

KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI PADA IBU BERSALIN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL YOGYAKARTA

Meyska Widyandini, Esti Nugraheny, Supahar

Prodi Magister Terapan Kebidanan STIKES Guna Bangsa

Akademi Kebidanan Ummi Khasanah Yogyakarta

Universitas Negeri Yogyakarta

email: meywid.25@gmail.com

Abstrak: Kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD panembahan senopati Bantul Yogyakarta. Ketuban pecah dini (KPD) menyebabkan infeksi ibu, sedangkan infeksi sendiri merupakan penyebab ketiga kematian pada ibu. Tujuan penelitian untuk mengetahui kejadian KPD pada ibu bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Penelitian ini merupakan analitik observasional rancangan kasus-kontrol, dengan pendekatan retrospektif. Populasi penelitian seluruh ibu bersalin dengan KPD sebanyak 225 ibu. Sampel ibu bersalin dengan KPD (kasus) sebanyak 144 ibu secara *purposive sampling* dan ibu bersalin tanpa KPD (kontrol) sebanyak 144 secara *systematic random sampling*. Instrumen yang digunakan adalah lembar pengumpul data dan rekam medis pasien. Analisis data menggunakan uji chi square. Hasil penelitian menunjukkan, kejadian KPD di RSUD Panembahan Senopati berhubungan dengan beberapa faktor meliputi 1) faktor umur 20-35 tahun sebanyak 102 ibu (70,8%) dengan p-value 0,018 dan OR 1,96; 2) faktor usia kehamilan pre-term (<37 minggu) sebanyak 112 ibu (77,8%) dengan p-value 0,048 dan OR 1,84; 3) faktor riwayat KPD sebelumnya hanya berjumlah 13 ibu (9,0) % paling banyak dialami oleh ibu tanpa riwayat KPD sebelumnya sebanyak 131 ibu (91,0) dengan p-value 0,024 dan OR 3,47; 4) faktor pekerjaan, ibu yang bekerja yaitu sebanyak 90 ibu (62,5%) dengan p-value 0,01 dan OR 1,51; dan 5) faktor penyulit, malpresentasi dan malposisi sebanyak 125 ibu (86,8%) dengan p-value 0,00 dan OR 7,56. Kesimpulannya jumlah kejadian KPD yang tinggi pada ibu umur produktif yaitu umur 20-35 tahun dengan usia kehamilan preterm (<37 minggu), disertai dengan riwayat KPD sebelumnya dan penyulit malpresentasi/malposisi, sebagian besar ibu adalah pekerja. Disarankan menyusun SOP mengenai deteksi dini kejadian KPD dan upaya promosi kesehatan mengenai faktor penyebab kejadian KPD.

Kata Kunci: Kejadian, Ketuban Pecah Dini, Ibu Bersalin

Abstract: The incident of early rupture of membranes on maternal mothers in Panembahan Senopati Hospital of Bantul, Yogyakarta. Early rupture of membranes (KPD) causes maternal infection, whereas infection itself is the third cause of maternal mortality. The purpose of research is to determine the incidence of early rupture of membranes in maternal mothers in Panembahan Senopati Hospital of Bantul. This is an observational analytic case-control design, with a retrospective approach. The population of all maternal mothers with early rupture of membranes was 225 mothers. Samples of maternal mothers with KPD (cases) are 144 mothers by purposive sampling and maternal mothers without KPD (control) as many as 144 mothers by systematic random sampling. The instruments used are data collection sheets and patients' medical records. Data

analysis used chi square test. The results showed that the incidence of KPD in Panembahan Senopati Hospital was related to several factors including 1) the age factor of 20-35 years as many as 102 mothers (70.8%) with p-value 0.018 and OR 1.96; 2) pre-term pregnancy age factor (<37 weeks) of 112 mothers (77.8%) with p-value 0.048 and OR 1.84; 3) the history factor of previous KPD only amounted to 13 mothers (9,0)% most experienced by mothers without previous history of KPD as many as 131 mother (91,0) with p-value 0,024 and OR 3,47; 4) the work factor, working mothers that are 90 mothers (62,5%) with p-value 0,01 and OR 1,51; and 5) the complicating factors, mal-presentation and mal-position of 125 mothers (86.8%) with p-value 0.00 and OR 7.56. In conclusion, the number of high incidence of KPD occurs in productive aged-mothers that are 20-35 years old with preterm pregnancy (<37 weeks), accompanied by previous history of KPD and mal-presentation / mal-position complication, most of the mothers are workers. It is suggested to arrange SOP or pathway regarding early detection of KPD incident and health promotion effort is needed on the cause of KPD incident.

Keywords: incidence, early rupture of membranes, maternal mothers

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Menurut Kurniawati (2009) persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Manuaba (2009) menyatakan, ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sarwono (2009) menyatakan ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorio-amnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Profil Kesehatan Provinsi DIY (2013) menyatakan KPD juga dapat dijadikan sebagai indikator derajat kesehatan ibu hamil. Situasi kesehatan ibu hamil di suatu wilayah menggambarkan derajat kesehatan. Indikator yang dinilai paling peka dan

disepakati secara nasional yaitu Angka Kematian Ibu (AKI).

Menurut WHO (2016) AKI di negara berkembang 239 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI di negara maju 12 per 100.000 kelahiran hidup. UNICEF (2017) mengungkapkan jika dihitung dari tahun 1990 sampai 2015, rasio kematian maternal global menurun sebesar 44 persen dari 385 kematian menjadi 216 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Menurut hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 dalam Kemenkes RI (2015) AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2015 jumlah angka kematian ibu tahun 2014 dilaporkan sebesar 87,7 per 100.000 kelahiran hidup). Jumlah kematian ibu hamil disumbang terbanyak oleh Kabupaten Bantul dengan 11 kasus kematian, menyusul di posisi kedua yakni Kabupaten Gunung Kidul dengan 7 kasus, kemudian Kota Yogyakarta menduduki urutan ketiga dengan 5 kasus, sementara Kabupaten Sleman urutan ke empat dengan 4

kasus, terakhir paling sedikit di Kabupaten Kulonprogo pada urutan kelima dengan jumlah kasus kematiannya ada 2 kasus. Sehingga di DIY ada 29 kasus kematian.

Menurut WHO (2016) wanita meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% kematian maternal ada 4 yaitu pendarahan hebat (kebanyakan perdarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah persalinan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi tidak aman. Sedangkan Pusdatin Kementerian Kesehatan RI (2013) menyatakan bahwa penyebab AKI di Indonesia yaitu akibat perdarahan, pre/eklampsia, infeksi, partus lama, dan abortus. Salah satu penyebab infeksi saat bersalin yaitu kejadian KPD yang tidak segera mendapatkan penanganan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Panembahan Senopati pada tanggal 16 Agustus 2017, didapatkan kasus dengan KPD pada periode Juli 2016 sampai dengan Juli 2017 sebanyak 225 kasus.

Sarwono (2009) menyatakan KPD merupakan masalah penting dalam obstetri karena berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, serta merupakan penyebab infeksi yang paling sering dalam persalinan. Menurut Morgan (2009) penyebab KPD antara lain malposisi atau malpresentasi janin, riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih, usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda, riwayat hubungan seksual, baru-baru ini,

paritas, dan anemia. Menurut Wiknjastro (2009) dan Nugroho (2010) faktor yang berhubungan erat dengan KPD yaitu usia kehamilan, riwayat KPD sebelumnya, kelelahan ibu dalam bekerja, serta trauma yang didapat misalnya hubungan seksual dan benturan. Berbeda dengan Mercer (2008) yang mengatakan bahwa belum diketahui secara pasti penyebab dari terjadinya KPD, namun ada beberapa faktor risiko yang diidentifikasi dapat menyebabkan KPD yaitu meliputi gizi buruk atau dehidrasi, infeksi pada serviks, rahim dan vagina. Mercer (2008) juga mengatakan wanita dengan riwayat KPD sebelumnya secara statistik berisiko lebih besar akan mengalami kembali KPD pada kehamilan berikutnya. Sejalan dengan Mercer (2008), Backmann (2010) juga menyatakan bahwa penyebab KPD tidak diketahui secara jelas. Masih menurut Backmann (2010) penyakit menular seksual dan kondisi saluran kelamin bawah lainnya, seperti bakteri vaginosis, dapat berperan, karena infeksi tersebut jarang ditemukan pada wanita dengan KPD.

Berdasarkan uraian kejadian KPD di atas dapat disimpulkan bahwa ini merupakan persoalan penting serta dapat menimbulkan masalah lain yang lebih besar jika tidak segera mendapat penanganan yang tepat. Sebab KPD merupakan salah satu penyebab infeksi pada ibu, sedangkan infeksi sendiri merupakan penyebab ketiga kematian pada ibu. Dengan mengambil beberapa faktor yang kemungkinan dapat mempengaruhi KPD yaitu umur, paritas, anemia, usia kehamilan, riwayat KPD sebelumnya, pekerjaan, pendidikan, dan penyulit (malpresentasi dan malposisi, gemeli). Dimungkinkan bagi peneliti untuk melaksanakan

penelitian dan diharapkan membawa manfaat bagi responden maka peneliti tertarik untuk mengungkap “Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta periode Juli 2016 sampai Juli 2017”.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional, dengan pendekatan retrospektif, desain studi kasus kontrol yaitu rancangan studi yang mempelajari hubungan antara faktor penelitian/paparan dengan pendekatan retrospektif, kemudian membandingkan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan status paparnya. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang bersalin dengan KPD yang berjumlah 225 rekam medis. Populasi kontrol pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang bersalin tidak dengan KPD yang berjumlah 2525 rekam medis. Jumlah sampel kasus penelitian ini dihitung menggunakan rumus slovin dengan hasil 144 rekam medis ibu bersalin dipilih secara *purposive sampling*, yaitu diambil berdasarkan data yang dibutuhkan sesuai variabel yang diteliti. Besar sampel kontrol pada penelitian ini sesuai dengan data variabel yang diteliti berjumlah 144 ibu yang tidak mengalami KPD. Anggota populasi yang dipilih menjadi sampel kontrol adalah setiap kelipatan 17 didapat dari rumus interval yaitu jumlah populasi dibagi jumlah sampel, kemudian sampel dipilih menggunakan teknik *systematic random sampling*. Analisis data yang digunakan adalah univariat secara deskriptif dan bivariat menggunakan chi square. Instrumen yang

digunakan untuk mendapatkan data sekunder yang diperlukan dari rekam medik menggunakan lembar pengumpul data. Data penelitian berasal dari data sekunder yang terdapat dalam rekam medik pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

1. Distribusi karakteristik responden dengan Ketuban Pecah Dini

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Responden dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Variabel	Kasus		Kontrol	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pendidikan				
SD-SMP	66	45,8	56	38,9
SMA	62	43,1	70	48,6
PT	16	11,1	18	12,5
Umur				
Beresiko (<20/>35)	42	29,2	25	17,4
Tidak beresiko (20-35)	102	70,8	119	82,6
Paritas				
Primipara	113	78,4	121	84
Multipara	25	17,4	17	11,8
Grandemultipara	6	4,2	6	4,2
Anemia				
Anemia (<11 gr/dl)	25	17,4	18	12,5
Tidak Anemia (>=11 gr/dl)	119	82,6	126	87,5
Usia Kehamilan				
Aterm (>37 minggu)	32	22,2	20	13,9
Preterm (<37 minggu)	112	77,8	124	86,1
Riwayat KPD				
Ya	13	9,0	3	2,1
Tidak KPD	131	91,0	141	97,9
Pekerjaan				
Bekerja	90	62,5	110	76,4
Tidak Bekerja	54	37,5	34	23,6
Penyulit				
Malpresentasi/Malposisi	125	86,8	67	46,5
Gemeli	19	13,2	77	53,5
Total	144	100	144	100

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa responden yang mengalami KPD sebagian besar

berpendidikan SD dan SMP yaitu sebanyak 66 kasus (45,8%) di bandingkan responden yang tidak mengalami KPD.. Sebagian Responden dengan usia berisiko <20/>35 tahun yang mengalami KPD yaitu sebanyak 42 kasus (29,2%) dibandingkan dengan yang tidak mengalami KPD. Sebagian besar Responden primipara mengalami KPD sebanyak 113 kasus (78,4%) dibandingkan dengan responden multipara dan grandemultipara. Sebagian besar responden dengan anemia (HB <11gr/gl) yang mengalami KPD yaitu sebanyak 25 kasus (17,4%) dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami KPD. Responden dengan usia kehamilan preterm (<37 minggu) yang mengalami KPD sebanyak 32 kasus (22,2 %) dibandingkan dengan yang tidak mengalami KPD.

Sebagian besar responden dengan riwayat KPD mengalami KPD sebanyak 13 kasus (9,0%) dibandingkan dengan yang tidak mengalami KPD hanya sebanyak 3 kasus (2,1%). Sebagian besar responden adalah ibu hamil yang bekerja mengalami KPD sebanyak 90 kasus (62,5%) dibandingkan dengan yang tidak bekerja hanya sebanyak 54 kasus (9,0 %). Sebagian responden malpresentasi dan malposisi mengalami KPD sebanyak 125 kasus (86,8%) dibandingkan dengan yang tidak mengalami KPD.

2. Distribusi frekuensi responden dengan Ketuban pecah Dini

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Panembahan Senopati Bantul

No.	Faktor Risiko	KPD		Tidak KPD		P-value	OR	99%CL
		N	%	N	%			OR
								Lower-Upper
1.	Pendidikan							
	SD-SMP	66	54,1	56	45,9	0,256	1,331	0,812-2,180
	SMA	62	47,0	70	53,0		Pembanding	
	PT	16	47,1	18	52,9	0,993	0,996	0,468-2,120
	Jumlah	144	100	144	100			
2.	Umur							
	Beresiko (<20/>35)	42	29,2	25	17,4			
	Tidak Beresiko (20-35)	102	70,8	119	82,6	0,018	1,960	1,118-3,436
	Jumlah	144	100	144	100			
3.	Paritas							
	Primipara	113	48,3	121	51,7	0,180	0,635	0,326-1,238
	Multipara	25	59,5	17	40,5		Pembanding	
	Grandemultipara	6	50	6	50	0,556	1,471	0,405-5,334
	Jumlah	144	100	144	100			
4.	Anemia							
	Anemia (<11gr/dl)	25	17,4	18	12,5			
	Tidak Anemia (>=11gr/dl)	119	82,6	126	87,5	0,247	1,471	0,763-2,833
	Jumlah	144	100	144	100			
5.	Usia Kehamilan							
	Aterm (>37 minggu)	32	22,2	20	13,9			
	Preterm (<37 minggu)	112	77,8	124	86,1	0,048	1,843	1,000-3,398
	Jumlah	144	100	144	100			
6.	Riwayat KPD							
	Ya	13	9,0	3	2,1			
	Tidak	131	91,0	141	97,9	0,024	3,473	1,105-10,922
	Jumlah	144	100	144	100			
7.	Pekerjaan							
	Bekerja	90	62,5	110	76,4			
	Tidak Bekerja	54	37,5	34	23,6	0,011	1,515	0,309-0,859
	Jumlah	144	100	144	100			
8.	Penyulit							
	Malpresentasi/ Malposisi	125	86,8	67	46,5			
	Gemeli	19	13,2	77	53,5	0,000	7,561	4,220-13,547
	Jumlah	144	100	144	100			

Berdasarkan tabel 2 diketahui karakteristik yang mempengaruhi kasus KPD adalah 1) faktor umur 20-35 tahun sebanyak 102 kasus (70,8%) dengan p-value 0,018 dan OR

1,96; 2) faktor usia kehamilan preterm (<37 minggu) sebanyak 112 kasus (77,8%) dengan p-value 0,048 dan OR 1,84; 3) faktor riwayat KPD sebanyak 13 kasus (9,0%) dengan p-value 0,024

dan OR 3,47; 4) faktor pekerjaan sebanyak 90 kasus (62,5%) dengan p-value 0,01 dan OR 1,51; dan 5) faktor penyulit malpresentasi/malposisi sebanyak 125 kasus (86,8%) dengan p-value 0,00 dan OR 7,56.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik pendidikan responden

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi pengetahuan orang atau keluarga dalam masyarakat. Pendidikan responden yang rendah akan menyulitkan proses pengajaran dan pemberian informasi, sehingga pengetahuan tentang faktor-faktor risiko suatu penyakit juga terbatas. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Romauli (2011) bahwa tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam dalam kualitas perawatan dan pemeriksaan kehamilannya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kehamilannya. Berdasarkan hasil analisis karakteristik didapatkan hasil yang terbanyak dan lebih dominan adalah pendidikan menengah (SMA) kemudian responden minoritas atau paling sedikit adalah perguruan tinggi (PT). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SMA atau tingkat menengah.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dasar (SD-SMP) dengan kejadian KPD ($p\text{-value}=0,256$) $>\alpha=0,05$. Demikian pula pada pendidikan Perguruan Tinggi tidak ada hubungan dengan kejadian KPD ($p\text{-value}=0,993$) $>\alpha=0,05$.

Sehingga Berdasarkan hasil analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan kejadian KPD. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hastuti (2015) yang berjudul Analisis Faktor Risiko KPD di Rumah Sakit Umum Bahteramas yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan KPD dengan OR = 2,43. Terdapat perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dimungkinkan karena perbedaan jumlah karakteristik pendidikan responden yang mana pada penelitian sebelumnya jumlah responden dengan pendidikan menengah (SMA) lebih sedikit yaitu 42 responden dibandingkan dengan responden pendidikan menengah pada penelitian ini yang mayoritas berpendidikan menengah (SMA) sebanyak 62 responden. Sehingga kemungkinan penguasaan pengetahuan pasien tentang komplikasi dari persalinan yang salah satunya adalah ketuban pecah dini sudah bagus. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik. Ini sesuai dengan teori Romauli (2011) yang menyatakan bahwa pendidikan juga sangat berperan dalam kualitas perawatan dan pemeriksaan kehamilannya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kehamilannya.

2. Hubungan Umur dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan KPD. Ibu hamil dengan usia <20 tahun dan >35 tahun lebih banyak yang mengalami KPD sebesar 29,2 % dibandingkan ibu yang hamil tidak dengan KPD (kelompok kontrol) yaitu sebesar 17,4 dengan *P value* 0,018 dan OR 1,960 dengan tingkat kepercayaan 1,118-3,436. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Wiknjastro (2009) yang menyatakan kehamilan yang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun sering menyebabkan komplikasi/penyulit bagi ibu dan janin serta memiliki risiko kesehatan bagi ibu dan bayinya. Keadaan ini terjadi karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan.

Hasil penelitian ini juga mendukung dari penelitian Maryuni (2014) yang berjudul Faktor risiko ketuban pecah dini. Penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dari variabel umur terhadap kejadian Ketuban pecah dini dengan *p-value* = 0,000 dan OR = 2,676. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Fetrisia (2013) yang berjudul Faktor - Faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini Tahun 2013 menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian KPD (*p value* = 0,549) yang berarti tidak ada hubungan bermakna antara usia ibu hamil dengan KPD. Begitu juga dengan penelitian Ni Luh Sumadi (2012) yang berjudul “faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini”, menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor risiko umur

dengan KPD (*p-value* = 0,054). Ada perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dimungkinkan karena adanya perbedaan jumlah sampel yang diambil yaitu pada penelitian sebelumnya jumlah sampel yang diambil lebih sedikit dan perbedaan lokasi penelitian sehingga mengakibatkan perbedaan dalam hasil uji statistik.

3. Hubungan Paritas dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara paritas primipara dengan kejadian KPD (*p-value*= 0,180) > $\alpha=0,05$. Demikian pula pada paritas grande-multipara tidak ada hubungan dengan kejadian KPD (*p-value*=0,556) > $\alpha=0,05$. Sehingga berdasarkan hasil analisis di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian KPD.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Sarwono (2009) yang menyatakan bahwa penyebab KPD kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah faktor paritas. Begitu juga Wiknjastro (2009) menyatakan multigravida atau paritas tinggi merupakan salah satu dari penyebab terjadinya kasus ketuban pecah sebelum waktunya. Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian Maryuni (2014) yang berjudul “Faktor risiko ketuban pecah dini” dengan nilai *p* = 0,003 yang menunjukkan ada hubungan faktor risiko paritas dengan kejadian KPD. Namun hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang sebelumnya dilakukan oleh Fetrisia (2013) yang berjudul Faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini Tahun 2013 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara

paritas dengan kejadian KPD (p value = 0,824) yang berarti tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan KPD.

4. Hubungan Anemia dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara anemia dengan kejadian KPD dengan p value 0,247. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Sujiyatini dkk (2009) menyatakan ibu yang dalam kehamilannya mengalami anemia berisiko mengalami KPD, sebab biasanya sering menunjukkan pola irama jantung janin yang abnormal, hal ini disebabkan karena kerja jantung yang dipicu lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan oksigen ke seluruh organ tubuh akibatnya ibu akan merasa cepat lelah. Hal ini akan mempengaruhi peredaran darah dari ibu ke janin, yang memungkinkan terjadinya kerusakan pada plasenta, kemudian mempengaruhi elastisitas selaput ketuban, sehingga selaput ketuban mudah pecah.

Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Susilawati (2013) dengan judul "Analisis faktor risiko yang berhubungan dengan ketuban pecah dini", p -value 0,008 dan OR 1,865 yang berarti terdapat hubungan antara anemia dan kejadian KPD. Namun hal ini dimungkinkan terjadi karena kebutuhan Fe ibu telah terpenuhi selama hamil baik yang di dapat melalui konsumsi tablet Fe ataupun konsumsi makanan empat sehat lima sempurna seperti yang telah diungkapkan oleh Manuaba, dkk (2007). Masih menurut Manuaba dkk (2007) komponen makanan yang dapat membantu pembentukan darah dan mencegah anemia adalah makanan yang mengandung

protein, glukosa, lemak, Vitamin B12, B6, asam folat, Vitamin C, elemen dasar Fe, ion Cu serta zink. Hal ini juga ditunjukkan dalam analisis univariat penelitian ini bahwa responden yang mengalami anemia lebih sedikit dengan jumlah 25 responden (17,4%) dibandingkan dengan yang tidak anemia sebanyak 119 responden (82,6%).

5. Hubungan Usia Kehamilan dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara usia kehamilan dengan kejadian KPD. Ibu hamil dengan usia kehamilan <37 minggu (preterm) lebih banyak mengalami KPD sebesar 77,8% dibandingkan ibu dengan usia kehamilan >37 minggu (aterm) yaitu sebesar 22,2% dengan p -value=0,048 dan OR 1,843 dengan tingkat kepercayaan 1,000-3,398. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maria dkk (2015) dengan p value = 0,000 lebih kecil dari 0,05; maka H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian ketuban pecah dini. Setelah dilakukan analisis multivariat didapatkan hasil p -value 0,041 dengan OR 1,970 berarti ibu hamil dengan usia kehamilan <37 minggu (preterm) berisiko 1,970 kali mengalami KPD.

Menurut penelitian Ekin *et. al.* (2013) usia gestasional pada KPD secara signifikan mempengaruhi periode laten. Meskipun periode laten >72 jam terkait dengan chorio-amnionitis dan abrupsio plasenta, namun tidak berpengaruh pada neonatal. Ekin *et. al.* (2013) juga menyatakan bahwa periode laten >24 jam dikaitkan dengan peningkatan risiko yang lebih besar terhadap korio-amnionitis. penelitian

Popowski *et. al.* (2011) menyatakan KPD, adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal saat ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan 34 minggu atau setelah 34 minggu. Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa KPD yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 34 minggu maupun lebih dari 34 minggu (28-38 minggu) berisiko besar mengalami korio-amniosis hingga kematian pada ibu maupun bayi. Hal ini disebabkan karena semakin muda kehamilan, terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur. Semakin lama menunggu, kemungkinan infeksi akan semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal. Selain itu periode laten yang memanjang juga turut berperan menjadi penyebab terjadinya korio-amniosis.

6. Hubungan Riwayat KPD dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara riwayat KPD dengan kejadian KPD. Ibu hamil dengan riwayat KPD lebih banyak mengalami KPD sebesar 9,0% dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat KPD yaitu sebesar 2,1% dengan *p-value*=0,028 dan OR 3,473 dengan tingkat kepercayaan 1,105-10,922.

Penelitian ini sejalan dengan teori Cunningham *et.al* (2012) yang menyatakan bahwa wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan sebelumnya maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali, yaitu antara tiga sampai empat kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh

dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya. Penurunan kandungan kolagen dalam membran ini kemudian memicu terjadinya KPD aterm dan KPD preterm terutama pada pasien risiko tinggi.

7. Hubungan Pekerjaan dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan KPD. Ibu hamil yang bekerja lebih banyak yang mengalami KPD sebesar 62,5 % dibandingkan ibu hamil yang tidak bekerja yaitu sebesar 37,5% dengan *p-value* 0,011 dan OR 0,515 dengan tingkat kepercayaan 0,309-0,859.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Saifuddin (2008) mengatakan ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja, oleh sebab itu sangat di anjurkan bagi ibu selama masa kehamilan agar mengurangi atau bahkan menghindari pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Rosmiarti (2013) dengan hasil penelitian *p value* $0,043 \leq 0,05$ berarti ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan terjadinya ketuban pecah dini.

8. Hubungan Penyulit dengan KPD

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara faktor penyulit malposisi dan malpresentasi dengan kejadian KPD. Ibu hamil dengan malposisi/malpresentasi lebih banyak yang mengalami KPD sebesar 86,8% dibandingkan ibu hamil yang tidak disertai dengan malposisi/malpresentasi yaitu 46,5%

dengan $p\text{-value}=0,000$ dan OR 7,561 dan tingkat kepercayaan 0,309-0,859. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Manuaba (2010) yang mengatakan bahwa malpresentasi janin dapat membuat ketuban bagian yang terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan. Letak sungsang juga dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya. Yulaikhah (2009) juga mengungkapkan pada kehamilan letak lintang akan memudahkan terjadi ketuban pecah karena adanya kontraksi uterus tetapi tidak diimbangi dengan penurunan atau masuknya bagian bawah janin ke dalam PAP. Penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Susilawati (2013) dengan $P\text{ Value } 0,000 < \alpha 0,05$ OR 2.283 yang berarti terdapat hubungan antara malposisi/malpresentasi dengan kejadian KPD.

KESIMPULAN

Faktor yang memengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta periode juli 2016 sampai juli 2017 adalah faktor umur, usia kehamilan, riwayat KPD, pekerjaan dan penyulit sedangkan faktor yang tidak secara langsung mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta adalah faktor pendidikan, paritas, dan anemia.

Disarankan perlu pembuatan SOP atau *pathway* mengenai KPD yang dipengaruhi oleh umur, usia kehamilan, riwayat KPD, pekerjaan dan faktor penyulit. Misalnya di dalam SOP memuat deteksi dini seperti apabila terdapat pasien dengan usia kehamilan <37 minggu dengan riwayat KPD pada kehamilan

sebelumnya, kemudian pasien juga bekerja dan kehamilan disertai dengan penyulit malposisi ataupun malpresentasi maka berpotensi mengalami KPD.

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul diharapkan dapat meningkatkan upaya-upaya pencegahan dan penatalaksanaan yang dapat membantu menurunkan angka kejadian KPD dengan memberikan promosi kesehatan mengenai determinan KPD yang meliputi umur, usia kehamilan, riwayat KPD, pekerjaan dan faktor penyulit. Selain itu juga faktor yang tidak secara langsung mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini yang meliputi faktor pendidikan, paritas, dan anemia.

DAFTAR RUJUKAN

- Agatha Maria & Utin S. Candrasari. (2015). Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Ibu Bersalin dengan Kejadian Ketuban pecah Dini. *Jurnal Vokasi Kesehatan*. II (1) : 214-220
- Beckmann, Charles R. B. Eds. (2010). *Obstetrics and gynecology*. Baltimore, MD : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Cunningham F.G *et al.* (2012). *Obstetri William*. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. (2013). *Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun*. Yogyakarta: Dinkes DIY
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun*. Yogyakarta: Dinkes DIY
- Ekin A., Gezer Cenk., *et al.* (2013). Risks Factors and Perinatal Outcomes Associated with Latency in Preterm Premature Rupture of

- Membranes Between 24 and 34 Weeks of Gestation. *Arch Gynecol Obstet* (2014) 290:449–455. DOI 10.1007/s00404-014-3227-3
- Fetrisia W.(2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*. **4** (1) : 72-79
- Kementerian Kesehatan RI.(2013).*Infodatin Pusat Data dan Informasi Kesehatan Ibu*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kurniawati. D., Mirzanie. H. (2009). *OBGYNACEA (Obstetri dan Ginekologi)* Yogyakarta : TOSCA Entreprice
- Manuaba, IGB. (2009). *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetric dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Manuaba, IGB dkk. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Maryuni *et al.* (2014). *Kesmas: National Public Health Journal*. 2017; 11 (3): 133-137 DOI:10.21109/kesmas.v11i3.1153
- Mercer BM.(2008).*Preterm premature rupture of the membranes*. *Obstet. Gynecol.*
- Morgan. Geri. (2009). *Obstetri Ginekologi Praktik Edisi II*. Jakarta: Penerbit Buku Kodokteran, EGC.
- Ni Luh Sumadi dkk. (2012). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*. **1**(1): 33-38
- Nugroho Taufan. (2010). *Kasus Emergency Kebidanan Untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Popowski *et al.* (2011). Maternal markers for detecting early-onset neonatal infection and chorioamnionitis in cases of premature rupture of membranes at or after 34 weeks of gestation: a two-center prospective Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011, **11**:26
- Romauli, Suryati.(2011). *Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saifuddin, AB. (2008). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Santoso. (2016). *Statistika Hospitalitas*. Yogyakarta: Deepublish
- Sarwono Prawirohardjo. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sujiyatini dkk. (2009). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Susilawati.(2013). Analisis Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini Di Rs Umum Daerah Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Dunia Kesmas*. **4**(4): 196-202
- UNICEF. (2017). Maternal mortality fell by almost half between 1990 and 2015. Tersedia dalam <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/> diakses tanggal 26 Juli 2017
- WHO.(2016).*Maternal Mortality, Report 2016*. Geneva: World Health Organization

Winkjosastro H. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta
: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
Prawiroharjo

Yulaikhah. (2009). *Seri Asuhan Kebidanan
Kehamilan*, Jakarta, EGC