.8 Distribusi frekuensi stresor kehamilan sekarang pada kasus dan kontrol | 62 |
| Tabel 5.9 Distribusi frekuensi aspek stresor kehamilan sekarang | 62 |
| Tabel 5.10 Distribusi frekuensi stresor beban pekerjaan pada kasus dan kontrol | 63 |
| Tabel 5.11 Distribusi frekuensi aspek stresor beban pekerjaan | 63 |
| Tabel. 5.12 Hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol | 64 |
| Tabel 5.13 Hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol | 65 |
| Tabel. 5.14 Hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol | 66 |
| Tabel. 5.15 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol..... | 66 |
| Tabel. 5.16 Hubungan stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol..... | 68 |

DAFTAR GAMBAR

| | Gambar |
|---|--------|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori | 41 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual | 42 |
| Gambar 4.1 Skema Dasar <i>Case Control Study</i> (Sastroasmoro, 2011) | 44 |

DAFTAR SINGKATAN

| | | |
|-----------------|---|---------------------------------------|
| ANS | = | autonomic nervous system |
| AC _h | = | asetilkolin |
| ACTH | = | adrenokortikotropik hormon |
| ANC | = | antenatal care |
| BBLR | = | berat badan lahir rendah |
| CRH | = | corticotropic releasing hormon |
| EP | = | epinephrin |
| G-CSF | = | granulocyte colony stimulating faktor |
| HPA | = | hipotalamic pituitary adrenal |
| IL | = | interleukin |
| MCP | = | monosit magrofag |
| NE | = | norepinephrin |
| P _g | = | prostaglandin |
| SDKI | = | survei demografi kesehatan Indonesia |
| SAM | = | sistem simpatik adromedullary |
| SSP | = | sistem saraf pusat |
| TNF | = | tumor nekrosis faktor |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Pernyataan bersedia menjadi responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 : Kuisisioner penelitian
- Lampiran 4 : Master tabel
- Lampiran 5 : Tabel pemilihan sampel
- Lampiran 6 : Data Kasus dan Kontrol
- Lampiran 7 : Output SPSS
- Lampiran 8 : Surat izin penelitian
- Lampiran 9 : Surat keterangan selesai penelitian
- Lampiran 10 : Surat keterangan lolos kaji etik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kematian bayi merupakan salah satu indikator derajat kesehatan. Menurut Cunningham *et al.*, (2014), tiga penyebab utama kematian bayi adalah *malformasi kongenital*, berat badan lahir rendah dan sindrom kematian mendadak. Bayi yang lahir pada usia kehamilan paling muda dan berat lahir sangat rendah mempunyai pengaruh yang besar terhadap kematian bayi (Cunningham *et al.*, 2014).

Diseluruh dunia empat juta bayi meninggal dalam 4 minggu pertama kehidupan (Lawn, 2005 dalam Cunningham *et al.*, 2014). Di Amerika Serikat pada tahun 2004 seperempat dari kematian neonatal akibat kelahiran kurang bulan atau *partus prematurus* (Cunningham *et al.*, 2014).

Di Amerika Serikat kelahiran kurang bulan merupakan masalah kesehatan utama serta penyebab yang signifikan terjadinya *morbiditas* dan *mortalitas perinatal*. Kelahiran kurang bulan penyebab terbesar kematian bayi. Sekitar dua pertiga kematian bayi disebabkan kelahiran kurang bulan atau *partus prematurus* (Cunningham *et al.*, 2014).

India merupakan negara dengan angka kejadian *partus prematurus* tertinggi didunia. Kelahiran kurang bulan atau kelahiran *prematum* tidak hanya dinegara berkembang tetapi juga dinegara maju. Amerika Serikat termasuk 10 negara dengan angka kelahiran *prematum* tertinggi didunia (Wahyuningsih, 2012).

Menurut survey demografi kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian bayi 32/1.000 kelahiran hidup. Kematian terbesar

adalah kematian neonatus yaitu 19/1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia pada tahun 2012 angka kelahiran kurang bulan atau kelahiran *prematum* 19% dari seluruh persalinan yaitu 675.700. Indonesia merupakan negara ke-5 terbesar kasus kelahiran kurang bulan atau kelahiran *prematum* di dunia (Wahyuningsih, 2012).

Menurut data yang didapatkan dari bidang PPK Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, pada tahun 2013 angka kelahiran *prematum* pada beberapa daerah tingkat II di Sumatera Barat masih cukup tinggi. Kejadian kelahiran *prematum* tertinggi di Kota Sawahlunto 10.44% disusul Kota Payakumbuh 4.76% dan Kota Pariaman 4.32% (Data DinKes Prov. Sumbar 2014).

Kelahiran kurang bulan atau kelahiran *prematum* adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan ibu kurang 37 minggu (Cunningham *et al.*, 2014). Kelahiran kurang bulan terdiri atas kelahiran kurang bulan lanjut (kelahiran dengan usia kehamilan 34-36 minggu terdiri dari 75 persen dari semua kelahiran kurang bulan) serta kelahiran kurang bulan berukuran kecil-berat badan lahir sangat rendah dan berat badan lahir ekstrim rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

Morbiditas pada bayi kurang bulan karena sistem organ yang *imatur*. Berbagai masalah-masalah utama pada sistem organ yang memberi efek jangka pendek dan jangka panjang pada bayi kurang bulan dengan berat badan lahir sangat rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

Banyak dari bayi kurang bulan yang bertahan hidup menderita *morbiditas* yang serius baik masalah utama jangka pendek maupun jangka panjang. Masalah utama jangka pendek seperti: *sindrom distres pernafasan*, *hiperbillirubin*, *retinopati prematuritas*, *hipoglikemia* dan lain-lain. Sedangkan masalah jangka

panjang seperti: *cerebral palsy*, kebutaan, hambatan *neurodevelopmental*, gangguan kognitif dan lain-lain (Cunningham *et al.*, 2014).

Menurut Cunningham *et al.*, (2014), persalinan kurang bulan atau *partus prematur* adalah suatu keadaan patologis dengan beragam penyebab yang dikenal dengan *kurang bulan parturition syndrome*. Sekitar 50 persen persalinan kurang bulan disebabkan persalinan kurang bulan spontan. Persalinan kurang bulan spontan merupakan suatu akselerasi proses yang normal yang diakibatkan aktivasi *prematum* sumbu *hipotalamik-pituitari-adrenal* (HPA) ibu janin.

Taylor (2009), menyatakan aktivasi *sumbu hipotalamik-pituitari-adrenal* (HPA) ibu janin dapat disebabkan stres fisik dan psikologis ibu yang berdampak terhadap janin. Aktivasi endokrin janin yang terlalu cepat menyebabkan peningkatan *corticotropic releasing hormon* (CRH) plasenta sehingga merangsang sekresi prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus, pecah ketuban sehingga terjadi persalinan *prematum* (Cunningham *et al.*, 2014).

Menurut lockwood (1999) dan Wadha *et al.*, (2001) dalam Cunningham *et al.*, (2014), hubungan antara stres psikologis dan sumbu endokrin plasenta adrenal atau *hipotalamik-pituitari-adrenal* (HPA) kemungkinan merupakan mekanisme persalinan kurang bulan yang dipicu oleh stres. Menurut penelitian yang dilakukan Saftlas dan Beydoun pada tahun 2000 dan 2006 dalam laporannya 9 dari 11 studi menemukan efek stres yang signifikan dalam kehamilan (*prenatal stress*) terhadap masa gestasi atau risiko kelahiran kurang bulan (Contrada, 2011).

Penelitian yang dilakukan Aditya dkk pada tahun (2012), dengan sampel 45 ibu yang mengalami kelahiran kurang bulan. Didapatkan adanya hubungan antara derajat stres psikososial ibu terhadap kejadian kelahiran kurang bulan dengan

uraian: tingkat stres berat 64,4 persen, stres sedang 14 persen dan stres ringan 2 persen.

Menurut Curry (1998), dalam Woods *et al.*, (2010) stres psikologis yang dialami ibu selama kehamilan adalah stres yang diakibatkan peristiwa kehidupan sehari-hari yang dialami ibu yang dikenal sebagai stres psikososial. Stres psikososial disebabkan oleh berbagai macam stresor psikososial seperti masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, kekhawatiran kesulitan ekonomi, kehamilan sekarang dan beban pekerjaan.

Menurut Woods *et al.*, (2010) dalam penelitiannya yang bertujuan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan stres psikososial selama kehamilan dengan sampel: 1522 ibu hamil yang mendapat ANC, sebagian besar ibu hamil mengalami stres psikososial selama kehamilan 78 persen *low-moderate stress*, 6 persen *high stress*. Stres psikososial juga diketahui berakibat pada *outcome* yg buruk pada persalinan seperti kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) serta *prematuur* atau kelahiran kurang bulan.

Dikutip dari buku yang ditulis Wadhwa *et al.*, (2002), seorang pakar menyimpulkan “Proses psikososial ibu dalam kehamilan sama pentingnya dan mempunyai derajat pertimbangan yang sama dengan penelitian lain yang meneliti tentang faktor risiko obstetrik karena secara keseluruhan, besarnya efek independen keduanya terhadap keluaran terkait prematuritas sama besar” (Contrada, 2011).

Bahaya psikologis akibat tekanan emosional ibu selama kehamilan berdampak pada sistem keseimbangan endokrin dan penyesuaian diri pasca natal.

Kesehatan psikososial wanita hamil adalah *prediktor* signifikan terhadap kesehatan intrapartum, bayi baru lahir dan masa nifas (Pieter, 2011).

Perawatan yang berpusat pada ibu yang merupakan salah satu prinsip pola praktik kebidanan baru. Memberikan dukungan sosial pada waktu *ante natal care* terutama bagi pasien yang mempunyai risiko sebagai upaya *preventif* dan *promotif* sangat besarnya dampaknya terhadap penurunan *mortalitas* dan *morbiditas* bayi (Fraser *et al.*, 2009).

Masih tingginya angka kelahiran kurang bulan dan besarnya dampak yang ditimbulkan melatarbelakangi penulis melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Partus Prematurus”

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

- 1.2.1 Apakah terdapat hubungan stresor masalah internal keluarga dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*)?
- 1.2.2 Apakah terdapat hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*)?
- 1.2.3 Apakah terdapat hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*)?
- 1.2.4 Apakah terdapat hubungan stresor kehamilan sekarang dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*)?
- 1.2.5 Apakah terdapat hubungan stresor beban pekerjaan dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*)?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang, stresor beban pekerjaan dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Membuktikan hubungan stresor masalah internal keluarga dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.3.2.2 Membuktikan hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.3.2.3 Membuktikan hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.3.2.4 Membuktikan hubungan stresor kehamilan sekarang dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.3.2.5 Membuktikan hubungan stresor beban pekerjaan dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Akademik

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dasar ilmiah tentang hubungan beberapa aspek stresor psikososial terhadap kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.4.2 Bagi Klinisi

Memberikan data yang mendukung sehingga adanya implementasi asuhan kebidanan yang tepat untuk ibu yang berisiko tinggi terhadap kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

1.4.3 Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat memahami hubungan beberapa aspek stresor psikososial terhadap kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) sehingga adanya dukungan untuk meningkatkan kepercayaan diri (*esteem support*) bagi ibu hamil, terutama dari keluarga terdekat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kelahiran Kurang Bulan (*Partus Prematurus*)

2.1.1 Definisi

Kelahiran kurang bulan atau *partus prematur* adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan ibu kurang 37 minggu (Cunningham *et al.*, 2014). Kelahiran kurang bulan terdiri atas kelahiran kurang bulan lanjut (kelahiran dengan usia kehamilan 34-36 minggu terdiri dari 75 persen dari semua kelahiran kurang bulan) serta kelahiran kurang bulan berukuran kecil-berat badan lahir sangat rendah dan berat badan lahir ekstrim rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.2 Penyebab

Menurut Cunningham *et al.*, (2014), penyebab kelahiran kurang bulan banyak faktor yang saling berintegrasi, mendahului dan berkontribusi. Beberapa penyebab kelahiran kurang bulan di Amerika Serikat:

a. Penyebab utama :

- 1) Pelahiran atas indikasi ibu atau janin sehingga persalinan di induksi atau bayi dilahirkan dengan bedah *Caesar*.

Indikasi medis yang paling sering penyebab kelahiran kurang bulan adalah: *preeklamsia, distres janin, kecil masa kehamilan, solusio plasenta*.

- 2) Persalinan kurang bulan spontan dengan selaput ketuban utuh (40-45 persen).

Patogenesis persalinan kurang bulan spontan terkait dengan *withdrawal progesteron*, inisiasi oksitosin dan aktivasi desidua.

3) Ketuban pecah dini preterm idiopatik (30-35 persen).

Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Ketuban pecah dini disebabkan mekanisme patologis termasuk infeksi intraamnion. Faktor lain yaitu: sosial ekonomi yang rendah, kurang gizi, ibu perokok ibu dengan riwayat ketuban pecah dini. Kenyataannya sekarang kebanyakan kasus ketuban pecah dini tanpa faktor risiko (Cunningham *et al.*, 2014).

4) Kelahiran kembar dengan multi janin yang lebih banyak.

b. Faktor pendahulu dan penyokong:

1) Abortus yang mengancam

Perdarahan pervaginam pada awal kehamilan akan berdampak buruk di kemudian hari. Weiss dkk, dalam Cunningham *et al.*, (2014), melaporkan dampak perdarahan pervaginam saat usia kehamilan 6-13 minggu pada hampir 14.000 wanita. Perdarahan ringan dan berat dihubungkan dengan persalinan kurang bulan, solusio plasenta dan keguguran sebelum 24 minggu pada kehamilan berikutnya.

2) Faktor gaya hidup (*life style*)

Kebiasaan ibu merokok, status sosial ekonomi yang rendah, gizi buruk, penambahan berat badan ibu yang kurang selama kehamilan serta penggunaan obat-obatan seperti kokain dan alkohol sangat mempengaruhi terhadap kelahiran prematur. Pada tahun 2009, Ehrenberg and colleagues menyatakan bahwa wanita yang memiliki kelebihan berat badan (gemuk) berisiko untuk melahirkan prematur sebelum usia gestasi 35 minggu dibanding wanita yang memiliki berat badan normal. Wanita

kurus yang memiliki indeks masa tubuh yang kurang dari 19.8 juga berisiko terhadap kelahiran kurang bulan (Cunningham *et al.*, 2014),

Pada tahun 2005, Casanueva menyatakan bahwa banyak faktor dari ibu yang menyebabkan terjadinya persalinan kurang bulan. Umur ibu yang muda atau terlalu tua, kemiskinan, ibu yang berperawakan pendek, kekurangan vitamin C, faktor pekerjaan yaitu ibu yang bekerja berjalan dan berdiri lama, kondisi kerja yang berat, ibu bekerja terlalu sibuk dan kurang waktu waktu istirahat, jam kerja mingguan yang terlalu panjang (Cunningham *et al.*, 2014).

Banyak teori menyatakan umur ibu yang kurang dari 18 tahun berisiko terhadap kelahiran kurang bulan. Pertumbuhan fisik jaringan otot dan tulang terus berkembang pesat dan akan berhenti ketika usia 18 tahun. Secara perkembangan psikologis usia 18 tahun telah resmi menjadi dewasa dan telah dianggap mandiri (Pieter dan Lubis, 2010).

Faktor psikologis yang diakibatkan beberapa stresor dari gaya hidup sehingga mengakibatkan ibu mengalami depresi, kecemasan dan stres yang berlangsung lama berdampak terhadap kelahiran kurang bulan (Copper, 1996; Li, 2008; Littleton, 2007; Mercer, 2002 dalam Cunningham *et al.*, 2014).

3) Kesenjangan ras dan etnik

Pada tahun 2008, Goldenberg and colleagues menyatakan bahwa wanita kulit hitam Amerika dan Afrika serta Afro-Caribbean memiliki risiko kelahiran kurang bulan. Hal ini karena didukung oleh status sosial

ekonomi yang rendah dan pendidikan ibu yang rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

4) Bekerja selama kehamilan

Ibu yang bekerja dengan jam kerja yang panjang dan kerja fisik yang berat memiliki risiko untuk kelahiran kurang bulan (Cunningham *et al.*, 2014).

5) Faktor genetik

Kelahiran prematur merupakan suatu kondisi yang terjadi secara familial, sifat kelahiran berulang dan prevalensinya berbeda antar ras. Beberapa studi menyatakan, gen *immunoregulator* memperparah *korioamnionitis* dalam kasus kelahiran kurang bulan akibat infeksi (Cunningham *et al.*, 2014).

6) Penyakit *periodontal*

Beberapa penelitian menyatakan adanya inflamasi kronik kuman anaerobik pada mulut ibu hamil memberikan pengaruhnya terhadap kelahiran kurang bulan (Cunningham *et al.*, 2014).

7) Cacat lahir

Menurut Dolan *et al.*, (2007) cacat lahir berkaitan dengan kelahiran kurang bulan dan berat badan lahir rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

8) Interval antara kehamilan dan kelahiran kurang bulan

Dari meta analisis yang dilakukan *Conde-Agudelo and co-workers* (2006), interval kehamilan yang pendek kurang dari 18 bulan dan interval kehamilan yang panjang yaitu lebih dari 59 bulan berisiko untuk kelahiran kurang bulan dan berat badan lahir rendah (Cunningham *et al.*, 2014).

9) Riwayat kehamilan kelahiran kurang bulan.

Pada tahun 2007, Spong menyatakan bahwa ibu hamil dengan riwayat kelahiran kurang bulan merupakan risiko besar untuk melahirkan bayi kurang bulan (Cunningham *et al.*, 2014).

Spong melakukan penelitian terhadap 16.000 ibu hamil dengan hasil:

- a) Ibu yang melahirkan anak pertama dengan usia gestasi ≥ 35 minggu mempunyai risiko 5% untuk melahirkan anak kedua ≤ 34 minggu.
- b) Ibu yang melahirkan anak pertama dengan usia gestasi ≤ 34 minggu mempunyai risiko 16% untuk melahirkan anak kedua ≤ 34 minggu
- c) Ibu yang melahirkan anak pertama dan kedua dengan usia gestasi ≤ 34 minggu mempunyai risiko 41% untuk melahirkan anak berikutnya

10) Infeksi

Goldenberg (2008), menyatakan bahwa infeksi intrauteri memicu kelahiran kurang bulan akibat aktivasi sistem imun bawaan (Cunningham *et al.*, 2014). Dalam hipotesis ini mikroorganisme menyebabkan pelepasan sitokin inflamasi yaitu, *interleukin* dan *tumor nekrosis faktor* (TNF) yang kemudian merangsang produksi prostaglandin dan *matrix-degrading enzyme*. Prostaglandin merangsang kontraksi uterus sedangkan degradasi matriks ekstraseluler pada janin menyebabkan ketuban pecah dini.

Dua jenis mikroorganisme yaitu *ureaplasma urealyticum* dan *Mycoplasma hominis*, berperan penting terhadap infeksi perinatal. Diperkirakan 25-40 persen kelahiran kurang bulan diakibatkan infeksi intrauteri (Cunningham *et al.*, 2014).

11) Vaginosis bakterialis

Vaginosis bakterialis merupakan kondisi ketika flora normal vagina dominan *Laktobasilus* menghasilkan hidrogen peroksida digantikan bakteri anaerob *Gardnerella vaginalis*, spesies *Mobilincus* dan *Mycoplasma hominis*. Vaginosis bakterialis erat kaitannya dengan abortus spontan, persalinan kurang bulan, ketuban pecah dini kurang bulan *Korioamnionitis* dan infeksi cairan amnion (Cunningham *et al.*, 2014).

Menurut penelitian beberapa ahli dalam Cunningham *et al.*, (2014), faktor lingkungan, seperti: pajanan stres kronik, perbedaan etnis dan kebiasaan bilas vagina yang sering, telah dikaitkan dengan peningkatan vaginosis bakterialis. Interaksi gen dan lingkungan, wanita dengan vaginosis bakterialis dan genotip *TNF- α* rentan mengalami kelahiran kurang bulan (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.3 Diagnosa persalinan preterm

2.1.3.1 Gejala pasien

Pada tahun 1997, *American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists* menetapkan kriteria diagnosa terhadap persalinan preterm (dikutip: Cunningham *et al.*, 2014) adalah sebagai berikut:

- a. Kontraksi uterus 4 kali dalam 20 menit atau 8 kali dalam 60 menit yang berpengaruh terhadap pembukaan servik.
- b. Dilatasi servik lebih dari 1 cm
- c. Cervik menipis 80 persen atau lebih.

Kriteria klinis tersebut sebagai *prediktor* kelahiran kurang bulan tidak dimunculkan lagi pada *American Academy of Pediatrics and the American*

College of Obstetricians and Gynecologists (2008). Menurut Lam *et al.*, 1994, tanda dan gejala persalinan kurang bulan termasuk kontraksi uterus muncul hanya dalam waktu 24 jam (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.3.2 Perubahan serviks

Wanita dengan dilatasi dan pendataran servik pada trimester tiga memiliki peningkatan risiko kelahiran kurang bulan, deteksi keadaan ini tidak memperbaiki hasil akhir kehamilan. Pemeriksaan servik *prenatal* tidak menguntungkan ataupun merugikan (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.3.3 Panjang servik

Nilai panjang servik untuk memprediksi kelahiran sebelum 35 minggu hanya terlihat pada wanita berisiko tinggi kelahiran kurang bulan. Servik yang pendek merupakan *prediktor* kelahiran kurang bulan terburuk, sedangkan pencorongan (*funneling*), yaitu tonjolan selaput ketuban kedalam kanal endoserviks disertai riwayat kelahiran kurang bulan sebelumnya dengan persalinan sebelum 35 minggu adalah sangat *prediktif* (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.3.4 Inkompetensi serviks

Inkompetensi serviks adalah dilatasi serviks berulang, tanpa rasa sakit. Kejadian kelahiran spontan pada pertengahan trimester tiga tanpa adanya pecah ketuban, perdarahan ataupun infeksi (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.4 Fisiologi persalinan normal

Teori tentang inisiasi persalinan yaitu: hilangnya fungsi faktor pemelihara kehamilan (*loss of function of pregnancy maintenance factor*) dan sintesa faktor yang memicu partus (*synthesis of factor that induce parturition*). Beberapa ahli

berpendapat janin yang matang merupakan sumber dari sinyal awal mulainya persalinan (Cunningham *et al.*, 2014).

Kadar *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) plasma meningkat drastis selama 6 sampai 8 minggu terakhir kehamilan normal dan diperkirakan berperan dalam mekanisme yang mengontrol penentuan waktu persalinan, (Smith, 2007; Wadha, 1998 dalam Cunningham, 2014). Sistem *hipotalamus-hipofise* menjadi matur menjelang kelahiran dan mengaktifasi sistem adrenal menyebabkan peningkatan sekresi kortisol yang penting pada inisiasi persalinan Cunningham *et al.*, 2014).

Pelucutan (*withdrawal*) fungsi progesteron pada akhir masa gestasi sehingga terjadi inhibisi progesteron. Terdapat banyak jalur yang menyebabkan fungsional progesteron. Penurunan *17 β -hidroksi-steroiddehidrogenase* tipe 2 pada servik manusia *at term* menyebabkan peningkatan *netto estrogen* dan penurunan progesteron sehingga terjadi peningkatan reseptor oksitosin (Cunningham *et al.*, 2014).

Peregangan uterus yang disebabkan oleh pertumbuhan fetus dapat berperan dalam peningkatan sintesis reseptor oksitosin. Oksitosin melalui reseptornya dapat menstimulasi sintesis *prostaglandin* (Pg), terutama $\text{PgF}_{2\alpha}$ dan PGE_2 . *Prostaglandin* merupakan sekelompok asam lemak rantai panjang, tidak jenuh dan teroksigenasi yang memiliki efek nyata pada hampir semua jaringan. $\text{PgF}_{2\alpha}$ dan PGE_2 bekerja melalui sistem *second messenger* cAMP sehingga meningkatkan kontraktibilitas uterus (Cunningham *et al.*, 2014).

Oksitosin menginduksi kontraksi otot polos miometrium uteri pada 2-3 minggu terakhir kehamilan. Hal ini dapat disebabkan oleh peningkatan tajam

jumlah reseptor oksitosin yang sintesisnya distimulasi oleh konsentrasi estrogen dan sirkulasi yang tinggi pada trimester ketiga kehamilan (Cunningham *et al.*, 2014).

Mulainya persalinan normal akibat banyak faktor yang mempengaruhi antara ibu, janin, endokrin plasenta, parakrin dan sistem autokrin. Semua sistem itu terlibat secara kompleks pada sistem umpan balik positif dan negatif yang diatur sistem saraf dan kerja sistem endokrin yang dinamis (Cunningham *et al.*, 2014).

Kemampuan janin dalam menghasilkan sinyal endokrin, yaitu pengaktifan sumbu *hipotalamik-pituitari-adrenal* (HPA) plasenta janin merupakan komponen penting partus normal. Komponen kunci pada manusia adalah kemampuan unik plasenta menghasilkan *corticotropin releasing hormone* (CRH) dalam jumlah besar (Cunningham *et al.*, 2014).

CRH plasenta memiliki peran dalam regulasi partus. CRH plasenta meningkatkan produksi kortisol janin untuk menghasilkan umpan balik positif sehingga plasenta menghasilkan CRH lebih banyak. Tingginya kadar CRH akan menstimulasi kontraksi miometrium. Kortisol juga mempengaruhi miometrium secara tidak langsung dengan merangsang membran janin meningkatkan sintesis prostaglandin (Cunningham *et al.*, 2014).

Prostaglandin sebagai uterotonin yang bekerja sebagai pelemas otot polos. Prostaglandin diproduksi dengan menggunakan asam arakidonat yang bersal dari membran plasma. Efek prostaglandin pada jaringan tidak sederhana, terdapat sejumlah reseptor prostaglandin terkait protein G. Reseptor-reseptor tersebut dapat bekerja mempertahankan keadaan tenang uterus dengan meningkatkan sinyal cAMP namun reseptor PGE₂ melalui pengikatan dengan reseptor lain dapat

mendorong kontraktilitas uterus dan menyebabkan relaksasi otot polos vaskular dan *vasodilatasi* dibanyak keadaan. Oleh karena itu prostaglandin dapat berperan dalam relaksasi miometrium pada stadium kehamilan dan kontraksi regional fundus miometrium setelah inisiasi persalinan (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.5 Fisiologi dan biokimia partus prematurus

Persalinan kurang bulan spontan dengan membran janin utuh adalah penyebab tersering kelahiran kurang bulan, yaitu sekitar separuh dari persalinan kurang bulan. Proses persalinan kurang bulan spontan merupakan tahap pengaktifan kurang bulan uterus yang dimulai beberapa minggu sebelum awitan persalinan. Menurut studi terkini persalinan kurang bulan spontan merupakan suatu akselerasi proses yang normal. Tiga penyebab utama persalinan kurang bulan spontan adalah peregangan uterus, stres ibu-janin dan infeksi (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.5.1 Peregangan uterus

Kehamilan kembar dan hidramion menyebabkan peregangan uterus. Peregangan uterus dini memicu ekspresi protein-protein terkait kontraksi (*CAPs*) di miometrium. Gen-gen *Cap* yang dipengaruhi oleh peregangan mencakup gen-gen *gap junction* untuk reseptor oksitosin dan untuk prostaglandin sintase. Peregangan uterus berlebihan pada usia gestasi kurang bulan menyebabkan hilangnya fase tenang miometrium (Cunningham *et al.*, 2014).

Peregangan uterus juga menyebabkan pengaktifan dini jalur endokrin plasenta-janin. Peningkatan dini kadar CRH dan estrogen ibu dapat semakin meningkatkan ekspresi gen-gen CAP miometrium. Peregangan uterus dan

aktivitas endokrin dapat memicu proses yang menggeser waktu pengaktifan uterus termasuk pematangan kurang bulan serviks (Cunningham *et al.*, 2014).

Terbentuknya komunikasi antara sel-sel miometrium melalui taut cela (*gap junction*) merupakan saluran antar sel yang secara langsung menghubungkan sel yang satu dengan yang lain sehingga memberi kesempatan lewatnya ion anorganik dan molekul kecil. Dengan meningkatnya ion-ion kalsium intraseluler yang berperan mengaktifkan suatu enzim pada proses fosforilasi dari miosin yang bila berinteraksi dengan aktin akan menyebabkan pemendekan serat otot sehingga terjadi kontraksi miometrium (Cunningham *et al.*, 2014).

2.1.5.2 Stres Ibu-Janin

Hubungan antara stres psikologis dan sumbu endokrin plasenta adrenal atau *hipotalamik-pituitari-adrenal* (HPA) kemungkinan merupakan mekanisme persalinan kurang bulan yang dipicu oleh stres (lockwood, 1999;Wadha, *et al.*, 2001 dalam Cunningham *et al.*, 2014).

Corticotropin releasing hormone (CRH) merupakan satu-satunya *trophic hormon-releasing factor* yang memiliki protein pengikat spesifik didalam serum. Selama kehamilan sebagian besar CRH darah ibu terikat ke protein pengikat CRH (CRH-BP). Pengikatan ini menghambat aktivitas CRH plasenta dalam merangsang hormon *adrenokortikotropik* (ACTH). Pada akhir kehamilan kadar CRH-BP dalam plasma ibu dan cairan amnion menurun bersamaan dengan meningkatnya kadar CRH secara mencolok. Inilah yang menyebabkan peningkatan drastis CRH (Speroff, 2007).

Akibat berbagai penyulit pada masa kehamilan janin dapat mengalami “stres” konsentrasi CRH dalam plasma janin, cairan amnion dan plasma ibu mengalami

peningkatan dibanding dengan kadar pada kehamilan normal. Plasenta kemungkinan besar sumber peningkatan CRH. Peningkatan produksi CRH plasenta pada kehamilan normal dan sekresi berlebihan pada kehamilan dengan penyulit berperan dalam peningkatan sintesis kortisol adrenal janin pada kehamilan normal. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan supranormal kadar kortisol darah tali pusat yang dijumpai pada neonatus yang mengalami stres (Cunningham *et al.*, 2014).

CRH plasenta berperan meningkatkan produksi kortisol janin untuk menghasilkan umpan balik positif sehingga plasenta lebih banyak menghasilkan CRH. Tingginya kadar CRH akan memodulasi kontraksi miometrium melalui interaksi dengan isoform reseptor CRH sehingga meningkatkan respon kontraksi miometrium. Kortisol juga mempengaruhi miometrium secara tidak langsung dengan merangsang membrane janin meningkatkan sintesis prostaglandin (Cunningham *et al.*, 2014).

CRH merangsang adrenal janin membentuk steroid. CRH secara langsung atau tidak langsung akan meningkatkan pengeluaran androgen yaitu, *dehydroepiandrosterone sulfat* (DHEAS) melalui pelepasan pituitary *adrenocorticotropin* (ACTH). Androgen dikonversi di plasenta menjadi estrogen. Meningkatnya produksi estrogen akan menggeser rasio estrogen terhadap progesteron dan mendorong ekspresi serangkaian kontraktile di miometrium sehingga menyebabkan berakhirnya masa tenang uterus (Cunningham *et al.*, 2014).

Pada tahun 2002, Lockwood CJ menyatakan bahwa prostaglandin juga menstimulasi pelepasan CRH di plasenta, selaput ketuban dan desidua karena

jalur balik (*feedback loop*) yang menyebabkan persalinan prematur. Glukokortikoid menghambat hipotalamus melepaskan CRH, stres menginduksi plasenta memproduksi hormon ini dengan meningkatnya produksi kortisol janin atau maternal. Produksinya menstimulasi pelepasan *adrenocorticotropin* dari kelenjar pituitari janin yang kemudian menstimulasi produksi kortisol adrenal janin. Kortisol juga secara langsung meningkatkan produksi CRH oleh plasenta dan selaput ketuban serta mempunyai efek yang menstimulasi sintesis prostaglandin pada selaput ketuban (dikutip:Winda, 2009).

2.1.5.3 Infeksi

Peran infeksi sebagai penyebab primer persalinan kurang bulan pada kehamilan dengan ketuban utuh yang mana infeksi yang terjadi tidak atau hanya sedikit disertai gejala dan tanda klinis infeksi. Menurut (Goldenber *et al.*, 2000;Wat *et al.*, 1992 dalam Cunningham, 2014) “Semakin dini awitan persalinan kurang bulan, semakin besar dibuktikan infeksi cairan amnion” pada persalinan kurang bulan bakteri adalah penyebab penting persalinan.

Infeksi traktus genital asending mempengaruhi hingga 50% persalinan prematur, biasanya terjadi sebelum usia kehamilan 30 minggu. Infeksi intraamnion berhubungan dengan aktivasi interleukin- β (IL-1 β) dan TNF (*tumor necrosis factor*) pada traktus genital. Sitokin ini secara langsung dan secara tidak langsung menstimulasi sintesis prostaglandin pada selaput ketuban dan desidua menghambat pemecahan prostaglandin. Seperti IL-1 β dan TNF mempertinggi kerja *matrix metalloproteinase* dan interleukin-8 pada korion, desidua dan serviks. Hal ini meningkatkan kerjanya kearah pemecahan matriks ekstraseluler selaput ketuban dan serviks (Winda, 2009).

lockwood (2002) dan Abadi (2004), mengemukakan *tumor necrosis factor* (TNF) dan *matrix metalloproteinase* juga meningkatkan program kematian sel amnion. Kombinasi mekanisme-mekanisme ini dapat meningkatkan persalinan prematur. Invasi bakteri pada korion desidua menyebabkan pelepasan endotoksin akan mengaktifkan desidua dan selaput janin menghasilkan sejumlah sitokin seperti (TNF α , IL-1, IL-6, IL-8 dan *granulocyte colony-stimulating factor* (G-CSF). Dari berbagai sitokin ini IL-8 dianggap penting terhadap pembukaan serviks, dihasilkan oleh sel epitel maupun sel stroma serviks (dikutip:Winda, 2009).

Pada persalinan *aterm* terjadi peningkatan konsentrasi *aktivator monosit makrofag-1* (MCP-1) dalam cairan amnion. Kadar pada persalinan kurang bulan secara bermakna lebih tinggi dibanding yang ditemukan dalam cairan amnion persalinan *aterm* normal. Diperkirakan MCP-1 merupakan faktor yang memulai infiltrasi leukosit ke plasenta dan membran janin. Produksi MCP-1 mungkin penanda adanya infeksi dan peradangan intra amnion (Cunningham *et al.*, 2014).

Inflamasi jaringan korioamniotik akan meningkatkan endotoksin lokal dan sitokin juga meningkatkan pengeluaran prostanoide pada jaringan korioamniotik dan desidua. Sitokin juga meningkatkan pengeluaran IL-6 korioamniotik dan desidua yang meningkatkan potensiasi produksi prostanoide, leukotrin dan endotelin yang menyebabkan kontraksi uterus (Cunningham *et al.*, 2014).

Goldenberg *et al.*, (2000), sitokin inflamasi juga dapat meningkatkan ekspresi protease yang dihasilkan oleh jaringan korioamniotik dan desidua seperti kolagenase serta IL-8 sehingga meningkatkan sekresi sel leukosit PMN dan melepaskan enzim elastase yang poten untuk merusak matriks ekstraseluler.

Kejadian-kejadian ini akan mengakibatkan perubahan serviks, pemisahan korion dan desidua (diikuti oleh pelepasan *fibronektin* janin) yang kadang-kadang disertai pecahnya ketuban sebelum waktunya pada persalinan preterm (dikutip:Winda, 2009).

2.2 Stres Psikososial

2.2.1 Definisi stres

Taylor (2009), berpendapat stres adalah pengalaman emosional negatif disertai dengan perubahan biokimia, fisiologis, kognitif, dan perilaku semuanya saling berkaitan dan memberi dampak terhadap tubuh. Kondisi yang menimbulkan stres disebut *stresor*. Stres adalah kondisi yang merupakan respon fisiologik terhadap stresor baik aktual maupun imajinasi. Stresor merupakan stimulus yang menimbulkan kondisi stres (Adnil, 2011).

Menurut Hans Selye (1950), stres adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap tuntutan beban atasnya. Contohnya bagaimana respon tubuh seseorang manakala ia mengalami beban pekerjaan yang berlebihan. Bila seseorang tidak sanggup mengatasi sehingga mengalami gangguan pada satu atau lebih organ tubuh sehingga ia tidak dapat menjalankan fungsi pekerjaan dengan baik, maka ia disebut mengalami *distres* (Hawari, 2008).

Adnil (2011), berpendapat stres didefinisikan sebagai kondisi yang timbul bila transaksi individu-lingkungan menimbulkan persepsi adanya kesenjangan antara tuntutan situasi dengan sumber daya biologis, psikologis dan sosial individu. Secara biologis stres adalah faktor yang mengganggu homeostasis. Stres dapat berupa stimulus fisik atau psikologis.

2.2.2 Konsep stres

Ditinjau dari lama pemaparan kondisi stres, dapat dibedakan stres akut dan kronik. Stres akut adalah respon terhadap stresor akut yang dipersepsi sebagai bahaya atau ancaman langsung yang merupakan respon melawan atau lari. Stres kronik adalah respon terhadap stresor kronik yang dipersepsi sebagai bahaya atau ancaman langsung tetapi respon melawan atau lari tidak dapat dilakukan (Adnil, 2011).

Hasil stres akut pada respon itu singkat, resolusi efektif terhadap ancaman atau tuntutan dicapai. Sebaliknya stres kronik adalah kondisi stres berkelanjutan yang dapat menimbulkan penyakit fisik dan mental. Durasinya lebih lama atau tidak memiliki resolusi efektif terhadap ancaman atau tuntutan (Latendresse, 2009).

Dua sistem jaras utama (*major pathway*) yang berperan adalah sumbu HPA dan sistem saraf simpatis. Sistem manajemen stres utama ialah *sumbu hipotalamik-pituitari adrenal (HPA aksis)*. Bila terjadi stres fisik ataupun mental sumbu HPA merespon dan mempertahankan *homeostasis* dan mengendalikan kadar kortisol (Taylor, 2009).

Pada tahun 1974 Lazarus *et al.*, menyatakan bahwa model stres terdiri dari *eustres* dan *distres*. *Eustres* adalah stres yang dianggap meningkatkan fungsi fisik dan mental. *Distres* adalah stres berkelanjutan (persisten) yang tidak terselesaikan oleh mekanisme penyelesaian masalah atau adaptasi (Adnil, 2011).

Perbedaan situasi yang menimbulkan eustres atau distres sangat tergantung dari persepsi individual. Persepsi ini ditentukan antara pengalaman dengan

harapan dan sumber daya untuk melakukan *coping* terhadap stres. Persepsi ini berkaitan dengan aspek sosial-budaya (Adnil, 2011).

Kehidupan seorang seperti: kemiskinan, lingkungan sekitar, dukungan sosial juga berkontribusi terhadap individu untuk mengalami stres. Respon stres fisiologis individu bertujuan mempertahankan *homeostasis*. Hasilnya biasanya kita sukses beradaptasi atau resolusi namun respon negatif dari tubuh mengakibatkan gangguan metabolisme tubuh sehingga menyebabkan gangguan fungsi organ dan metabolisme sebagai sindrom metabolik dari respon stres kronik (Latendresse, 2009).

Stres akan berdampak terhadap perubahan fisik, kebiasaan, dan perilaku kesehatan yang semuanya saling berkaitan. Setiap individu menanggapi respon stres yang berbeda tergantung dari respon fisik, ancaman lingkungan atau implikasi dari efek stres jangka pendek dan jangka panjang (Adnil, 2011).

2.2.3 Stres dan stresor dalam homeostasis

Ketika seseorang mengalami kondisi yang tidak nyaman (*disforik*) akan menimbulkan perubahan yang cepat pada semua sistem tubuh. Perubahan ini akan meningkatkan mekanisme melawan atau lari (*fight or flight*) dalam menghadapi stimulus yang dipersepsikan sebagai bahaya (Adnil, 2011).

Stres yang berlangsung terus menerus akan meningkatkan suatu tekanan terhadap tubuh sehingga akan menimbulkan berbagai penyakit. Kondisi stres dapat dicetuskan oleh stimulus dari luar diri (stresor eksternal) dan dari dalam diri (stresor internal) ataupun keduanya (Adnil, 2011).

2.2.3.1 Stresor eksternal

Stresor eksternal mencakup kondisi lingkungan luar yang secara fisik buruk, seperti kepanasan, kedinginan, kotor atau stres psikologik dari lingkungan eksternal sebagai ancaman perang, bencana, kondisi kerja yang buruk atau rumah tangga yang tidak harmonis (Adnil, 2011).

2.2.3.2 Stresor internal

Stresor internal merupakan kondisi psikologik seperti tuntutan terhadap diri sendiri untuk mencapai prestasi, atau penyakit pada diri sendiri seperti infeksi, karsinoma dan gangguan metabolisme. Stresor internal karena masalah psikologik hanya terjadi pada manusia (Adnil, 2011).

Adnil (2011) menyatakan ditinjau dari lama pemaparan kondisi stres, dapat dibedakan stres akut dan kronis yang disebabkan stresor eksternal ataupun internal yang kronik. Adapun stresor akut dan kronik adalah:

a. Stresor akut

Stresor akut mencakup stimulus bunyi keras contohnya bunyi letusan, berdesak-desakan, isolasi, lapar menghadapi ancaman bahaya, infeksi, efek teknologi, membayangkan suatu ancaman bahaya atau mengingat peristiwa bahaya yang pernah dialami.

Sebuah pertengkaran dengan pasangan yang menghasilkan pemecahan dan resolusi adalah contoh dari masalah stres akut. Reaksi psikologis terhadap respon itu pendek dan mengembalikan seseorang untuk homeostasis (Latendresse, 2009).

b. Stresor kronik

Stresor kronik merupakan gambaran dari kehidupan modern kompetitif, artinya setiap saat individu mengalami ancaman tetapi tidak dapat melancarkan aksi *fight and flight*. Stresor eksternal bersifat kronik seperti: Tekanan dari lingkungan pekerjaan, masalah interpersonal jangka panjang (biasanya masalah keluarga), kesepian serta masalah keuangan (Adnil, 2011).

Berbagai peristiwa dalam kehidupan sehari-hari berperan sebagai stresor *multiple*. Bila tidak diatasi melalui mekanisme *coping* yang tepat dalam menghadapi stres akut sehingga akan mengakibatkan gangguan *homeostasis* (Adnil, 2011).

Beberapa keadaan yang merupakan stres *multiple* yaitu: gempa bumi, kehilangan anggota keluarga, kehilangan mata pecaharian, perubahan pola hidup serta ancaman terus-menerus bencana seperti gempa akan berperan sebagai stres kronik. Bila tidak diatasi dengan mekanisme *coping* yang tepat akan mengganggu *homeostasis* yang mengakibatkan gangguan fisik (adnil, 2011).

Perselisihan perkawinan berlangsung lama tanpa resolusi adalah contoh dari stres kronis. Ancaman tersebut tidak diselesaikan dan tidak memungkinkan seseorang untuk kembali ke *homeostasis* (Latendresse, 2009).

2.2.4 Respon stres

2.2.4.1 Aktivasi saraf simpatik (*sistem simpatis-adrenomedullary, SAM*).

Adnil (2011), mengemukakan, stres merupakan respon perilaku secara otomatis akan timbul sebagai reaksi terhadap stres yang diawali respon biologis yang bereksresi sebagai kondisi *fight or flight* sebagai respon simpatis. Seseorang yang menghadapi stres mengalami kondisi mental emosional yang

tidak menyenangkan (keadaan *disforik*) sehingga ia cenderung melakukan respon *fight or flight* (lari dari faktor stres atau bertempur mengatasi respon stres).

Pada lingkungan psikososial modern, susah untuk menerapkan kedua perilaku tersebut. Perilaku merupakan manifestasi fungsi mental, mekanisme penanganan stres dilakukan melalui berbagai mekanisme mental (Adnil, 2011).

Suatu kejadian ditemui atau yang dianggap berbahaya atau mengancam, ditangkap oleh korteks serebral, yang pada gilirannya memicu rantai reaksi yang diperantarai saraf simpatik. Informasi dari korteks ditransmisikan ke hipotalamus yang memulai salah satu respon awal untuk stres yaitu rangsangan sistem saraf simpatik atau adanya respon untuk melawan reaksi tersebut (Taylor, 2009).

Rangsangan saraf simpatik akan merangsang kelenjar adrenal untuk mensekresikan katekolamin yaitu *epinephrin (EP)* dan *norepinephrin (NE)* yang mana akan menimbulkan respon stres dengan memberikan efek terhadap kerja jantung yaitu meningkatnya tekanan darah, denyut jantung, berkeringat, kontriksi pembuluh darah perifer dan perubahan tubuh lainnya. Peningkatan katekolamin juga memberikan efek terhadap jaringan dan sistem kekebalan tubuh (Taylor, 2009).

2.2.4.2 Aktivasi hipotalamik-pituitari-adrenal (HPA)

Selain aktivasi sistem saraf simpatik sistem *hipotalamik-pituitari-adrenal (HPA)* adalah susunan yang merupakan sistem interaksi umpan-balik diaktifkan. Mekanisme umpan balik negatif dan umpan balik positif antara hipotalamus, kelenjar pituitary dan adrenal dalam mempertahankan homeostasis (Adnil, 2011).

Terjadi mekanisme umpan balik, CRH memainkan peran utama dalam memulai dan mengatur respon stres fisiologis. Pelepasan CRH dari hipotalamus

ke hipofisis anterior langsung melalui *kapal portal hypophyseal*. Hipotalamus melepaskan *corticotrophin releasing hormon* (CRH) yang merangsang kelenjar hipofisis untuk mensekresikan *adrenokortikotropik hormon* (ACTH) yang pada gilirannya, merangsang korteks adrenal untuk melepaskan glukokortikoid yaitu kortisol sebagai hormon stres utama yang berperan dalam mempertahankan homeostatis (Taylor, 2009).

Sekresi CRH juga diatur melalui sistem umpan balik negatif, kadar kortisol yang tinggi memberikan sinyal ke hipotalamus untuk penurunan pelepasan CRH. Sumbu HPA merespon komunikasi dari sistem saraf pusat (SSP) termasuk sistem limbik termasuk emosi, ketakutan, kecemasan, ancaman, kesedihan, stres pasca trauma, kelelahan kronik depresi, *irritable bowel syndrome* dalam mempertahankan homeostatis (Adnil, 2011).

Aktivasi jangka pendek (stres akut) mendorong tubuh berhasil kembali ke homeostatis. Sebaliknya aktivasi jangka panjang mencerminkan sedang berlangsung atau stres yang berulang atau ketidakmampuan tubuh untuk merespon stres efektif (Adnil, 2011).

Pada keadaan stres kronis, sumbu HPA dan sistem saraf otonom diaktifkan berulang-ulang sehingga persisten efek fisiologis. Stres psikologik yang tinggi dapat menghasilkan efek anti homeostatik. Efek anti homeostatik pada *autonomic nervous system* (ANS) dan HPA axis, seperti peningkatan tekanan darah, denyut jantung (Taylor, 2009).

Ketika adanya respon stres akan menyebabkan *disregulasi* dari sumbu HPA. Normalnya kortisol meningkat pada pagi hari dan menetap sampai sore hari.

Orang dengan stres kronik dapat terlihat hormon kortisol tetap meningkat pada sore hari atau malam hari (Taylor, 2009).

Respon stres pada setiap orang berbeda-beda, penilaian kognitif seseorang terhadap situasi memegang peranan penting dalam menentukan kekuatan stres. Beberapa peristiwa dalam skala perubahan kehidupan seperti: perubahan macam pekerjaan yang berbeda atau perubahan tanggungjawab dalam pekerjaan mungkin dipandang seseorang sebagai membahayakan tetapi sebagai tantangan bagi orang lain (Adnil, 2011).

2.2.5 Stres psikososial

2.2.5.1 Definisi stres psikososial

Perubahan-perubahan tata nilai kehidupan seringkali disebut perubahan psikososial. Apabila seseorang tidak mampu menyesuaikan diri dengan permasalahan yang terjadi dalam kehidupan atau peristiwa hidup sehingga menyebabkan gangguan penyesuaian diri (*adjustment disorder*) maka disebut sebagai **stres psikososial** (Feldman, 2011).

2.2.5.2 Respon stres psikososial

Bila seseorang berada dalam kondisi tenang, letupan impuls neuron di *locus cereleus* berada dalam tingkat minimal. Semua faktor lingkungan yang menurut penalaran fungsi luhur berperan sebagai ancaman stres, selalu membangkitkan respon psikologis dan biologis sampai ketinggian biomolekular (Adnil, 2011).

Stimulus baru yang dipersepsikan sebagai stres berperan mencetuskan sinyal stresor di *locus cereleus*. *locus cereleus* pada kehidupan normal berfungsi mempertahankan keadaan homeostasis fungsi vital. *locus cereleus* dalam upaya

mempertahankan homeostasis berperan penting pada respon *fight or flight* terhadap stres (Adnil, 2011).

Bila suatu stimulus dipersepsikan sebagai ancaman tidak dapat diatasi melalui mekanisme penyelesaian masalah akan terjadi respon terhadap stres akut. Pada respon stres akut intensitas dan durasi cetusan aktivitas *locus cerelleus* yang meningkat tajam akan meningkatkan aktivasi jaras simpatis pada sistem saraf otonom (Adnil, 2011).

Adnil (2011), menyatakan aktivasi ini akan mencetuskan aktivitas spesifik fisiologis yang secara langsung maupun tidak langsung berkaitan dengan:

- a. Pelepasan adrenalin dan noreadrenalin dari medulla kelenjar adrenal yang dicetuskan oleh *asetilkolin* (ACh) yang dilepaskan dari preganglion saraf simpatis.
- b. Pelepasan kortisol dari aksis hipotalamus-hipofisis adrenal.

Perempuan cenderung melakukan mekanisme penanganan stres melalui dukungan sosial dari perempuan lain untuk memberi dan menerima dukungan emosional. Pola respon ini disebut "*ten and befriend*". Pola ini berperan menurunkan tingkat ancaman, mengurangi respon simpatis dan mengurangi aktivitas *locus cereleus* dan *aksis hipotalamus-hipofisis adrenal* (Taylor, 2009).

Erikson (1963), mendefinisikan delapan stadium kehidupan utama dalam kaitannya dengan masalah atau krisis psikososial yang harus dipecahkan yang dinamakan stadium psikososial. Stadium tersebut terdiri atas: tahap pertama kehidupan, tahap kedua kehidupan, tahap ketiga sampai kelima, tahap keenam sampai pubertas, masa remaja, masa dewasa awal, masa dewasa pertengahan, masa dewasa akhir. Perkembangan psikologis seorang individu tergantung pada

hubungan sosial yang ditegakkan pada berbagai saat kehidupan mereka (Pieter dan Lubis, 2010).

Masa dewasa merupakan rentang kehidupan manusia paling panjang yang memiliki berbagai masalah seperti masalah fisik, psikis dan sosial. Secara umum masa dewasa dikelompokkan tiga bagian yaitu: dewasa awal umur 21-35 tahun, dewasa madya umur 35-45 tahun dan dewasa akhir umur 45-60 tahun. Secara perkembangan psikologis usia 18 tahun telah resmi menjadi dewasa dan telah dianggap mandiri (Pieter dan Lubis, 2010).

2.2.5.3 Stresor psikososial

Perubahan-perubahan tata nilai kehidupan seringkali disebut perubahan psikososial. Perubahan psikososial dengan segala macam permasalahan kehidupan pada sebagian orang dapat merupakan beban atau tekanan mental yang disebut sebagai *stresor psikososial* (Hawari, 2008).

Adnil (2011), berpendapat tuntutan pada kehidupan modern mengakibatkan *locus cereleus* dan sumbu HPA tidak pernah turun ketingkat basal. Fungsi homeosatis pada kehidupan manusia modern mengalami penekanan. Stres adalah bagian dari kehidupan manusia modern.

Peristiwa kehidupan yang negatif (*negative life event*) merupakan stresor eksternal yang dialami setiap individu. Peristiwa ini disusun dari stresor yang paling berat sampai yang paling ringan oleh hampir semua orang. Peristiwa berat ringan didasarkan kecenderungan stresor menjadi kronik. Makin besar kecenderungan menjadi kronik makin berat stresor tersebut (Adnil, 2011).

Menurut Adnil (2011), peristiwa kehidupan negatif (*negative life event*) yang selalu berperan sebagai stresor negatif dalam internal keluarga adalah:

a. Perceraian

Perceraian merupakan bencana terbesar yang dapat menimpa suatu keluarga. Stresor ini dapat menjadi kronik dan mempengaruhi cara hidup dan pola pikir anggota keluarga.

b. Perkawinan tidak harmonis

Lingkungan keluarga tidak harmonis diakibatkan berbagai masalah internal keluarga yang menyebabkan stres kronik berperan mencetuskan sinyal stresor di *locus cereleus*. Situasi perkawinan yang tidak harmonis, seperti perselingkuhan dalam pernikahan. Perselingkuhan adalah merupakan tindakan pelanggaran kepercayaan dan norma diluar hubungan dengan pasangan yang resmi yang melibatkan hubungan emosional atau seksual dengan orang lain (Winuwardhani, 2012).

c. Penyakit kronis yang berakibat dengan kematian anggota keluarga.

Stresor menjadi kronik apabila anggota keluarga tidak bisa menerima penyakit dari anggota keluarganya. Keyakinan kepada yang maha kuasa sangat penting untuk mengurangi tingkat stres yang akan timbul (Adnil, 2011).

d. Kematian pasangan hidup atau orang terdekat.

e. Perubahan cara hidup dan lingkungan tempat tinggal

Peristiwa kehidupan seperti mengungsi atau pindah tempat tinggal merupakan suatu kondisi yang dapat mengakibatkan stres kronik (Adnil, 2011).

f. Kehilangan mendadak mata pencaharian dan tempat tinggal.

Merupakan stresor negatif bagi individu yang belum matang dari segi fisik dan psikologik. Bagi individu yang matang akan menyiapkan opsi dalam mengatasi kesulitan (Adnil, 2011).

Aspek ekonomi erat kaitannya dengan pendapatan yang dapat diukur berdasarkan upah minimal regional (UMR). Aspek ekonomi berperan sebagai faktor penentu dalam proses kehamilan yang sehat. Keluarga dengan ekonomi yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, merencanakan persalinan di tenaga kesehatan dan melakukan persiapan lainnya dengan baik (Wikipedia, 2014).

Dengan adanya perencanaan yang baik sejak awal, membuat tabungan bersalin, akses dengan layanan kesehatan seperti adanya jaminan atau asuransi kesehatan maka kehamilan dan proses persalinan dapat berlangsung dengan aman (Wikipedia, 2014).

g. Antisipasi kehilangan status

Adnil (2011), berpendapat bagi individu yang berkepribadian tidak matang akan menyebabkan peristiwa ini sebagai stresor. Menurut Hawari (2008), Stresor psikososial meliputi: perkawinan, problem orangtua, hubungan antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga, trauma.

Menurut Curry M.A *et al.*, (1998) beberapa aspek stresor psikososial yaitu: kekhawatiran keuangan, makanan, transportasi, masalah perumahan, masalah yang berhubungan dengan keluarga, baru-baru ini kehilangan seseorang yang dicintai, kehamilan saat ini, situasi pelecehan atau kekerasan,

masalah dengan alkohol dan obat-obatan, masalah dengan pekerjaan atau dengan teman-teman, merasa jenuh (dikutip:Woods *et al.*, 2010).

2.3 Hubungan Stresor Psikososial Terhadap Kelahiran Prematur

2.3.1 Interaksi antara stres dan kehamilan

Seseorang yang mengalami stresor psikososial yang ditangkap melalui panca indera akan diteruskan ke sistem saraf pusat otak, yaitu *limbic system* melalui *neurotransmitter*. Selanjutnya stimulus psikososial melalui sistem saraf autonom (simpatis dan parasimpatis) akan diteruskan kekenjar hormonal (Adnil, 2011).

Taylor (2009), berpendapat stres secara nyata dapat membahayakan kehamilan manusia. Stres mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan endokrin dengan secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin. Perubahan ini berpotensi berbahaya karena dapat menyebabkan kelahiran *prematum* dan berat badan lahir rendah. Wanita Amerika keturunan Afrika dan wanita Amerika Meksiko tampaknya sangat rentan dengan kondisi ini. Meskipun telah banyak teori yang menjelaskan hubungan ini namun peningkatan hormon kortisol sebagai respon stres merupakan sinyal yang sangat menentukan dengan waktu persalinan.

Respon stres fisiologis, psikologis dan perilaku berinteraksi dengan fisiologi ibu dan janin selama kehamilan sangat relevan mempengaruhi mekanisme mulainya persalinan. Kondisi stres pada ibu hamil membawa dampak buruk terhadap janinnya. Kondisi stres memicu perubahan fisiologik, peningkatan kadar hormonal dan resistensi terhadap aliran darah arteri yang dapat mengganggu aliran darah normal ke plasenta. Stres pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko keguguran, berat badan lahir rendah (BBLR) dan meningkatkan insiden kelahiran prematur (Scetter and Glynn, 2008).

Kadang-kadang stres kronik dalam jangka panjang seperti: hidup dalam kemiskinan, hubungan interpersonal yang buruk beban pekerjaan yang meningkat berkontribusi terhadap *distres psikologik* dan penyakit fisik. Dalam sebuah studi komunitas awal yang dilakukan L. L. Pearlin dan C. Schooler (1978), terhadap 2.300 orang menemukan bahwa orang yang dilaporkan stres kronik dalam pernikahan, peran sebagai orang tua dalam rumah tangga, beban pekerjaan secara psikologis kemungkinan mengalami tekanan emosional (Taylor, 2009).

Stres kronis yang berlangsung selama lebih dari 2 tahun telah terlibat dalam perkembangan depresi (Coklat dan Haris, 1978) dan stres tak terkendali dalam hal ini terutama stresor yang berat (Mc Gonagle dan Kessler, 1990) bahkan sesuatu yang membosankan akan merasakan efek kadar kortisol dan stres yang dirasakan (Taylor, 2009).

Disamping peristiwa kehidupan yang penuh stres utama, peristiwa kecil gangguan sehari-hari akan memberikan dampak kumulatif terhadap kesehatan dan penyakit, seperti: kemacetan lalu lintas, menunggu dalam antrean, melakukan pekerjaan rumah tangga dan mengalami kesulitan membuat keputusan kecil. Masalah kecil sehari-hari menghasilkan tekanan psikologis. Dampak kumulatif dari stres kecil mungkin individu menjadi sakit, kemudian peristiwa tersebut dapat berinteraksi dengan peristiwa besar dalam hidup untuk menghasilkan penderitaan atau penyakit yang berakibat stres kronik (Taylor, 2009).

Peristiwa kehidupan yang penuh stres dapat dialami semua orang, termasuk wanita yang mengalami kehamilan. Wanita hamil harus diperlakukan dengan baik terutama untuk menghindari stres dalam kehidupan mereka. Faktor-faktor yang dapat melindungi mereka dari stres adalah: dukungan sosial, terutama dari

pasangan, tampaknya memiliki efek perlindungan terhadap potensi merugikan seperti kelahiran prematur dan BBLR (Taylor, 2009).

Sumber psikososial seperti kekuatan diri, harga diri, dan optimisme juga dapat membantu mencegah hasil yang merugikan lahir seperti kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. Kecemasan dapat menyertai stres dan periode prenatal memperburuk risiko peningkatan kadar kortisol dan hasil kelahiran yang merugikan, sehingga intervensi untuk mengurangi kecemasan mungkin dapat membantu (Taylor, 2009).

Faktor ini mempengaruhi kehamilan dari segi gaya hidup, adat istiadat, fasilitas kesehatan dan tentu saja ekonomi. Gaya hidup sehat adalah gaya hidup yang digunakan ibu hamil. Seorang ibu hamil sebaiknya tidak merokok, bahkan kalau perlu selalu menghindari asap rokok, kapan dan dimana pun ia berada (Contrada, 2011).

Ketika menganalisis status sosial ekonomi sebuah keluarga, pendapatan rumah tangga, pendidikan, dan pekerjaan, serta tabungan seseorang merupakan beberapa indikator yang dapat diukur. Pendapatan adalah ukuran umum digunakan untuk menilai status sosial ekonomi (Wikipedia, 2014).

Ketika menempatkan keluarga atau individu ke dalam salah satu kategori ini setiap atau semua dari ketiga variabel (pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan) dapat dinilai. Pendapatan rendah dan tingkat pendidikan yang rendah telah terbukti menjadi prediktor kuat dari berbagai masalah kesehatan fisik dan mental (Contrada, 2011). Penelitian (Neggers, Goldenberg, Cliver dan Hauth, 2006) dalam Contrada 2011 terhadap 3.149 wanita hamil Amerika Afrika

berpenghasilan rendah terutama warga Amerika keturunan Afrika mempengaruhi terjadinya kelahiran prematur.

Berbagai permasalahan perkawinan merupakan sumber stres yang dialami seseorang, misalnya kondisi pada masa pranikah dengan masa pernikahan yang sangat jauh berbeda, baik dari kehangatan, perhatian, kerapian dan sebagainya. Berbeda dengan kondisi yang setelah pernikahan dari kepalsuan menjadi kenyataan. Hal ini bisa menjadi biang ketegangan sehingga menimbulkan stres. Demikian pula adanya pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan (Aditia dkk, 2012).

Pekerjaan juga bisa menjadi penyebab stres, maka setelah permasalahan perkawinan pekerjaan menjadi penyebab stres, seperti pekerjaan yang terlalu banyak, menumpuk, pekerjaan yang tidak cocok dengan dirinya. Baik dari gaji yang tidak setarap atau pekerjaan yang tidak sesuai tingkat pendidikan dan keahliannya. Mutasi, kenaikan pangkat, pensiun, kehilangan pekerjaan dan sebagainya. Faktor kerja lembur, jam kerja > 42 jam seminggu merupakan salah satu stresor (Contrada 2011).

Musibah dan bencana yang disebabkan karena peristiwa alam, seperti gunung meletus, banjir, tanah longsor, gempa maupun bencana karena perbuatan manusia sendiri, seperti perkosaan, kehamilan diluar nikah. Gangguan stres akut merupakan reaksi maladaptif yang terjadi pada bulan pertama sesudah pengalaman traumatis yang disebut dengan stres akut. Stres pasca trauma adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap pengalaman traumatis. Kedua gangguan stres diatas terdapat pada korban kecelakaan bermotor, korban bencana alam seperti: banjir, gempa bumi dan bencana teknologis (Contrada, 2011).

Suasana hati yang negatif mempengaruhi terhadap tuntutan kehidupan. Dukungan sosial, merupakan elemen penting sebagai pendekatan dalam mengatasi stres dari teman-teman dan anggota keluarga (Contrada, 2011).

Steven E Kler dkk tahun 1999 dalam Hawari (2008) menemukan dalam berbagai penelitian keterkaitan antara stres psikososial, depresi, imunitas dan kesehatan fisik. Penelitiannya memperkuat peneliti-peneliti sebelumnya yang menyatakan bahwa stres psikososial akan mengakibatkan stres psikobiologik. Stimulus atau rangsangan psikososial merupakan gangguan fungsional atau faal organ tubuh namun bila berkelanjutan akan menyebabkan kelainan pada organ itu sendiri.

Savitz dan Dunkel-Schetter, 2006 dalam Contrada 2011, dari 24 penelitian paparan stres yang meningkatkan risiko terhadap kelahiran prematur adalah: peristiwa kehidupan, terkena bencana/trauma, stres kronis, keadaan emosional, kecemasan karena kehamilan, depresi, stres karena pekerjaan serta kekerasan dalam rumah tangga.

Lederman *et al.*, (2004), berpendapat bencana besar merupakan faktor risiko terjadinya persalinan prematur. Lima dari Sembilan penelitian menyatakan ibu hamil yang terpapar bencana besar mempunyai risiko terhadap kelahiran prematur. Di Amerika Serikat akibat serangan teroris 11 September menyebabkan pendeknya masa gestasi ibu hamil yang terpapar dengan serangan tersebut (Contrada, 2011).

Efek stres fisiologis yang berhubungan dengan bencana itu akan dapat diatasi oleh efek lain, seperti perubahan positif dalam perilaku, peningkatan dukungan dan meningkatkan perawatan medis. Kerepotan

sehari-hari merupakan salah satu stresor psikososial sebagai faktor risiko persalinan prematur (Contrada, 2011).

Berbagai bentuk stres kronis, seperti persepsi rasisme, stres dengan lingkungan atau masyarakat, tuna wisma, ketidakharmonisan rumahtangga menunjukkan efek terhadap persalinan prematur. Stres kerja adalah bentuk lain dari stres kronis. Berbagai karakteristik pekerjaan dapat sebagai stresor seperti pekerjaan mengurus rumah tangga, baik sebagai tekanan fisik maupun psikologis seperti kurangnya kontrol dan kelebihan beban pekerjaan (Contrada, 2011)

Penelitian Saurel-Cubizolles et al, 2004 dalam Contrada 2011 di 16 negara besar di Eropa. Wanita yang bekerja lebih dari 42 jam dalam seminggu dan berdiri lebih dari 6 jam sehari serta tingkat kepuasan yang rendah merupakan faktor risiko yang besar terhadap persalinan kurang bulan. Dari 29 studi meta analisis yang dilakukannya faktor pekerjaan (stresor pekerjaan) ibu yang bekerja terlalu lelah, ibu yang bekerja sepanjang waktu berkontribusi terhadap kelahiran kurang bulan (Contrada, 2011).

Aksis *Hipotalamus-Hipofise-Adrenal* (HPA) merupakan susunan yang kompleks sistem interaksi langsung baik melalui mekanisme umpan balik negatif ataupun positif antara hipotalamus, hipofise dan kelenjar adrenal dalam mempertahankan homeostasis. Aksis HPA merupakan komponen utama sistem neuroendokrin yang mengendalikan respon stres dan meregulasi berbagai proses biologis seperti sistem imun, mood, pencernaan, seksualitas, reproduksi, termasuk terjadinya proses persalinan kurang bulan (Scetter and Glynn, 2008).

Menurut penelitian Woods *et al.*, (2010) yang berjudul *Psychosocial Stress during Pregnancy*, stres psikososial yang dialami ibu selama hamil memberikan *out come* terhadap kejadian prematur dan berat badan lahir rendah dengan OR 3,1 (1,8-5,5) untuk mengukur tingkatan stres psikososial mereka menggunakan skala *Prenatal Psychosocial Profile Scale*.

Tegethoff *et al.*, (2010) dalam penelitiannya yang berjudul *Maternal Psychosocial Stress during Pregnancy and Placenta Weight* yang mana stres yang dialami ibu selama hamil berkontribusi terhadap berat plasenta saat lahir dan masa gestasi. Sedangkan menurut Van den Bergh, (2005) terdapat hubungan antara kecemasan dan stresor kronik yang dialami ibu selama hamil dengan kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.

Dikutip dari buku yang ditulis (Wadhwa *et al.*, 2002), seorang pakar menyimpulkan “Proses psikososial maternal dalam kehamilan sama pentingnya dan mempunyai derajat pertimbangan yang sama dengan penelitian lain yang meneliti tentang faktor risiko obstetrik karena secara keseluruhan, besarnya efek independen keduanya terhadap keluaran terkait prematuritas sama besar” (Contrada, 2011).

2.3.2 Mengatasi stres pada kehamilan

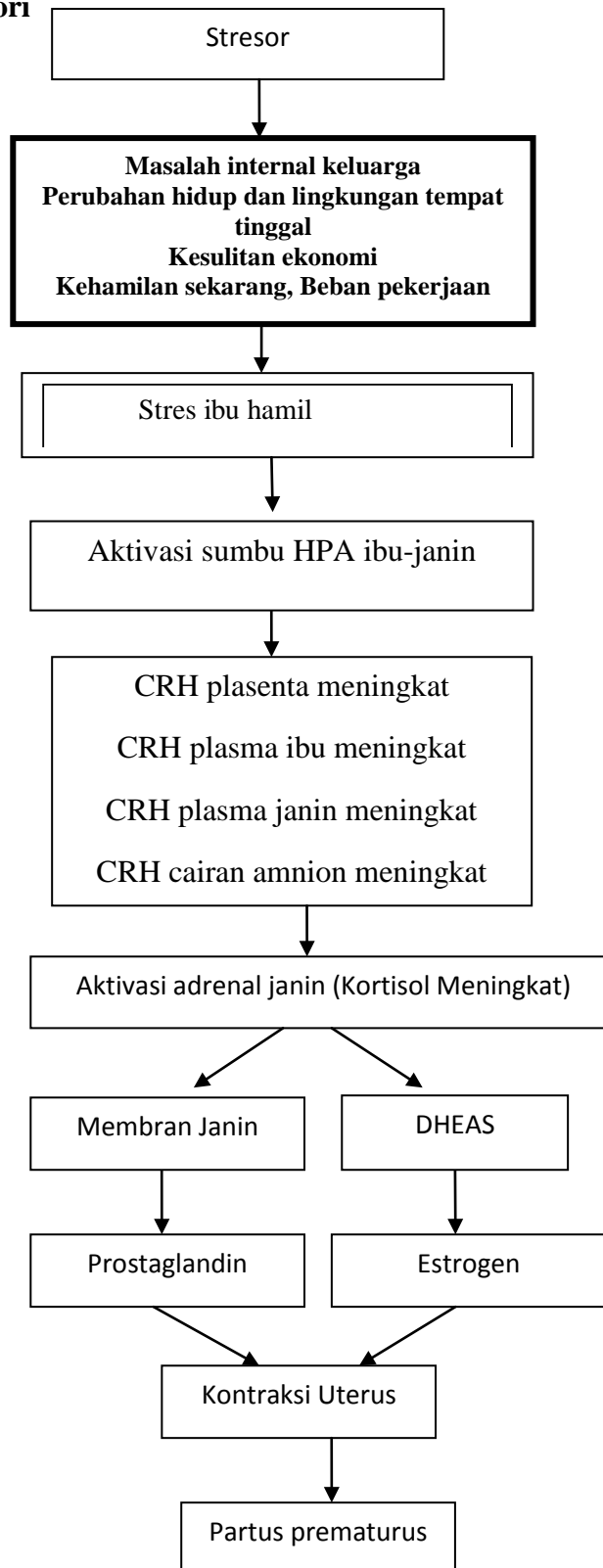
Dukungan keluarga merupakan andil yang besar dalam menentukan status kesehatan ibu. Jika seluruh keluarga mengharapkan kehamilan, mendukung bahkan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal, maka ibu hamil akan merasa lebih percaya diri, lebih bahagia dan siap dalam menjalani kehamilan, persalinan dan masa nifas (Contrada *et al.*, 2011).

Feldman (2011), mengatakan dukungan sosial merupakan jaringan timbal balik bersama orang lain yang menyayangi dan peduli sehingga dapat membantu ibu hamil dalam mengatasi stres yang sedang ia hadapi. Beberapa cara dukungan sosial dalam mengatasi stres dengan cara: seseorang merupakan anggota jaringan sosial, memberikan informasi dan nasehat tentang cara yang tepat mengatasi stres. Jaringan sosial dapat memberikan pelayanan dengan membantu seseorang yang sedang berada dalam situasi stres.

Pada penelitiannya di beberapa negara di Asia menyatakan stres yang dialami ibu selama kehamilan berbeda tiap trimester. Pada trimester pertama meningkat yaitu 22,2%, trimester dua cenderung menurun 13,5% dan kembali meningkat trimester tiga yaitu 17,2%.

Dukungan sosial dan komunikasi antara ibu dan bayinya dapat menurunkan risiko terjadinya depresi post partum (Gulamani *et al.*, 2013). Dukungan sosial (*social support*) terhadap ibu hamil dapat diberikan orang yang dicintai atau orang peduli terhadap ibu hamil seperti: suami, orang tua, anak, teman, juga dukungan dari tenaga kesehatan sehingga menimbulkan kepercayaan diri bagi ibu hamil (Taylor, 2009).

2.4 Kerangka Teori

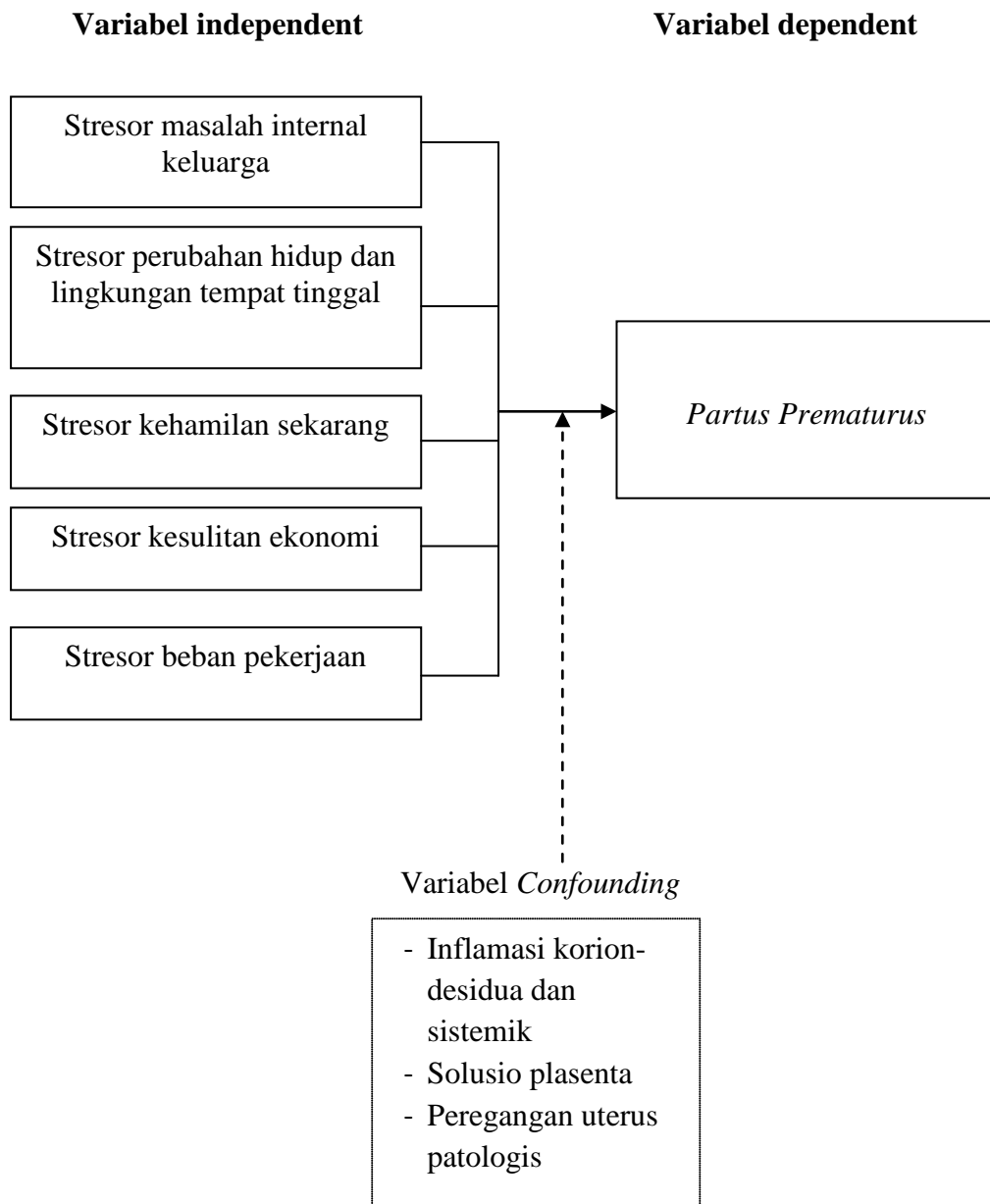


Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

3.2 Hipotesis Penelitian

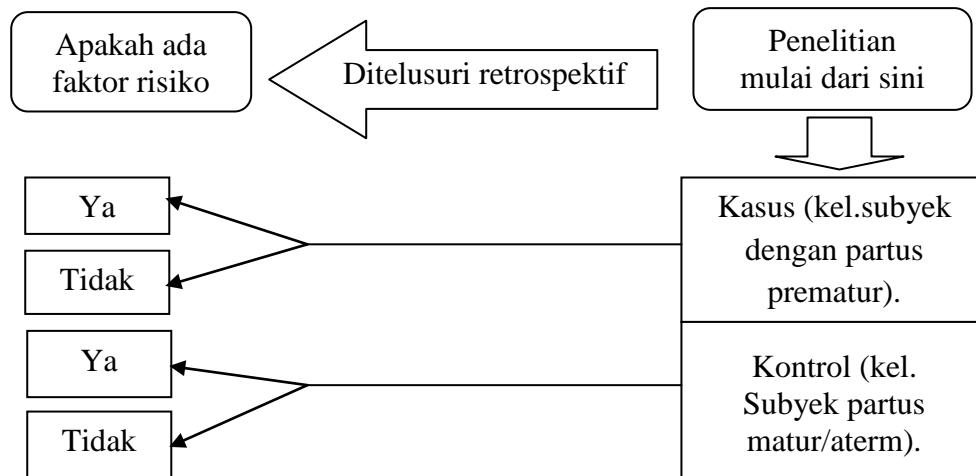
- 3.2.1 Ada hubungan stresor masalah internal keluarga dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 3.2.2 Ada hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 3.2.3 Ada hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 3.2.4 Ada hubungan stresor kehamilan sekarang dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 3.2.5 Ada hubungan stresor beban pekerjaan dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematur*).

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan studi *case control*, yaitu sekelompok kasus (ibu bersalin dengan usia kehamilan < 37 minggu/prematur) dibanding dengan sekelompok kontrol (ibu bersalin dengan usia kehamilan \geq 37 minggu). Dalam penelitian ini ingin diketahui apakah ada hubungan beberapa stresor psikososial dengan terjadinya efek yang diteliti dengan membandingkan pajanan faktor risiko (stresor psikososial) tersebut pada kelompok kasus dan pada kelompok kontrol (Sastroasmoro, 2011).



Gambar 4.1 Skema dasar *case control study* (Sastroasmoro, 2011)

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sawahlunto, bidan praktek yang ada di Kota Sawahlunto, Rumah Sakit Umum Daerah Adnaan WD Payakumbuh, rumah bersalin dan bidan praktek yang ada di Kota Payakumbuh

serta Rumah Sakit Umum Pariaman dan bidan praktik yang ada di Kota Pariaman yang dilaksanakan pada bulan Juli sampai Agustus 2014.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi kasus

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto Payakumbuh serta Pariaman dengan usia gestasi < 37 minggu berjumlah 44 orang.

4.3.1.2 Populasi kontrol

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto Payakumbuh serta Pariaman dengan usia gestasi ≥ 37 minggu berjumlah 56 orang.

4.3.2 Sampel

4.3.2.1 Jumlah sampel

Sampel dalam penelitian ini ibu yang mengalami persalinan prematur spontan (memenuhi kriteria inklusi) di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Pariaman.

Penghitungan sampel minimal dengan rumus :

$$n1 = n2 = \frac{[\frac{z\alpha}{2} + z\beta\sqrt{PQ}]^2}{P - \frac{1}{2}}$$

$$P = \frac{R}{(1 + R)}$$

Keterangan:

n = Besarnya sampel

$Z\alpha$ = Nilai baku distribusi normal untuk $\alpha = 0,05$ dan CI 95% (1,96)

$Z\beta$ = Nilai baku distribusi normal untuk $\beta = 0,2$ (0,842)

R = Odds ratio penelitian sebelumnya, OR = 5,5 (Wood *et al.*, 2010)

P = Proporsi kejadian

$$P = \frac{5,5}{1+5,5} = 0,846$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,846 = 0,154$$

Besar sampel penelitian ini adalah

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{[1,96/2 + 0,842 \cdot 0,13]^2}{(0,846 - 1/2)} \\ &= \frac{[0,98 + 1,08946]^2}{0,346} \\ &= \frac{[2,06946]^2}{0,346} \\ &= 35,772 \\ &= \pm 36 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan didapatkan besar sampel minimal yang harus diambil sebanyak 36 orang. Besar sampel minimal dengan perbandingan 1 kasus dan 1 kontrol. Berdasarkan perhitungan didapatkan Jumlah n (sampel) minimal adalah 36, sehingga besar minimal sampel yang harus diambil sebanyak 72 orang. Perbandingan besar sampel antara kasus : kontrol = 1 : 1, yaitu ibu bersalin premature : ibu bersalin matur/aterm. Sampel terdiri dari 36 responden sebagai kelompok kasus dan 36 responden sebagai kelompok kontrol.

4.3.2.2 Cara pengambilan sampel

Pada penelitian ini cara pengambilan sampel secara *Probability Sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak sistematis (Notoadmojo, 2010). Caranya adalah sampel diambil dengan membuat daftar populasi secara acak 1 sampai 44 (kasus) kemudian dibagi 36 (sampel yang diinginkan) dengan menggunakan komputer (program *excel*). Hasilnya sebagai interval adalah 7, maka yang menjadi sampel setiap kelipatan 7 dari data ibu bersalin spontan dengan usia gestasi < 37 minggu yang didapatkan dari data rekam medis ibu bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman masih dalam rentang waktu 40 hari post partum (masa nifas) selama bulan Juli sampai Agustus 2014.

Untuk kontrol sampel diambil dengan membuat daftar populasi secara acak 1 sampai 56 kemudian dibagi 36 (sampel yang diinginkan) dengan menggunakan komputer (program *excel*). Hasilnya sebagai interval adalah 3, maka yang menjadi sampel setiap kelipatan 3 dari data ibu bersalin spontan usia gestasi ≥ 37 minggu yang didapatkan pada rekam medis di rumah sakit, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman masih dalam rentang waktu 40 hari post partum (masa nifas) selama bulan Juli sampai Agustus 2014 dengan *non matching*.

4.3.3 Kriteria Sampel

4.3.3.1. Kelompok kasus

a. Kriteria inklusi

- 1) Ibu dengan persalinan spontan yang bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota

Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman masih dalam rentang waktu 40 hari post partum (masa nifas).

- 2) Ibu bersalin dengan usia gestasi < 37 minggu atas indikasi prematur spontan.
- 3) Bersedia menjadi responden dan dapat berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria eklusi

- 1) Bila data dan alamat tidak lengkap.
- 2) Responden tidak dapat berkomunikasi dengan baik
- 3) Bila data tentang usia kehamilan tidak lengkap yaitu: HPHT tidak ingat dan tidak ada USG yang mendukung tentang usia kehamilan.
- 4) Ibu bersalin prematur dengan riwayat keputihan selama hamil dan hasil diagnosa adanya infeksi *chorion desidua*, perdarahan desidua (*solusio plasenta*), peregangan uterus patologis (*hidramion*, kelainan uterus, kehamilan kembar) serta persalinan dengan induksi dan *sectio caesaria* karena indikasi ibu atau janin.

4.3.3.2 Kelompok kontrol

a. Kriteria inklusi

- 1) Ibu dengan persalinan spontan yang bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh, dan Pariaman masih dalam rentang waktu 40 hari post partum (masa nifas).
- 2) Ibu bersalin dengan usia gestasi ≥ 37 minggu.
- 3) Bersedia menjadi responden dan dapat berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Bila data dan alamat tidak lengkap
- 2) Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik

4.4. Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel bebas : Stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang, stresor beban pekerjaan

4.4.2 Variabel terikat : *Partus prematurus*

4.5. Definisi Operasional

4.5.1 Variabel terikat (dependent)

Kelahiran prematur/*partus prematurus* adalah kelahiran bayi pervaginam spontan yang didahului oleh pecah ketuban atau tanpa pecah ketuban dengan usia gestasi < 37 minggu yang didapatkan dari data sekunder yang tercatat pada rekam medis rumah sakit, klinik bersalin dan praktik bidan.

Cara ukur : Menggunakan data rekam medis.

Alat ukur : Status pasien

Hasil ukur : Persalinan prematur/preterm < 37 minggu

Persalinan matur/aterm \geq 37 minggu

Skala ukur : ordinal

4.5.2 Variabel bebas (independent)

4.5.2.1 Stresor masalah internal keluarga

Stresor yang menyebabkan perubahan tata nilai kehidupan (perubahan psikososial) yang terkait dengan permasalahan situasi dalam keluarga sehingga

menimbulkan ketidakharmonisan keluarga yang terdiri dari tekanan dari suami dan keluarga suami, pertengkaran yang tidak kunjung selesai, suami tertarik dengan wanita lain, suami melakukan kekerasan fisik, suami pergi tanpa kabar, rumah tangga dicampuri pihak lain, penyakit yang diderita anggota keluarga, kematian orang yang dicintai serta perceraian.

Cara ukur : wawancara

Alat ukur : kuisioner

Hasil ukur : “Ada” apabila satu atau lebih pertanyaan dijawab ya
“Tidak” apabila semua pertanyaan dijawab tidak

Skala ukur : ordinal

4.5.2.2 Stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal

Stresor yang menyebabkan perubahan tata nilai kehidupan (perubahan psikososial) yang terkait dengan perubahan cara hidup dan lingkungan tempat tinggal sehingga menyebabkan kondisi kehidupan seseorang berubah, tidak nyaman dan mengalami tekanan akibat pindah rumah, jatuh miskin, tinggal bersama keluarga dan punya hubungan buruk dengan keluarga, hubungan yang tidak baik dengan tetangga, situasi tempat tinggal yang rawan bencana, rawan kejahatan, kemacetan, tinggal dilokasi yang sempit berdesak-desak serta tempat tinggal yang bising.

Cara ukur : wawancara

Alat ukur : kuisioner

Hasil ukur : “Ada” apabila satu atau lebih pertanyaan dijawab ya.
“Tidak” apabila semua pertanyaan dijawab tidak.

Skala ukur : ordinal

4.5.2.3 Stresor kekhawatiran masalah keuangan/ekonomi

Stresor yang menyebabkan perubahan tata nilai kehidupan (perubahan psikososial) yang terkait dengan permasalahan kesulitan ekonomi, keuangan dalam pemenuhan kebutuhan rumah tangga sehari-hari termasuk mendapatkan layanan kesehatan, tagihan dan hutang sehingga menyebabkan seseorang mengalami tekanan emosional.

Cara ukur : wawancara

Alat ukur : kuisioner

Hasil ukur : “Ada” apabila satu atau lebih pertanyaan dijawab ya.
“Tidak” apabila semua pertanyaan dijawab tidak.

Skala ukur : ordinal

4.5.2.4 Stresor kehamilan sekarang

Stresor yang menyebabkan perubahan tata nilai kehidupan (perubahan psikososial) yang terkait dengan kondisi yang menyebabkan ibu tidak nyaman terhadap kehamilannya yang terdiri dari kehamilan yang tidak direncanakan, kehamilan yang tidak mendapat dukungan dari suami dan keluarga terdekat, kekhawatiran dengan persalinan dan kesehatan ibu dan janin, sehingga ibu merasa kehamilannya sebagai tekanan emosional.

Cara ukur : wawancara

Alat ukur : kuisioner

Hasil ukur : “Ada” apabila satu atau lebih pertanyaan dijawab ya.
“Tidak” apabila semua pertanyaan dijawab tidak.

Skala ukur : ordinal

4.5.2.5 Stresor beban pekerjaan

Stresor yang menyebabkan perubahan tata nilai kehidupan (perubahan psikososial) yang terkait dengan aktivitas sehari-hari yang menimbulkan tekanan bagi ibu yang terdiri dari kelelahan akibat pekerjaan, tuntutan menyelesaikan kuliah, jam kerja yang ≥ 42 jam seminggu, pekerjaan mengurus anak dan keluarga dilakukan sendiri oleh ibu, hubungan interpersonal yang tidak baik dengan teman dan atasan, gaji tidak sebanding, diberhentikan dari pekerjaan.

Cara ukur : wawancara

Alat ukur : kuisisioner

Hasil ukur : “Ada” apabila satu atau lebih pertanyaan dijawab ya.
“Tidak” apabila semua pertanyaan dijawab tidak.

Skala ukur : ordinal

4.6 Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan data yang relevan dengan masalah yang diteliti, peneliti menggunakan kuisisioner dan lembar rekam medis. Penggunaan kuisisioner untuk mengetahui variabel dari beberapa stresor psikososial dengan 40 item pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak, sedangkan lembar rekam medis digunakan untuk mengetahui data tentang persalinan prematur.

4.7 Teknik Pengumpulan Data

4.7.1 Data primer

Data primer didapatkan secara langsung oleh peneliti dari responden melalui penggunaan kuisisioner. Data tentang beberapa stresor psikososial dikumpulkan dengan cara mendatangi calon responden, kemudian memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian dengan menyerahkan *informed*

consent sehingga calon responden dapat bertanya dan menyatakan persetujuannya menjadi responden dengan menandatangani *informed consent* tersebut.

4.7.2 Data sekunder

Data sekunder dari penelitian ini didapatkan melalui pencatatan, pelaporan kejadian persalinan prematur dan hal-hal lain yang berhubungan dengan penelitian yang diperoleh dari rekapitulasi rekam medis.

4.8. Teknik Pengolahan Data

4.8.1. Editing

Pada tahap ini kuisisioner diperiksa satu persatu untuk memastikan data yang diperoleh adalah data yang benar-benar lengkap, relevan, dapat dibaca dan konsistensi antara daftar isian dengan pengisian jawaban.

4.8.2. Coding

Pemberian kode berbentuk angka untuk setiap jawaban dari pertanyaan kuisisioner sehingga memudahkan dalam pengolahan data.

4.8.3. Entry

Memasukkan data kedalam komputer agar dapat diolah dan dianalisa.

4.8.4. Cleaning

Setelah memasukkan data dilakukan pengecekan kembali untuk menghindari kemungkinan ada kesalahan dalam pengkodean, ketidak lengkapan data, jika terjadi kesalahan dapat dilakukan perbaikan kembali.

4.9. Teknik Analisis Data

Analisis data dilakuan secara komputerisasi. Hasil pengolahan data tersebut terdiri dari 2 (dua) tahap yaitu:

4.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel dependen (persalinan prematur) dan variabel independen (stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang, stresor beban pekerjaan) serta distribusi persalinan prematur. Hasil analisis univariat akan ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan pada dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis ini menggunakan uji statistik *Chi square test* untuk mengetahui hubungan dua variabel (persalinan prematur dan stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang, stresor beban pekerjaan).

Penelitian ini menggunakan desain *case control* dengan *non matching*. Kasus dan kontrol dijadikan berpasangan dengan perbandingan antara kasus dan kontrol 1 : 1 dimana untuk setiap 1 kasus dicarikan 1 kontrol. Pengelompokan kontrol dilakukan seperti terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Tabel analisis

| Faktor Risiko | Kasus | Kontrol |
|-----------------------|--------------------|------------------|
| | Risiko (+) Preterm | Risiko (-) Aterm |
| Ada stresor (+) | a | b |
| Tidak ada stresor (-) | c | d |

Susunan hasil pengamatan dalam tabel 2x2 dilakukan sebagai berikut:

Sel a: Kasus yang terpajan dengan adanya stresor.

Sel b: Kontrol yang terpajan dengan adanya stresor.

Sel c: Kasus yang terpajan dengan tidak ada stresor.

Sel d: Kontrol yang terpajan dengan tidak ada stresor.

Perhitungan OR pada studi *case control* dengan *non matching*:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Interpretasi hasil OR menurut Hasmi dkk (2011) :

OR>1 : merupakan faktor risiko.

OR=1 : netral (tidak ada hubungan antara faktor risiko dengan kejadian penyakit).

OR<1 : bukan merupakan faktor risiko

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian telah dilakukan terhadap 72 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang terdiri dari dua kelompok (kelompok kasus sebanyak 36 responden dan kelompok kontrol sebanyak 36 responden). Kelompok kasus merupakan ibu bersalin spontan dengan usia gestasi < 37 minggu sedangkan kelompok kontrol ibu dengan persalinan spontan yang dengan usia gestasi \geq 37 minggu yang tercatat pada rekam medis di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman masih dalam rentang waktu 40 hari post partum (masa nifas) selama bulan Juli sampai Agustus 2014.

5.1 Gambaran Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden yang bersalin di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Karakteristik responden

| Karakteristik responden | | Kasus | | Kontrol | |
|-------------------------|------------------------------|-------|------|---------|------|
| | | f | % | f | % |
| Umur (Thn) | < 18 | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| | 18-35 | 31 | 86,1 | 30 | 83,3 |
| | > 35 | 4 | 11,1 | 5 | 13,9 |
| Paritas | Primipara | 19 | 52,8 | 14 | 38,9 |
| | Multipara | 17 | 47,2 | 22 | 61,1 |
| Pendidikan | Tidak sekolah | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| | Tidak tamat SD | 6 | 16,7 | 1 | 2,8 |
| | Tamat SD | 3 | 8,3 | 1 | 2,8 |
| | Tamat SMP | 9 | 25 | 6 | 16,7 |
| | Tamat SLTA | 14 | 38,9 | 25 | 69,4 |
| | Akademi/PT | 3 | 8,3 | 2 | 5,6 |
| | | | | | |
| Pekerjaan | Ibu Rumah tangga | 26 | 72,2 | 27 | 75 |
| | IRT+ pegawai/ karyawati | 4 | 11,1 | 7 | 19,4 |
| | IRT+ buruh+ jualan/dagang | 6 | 16,7 | 2 | 5,6 |
| Tempat bersalin | Rumah sakit | 23 | 63,9 | 21 | 58,3 |
| | Klinik/rumah bersalin | 2 | 5,6 | 0 | 0 |
| | Bidan | 11 | 30,6 | 15 | 41,7 |
| Kondisi BBL | Hidup | 33 | 91,7 | 36 | 100 |
| | Meninggal | 3 | 8,3 | 0 | 0 |
| | Dirawat | 29 | 80,6 | 0 | 0 |
| | Jam Kes | 33 | 91,7 | 28 | 77,8 |
| Lokasi | Kota Payakumbuh | 13 | 36,1 | 14 | 38,9 |
| | Kota Sawahlunto | 11 | 30,6 | 11 | 30,6 |
| | Kota Pariaman | 12 | 33,3 | 11 | 30,6 |

Hasil penelitian pada tabel 5.1 didapatkan persentase umur responden terbanyak pada kelompok kasus yaitu umur 18-33 tahun (86,1%) pada kontrol (83,3%). Paritas responden pada kelompok kasus yaitu primipara (52,8%) pada kontrol (38,9%). Mayoritas pendidikan responden pada kasus tamat SLTA (38,9%), pada kontrol (69,4%). Pada tingkat pekerjaan mayoritas responden ibu rumah tangga (72,2%), pada kasus (75%). Tempat bersalin mayoritas responden bersalin di rumah sakit pada kasus (63,9%), pada kontrol (58,3%). Kondisi bayi baru lahir mayoritas hidup pada kasus, pada kontrol. Kondisi bayi yang dirawat

pada kasus (91,7%), pada kontrol (100%). Kondisi bayi yang dirawat pada kasus (80,6%), pada kontrol (0%). Jaminan Kesehatan pada kelompok kasus (91,7%) sedangkan pada kelompok kontrol (77,8%). Menurut tempat penelitian jumlah kasus maupun kontrol hampir merata paling banyak di Kota Payakumbuh kasus (36,1%) dan kontrol (38,9%).

5.2 Analisis Univariat

5.2.1 Stresor masalah internal keluarga

Berdasarkan hasil penelitian ini stresor masalah internal keluarga pada responden kelompok kasus dan kontrol di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi stresor masalah internal keluarga pada kasus dan kontrol

| Masalah Internal Keluarga | Status Responden | | | | Total |
|---------------------------|------------------|------|---------|------|-------|
| | Kasus | | Kontrol | | |
| | f | % | f | % | |
| Ada | 22 | 61,1 | 10 | 27,8 | 32 |
| Tidak Ada | 14 | 38,9 | 26 | 72,2 | 40 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 |

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa hampir dari separuh responden memiliki masalah internal keluarga. Lebih dari setengah responden yang memiliki masalah internal keluarga terdapat pada kelompok kasus (61,1%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (27,8%).

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi aspek stresor masalah internal keluarga

| Uraian Masalah Internal Keluarga | Sampel | | | |
|--|--------|------|---------|-----|
| | Kasus | | Kontrol | |
| | f | % | f | % |
| Tekanan dari suami atau keluarga suami | 8 | 22,2 | 1 | 2,8 |
| Pertengkaran dengan suami tidak ada penyelesaian masalah | 4 | 11,1 | 3 | 8,3 |
| Suami punya ketertarikan terhadap wanita lain | 2 | 5,6 | 3 | 8,3 |
| Suami sering menyakiti perasaan | 3 | 8,3 | 2 | 5,6 |
| Masalah internal keluarga dicampuri pihak lain | 12 | 33,3 | 0 | 0 |
| Suami pergi tanpa kabar berita | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Suami melakukan kekerasan fisik | 2 | 5,6 | 0 | 0 |
| Anggota keluarga sakit yang membebani pikiran ibu | 4 | 11,1 | 3 | 8,3 |
| Perkawinan diambang perceraian | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kematian orang yang dicintai dalam 1 tahun terakhir | 4 | 11,1 | 2 | 5,6 |

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui masalah internal keluarga dicampuri pihak lain merupakan mayoritas stresor pada responden yaitu 33,3% dibanding kontrol 0 %.

5.2.2 Stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal

Berdasarkan hasil penelitian ini stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal pada responden kelompok kasus dan kontrol di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal pada kasus dan kontrol

| Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal | Status Responden | | | | Total |
|---|------------------|------|---------|------|-------|
| | Kasus | | Kontrol | | |
| | f | % | f | % | |
| Ada | 31 | 86,1 | 22 | 61,1 | 53 |
| Tidak Ada | 5 | 13,9 | 14 | 38,9 | 19 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 |

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa mayoritas responden mempunyai stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal pada umumnya terdapat pada responden kelompok kasus (86,1%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (61,1%).

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi aspek perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal

| Uraian | Sampel | | | |
|---|--------|------|---------|------|
| | Kasus | | Kontrol | |
| | f | % | f | % |
| Pindah rumah dan tidak nyaman di rumah yang baru | 7 | 19,4 | 3 | 8,3 |
| Tinggal di lokasi sempit dan berdesak-desakan | 11 | 30,6 | 4 | 11,1 |
| Sering bertengkar/Punya hubungan yang buruk dengan tetangga | 7 | 19,4 | 0 | 0 |
| Tinggal bersama dan punya hubungan buruk dengan keluarga | 27 | 75 | 18 | 50 |
| Tempat tinggal rawan bencana alam | 1 | 2,8 | 2 | 5,6 |
| Tempat tinggal aksesnya susah | 1 | 2,8 | 0 | 0 |
| Tempat tinggal bising dan tidak nyaman | 6 | 16,7 | 1 | 2 |
| Tempat tinggal rawan kejahatan | 2 | 5,6 | 0 | 0 |
| Ekonomi sedang terpuruk | 14 | 38,9 | 7 | 19,4 |

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui tinggal bersama dan punya hubungan buruk dengan keluarga merupakan mayoritas stresor pada responden yaitu 75% dibanding kontrol 50%.

5.2.3 Stresor kesulitan ekonomi

Berdasarkan hasil penelitian ini stresor kesulitan ekonomi pada responden kelompok kasus dan kontrol di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi stresor kesulitan ekonomi pada kasus dan kontrol

| Kesulitan Ekonomi | Status Responden | | | | Total |
|-------------------|------------------|------|---------|------|-------|
| | Kasus | | Kontrol | | |
| | f | % | f | % | |
| Ada | 23 | 63,9 | 15 | 41,7 | 38 |
| Tidak Ada | 13 | 36,1 | 21 | 58,3 | 34 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 |

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui lebih dari separuh responden mengalami kesulitan ekonomi. Persentase responden yang mengalami kesulitan ekonomi lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (63,9%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (41,7%).

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi aspek stresor kesulitan ekonomi

| Uraian | Sampel | | | |
|---|--------|------|---------|------|
| | Kasus | | Kontrol | |
| | f | % | f | % |
| Kesulitan kebutuhan makan sehari-hari | 11 | 30,6 | 3 | 8,3 |
| Pendapatan tidak mencukupi untuk kebutuhan makan dan tempat tinggal | 13 | 36,1 | 4 | 11,1 |
| Kesulitan membayar pemeriksaan atau layanan kesehatan | 4 | 11,1 | 6 | 16,7 |
| Punya hutang yang membebani pikiran | 17 | 47,2 | 7 | 19,4 |
| Tagihan per hari, per minggu, per bulan | 18 | 50 | 11 | 30,6 |
| Kesulitan biaya sekolah | 4 | 11,1 | 4 | 11,1 |
| Khawatir dengan sarana transportasi apabila sakit | 4 | 11,1 | 3 | 8,3 |

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui tagihan per hari, per minggu, per bulan merupakan mayoritas stresor pada responden yaitu 50% dibanding kontrol 30,6%.

5.2.4 Stresor kehamilan sekarang

Berdasarkan hasil penelitian ini stresor terhadap kehamilan sekarang pada responden kelompok kasus dan kontrol di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi stresor kehamilan sekarang pada kasus dan kontrol

| Kehamilan Sekarang | Status Responden | | | | Total |
|--------------------|------------------|------|---------|------|-------|
| | Kasus | | Kontrol | | |
| | f | % | f | % | |
| Ada | 25 | 69,4 | 22 | 61,1 | 47 |
| Tidak Ada | 11 | 30,6 | 14 | 38,9 | 25 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 |

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui lebih dari separuh responden yang memiliki stresor terhadap kehamilan sekarang. Persentase responden yang memiliki stresor terhadap kehamilan sekarang lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (69,4%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (61,1%).

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi aspek stresor kehamilan sekarang

| Uraian | Sampel | | | |
|---|--------|------|---------|------|
| | Kasus | | Kontrol | |
| | f | % | f | % |
| Kehamilan tidak direncanakan | 12 | 33,3 | 10 | 27,8 |
| Kehamilan tidak mendapat dukungan dari orang terdekat | 6 | 16,7 | 1 | 2,8 |
| Merasa tidak pantas untuk hamil | 5 | 13,9 | 2 | 5,6 |
| Merasa nyaman jika tidak hamil | 11 | 30,6 | 2 | 5,6 |
| Sangat khawatir dengan proses persalinan, kesehatan, dan bayi | 22 | 61,1 | 16 | 44,4 |

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui sangat khawatir dengan proses persalinan, kesehatan dan bayi merupakan mayoritas stresor pada responden yaitu 61,1% dibanding kontrol 44,4%.

5.2.5 Stresor beban pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian ini stresor beban pekerjaan pada responden kelompok kasus dan kontrol di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi stresor beban pekerjaan pada kasus dan kontrol

| Beban Pekerjaan | Status Responden | | | | Total |
|-----------------|------------------|------|---------|-----|-------|
| | Kasus | | Kontrol | | |
| | f | % | f | % | |
| Ada | 26 | 72,2 | 18 | 50 | 44 |
| Tidak Ada | 10 | 27,8 | 18 | 50 | 28 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 |

Berdasarkan tabel 5.10 diketahui lebih dari separuh responden memiliki stresor beban pekerjaan. Persentase responden yang memiliki stresor beban pekerjaan lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (72,2%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (50%).

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi aspek stresor beban pekerjaan

| Uraian | Sampel | | | |
|--|--------|------|---------|------|
| | Kasus | | Kontrol | |
| | f | % | f | % |
| Karyawan di suatu unit kerja | 7 | 19,4 | 5 | 13,9 |
| Pekerja \geq 8jam/hari | 11 | 30,6 | 5 | 13,9 |
| Pekerjaan mengurus rumah tangga dilakukan sendiri | 22 | 61,1 | 15 | 41,7 |
| Punya beban menyelesaikan kuliah | 1 | 2,8 | 0 | 0 |
| Pekerjaan untuk menutupi kebutuhan hidup sehari-hari | 9 | 25,0 | 3 | 8,3 |
| Ada masalah di tempat kerja | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kelelahan dengan pekerjaan | 10 | 27,8 | 4 | 11,1 |
| Merasa gaji yang diterima kecil | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Suami di PHK | 0 | 0 | 0 | 0 |

Berdasarkan tabel 5.11 dapat diketahui pekerjaan mengurus rumah tangga dilakukan sendiri merupakan mayoritas stresor pada responden yaitu 61,1% dibanding kontrol 41,7%.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur

Berdasarkan hasil penelitian ini hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.12 Hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol

| Masalah Internal Keluarga | Status Responden | | | | Total | OR (95%CI | p value |
|---------------------------|------------------|------|---------|------|-------|-----------|---------|
| | Kasus | | Kontrol | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Ada | 22 | 61,1 | 10 | 27,8 | 32 | 0,245 | |
| Tidak Ada | 14 | 38,9 | 26 | 72,2 | 40 | (0,091- | 0,009 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 | 0,659) | |

Berdasarkan tabel 5.12 diketahui bahwa responden yang memiliki masalah internal keluarga lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (61,1%) dibandingkan kelompok kontrol (27,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 0,245 (95% CI = 0,091–0,659) dan nilai $p < 0,05$ (0,009), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara masalah internal keluarga terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Kota Pariaman tahun 2014. Hal ini berarti responden yang memiliki masalah internal keluarga mempunyai risiko 0,245 kali untuk mengalami persalinan prematur dibanding responden yang tidak memiliki masalah internal keluarga, dengan demikian masalah internal keluarga bukan merupakan faktor risiko terhadap kejadian persalinan prematur di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

5.3.2 Hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur

Berdasarkan hasil penelitian ini hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.13 Hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol

| Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal | Status Responden | | | | Total | OR (95%CI | p value |
|--|------------------|------|---------|------|-------|--------------|------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Ada | 31 | 86,1 | 22 | 61,1 | 53 | 0,253 | |
| Tidak Ada | 5 | 13,9 | 14 | 38,9 | 19 | (0,080- | 0,032 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 | 0,807) | |

Berdasarkan tabel 5.13 diketahui bahwa responden yang mengalami perubahan hidup dan tempat tinggal lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (86,1%) dibandingkan kelompok kontrol (61,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 0,253 (95% CI = 0,080 – 0,807) dan nilai $p < 0,05$ (0,032), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014. Hal ini berarti responden yang mengalami perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal mempunyai risiko 0,253 kali untuk mengalami persalinan prematur dibanding responden yang tidak mengalami perubahan hidup dan tempat tinggal, dengan demikian perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal bukan merupakan faktor risiko terhadap kejadian persalinan prematur di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

5.3.3 Hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur

Berdasarkan hasil penelitian ini hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.14 Hubungan kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol

| Kesulitan Ekonomi | Status Responden | | | | Total | OR (95% CI) | p value |
|-------------------|------------------|------|---------|------|-------|----------------|---------|
| | Kasus | | Kontrol | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Ada | 23 | 63,9 | 15 | 41,7 | 38 | 0,404 | |
| Tidak Ada | 13 | 36,1 | 21 | 58,3 | 34 | (0,156- 1,043) | 0,098 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 | | |

Berdasarkan tabel 5.14 diketahui bahwa responden yang mengalami kesulitan ekonomi lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (63,9%) dibandingkan kelompok kontrol (41,7%). Hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 0,404 (95% CI = 0,156 – 1,043) dan nilai $p > 0,05$ (0,098), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kesulitan ekonomi terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

5.3.4 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur

Berdasarkan hasil penelitian ini hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.15 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol

| Kehamilan Sekarang | Status Responden | | | | Total | OR (95% CI) | p value |
|--------------------|------------------|------|---------|------|-------|----------------|---------|
| | Kasus | | Kontrol | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Ada | 25 | 69,4 | 22 | 61,1 | 47 | 0,691 | |
| Tidak Ada | 11 | 30,6 | 14 | 38,9 | 25 | (0,261- 1,834) | 0,621 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 | | |

Berdasarkan tabel 5.15 diketahui bahwa responden yang hamil sekarang lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (69,4%) dibandingkan kelompok kontrol (61,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 0,691 (95% CI = 0,361 – 1,834) dan nilai $p > 0,05$ (0,621), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan sekarang terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

5.3.5 Hubungan stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur

Berdasarkan hasil penelitian ini hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel. 5.16 Hubungan stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur pada kasus dan kontrol

| Beban Pekerjaan | Status Responden | | | | Total | OR (95% CI) | p value |
|-----------------|------------------|------|---------|-----|-------|----------------|---------|
| | Kasus | | Kontrol | | | | |
| | F | % | f | % | | | |
| Ada | 26 | 72,2 | 18 | 50 | 44 | 0,385 | |
| Tidak Ada | 10 | 27,8 | 18 | 50 | 28 | (0,144- 1,024) | 0,091 |
| Total | 36 | 100 | 36 | 100 | 72 | | |

Berdasarkan tabel 5.16 diketahui bahwa responden yang memiliki beban pekerjaan lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (72,2%) dibandingkan kelompok kontrol (50%). Hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 0,385 (95% CI = 0,144 – 1,024) dan nilai $p > 0,05$ (0,091), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara stresor beban pekerjaan terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

5.4 Keterbatasan penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2014 dengan beberapa keterbatasan:

- a. Pengambilan sampel pada penelitian ini semula direncanakan dengan *matching* tetapi karena subjek penelitian termasuk kasus yang jarang ditemukan, terutama untuk kasus (ibu bersalin prematur spontan) sehingga pengambilan sampel dilakukan *non matching*
- b. Penelitian ini menggunakan desain *case control* karena keterbatasan, peneliti hanya melakukan cara ukur wawancara sehingga bias informasi (*recall bias*) tidak bisa dihindari.

BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan studi *case control*, terhadap 72 responden yaitu sekelompok kasus (ibu bersalin dengan usia kehamilan < 37 minggu/prematur) dibanding dengan sekelompok kontrol (ibu bersalin dengan usia kehamilan \geq 37 minggu) yang dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2014.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang dan stresor beban pekerjaan dengan terjadinya efek yang diteliti (*partus prematurus*) dengan membandingkan pajanan faktor risiko pada kelompok kasus dan pada kelompok kontrol (Sastroasmoro, 2011).

Berdasarkan analisis yang dilakukan sebelumnya maka didapatkan hasil berupa deskripsi atau kebermaknaan hubungan antara variabel bebas (stresor masalah internal keluarga, stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, dengan variabel terikat (*partus prematurus*). Stresor kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang dan stresor beban pekerjaan dari hasil uji statistik tidak ada hubungan dengan terjadinya *partus prematurus*.

6.1 Stresor Psikososial

6.1.1 Masalah internal keluarga

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, didapatkan persentase responden yang mempunyai masalah internal keluarga lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (61,1%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (27,8%). Masalah internal

keluarga dicampuri pihak lain merupakan mayoritas stresor masalah internal keluarga pada responden kelompok kasus yaitu 33,33% dibanding kontrol 0,00%. Kelompok kasus yang tidak ada stresor masalah internal keluarga sebanyak (38,9%).

Stresor masalah internal keluarga dicampuri pihak lain (orangtua, mertua, ipar dan lain lain) erat kaitannya dengan kemandirian keluarga itu sendiri. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5 mayoritas responden pada kelompok kasus (75%) tinggal bersama dan punya hubungan buruk dengan keluarga.

Apabila dilihat dari karakteristik responden mayoritas responden primipara (52,8%), masih ada responden yang berumur kurang dari 18 tahun. Dalam hal ini peneliti dapat mengambil kesimpulan untuk membentuk sebuah keluarga dan merencanakan kehamilan perlunya kesiapan serta kemandirian baik fisik maupun psikologis. Karena bagi individu yang matang secara fisik maupun psikologis akan menyiapkan opsi dalam mengatasi kesulitan (Adnil, 2011).

Hasil penelitian ini mendukung teori Curry M.A *et al.*, (1998), yang mana masalah internal keluarga yang dialami ibu selama kehamilan merupakan salah satu aspek stresor psikososial yang sangat berpengaruh terhadap kerja sistem endokrin ibu sehingga akan berpengaruh terhadap usia gestasi yang mengakibatkan persalinan prematur (dikutip: Woods *et al.*, 2010).

Respon stres pada setiap orang berbeda-beda, penilaian kognitif memegang peranan penting dalam menentukan kekuatan stres. Respon stres yang disebabkan stresor masalah internal keluarga merupakan salah satu aspek yang akan menyebabkan stres psikososial sehingga akan menyebabkan *disregulasi* pada sistem *hipotalamik pitiutary adrenal* (Taylor, 2009).

6.1.2 Perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan persentase responden mengalami perubahan hidup dan tempat tinggal terdapat pada kelompok kasus (86,1%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (61,1%). Tinggal bersama dan punya hubungan buruk dengan keluarga merupakan mayoritas stresor pada responden kelompok kasus yaitu 75% dibanding kontrol 50%. Kelompok kasus yang tidak ada stresor perubahan hidup dan tempat tinggal sebanyak (13,9%).

Menurut Curry M.A *et al.*, (1998) masalah pada lingkungan tempat tinggal merupakan salah satu aspek stresor psikososial yang sangat berpengaruh terhadap kerja sistem endokrin ibu sehingga akan berpengaruh terhadap usia gestasi yang mengakibatkan persalinan prematur (Woods *et al.*, 2010). Hasil penelitian ini mendukung teori Hawari (2008), yang menyatakan lingkungan, hubungan antar pribadi merupakan salah satu aspek stresor psikososial. Bagi individu yang mempunyai kepribadian tidak matang, lingkungan tempat tinggal yang tidak mendukung erat sekali kaitannya dengan hubungan antar pribadi sehingga membangkitkan respon psikologis dan biologis sampai ketinggian biomolekuler (Adnil, 2011).

Pada stresor ini ada item pertanyaan yang kurang sesuai dengan kondisi daerah tempat penelitian yaitu “Tempat tinggal aksesnya susah karena kemacetan” Kota Sawahlunto, Kota Payakumbuh dan Kota Pariaman bukan kota besar yang mengalami kemacetan lalu lintas. Responden yang bersalin tidak hanya warga kota tersebut tetapi berasal dari kabupaten atau daerah tingkat II terdekat yang juga tidak mengalami kemacetan lalu lintas.

6.1.3 Kesulitan ekonomi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan persentase responden mengalami kesulitan ekonomi lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (63,9%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (41,7%). Tagihan per hari, per minggu, per bulan merupakan mayoritas stresor pada responden kelompok kasus yaitu 50% dibanding kontrol 30,6%. Kelompok kasus yang tidak ada stresor kesulitan ekonomi sebanyak (36,1%).

Hal ini dapat disimpulkan stresor kesulitan ekonomi pada responden erat kaitannya dengan kesiapan fisik dan psikologis. Dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari responden mengalami tekanan emosional terhadap tagihan-tagihan yang harus dibayar setiap hari, minggu dan bulan.

Aspek ekonomi berperan sebagai penentu proses kehamilan yang sehat. Keluarga dengan ekonomi yang baik dapat memeriksakan kehamilan secara rutin ke tenaga kesehatan. Dalam hal ini mayoritas responden sudah mendapatkan jaminan kesehatan pada kasus (91,7%) pada kontrol (77,8%). Namun masih ada responden yang merasa kesulitan membayar pemeriksaan atau mendapatkan layanan kesehatan. Mayoritas responden mengurus jaminan kesehatan apabila sudah dirujuk ke rumah sakit. Selama kehamilan responden tidak memanfaatkan jaminan kesehatan.

Oleh sebab itu masih dirasa perlu sosialisasi tentang jaminan kesehatan sehingga masyarakat dapat memanfaatkan secara maksimal sehingga dapat mengurangi beban psikologis ibu waktu hamil. Namun pada kasus ada responden yang mempunyai permasalahan sosial yang khusus sehingga dia tidak bisa

mendapatkan jaminan kesehatan. Untuk itu perlu adanya kebijakan khusus terhadap kasus seperti ini.

Penelitian ini mendukung teori Curry M.A *et al.*, (1998), yang mana masalah kesulitan ekonomi merupakan salah satu aspek stresor psikososial dikutip:Wood *et al.*, (2010). Kehidupan modern yang kompetitif akan menyebabkan kesulitan ekonomi sehingga akan memicu terjadinya stres kronik. Apabila tidak diatasi dengan *coping* yang tepat akan mengganggu *homeostasis* dalam mengendalikan kadar kortisol (Taylor, 2009).

6.1.4 Kehamilan sekarang

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan persentase responden yang mengalami stresor terhadap kehamilan sekarang lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (69,4%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (61,1%). Sangat khawatir dengan proses persalinan, kesehatan ibu dan bayinya merupakan mayoritas stresor pada responden kelompok kasus yaitu 61,1% dibanding kontrol 44,4%. Kelompok kasus yang tidak ada stresor kehamilan sekarang sebanyak (30,6%).

Hal ini erat kaitannya dengan kasus kehamilan diluar rencana (33,3%), merasa tidak nyaman dengan kehamilannya (30,6%) responden merasa tidak pantas untuk hamil (13,9%) serta kehamilannya tidak mendapatkan dukungan dari keluarga terdekat (16,7%). Oleh sebab itu diperlukan dukungan keluarga terdekat serta tenaga kesehatan khususnya bidan.

Salah satu bentuk dukungan yang diberikan oleh bidan yaitu memberikan *Ante Natal Care* yang berkualitas terutama pada trimester III kehamilan dengan menjelaskan tanda-tanda persalinan, tanda bahaya yang harus diwaspadai, proses

persalinan, persiapan persalinan untuk ibu dan bayinya serta bersama pasien menentukan tempat dan penolong persalinan dan keluarga yang mendampingi saat persalinan (Fraser, 2009). Pola ini dapat menurunkan tingkat ancaman stres, mengurangi respon saraf simpatis, aktivitas locus cereleus dan HPA. Perempuan cenderung melakukan mekanisme penanganan stres melalui dukungan sosial dari perempuan lain untuk memberi dan menerima dukungan emosional yang dikenal pola “*ten and befriend*” (Taylor, 2009).

Jika tidak adanya dukungan sosial, tekanan fisik dan psikologis pada masa kehamilan janin dapat mengalami “stres” konsentrasi CRH dalam plasma janin, cairan amnion dan plasma ibu mengalami peningkatan dibanding dengan kadar pada kehamilan normal. Tingginya kadar CRH memodulasi kontraksi miometrium melalui interaksi dengan isoform reseptor CRH sehingga meningkatkan respon kontraksi miometrium (Cunningham *et al.*, 2014).

6.1.5 Beban pekerjaan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan lebih dari separuh responden memiliki stresor beban pekerjaan. Persentase responden yang memiliki stresor beban pekerjaan lebih banyak terdapat pada kelompok kasus (72,2%) dibandingkan dengan kelompok kontrol (50%). Pekerjaan mengurus rumah tangga dilakukan sendiri merupakan mayoritas stresor pada responden kelompok kasus yaitu 61,1% dibanding kontrol 41,7%. Kelompok kasus yang tidak ada stresor beban pekerjaan sebanyak (27,8%).

Menurut Contrada (2011) berbagai karakteristik pekerjaan dapat menjadi stresor termasuk pekerjaan mengurus rumah tangga, jam kerja yang lebih dari 42 jam seminggu, pekerjaan berdiri lama lebih dari 6 jam sehari, ibu yang bekerja

sepanjang waktu dapat menimbulkan tekanan fisik dan psikologis sehingga berkontribusi terhadap persalinan prematur.

Pada penelitian peneliti mempunyai keterbatasan dalam menguraikan aspek stresor pekerjaan. Peneliti tidak menguraikan pekerjaan ibu yang membutuhkan berdiri lama, pekerjaan mengurus rumah tangga secara spesifik kedalam item tertentu (jam bekerja, lama berdiri).

6.2 Analisis Bivariat

6.2.1 Hubungan stresor masalah internal keluarga dengan persalinan prematur

Hasil penelitian ini didapatkan nilai $p < 0,05$ (0,009), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara masalah internal keluarga terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014. Berdasarkan hasil perhitungan tabel 5.7 diperoleh nilai $OR = 0,245$ (95% $CI = 0,091 - 0,659$). Hal ini berarti responden yang memiliki masalah internal keluarga mempunyai risiko 0,245 kali untuk mengalami persalinan prematur dibanding responden yang tidak memiliki masalah internal keluarga, dengan demikian masalah internal keluarga bukan merupakan faktor risiko terhadap kejadian persalinan prematur di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014.

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan Woods *et al.*, (2010) yang berjudul *Psychosocial Stress during Pregnancy*. Penelitiannya bertujuan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan stres psikososial selama kehamilan terhadap ibu hamil yang mendapat ANC dengan $OR 3,1$ (1,8-5,5)

untuk mengukur tingkatan stres psikososial mereka menggunakan skala *Prenatal Psychosocial Profile Scale*. Sebagian besar ibu hamil mengalami stres psikososial selama kehamilan 78 persen *low-moderate stress*, 6 persen *high stress*.

Masalah internal keluarga merupakan salah satu indikator dari stresor psikososial. Masalah internal keluarga merupakan salah satu peristiwa kehidupan yang negatif (*negative life event*) yang berperan sebagai stresor negatif bagi individu yang belum matang dari segi fisik dan psikologik. Akibatnya akan berperan mencetuskan sinyal stres pada locus cereleus dan sumbu HPA (Adnil, 2011).

6.2.2 Hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan persalinan prematur

Hasil penelitian ini menunjukkan nilai $p < 0,05$ (0,032), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014. Berdasarkan hasil perhitungan tabel 5.8 diperoleh nilai OR = 0,253 (95% CI = 0,080 – 0,807). Hal ini berarti responden yang mengalami perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal mempunyai risiko 0,253 kali untuk mengalami persalinan prematur dibanding responden yang tidak mengalami perubahan hidup dan tempat tinggal, dengan demikian perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal bukan merupakan faktor risiko terhadap kejadian persalinan prematur di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014.

Penelitian ini sesuai dengan teori Scetter dan Glynn (2008) dalam *stres in pregnancy empirical evidence and theorithical issues guides interdisiplinary research* bahwa faktor lingkungan merupakan salah satu stresor yang menyebabkan stres psikososial pada kehamilan yang merupakan faktor risiko terjadinya persalinan prematur. Hal yang sama dikemukakan juga oleh Curry M.A *et al.*, (1998) menyatakan bahwa stresor lingkungan merupakan salah satu aspek stresor psikososial berisiko terjadinya persalinan prematur (dikutip:Wood *et al.*, 2010).

6.2.3 Hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan persalinan prematur

Hasil penelitian ini menunjukkan nilai $p > 0,05$ (0,098), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kesulitan ekonomi terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014. Berdasarkan hasil perhitungan tabel 5.9 diperoleh nilai diperoleh nilai OR = 0,404 (95% CI = 0,156 – 1,043).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Gulamani *et al.*, 2013. Stres selama kehamilan erat kaitannya dengan terjadinya persalinan prematur yang berisiko terjadinya depresi post partum. Stres pada ibu hamil penyebabnya sangat kompleks diakibatkan beberapa faktor yaitu: ekonomi, dukungan sosial, layanan kesehatan, pendidikan, hubungan sosial dalam keluarga serta ketidakadilan terhadap wanita.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman secara statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara stresor kesulitan ekonomi dengan kelahiran prematur. Hal ini

disebabkan untuk pertanyaan yang berkaitan dengan mendapat layanan kesehatan seperti yang ditunjukkan tabel 5.1 mayoritas responden (91,7%) sudah mendapatkan jaminan kesehatan sehingga layanan kesehatan bukan sebagai stresor bagi responden.

Untuk item pertanyaan kesulitan dengan biaya sekolah/pendidikan anak nampaknya bukan merupakan stresor yang signifikan bagi responden karena mayoritas responden pada kasus adalah primipara (52,8%) sedangkan responden pada kelompok kontrol mayoritas multipara (61,1%). Apabila dilihat dari umur mayoritas responden pada kasus berumur 18-35 tahun (86,1%) sedangkan pada kontrol (83,3%) dapat diartikan mayoritas responden punya anak masih kecil sehingga dapat disimpulkan responden belum membutuhkan banyak biaya untuk pendidikan anaknya.

6.2.4 Hubungan stresor kehamilan sekarang dengan persalinan prematur

Hasil penelitian ini menunjukkan nilai $p > 0,05$ (0,621), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara stresor kehamilan sekarang terhadap persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014. Berdasarkan hasil perhitungan tabel 5.10 diperoleh nilai $OR = 0,691$ (95% $CI = 0,361 - 1,834$).

Penelitian ini tidak mendukung teori Taylor (2009), kecemasan yang dialami ibu waktu hamil dapat menjadi stresor pada periode *prenatal* sehingga akan menyebabkan peningkatan kortisol yang akan berdampak terhadap kelahiran prematur. Oleh sebab itu diperlukan intervensi yang dapat melindungi ibu hamil dari stres berupa dukungan sosial dari pasangan, orang terdekat dan tenaga kesehatan.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman secara statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara stresor kehamilan sekarang dengan kelahiran prematur. Hal ini dipengaruhi oleh kematangan responden dari segi fisik dan psikologis. Menurut Pieter dan Lubis (2010), usia 18 tahun telah matang baik fisik maupun psikologis.

Pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.1 mayoritas responden pada kasus maupun kontrol (97,3%) berumur lebih dari 18 tahun hanya (2,7%) yang berumur kurang dari 18 tahun. Apabila dilihat dari tingkat pendidikan mayoritas responden berpendidikan tinggi (72,2%), hanya (27,8%) responden yang berpendidikan rendah (tidak sekolah, tamat/tidak tamat SD, tidak tamat SMP). Tingkat pendidikan yang rendah telah terbukti menjadi prediktor dari berbagai masalah kesehatan baik fisik dan mental (Contrada, 2011).

6.2.5 Hubungan stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur

Hasil penelitian ini menunjukkan nilai $p > 0,05$ (0,091), artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara stresor beban pekerjaan dengan persalinan prematur pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014. Hasil uji statistik diperoleh nilai $OR = 0,385$ (95% $CI = 0,144 - 1,024$).

Penelitian ini tidak mendukung teori Schetter and Glynn (2008) bahwa ibu hamil yang bekerja lebih 42 jam seminggu dan pekerjaan yang berdiri secara monoton lebih dari 6 jam sehari berisiko untuk melahirkan bayi prematur. Teori yang hampir sama dikemukakan Contrada (2011), berbagai karakteristik pekerjaan dapat sebagai stresor diantaranya: pekerjaan mengurus rumah tangga, kerepotan sehari-hari kelebihan beban pekerjaan yang berakibat sebagai tekanan

fisik dan psikologis. Ibu yang bekerja terlalu lelah, kurang kontrol, ibu yang bekerja sepanjang waktu merupakan faktor risiko terjadinya kelahiran prematur.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada responden di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman secara statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara stresor beban pekerjaan dengan kelahiran prematur. Hal ini dipengaruhi oleh faktor pekerjaan responden. Pada karakteristik responden dapat dilihat mayoritas responden berprofesi ibu rumahtangga saja (72,2%) hanya (27,8%) responden yang berprofesi ibu bekerja dan mengurus rumah tangga.

Akibat berbagai stresor yang dialami ibu pada masa kehamilan akan mengaktivasi sumbu HPA ibu-janin. Janin dapat mengalami “stres” konsentrasi CRH dalam plasma janin, cairan amnion dan plasma ibu mengalami peningkatan dibanding dengan kadar pada kehamilan normal. Plasenta kemungkinan besar sumber peningkatan CRH. Peningkatan produksi CRH plasenta berperan meningkatkan produksi kortisol janin untuk menghasilkan umpan balik positif sehingga plasenta lebih banyak menghasilkan CRH (Cunningham *et al.*, 2014).

CRH merangsang adrenal janin membentuk steroid. CRH secara langsung atau tidak langsung akan meningkatkan pengeluaran androgen yaitu, *dehydroepiandrosterone sulfat* (DHEAS) melalui pelepasan pituitary *adrenocorticotropin* (ACTH). Androgen dikonversi di plasenta menjadi estrogen. Meningkatnya produksi estrogen akan menggeser rasio estrogen terhadap progesteron dan mendorong ekspresi serangkaian kontraktile di miometrium sehingga menyebabkan berakhirnya masa tenang uterus (Cunningham *et al.*, 2014).

Tingginya kadar CRH akan memodulasi kontraksi miometrium melalui interaksi dengan isoform reseptor CRH sehingga meningkatkan respon kontraksi miometrium. Kortisol juga mempengaruhi miometrium secara tidak langsung dengan merangsang membran janin meningkatkan sintesis prostaglandin. Prostaglandin juga menstimulasi pelepasan CRH di plasenta, selaput ketuban dan desidua karena jalur balik (*feedback loop*). Oleh sebab itu dimulainya persalinan, adanya kontraksi uterus dan pecah ketuban (Lockwood CJ, 2002 dalam Winda, 2009).

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang mana pada penelitian sebelumnya peneliti melihat hubungan antara derajat stres psikososial ibu terhadap kejadian kelahiran kurang bulan, Aditya R. (2012). Saftlas dan Beydoun pada tahun 2000 dan 2006 dalam laporannya 9 dari 11 studi menemukan efek stres yang signifikan dalam kehamilan (*prenatal stress*) terhadap masa gestasi atau risiko kelahiran kurang bulan (Contrada, 2011). Sedangkan penelitian ini membuktikan hubungan beberapa stresor psikososial (masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal, kesulitan ekonomi, stresor kehamilan sekarang dan stresor beban pekerjaan) dengan kelahiran prematur.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis dan pembahasan dapat diambil kesimpulan terhadap responden yang bersalin di rumah sakit umum dan rumah sakit daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh dan Pariaman tahun 2014:

- 7.1.1 Terdapat hubungan stresor masalah internal keluarga dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) dengan nilai $p < 0,05$ (0,009).
- 7.1.2 Terdapat hubungan stresor perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*) dengan nilai $p < 0,05$ (0,032).
- 7.1.3 Tidak terdapat hubungan stresor kesulitan ekonomi dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 7.1.4 Tidak terdapat hubungan stresor kehamilan sekarang dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).
- 7.1.5 Tidak terdapat hubungan stresor beban pekerjaan dengan kelahiran kurang bulan (*partus prematurus*).

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari penelitian yang dilakukan pada responden yang bersalin di rumah sakit umum/daerah, rumah bersalin dan bidan praktik yang ada di Kota Sawahlunto, Payakumbuh serta Kota Pariaman tahun 2014 maka peneliti menyarankan beberapa hal sebagai berikut:

7.2.1 Bagi ibu hamil

Agar ibu hamil punya kekuatan diri, harga diri dan rasa optimisme terhadap kehamilannya sehingga mempunyai *coping* yang baik terhadap masalah internal keluarga, perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggalnya.

7.2.2 Bagi suami

Agar suami memberikan perhatian yang penuh terhadap kehamilan istrinya untuk menghindari stres dan merencanakan kehamilan serta menyiapkan tabungan bersalin.

7.2.3 Bagi keluarga

Masalah internal ibu hamil sebaiknya tidak dicampuri keluarga diharapkan hubungan keluarga dan ibu hamil terjalin dengan baik serta keluarga dapat memberikan kesejahteraan terhadap ibu hamil yang mengalami keterpurukan ekonomi yang mana merupakan bentuk dukungan sosial yang dapat melindungi ibu hamil dari stres.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnil EN, 2011. Tumbuh Kembang Perilaku Manusia. Jakarta: EGC bab 29 hlm285-286, bab 30 hlm 290-300
- Aditya R, Effendi JS, Hidayat T, Madjid TH. Hubungan Derajat Stres psikososial Ibu terhadap Kejadian persalinan Kurang Bulan. Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran RS Dr Hasan Sadikin. Indones J; 2012. 36(2):55-60
- Baum Andrew. 2011. The Handbook of Stress Science. Biology, Psychology, and Health. Printed in the United States of America by Bang Printing, chapter 24 pp 321-337
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. William Obstetric, 23th ed. United States of America: McGraw-Hill; 2014:153-173, 847-855.
- Contrada J.R, 2011. The Handbook of Stress Science. Biology, Psychology, and Health. Printed in the United States of America by Bang Printing, chapter 24 pp 321-337
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. 2014. Laporan LB 3
- Fraser, Cooper. 2009. *Myles Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 14. Jakarta: EGC, hlm 30-31
- Fieldman. S. Robert. 2011. Pengantar Psikologi. Edisi 10, buku ke 2. Jakarta: Salemba Humanika. bab 14:223, bab 15:256
- Fritz Marc A. 2005 Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Philadelphia,PA 19106 USA. Lippincott Williams & Wilkins
- Gulamani Salima S., Shahirose Sadrudin Premji, Zeenat Khanu Kanji, Syed Iqbal Azam, 2013. A Review of Postpartum Depression, Preterm Birth, and Culture. Continuing Education, J Perinat Neonat Nurs, Volume 27 Number 1, 52–59.
- Hawari Dadang, 2008. Manajemen Stres, Cemas dan Depresi. Jakarta: Gaya Baru
- Latendresse Gwen, 2009. The Interaction Between Chronic Stress And Pregnancy: Preterm Birth From Biobehavioral perspective. Published in final edited form as: J midwifery women health.2009
- Mashoedi SF, 2012. Hubungan Interpersonal. Jakarta: Salemba Humanika hlm 108-116.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta, bab 10 hlm 118-125
- Pieter Z H. Lubis L N, 2010. Pengantar Psikologi Untuk Kebidanan, Jakarta: Kencana Perdana Media Group.Bab 4 hlm 168-186

- Sastroasmoro, Sudigdo. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto Bab 8 hlm 146-164, bab 17 hlm 369.
- Scetter CD, Glynn LM. Stress in pregnancy empirical evidence and theoretical issues guides interdisciplinary research. 2008. (diunduh pada tanggal 23 Juli 2014). Tersedia dari URL <http://www.health.psych.ucla.edu>
- Speroff Leon 2007 *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Philadelphia,PA 19106 USA. Lippincott Williams & Wilkins
- Taylor E. Sheldrley. 2009. *Health Psychology*. Sevent edition.chapter 6-7 page146-198.
- Wikipedia, 2014. Status Ekonomi Dan Kesehatan: Encyclopedia on line diunduh tanggal 12 Februari 2014 dari: <http://id.Wikipedia.org/wiki/ekonomi>
- Wisnuwardhani D, 2012. Hubungan Interpersonal. Jakarta: Salemba Humanika hlm 108-116.
- Wahyuningsih, Merry . Indonesia Urutan ke-5 Terbanyak Lahirkan Bayi Prematur, India no. 1 (artikel) (Diunduh pada tanggal 16 Januari 2014). Tersedia dari URL <http://www.m.detik.com/health>
- Woods SM,. Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. 2010. Psychosocial Stress during Pregnancy. Published in final edited form as: *Am J Obstet Gynecol*. 2010 January
- Winda, 2009. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Persalinan Preterm Pada Fetal Fibronektin Secret Vaginal Negative. Tesis, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang
- Yanwirasti, 2012. Pedoman Penulisan Disertasi Program S3 Ilmu Biomedik/Ilmu Kedokteran Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran UniversitasAndalas: Padang

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Yuli Nenti Herlina

Nim : 1121228017

Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Universitas Andalas Program Studi S2
Kebidanan

Sedang melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (prematuur). Untuk keperluan tersebut saya membutuhkan beberapa data yang diharapkan dapat digali melalui wawancara. Penelitian ini tidak akan merugikan saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya untuk kepentingan penelitian. Oleh sebab itu saya harap saudara bersedia untuk diwawancarai selama 15-20 menit.

Demikian saya sampaikan, atas kesediaan saudara untuk dijadikan responden dalam penelitian ini saya ucapkan terimakasih.

Wassalam

Peneliti

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian saudara Yuli Nenti Herlina yang berjudul, “Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Saya akan berusaha menjawab pertanyaan saudara dan memberi informasi yang sebenar-benarnya.

Responden

.....

KUISIONER PENELITIAN

Tentang

Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)

A. Karakteristik Responden

No. MR :

Tempat Bersalin :

Nama : Nama suami :

Umur : tahun Umur : tahun

Alamat :

Paritas :

Pendidikan :

- a. Tidak sekolah**
- b. Tidak tamat SD**
- c. Tamat SD**
- d. Tamat SLTP**
- e. Tamat SLTA**
- f. Akademi/PT**

Pekerjaan Ibu :

- a. Ibu Rumah Tangga**
- b. Ibu Rumah Tangga + Pegawai**
- c. Ibu Rumah Tangga + Pekerjaan lain**

Jaminan Kesehatan:

- a. Ya**
- b. Tidak**

Kondisi BBL:

- a. Hidup**

- b. Meninggal
- c. Dirawat

Baca pernyataan berikut baik-baik, jawab “Ya” jika anda mengalami peristiwa tersebut selama kehamilan anak anda yang terakhir. Jawab “Tidak” jika anda tidak mengalami peristiwa tersebut selama kehamilan anak anda yang terakhir.

2. Perubahan hidup dan lingkungan tempat tinggal

Bagaimana perasaan anda selama kehamilan anak terakhir ini dengan kehidupan dan lingkungan tempat tinggal?

1). Apakah anda pindah rumah dan anda merasa tidak nyaman dirumah yang baru?

a. Ya

b. Tidak

2). Apakah tempat tinggal anda dilokasi sempit dan berdesak-desakan dan bising?

a. Ya

b. Tidak

3). Apakah anda sering bertengkar atau punya hubungan buruk dengan tetangga ?

a. Ya

b. Tidak

4). Apakah anda tinggal bersama dan punya hubungan buruk dengan keluarga?

a. Ya

b. Tidak

5). Apakah anda merasa tempat tinggal anda rawan bencana alam?

a. Ya

b. Tidak

6). Apakah tempat tinggal anda aksesnya susah sehingga setiap hari anda terjebak kemacetan)?

a. Ya

b. Tidak

7). Apakah tempat tinggal anda bising sehingga anda tidak nyaman?

a. Ya

b. Tidak

8). Apakah anda merasa lingkungan tempat tinggal sekarang rawan kejahatan?

a. Ya

b. Tidak

9). Apakah ekonomi anda sedang terpuruk?

- a. Ya b. Tidak

3. Kekhawatiran masalah keuangan/ekonomi

Bagaimana kekhawatiran anda terhadap masalah keuangan terkait kebutuhan pangan, tempat tinggal, layanan kesehatan, transportasi, tagihan/hutang selama kehamilan anak terakhir anda?

1). Apakah anda merasa kesulitan dengan kebutuhan makanan keluarga sehari-hari?

- a. Ya b. Tidak

2). Apakah anda merasa pendapatan keluarga tidak mencukupi untuk kebutuhan makanan dan tempat tinggal keluarga sehari-hari?

- a. Ya b. Tidak

3). Apakah anda merasa kesulitan membayar pemeriksaan kehamilan dan pengobatan jika anda dan keluarga sakit?

- a. Ya b. Tidak

4). Apakah anda punya hutang yang membebani anda ?

- a. Ya b. Tidak

5). Apakah anda punya tagihan yang harus anda bayar setiap hari, minggu atau bulan ?

- a. Ya b. Tidak

6). Apakah anda merasa kesulitan dengan biaya sekolah keluarga (anda, anak, suami)?

- a. Ya b. Tidak

7). Apakah anda merasa khawatir dengan dengan sarana transportasi jika anda sakit?

- a. Ya b. Tidak

4. Kehamilan sekarang

Bagaimana perasaan anda terhadap kehamilan anak terakhir anda?

1). Apakah kehamilan anda tidak direncanakan?

- a. Ya b. Tidak

9). Jika sedang menganggur, apakah anda atau suami diberhentikan dari pekerjaan (PHK)?

a. Ya

b. Tidak

CARA PEMILIHAN SAMPEL

| KASUS | | | | KONTROL | | | |
|-------|-------|-----------------|-----------------|---------|-------|-----------------|-----------------|
| NO | Nama | Kerangka Sampel | Sampel Terpilih | No | Nama | Kerangka Sampel | Sampel Terpilih |
| 1 | Y | | 19 | 1 | I P | | 19 |
| 2 | W | | 32 | 2 | V | | |
| 3 | R | | 13 | 3 | P Y | | 1 |
| 4 | A | | | 4 | M | | 20 |
| 5 | S E | | 7 | 5 | R M | | |
| 6 | E M | | 26 | 6 | F F | | 2 |
| 7 | D | | 1 | 7 | I | | 21 |
| 8 | M F | | 20 | 8 | S | | |
| 9 | M | | 33 | 9 | A P | | 3 |
| 10 | D | | 14 | 10 | S F | | 22 |
| 11 | S | | | 11 | W F | | |
| 12 | A R | | 8 | 12 | E S | | 4 |
| 13 | M | | 27 | 13 | S Y | | 23 |
| 14 | Y S | | 2 | 14 | N | | |
| 15 | D D | | 21 | 15 | Y E | | 5 |
| 16 | L | | 34 | 16 | V D S | | 24 |
| 17 | N H | | 15 | 17 | R D | | |
| 18 | M | | | 18 | M S | | 6 |
| 19 | D M C | | 9 | 19 | E E S | | 25 |
| 20 | E O | | 28 | 20 | Y D | | |
| 21 | R | | 3 | 21 | Y R | | 7 |
| 22 | R S | | 22 | 22 | L | | 26 |
| 23 | R S | | 35 | 23 | T H | | |
| 24 | S S | | 16 | 24 | S R | | 8 |
| 25 | F R | | | 25 | T A | | 27 |
| 26 | S F | | 10 | 26 | I | | |
| 27 | A T | | 29 | 27 | J S R | | 9 |
| 28 | P N | | 4 | 28 | U S | | 28 |
| 29 | M S | | 23 | 29 | F Y | | |
| 30 | Y S J | | 36 | 30 | E N | | 10 |
| 31 | R | | 17 | 31 | R A | | 29 |
| 32 | S F | | | 32 | Y A | | |
| 33 | S W | | 30 | 33 | Z | | 11 |
| 34 | M | | 11 | 34 | J | | 30 |
| 35 | E | | 5 | 35 | E E S | | |
| 36 | E R | | 24 | 36 | N Y | | 12 |
| 37 | Y | | | 37 | M S S | | 31 |

| | | | | | | | |
|----|-----|--|----|----|-----|--|----|
| 38 | M | | 18 | 38 | S | | |
| 39 | AA | | 31 | 39 | G | | 13 |
| 40 | SM | | 12 | 40 | HY | | 32 |
| 41 | MP | | | 41 | YS | | |
| 42 | YRF | | 6 | 42 | N | | 14 |
| 43 | Y | | 25 | 43 | S | | 33 |
| 44 | LN | | | 44 | RP | | |
| | | | | 45 | IYS | | 15 |
| | | | | 46 | YS | | 34 |
| | | | | 47 | SH | | |
| | | | | 48 | FY | | 16 |
| | | | | 49 | SMN | | 35 |
| | | | | 50 | ET | | |
| | | | | 51 | TS | | 17 |
| | | | | 52 | LS | | 36 |
| | | | | 53 | E | | |
| | | | | 54 | RO | | 18 |
| | | | | 55 | MS | | |
| | | | | 56 | A | | |

MASTER TABEL

| id | Status | a1 | a2 | a3 | a4 | a5 | a6 | a7 | a8 | a9 | a10 | tot_MIK | MIK | b1 | b2 | b3 | b4 | b5 | b6 | b7 | b8 |
|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|---------|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | Ada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | Ada | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | ada | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | Ada | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Tidak | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | Ada | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 24 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | Ada | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 25 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | Tidak | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 27 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | ada | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Ada | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 37 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 38 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 41 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | ada | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 46 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 47 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 48 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 49 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Ada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 52 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 55 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 56 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 57 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 58 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 61 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 62 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 63 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 64 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | ada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 66 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 67 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 68 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Ada | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | Ada | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 71 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Ada | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Tidak | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |

DATA KELOMPOK KASUS

| NO. | MR | NAMA | UMUR | PARITAS | PDDKN | PEKER | T. BERSALIN | B. DIRAWAT | KET BAYI | JAMKES | Ket. |
|-----|--------|-------|------|---------|-------|-------|-------------|------------|-----------|--------|------|
| 1 | 329758 | D | 2 | 2 | 3 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PYK |
| 2 | | Y S | 2 | 3 | 5 | 1 | bd | ya | hidup | ya | PAR |
| 3 | 324852 | R | 2 | 3 | 2 | 3 | RS | ya | meninggal | ya | PYK |
| 4 | | P N | 2 | 1 | 5 | 1 | bd | tdk | hidup | ya | PAR |
| 5 | 52705 | E | 2 | 1 | 6 | 1 | RS | ya | meninggal | ya | PAR |
| 6 | 4800 | Y R F | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 7 | | S E | 2 | 1 | 4 | 1 | RS | YA | hidup | ya | PYK |
| 8 | | A R | 2 | 1 | 5 | 1 | bd | ya | hidup | ya | PAR |
| 9 | 5872 | D M C | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 10 | | S F | 2 | 1 | 4 | 1 | bd | tdk | hidup | ya | PAR |
| 11 | | M | 2 | 1 | 2 | 1 | BD | tidak | hidup | tdk | SWL |
| 12 | | S M | 2 | 3 | 2 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 13 | 172191 | R S | 2 | 1 | 6 | 1 | RS | YA | hidup | YA | PYK |
| 14 | 58916 | D | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PAR |
| 15 | | N H | 2 | 1 | 2 | 2 | RS | ya | hidup | ya | PYK |
| 16 | 330205 | S S | 2 | 2 | 5 | 1 | RS | YA | hidup | tdk | PYK |
| 17 | | R | 2 | 2 | 6 | 2 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 18 | 53672 | M | 3 | 6 | 3 | 3 | RS | ya | hidup | ya | PAR |
| 19 | | Y | 2 | 2 | 5 | 2 | RB | ya | hidup | ya | PYK |
| 20 | 187130 | M F | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | YA | Hidup | ya | PYK |
| 21 | 2769 | D D | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | ya | meninggal | ya | SWL |
| 22 | 329343 | R S | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PYK |
| 23 | | M S | 2 | 3 | 3 | 3 | bd | ya | hidup | ya | PAR |
| 24 | | E R | 2 | 3 | 5 | 3 | bd | tdk | hidup | ya | PAR |
| 25 | | Y | 2 | 5 | 5 | 1 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 26 | 325767 | E M | 1 | 1 | 2 | 1 | RS | Ya | hidup | ya | PYK |
| 27 | 49961 | M | 2 | 2 | 4 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PAR |
| 28 | 326113 | E O | 2 | 1 | 2 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PYK |
| 29 | 59191 | A T | 3 | 1 | 4 | 1 | RS | ya | hidup | ya | PAR |
| 30 | | S W | 2 | 1 | 4 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 31 | | A A | 3 | 3 | 4 | 1 | bd | ya | hidup | ya | PAR |
| 32 | | W | 2 | 2 | 4 | 3 | RB | ya | hidup | tdk | PYK |
| 33 | | M | 2 | 1 | 4 | 1 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 34 | | L | 3 | 7 | 1 | 3 | RS | ya | hidup | ya | SWL |
| 35 | 330478 | R S | 2 | 2 | 5 | 2 | RS | ya | hidup | ya | PYK |
| 36 | | Y S J | 2 | 3 | 4 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |

DATA KELOMPOK KONTROL

| NO | MR | NAMA | UMUR | PARITAS | PDDKN | PEKERJAAN | T. BERSALIN | B. DIRAWAT | KET. | JAMKES | LOKASI |
|----|---------|-------|------|---------|-------|-----------|----------------|---------------|-------|--------|--------|
| 1 | 328969 | P Y | 2 | 1 | 1 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 2 | 3847 | F F | 2 | 2 | 5 | 1 | RS | tidak | hidup | ya | SWL |
| 3 | | A P | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | tidak | hidup | ya | PYK |
| 4 | 148372 | E S | 3 | 4 | 5 | 3 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 5 | 329802 | Y E | 2 | 1 | 4 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 6 | | M S | 2 | 3 | 2 | 1 | BD | tidak | hidup | tidak | SWL |
| 7 | | Y R | 2 | 2 | 5 | 1 | Bidan | tdk | hidup | tidak | PYK |
| 8 | | S R | 3 | 3 | 5 | 1 | Bidan | tdk | hidup | tidak | PYK |
| 9 | | J S R | 2 | 1 | 6 | 2 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 10 | | E N | 2 | 2 | 5 | 2 | BD | tidak | hidup | tidak | SWI |
| 11 | 329422 | Z | 2 | 3 | 5 | 3 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 12 | | N Y | 2 | 1 | 5 | 2 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 13 | | G | 2 | 3 | 5 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 14 | 58933 | N | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PAR |
| 15 | 58629 | I Y S | 2 | 3 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PAR |
| 16 | | F Y | 2 | 1 | 5 | 1 | bd | tdk | hidup | tidak | PAR |
| 17 | | T S | 2 | 1 | 5 | 2 | RS | dk | hidup | ya | PYK |
| 18 | | R O | 2 | 1 | 5 | 1 | bd | tdk | hidup | ya | PAR |
| 19 | 330110 | I P | 1 | 1 | 4 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 20 | 328966 | M | 2 | 4 | 3 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 21 | 563 | I | 2 | 3 | 5 | 1 | RS | tidak | hidup | ya | SWL |
| 22 | | S F | 3 | 3 | 5 | 1 | bd | tdk | hidup | tidak | PAR |
| 23 | 192852 | S Y | 2 | 3 | 5 | 1 | RS | tidak | hidup | ya | PYK |
| 24 | | V D S | 2 | 2 | 4 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 25 | 4635 | E E S | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PAR |
| 26 | 329809 | L | 2 | 4 | 4 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 27 | 239905 | T A | 2 | 1 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 28 | | U S | 2 | 2 | 5 | 1 | BD | tidak | hidup | ya | SWL |
| 29 | 3284947 | R A | 2 | 3 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PYK |
| 30 | 4634 | J | 2 | 2 | 5 | 1 | RS | tdk | hidup | ya | PAR |
| 31 | 5155 | M S S | 2 | 1 | 6 | 2 | RS | tidak | hidup | ya | SWL |
| 32 | 5348 | H Y | 3 | 3 | 4 | 1 | RS | tidak | hidup | ya | SWL |
| 33 | | S | 2 | 4 | 4 | 1 | bd | tdk | hidup | tidak | PAR |
| 34 | 58946 | Y S | 2 | 1 | 5 | 2 | RS | tdk | hidup | ya | PAR |
| 35 | | S M N | 2 | 1 | 5 | 2 | bd | tdk | hidup | tidak | PAR |
| 36 | | L S | 3 | 5 | 5 | 1 | bd | tdk | hidup | ya | PAR |

Ket:
Umur <
18 th
Umur 18
- 35 th
Umur >
35 th

Pendidikan:
1 = Tidak sekolah
2 = Tidak tamat
SD
3 = Tamat SD
4 = Tamat SMP
5 = Tamat SMA
6 = Akademik/P tinggi

Pekerjaan:
1 = Ibu rumah tangga
2 = IRT+ Pegawai/karyawan
3 = IRT IRT + Jualan/dagang, buruh
tani

Univariat

Masalah Internal Keluarga

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|---------------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Masalah Internal Keluarga | Tidak | Count | 14 | 26 | 40 |
| | | % within Persalinan Prematur | 38.9% | 72.2% | 55.6% |
| | Ada | Count | 22 | 10 | 32 |
| | | % within Persalinan Prematur | 61.1% | 27.8% | 44.4% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|---|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal | Tidak | Count | 5 | 14 | 19 |
| | | % within Persalinan Prematur | 13.9% | 38.9% | 26.4% |
| | Ada | Count | 31 | 22 | 53 |
| | | % within Persalinan Prematur | 86.1% | 61.1% | 73.6% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Kekhawatiran Masalah Ekonomi

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|------------------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Kekhawatiran Masalah Ekonomi | Tidak | Count | 13 | 21 | 34 |
| | | % within Persalinan Prematur | 36.1% | 58.3% | 47.2% |
| | Ada | Count | 23 | 15 | 38 |
| | | % within Persalinan Prematur | 63.9% | 41.7% | 52.8% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Kehamilan Sekarang

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|--------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|-------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Kehamilan Sekarang | Tidak | Count | 11 | 14 | 25 |
| | | % within Persalinan Prematur | 30.6% | 38.9% | 34.7% |
| | Ada | Count | 25 | 22 | 47 |
| | | % within Persalinan Prematur | 69.4% | 61.1% | 65.3% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |

Kehamilan Sekarang

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|--------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Kehamilan Sekarang | Tidak | Count | 11 | 14 | 25 |
| | | % within Persalinan Prematur | 30.6% | 38.9% | 34.7% |
| | Ada | Count | 25 | 22 | 47 |
| | | % within Persalinan Prematur | 69.4% | 61.1% | 65.3% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Beban Pekerjaan

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|-----------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Beban Pekerjaan | Tidak | Count | 10 | 18 | 28 |
| | | % within Persalinan Prematur | 27.8% | 50.0% | 38.9% |
| | Ada | Count | 26 | 18 | 44 |
| | | % within Persalinan Prematur | 72.2% | 50.0% | 61.1% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Bivariat

Masalah Internal Keluarga * Persalinan Prematur

Crosstab

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|---------------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Masalah Internal Keluarga | Tidak | Count | 14 | 26 | 40 |
| | | % within Persalinan Prematur | 38.9% | 72.2% | 55.6% |
| | Ada | Count | 22 | 10 | 32 |
| | | % within Persalinan Prematur | 61.1% | 27.8% | 44.4% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8.100 ^a | 1 | .004 | | |
| Continuity Correction ^b | 6.806 | 1 | .009 | | |
| Likelihood Ratio | 8.268 | 1 | .004 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .009 | .004 |
| Linear-by-Linear Association | 7.988 | 1 | .005 | | |
| N of Valid Cases ^b | 72 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Masalah Internal Keluarga (Tidak / Ada) | .245 | .091 | .659 |
| For cohort Persalinan Prematur = kasus | .509 | .314 | .825 |
| For cohort Persalinan Prematur = kontrol | 2.080 | 1.186 | 3.649 |
| N of Valid Cases | 72 | | |

Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal * Persalinan Prematur

Crosstab

| | | Persalinan Prematur | | Total |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------|---------|-------|
| | | kasus | kontrol | |
| Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat | Tidak Count | 5 | 14 | 19 |
| | % within Persalinan Prematur | 13.9% | 38.9% | 26.4% |

| | | | | | |
|---------|-----|------------------------------|--------|--------|--------|
| Tinggal | Ada | Count | 31 | 22 | 53 |
| | | % within Persalinan Prematur | 86.1% | 61.1% | 73.6% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5.791 ^a | 1 | .016 | | |
| Continuity Correction ^b | 4.576 | 1 | .032 | | |
| Likelihood Ratio | 5.975 | 1 | .015 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .031 | .015 |
| Linear-by-Linear Association | 5.711 | 1 | .017 | | |
| N of Valid Cases ^b | 72 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Perubahan Hidup dan Lingkungan Tempat Tinggal (Tidak / Ada) | .253 | .080 | .807 |
| For cohort Persalinan Prematur = kasus | .450 | .205 | .987 |

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| For cohort Persalinan Prematur = kontrol | 1.775 | 1.169 | 2.695 |
| N of Valid Cases | 72 | | |

Kekhawatiran Masalah Ekonomi * Persalinan Prematur

Crosstab

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|---------------------------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Kekhawatiran Masalah Ekonomi | Tidak | Count | 13 | 21 | 34 |
| | | % within Persalinan Prematur | 36.1% | 58.3% | 47.2% |
| | Ada | Count | 23 | 15 | 38 |
| | | % within Persalinan Prematur | 63.9% | 41.7% | 52.8% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2- sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.567 ^a | 1 | .059 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.731 | 1 | .098 | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-------|---|------|------|------|
| Likelihood Ratio | 3.597 | 1 | .058 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .098 | .049 |
| Linear-by-Linear Association | 3.517 | 1 | .061 | | |
| N of Valid Cases ^b | 72 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Kekhawatiran Masalah Ekonomi (Tidak / Ada) | .404 | .156 | 1.043 |
| For cohort Persalinan Prematur = kasus | .632 | .384 | 1.040 |
| For cohort Persalinan Prematur = kontrol | 1.565 | .974 | 2.514 |
| N of Valid Cases | 72 | | |

Kehamilan Sekarang * Persalinan Prematur

Crosstab

| | | |
|--|---------------------|-------|
| | Persalinan Prematur | Total |
|--|---------------------|-------|

| | | | kasus | kontrol | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------|---------|--------|
| Kehamilan Sekarang | Tidak | Count | 11 | 14 | 25 |
| | | % within Persalinan Prematur | 30.6% | 38.9% | 34.7% |
| | Ada | Count | 25 | 22 | 47 |
| | | % within Persalinan Prematur | 69.4% | 61.1% | 65.3% |
| Total | Count | | 36 | 36 | 72 |
| | % within Persalinan Prematur | | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .551 ^a | 1 | .458 | | |
| Continuity Correction ^b | .245 | 1 | .621 | | |
| Likelihood Ratio | .552 | 1 | .457 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .621 | .311 |
| Linear-by-Linear Association | .544 | 1 | .461 | | |
| N of Valid Cases ^b | 72 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Kehamilan Sekarang (Tidak / Ada) | .691 | .261 | 1.834 |
| For cohort Persalinan Prematur = kasus | .827 | .493 | 1.387 |
| For cohort Persalinan Prematur = kontrol | 1.196 | .754 | 1.899 |
| N of Valid Cases | 72 | | |

Beban Pekerjaan * Persalinan Prematur

Crosstab

| | | | Persalinan Prematur | | Total |
|-----------------|-------|------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | | kasus | kontrol | |
| Beban Pekerjaan | Tidak | Count | 10 | 18 | 28 |
| | | % within Persalinan Prematur | 27.8% | 50.0% | 38.9% |
| | Ada | Count | 26 | 18 | 44 |
| | | % within Persalinan Prematur | 72.2% | 50.0% | 61.1% |
| Total | | Count | 36 | 36 | 72 |
| | | % within Persalinan Prematur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.740 ^a | 1 | .053 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.864 | 1 | .091 | | |
| Likelihood Ratio | 3.781 | 1 | .052 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .090 | .045 |
| Linear-by-Linear Association | 3.688 | 1 | .055 | | |
| N of Valid Cases ^b | 72 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Beban Pekerjaan (Tidak / Ada) | .385 | .144 | 1.024 |
| For cohort Persalinan Prematur = kasus | .604 | .347 | 1.052 |
| For cohort Persalinan Prematur = kontrol | 1.571 | 1.002 | 2.464 |
| N of Valid Cases | 72 | | |



Padang, 19 Juni 2014

No : ST69 /UN 16.2/PP/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,

Kepala Dinas Kesehatan Prov. Sumatera Barat
di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina

NIM : 1121228017

Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Tempat Penelitian : Rumah Sakit, Klinik Bersalin dan Praktek Bidan di Prov. Sumatera Barat

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitian dalam naungan Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih..



The Ministry of Education and Culture
University of Andalas
Medical Faculty

Jl. Perintis Kemerdekaan No. 54, PO BOX 49 Padang 25127
West Sumatra - Indonesia
Phone : +62 751 31746 Fax : +62 751 32838, Dean : +62 751 39644
website : www.fk-unand.com e-mail : dekanat@fk.unand.ac.id



Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Universitas Andalas
Fakultas Kedokteran

Jl. Perintis Kemerdekaan No. 54, PO BOX 49 Padang 25127
Sumatera Barat - Indonesia
Telepon : +62 751 31746 Fax : +62 751 32838, Dekan : +62 751 39644
website : www.fk-unand.com e-mail : dekanat@fk.unand.ac.id

No : *607* /UN 16.2/PP/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Padang, 03 Juli 2014

Kepada Yth,
Kepala KESBANGPOL Kota Sawahlunto
di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina
NIM : 1121228017
Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitiannya di Rumah Sakit Daerah Kota Sawahlunto, Klinik Bersalin dan Bidan Praktik yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih..


KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS ANDALAS
Fakultas Kedokteran
UNIVERSITAS ANDALAS
DR. dr. Mairul, MSc, SpGK
NIP. 19581226 198710 1 001

The Ministry of Education and Culture
University of Andalas
Medical Faculty

Jl. Perintis Kemerdekaan No. 94, PO BOX 49 Padang 26127
West Sumatra - Indonesia
Phone : +62 751 31740 Fax : +62 751 32636, Dean : +62 751 39844
website : www.fk.unand.com e-mail : dekanat@fk.unand.ac.id



Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
Universitas Andalas
Fakultas Kedokteran

Jl. Perintis Kemerdekaan No. 94, PO BOX 49 Padang 26127
Sumatera Barat - Indonesia
Telpn. : +62 751 31740 Fax. : +62 751 32636, Dekan : +62 751 39844
website : www.fk.unand.com e-mail : dekanat@fk.unand.ac.id

No : 6056 /UN 16.2/PP/2014

Padang, 03 Juli 2014

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,

di Kepala KESBANGPOL Kota Payakumbuh
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina

NIM : 1121228017

Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitiannya di Rumah Sakit Daerah Kota Payakumbuh, Klinik Bersalin dan Bidan Praktik yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Payakumbuh.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih..





No : *6007* /UN 16.2/PP/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Padang, 03 Juli 2014

Kepada Yth.

Kepala KESBANGPOL Kota Pariaman
di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina

NIM : 1121228017

Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitiannya di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Pariaman, Klinik Bersalin dan Bidan Praktik yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Pariaman.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih.





Padang, 03 Juli 2014

No : 6055 /UN 16.2/PP/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,
Direktur RSUD Pariaman
di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina
NIM : 1121228017
Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitian di RSUD Pariaman yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih..

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas

Dr. W. Masrul, MSc, SpGK
NIP. 19561226 198710 1 001

Tembusan :

- Kepala Ruangan Kebidanan RSUD Kota Pariaman
- Kepala Ruangan Medical Record RSUD Pariaman



Padang, 03 Juli 2014

No : 6055 /UN 16.2/PP/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,
Direktur RSUD Pariaman
di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir mahasiswa S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang Tahun Akademik 2013/2014, untuk keperluan penelitian tesis, bagi mahasiswa :

Nama : Yuli Nenti Herlina
NIM : 1121228017
Judul Tesis : Hubungan Stresor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur).

Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/ Ibu dapat memfasilitasi mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitian di RSUD Pariaman yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama dari Bapak/ Ibu, kami ucapkan terima kasih..

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas
Dr. H. Masrul, MSc, SpGK
NIP. 19561226 198710 1 001

Tembusan :

- Kepala Ruangan Kebidanan RSUD Kota Pariaman
- Kepala Ruangan Medical Record RSUD Pariaman



PEMERINTAH KOTA SAWAHLUNTO
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PENANGGULANGAN BENCANA DAERAH**
Jl. Khatib Sulaiman Santur Kode Pos 27424 Telp. (0754) 61137 Fax. (0754) 62466
E-mail : badanksbpbdsawahlunto@hotmail.com

REKOMENDASI

Nomor : B.070/1520/BKP-PBD/SWL/2014

TENTANG
IZIN PENELITIAN

Setelah mempelajari Surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Nomor : 6057/UN 16.2/PP/2014 tanggal 3 Juli 2014, dengan ini kami Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Sawahlunto menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : YULI NENTI HERLINA
Tempat / Tgl Lahir : Padang Panjang / 19 Juli 1975
Pekerjaan : PNS
NIM/BP : 1121228017
Alamat : Jl. Syech Ibrahim Musa, Ganting Kec. Padang Panjang Timur
Lama Penelitian : 2 bulan (8 Juli s.d 30 Agustus 2014)
Judul : Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)
Lokasi/Tempat Penelitian : RSUD Kota Sawahlunto, Klinik Bersalin dan Bidan Praktek

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka serta tujuan penelitian/survey yang akan dilaksanakan.
2. Memberitahukan kedatangan dan maksud penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat-surat keterangan yang berhubungan dengan itu serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah/lokasi penelitian kepada Pemerintah Daerah setempat.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Menyampaikan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Walikota Sawahlunto Cq. Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Sawahlunto.
5. Bila terjadi penyimpangan / pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka surat rekomendasi ini akan dicabut kembali.

Demikianlah rekomendasi izin kegiatan Penelitian/Survey ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan dimana perlu.

Sawahlunto, 8 Juli 2014
An. WALIKOTA SAWAHLUNTO
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN PBD



Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Bapak Walikota Sawahlunto di Sawahlunto (sebagai lapran);
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas di Padang;
3. Yang bersangkutan;



PEMERINTAH KOTA PAYAKUMBUH
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Sri Rejeki No. 5 Kel. Bulakan Balai Kandi Telp/Fax. (0752) - 95713 Kota Payakumbuh 26225

REKOMENDASI

Nomor. B.200/271/Kesbang-Pol/VII- 2014

**TENTANG
IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN**

Kami Pemerintah Kota Payakumbuh melalui Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik berdasarkan :

Surat Pengantar : Dekan Fakultas Kedokteran UNAND
Nomor : 6056 / UN 16.2 /PP/2014.
Tanggal : 3 Juli 2014
Perihal : Surat Izin Penelitian

Dengan ini menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Survei awal penelitian di Kota Payakumbuh yang dilakukan oleh :

Nama : YULI NENTI HERLINA
Tempat/Tgl. Lahir : Padang Panjang, 19 Juli 1975
Pekerjaan : PNS
Alamat : Padang Pajang Timur
Kartu Identitas : 1121228017
Maksud/Tujuan : Untuk melengkapi data dalam menyusun Karya Ilmiah dengan Judul "Hubungan Stressor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)"

Dosen pembimbing :
Lokasi : 1. RSUD Dr. Adnaan WD Kota Payakumbuh
2. Klinik Bersalin se Kota Payakumbuh
3. Badan Pusat Statistik Kota Payakumbuh

Waktu : 10 Juli s/d 10 Oktober 2014

Anggota Penelitian :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian / Survey / Pengambilan Data akan dilakukan setelah memperoleh persetujuan dari Dinas/ Kantor / Instansi / otoritas lokasi yang diteliti.
2. Tidak boleh menyimpang dari tujuan melaksanakan survey awal penelitian
3. Memberitahukan / melaporkan diri pada Pemerintah, Dinas / Kantor setempat dan menjelaskan atas kedatangannya serta menunjukkan surat - surat keterangan yang berhubungan dengan itu serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah / lokasi penelitian.
4. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat Istiadat serta kebijaksanaan masyarakat setempat.
5. Mengirimkan laporan hasil karya ilmiahnya sebanyak 1 (satu) exemplar pada Walikota Payakumbuh & Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Payakumbuh.
6. Apabila terjadi suatu penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan - ketentuan yang tersebut di atas maka surat keterangan / Rekomendasi ini akan dicabut kembali.

Demikianlah rekomendasi penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan sebagaimana mestinya.

Payakumbuh, 10 Juli 2014

A.n KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KOTA PAYAKUMBUH
Ub. Kasi Kesatuan Bangsa

LILIS RATNA SETIAWATI

NIP. 19630609 198503 2 002

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Bapak Gubernur Sumatera Barat Cq. Kaban Kesbang Pol Linmas di Padang
2. Bapak Walikota Payakumbuh di Payakumbuh (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Payakumbuh di Payakumbuh
4. Kepala RSUD Dr. Adnaan WD Kota Payakumbuh di Payakumbuh
5. Kepala Klinik Bersalin se Kota Payakumbuh di Payakumbuh
6. Kepala BPS Kota Payakumbuh di Payakumbuh
7. Sdr. Dekan Fakultas Kedokteran UNAND



PEMERINTAH KOTA PARIAMAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Nuri Nasar No. 1 Pariaman Telp/Fax. 0751-93938

REKOMENDASI
Nomor : 070/442 /KPL/VII-2014

Tentang :

Izin Penelitian

- Kepala Kantor Kesbangpol Kota Pariaman setelah membaca dan mempelajari :
1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi ;
 2. Permendagri Nomor 33 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Penelitian.
 3. Permendagri Nomor 64 Tahun 20011 tentang Pedoman Penertiban Rekomendasi Penelitian.
 4. Surat dari Pascasarjana Fakultas Kedokteran - Universitas Andalas Padang Nomor : 6055/UN 16.2/PP/2014 tanggal 10 Juli 2014, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

Dengan ini memberikan persetujuan dan tidak keberatan diadakan Penelitian di Kota Pariaman yang diadakan oleh :

Nama : Yuli Neti Herlina
NIM : 1374015907750001
Pekerjaan : Mahasiswi Magister Kedokteran
Alamat : Jln. Syech Ibrahim musa, Kelurahan Ganting Kecamatan Padang Panjang Timur
Maksud Penelitian : Penelitian Tesis
Waktu/Lama Penelitian : 2 (dua) bulan
Judul Penelitian/Survey : "Hubungan Stresor Psikososial pada kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)"
Tempat Penelitian : 1. Rumah sakit umum daerah Kota Pariaman
2. Klinik Bersalin dan,
3. Bidan praktek
Anggota Rombongan : -

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka serta tujuan penelitian;
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud penelitian kepada pejabat instansi terkait, serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah penelitian
3. Mematuhi segala peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat setempat;
4. Mengirim laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Walikota Pariaman c/q Kantor Kesbangpol Kota Pariaman;
5. Apabila terjadi penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan diatas, maka Surat Keterangan/Rekomendasi ini akan dicabut kembali.

Pariaman, 10 Juli 2014

KEPALA KANTOR KESBAGPOL
KOTA PARIAMAN



Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Bapak Walikota Pariaman sebagai laporan
2. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kota Pariaman
3. Perguruan Tinggi ybs
4. Saudara ybs
5. Arsip.



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN
JALAN PROF. M. YAMIN, SH. NO. 5. TELP. 91118, FAX. 91428
PARIAMAN 25514

No : 804 - ~~4/535~~ - Kepeg - 2014
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Pariaman, 22. Juli 2014

Kepada Yth:
Ka. Bangsal/ Ruangan/ Instalasi

di
RSUD Pariaman

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Prodi S2
Kebidanan nomor 6055 / UN 16.2/PP/2014 Tertanggal 03 Juli 2014 perihal Izin
Penelitian Atas Nama Mahasiswa:

Nama : Yuli Nenti Herlina
No BP : 1121228017
Judul Tesis : Hubungan stresor psikososial pada Kehamilan dengan kelahiran
kurang bulan (Prematur)

Untuk memenuhi data penelitian mahasiswa yang bersangkutan kami mohon
bantuan saudara/i bagian terkait untuk memberikan data dan informasi sesuai
dengan judul penelitiannya.

Demikianlah kami sampaikan, atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.





PEMERINTAH KOTA SAWAHLUNTO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH



JLN. KARTINI NO. 18 Telp. (0754) 61029 Fax. 61826
Home Page : <http://www.sawahlunto.go.id> E-mail: informasi@sawahlunto.go.id

Sawahlunto, 27 Agustus 2014

No : 070/1051/RSUD-SWL/2014
Lamp :-
Hal : SURAT KETERANGAN

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas Padang
Di _
PADANG

Dengan hormat,

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Nomor: B.070/1320/BKP-PBD/SWL/2014 tanggal 8 Juli 2014 perihal Izin Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sawahlunto, yang dilakukan oleh :

Nama : YULI NENTI HERLINA
Tempat/Tgl Lahir : Padang Panjang / 19 Juli 1975
Pekerjaan : PNS
NIM/BP : 1121228017
Alamat : Jl.Syech Ibrahim Musa, Ganting Kec.Padang Panjang Timur
Lama Penelitian : 22 Juli s.d 27 Agustus 2014
Judul : Hubungan Stersor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)

Maka dengan ini kami menerangkan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sawahlunto

Demikian surat keterangan ini kami buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

An. DIREKTUR
Kasubag. Kepegawaian
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SAWAHLUNTO
RAMADAN NOPE, SE
NIP. 19721102 200604 1 014



PEMERINTAH KOTA PAYAKUMBUH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ADNAAN WD
JL. ADE IRMA SURYANI NASUTION NO. 25 TELP. (0752) 92018
FAX. (0752) 92018 PAYAKUMBUH 26213



SURAT KETERANGAN

Nomor : 445/000/Umum/RSUD/VIII/2014

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ORION ALI, SE. M. Si
Jabatan : Direktur Umum dan Keuangan RSUD Dr. Adnaan WD
Payakumbuh

Dengan ini menerangkan :

Nama : YULI NENTI HERLINA
Tempat/Tgl Lahir : Padang Panjang / 19 Juli 1975
Alamat : Padang Panjang Timut
Pekerjaan : PNS

Telah selesai melaksanakan Penelitian di RSUD Dr. Adnaan WD Payakumbuh dengan judul "**Hubungan Stressor Psikososial Pada Kehamilan Dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)**" Tanggal 15 Juli s.d 28 Agustus 2014.

Demikianlah disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di Payakumbuh
Pada tanggal 27 Agustus 2014

Direktur Umum dan Keuangan
RSUD Dr. Adnaan WD Payakumbuh


ORION ALI, SE. M. Si
NIP. 19731123 199903 1 008



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARIAMAN

JALAN PROF. M. YAMIN, SH NO. 5. TELP. 91118, FAX. 91428
PARIAMAN 25514

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

No. 896 / 6246 / Kepeg. Diklat / IX / 2014

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman, dengan ini menyatakan bahwa Mahasiswa S2 Kebidanan UNAND :

Nama : Yuli Nenti Herlina
NPM : 1121228017

Benar-benar telah mengadakan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman.

Adapun tujuan penelitian tersebut adalah untuk penyusunan Tesis dengan judul :
"Hubungan stresor psikososial pada kehamilan dengan kelahiran kurang bulan (prematuur) di RSUD Pariaman tahun 2014".

Waktu penelitian yang telah dilakukan untuk tujuan tersebut tanggal 22 Juli s/d 03 Agustus 2014.

Demikianlah surat keterangan ini kami berikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI : PARIAMAN
PADA TANGGAL : 3 September 2014

Direktur,
Melakili,



Amril, S.K.M., S.Kep, M.Kes
IP. 196305101984121003



KOMITE ETIKA PENELITIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
Jl. Perintis Kemerdekaan Padang 25127
Telepon: 0751 31746 Fax : 0751 32838 No. Reg : 036/KNEP/2008
e-mail: fk2unand@pdg.vision.net.id

No: 358/KEP/FK/2014

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL CLEARANCE

Tim Komite Etika Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, dalam upaya melindungi hak azazi dan kesejahteraan subjek penelitian kedokteran/kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian dengan judul:
The Committee of the Research Ethics of the Faculty of Medicine, Andalas University, with regards of the protection of human rights and welfare in medical/health research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

"Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Kelahiran Kurang Bulan (Prematur)"

Nama Peneliti Utama : Yuli Nenti Herlina
Name of the Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Name of Institution

dan telah menyetujui protokol penelitian tersebut diatas.
and recommended the above research protocol.

Padang, 20 Juni 2014

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Dean of Faculty of Medicine Andalas University

Ketua
Chairperson

Dr. dr.H. Masrul, MSc, Sp.GK
NIP. 1956 1226 1987 101 001



Prof. Dr. dr. Eryati Darwin, PA(K)
NIP. 1953 1109 1982 112 001