

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETUBAN PECAH DINI DI RSU PKU
MUHAMMADIYAH BANTUL
TAHUN 2016**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun oleh:
Merti Demiarti
1610104258**

**PROGRAM STUDI BIDAN PENDIDIK JENJANG DIPLOMA IV
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETUBAN PECAH DINI DI RSU PKU
MUHAMMADIYAH BANTUL
TAHUN 2016**

NASKAH PUBLIKASI

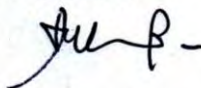
**Disusun oleh:
Merti Demiarti
1610104258**

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui untuk Dipublikasikan
Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma IV
Fakultas Ilmu Kesehatan
di Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

Oleh:

Pembimbing : Suharni, SPd., M.Kes
Tanggal : 18 Juli 2017

Tanda Tangan :



FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETUBAN PECAH DINI DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL¹

Merti Demiarti², Suharni³
Mertidemiarti66@gmail.com

Latar Belakang: Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu penyebab terjadinya infeksi. Pada sebagian besar kasus ketuban pecah dini berhubungan dengan infeksi *intra partum*. Faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD sulit diketahui. Kejadian ketuban pecah dini di Indonesia sebanyak 35,70 %-55,30% dari 17.665 kelahiran. Dampak terjadinya KPD dapat menyebabkan infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea, atau gagalnya persalinan normal.

Tujuan: Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini di RSU PKU Muhammadiyah Bantul.

Metode Penelitian: Desain penelitian survei analitik, dengan pendekatan retrospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mengalami ketuban pecah dini. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 85 responden dengan *total sampling*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*.

Simpulan hasil penelitian dan Saran: Ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di RSU PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2016. Diharapkan bagi bidan untuk melakukan skrining ANC yang komprehensif untuk mendeteksi faktor resiko KPD pada ibu hamil.

Kata kunci: faktor, ketuban pecah dini, paritas

LATAR BELAKANG

Mortalitas dan morbiditas ibu hamil, ibu bersalin dan nifas masih merupakan masalah terbesar terutama di Negara berkembang termasuk Indonesia. Angka kematian ibu merupakan tolak ukur status kesehatan di suatu Negara. Setiap tahun tercatat 180-200 juta kehamilan di dunia dan 585 terjadi kematian pada ibu hamil. Penyebab dari kematian pada wanita hamil dan bersalin selalu berkaitan dengan komplikasi, diantaranya 24,8% perdarahan, 14,9% infeksi, 12,9% eklampsia, 6,9% distosia saat persalinan, 12,9% aborsi yang tidak aman dan sisanya berkaitan dengan sebab lain (WHO, 2011).

Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, angka kematian ibu menunjukkan

kenaikan dari 228 di tahun 2007 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2012 (BPS, 2013). Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga ASEAN. Berdasarkan data dari kementerian kesehatan RI, kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%) dan infeksi (7,3%).

Menurut Prawirohardjo (2007) penyebab kematian maternal merupakan suatu hal yang cukup kompleks, yang dapat digolongkan pada faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosial ekonomi. Yang termasuk komplikasi obstetrik adalah infeksi. Infeksi dapat terjadi pada pertolongan persalinan yang tidak mengindahkan syarat-syarat aseptis-antisepsis, karena partus lama,

ketuban pecah dini, dan sebagainya. Menurut Sujiyantini (2009) Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu penyebab terjadinya infeksi. Pada sebagian besar kasus ketuban pecah dini berhubungan dengan infeksi intra partum.

Menurut Hidayat (2009) faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD sulit diketahui. Kemungkinan faktor predisposisi adalah infeksi, golongan darah ibu dan anak tidak sesuai, multi graviditas (paritas), merokok, defisiensi gizi (vitamin C), inkompetensi servik, polihidramnion, riwayat KPD sebelumnya, kelainan selaput ketuban. Menurut Morgan. G dan Hamilton. C (2009) kemungkinan yang menjadi faktor penyebab terjadinya KPD adalah usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada ibu muda, paritas, infeksi, kelainan letak janin, *inkompetensi serviks*, riwayat KPD sebelumnya sebanyak 2 kali atau lebih, dan merokok selama kehamilan.

Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*) (Nugroho, 2010).

Menurut Dutton (2012) insiden ketuban pecah dini sebanyak 8-10% kehamilan cukup bulan. Pada umur kehamilan kurang 37 minggu, insiden ketuban pecah dini terjadi sebanyak 2-4% pada kehamilan tunggal dan 7-10% pada kehamilan kembar. Menurut Wahyuni (2009) dalam Damarati (2012) kejadian ketuban pecah dini di Indonesia sebanyak 35,70%-55,30% dari 17.665 kelahiran.

Rendahnya kesadaran ibu hamil yang memeriksakan kehamilan merupakan salah satu faktor penentu angka kematian ibu. Dalam masyarakat banyak ibu yang tidak mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilannya salah satunya adalah keluar air dari jalan lahir pada saat belum adanya tanda-tanda persalinan. Fenomena ini kadang dianggap biasa karena banyak mengira bahwa air tersebut bukan air ketuban. Hal ini dapat menyebabkan

keadaan janin dapat menurun jika tidak segera dilakukan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu ibu hamil harus rutin untuk memeriksakan kehamilannya agar dapat deteksi dini jika ada komplikasi kehamilan. Selain itu ibu hamil juga harus mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan. Apabila ibu mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan, ibu akan selalu waspada dan berhati-hati dengan cara selalu rutin memeriksakan kehamilannya (Damarati, 2012).

Peran bidan sangat penting khususnya dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dalam proses melahirkan yang hingga saat ini masih tinggi. Karenanya, keahlian dan kecakapan seorang bidan menjadi bagian yang menentukan dalam menekan angka kematian saat melahirkan. Bidan diharapkan mampu mendukung usaha peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yakni melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, terutama perannya dalam mendukung pemeliharaan kesehatan kaum ibu saat mengandung hingga membantu proses kelahiran (Hidayat & Sujiyatini, 2011).

Dalam penanganan kasus ketuban pecah dini terdapat pada kebijakan pemerintah dalam Permenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan yang terdapat pada kompetensi ke-3 tentang asuhan dan konseling selama kehamilan yaitu bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu. Dalam hal ini bidan harus mampu memberikan pelayanan kesehatan seoptimal mungkin dengan melakukan deteksi dini untuk meminimalisir terjadinya komplikasi yang akan terjadi sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu salah satunya adalah kejadian ketuban pecah dini.

Pemerintah juga telah mengupayakan peningkatan kesejahteraan ibu diantaranya dengan adanya program internasional yaitu Sustainable Development Goals (SDGs) yang melanjutkan target-target Millenium Development Goals (MDGs), salah satu tujuan dan sasaran SDGs dibidang kesehatan yaitu menjamin kehidupan yang

sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia (Goal nomor 3), yang mempunyai 13 target salah satunya yaitu mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk mengimplementasikan program tersebut pemerintah Secara substansial meningkatkan pembiayaan kesehatan serta rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara-negara berkembang, terutama negara-negara tertinggal dan negara bagian pulau kecil yang sedang berkembang. Memperkuat kapasitas seluruh negara, khususnya Negara-negara berkembang dalam hal peringatan dini, penurunan risiko serta pengelolaan risiko kesehatan nasional dan global (Hoelman dkk, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 12 Desember 2016 di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul kasus ketuban pecah dini merupakan kasus

yang sering terjadi dan memiliki angka yang cukup tinggi. Menurut rekam medis angka kejadian ketuban pecah dini pada tahun 2014 adalah 78 (6,89%) kasus dari 1131 ibu bersalin, pada tahun 2015 adalah 73 (7,74%) kasus dari 942 ibu bersalin dan pada tahun 2016 adalah 96 (10,03 %) dari 957 ibu bersalin.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode survei analitik. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu *retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini adalah hasil studi dokumentasi yang diambil dari rekam medik tentang data ibu bersalin tahun 2016 yang mengalami ketuban pecah dini di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Besar sampel adalah 85 orang yang diambil dengan tehnik *total sampel*. Variabel penelitian adalah infeksi, kelainan letak, usia ibu, paritas, kehamilan kembar, dan ketuban pecah dini. Analisis data menggunakan *Chi-square*.

HASIL

A. Analisis Univariat

Tabel 4.1 Kejadian KPD Berdasarkan Usia Kehamilan Di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

No	Kejadian KPD	Frekuensi	%
1	Preterm (<37 minggu)	20	23,5
2	Aterm (37-42 minggu)	65	76,5
3	Posterm (>42 minggu)	0	0
	Jumlah	85	100

Berdasarkan Tabel 4.1 Dapat diketahui bahwa dari 85 ibu yang mengalami KPD paling banyak terjadi

pada kehamilan aterm yaitu sebanyak 65 orang (76,5%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Faktor yang Mempengaruhi KPD di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

No	Faktor yang Mempengaruhi KPD	Frekuensi	%
1	Infeksi : Ya	0	0
	Tidak	85	100
2	Kelainan Letak: Ya	3	3,5
	Tidak	82	96,5
3	Usia Ibu: Beresiko (<20 & >35 tahun)	21	24,7
	Tidak beresiko (20-35 tahun)	64	75,3
4	Paritas: Primipara	17	20
	Multipara	68	80
5	Kehamilan Kembar: Ya	2	2,4
	Tidak	83	97,6

Berdasarkan Tabel 4.2 Dapat diketahui bahwa seluruh ibu bersalin dengan KPD tidak mengalami infeksi yaitu sebanyak 85 orang (100%), pada faktor kelainan letak paling banyak tidak mengalami kelainan letak janin yaitu 82 orang (96,5%), pada faktor usia ibu dapat diketahui bahwa paling banyak responden memiliki usia tidak beresiko

yaitu 64 orang (75,3%), pada faktor paritas dapat diketahui bahwa paling banyak responden dengan multipara yaitu 68 orang (80%), dan pada faktor kehamilan kembar dapat diketahui bahwa paling banyak responden yang tidak mengalami kehamilan kembar yaitu 83 orang (97,6%).

B. Analisis Bivariat

Tabel 4.3 Hubungan antara Faktor Infeksi dengan Kejadian KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

Infeksi	KPD		Preterm		Aterm		Posterm		Total		P (value)
	F	%	F	%	F	%	f	%	f	%	
Ya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Tidak	20	23,5	65	76,5	0	0	0	0	85	100	-
Total	20	23,5	65	76,5	0	0	0	0	85	100	

Dari Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa seluruh responden yang mengalami

KPD tidak disebabkan oleh faktor infeksi.

Tabel 4.4 Hubungan antara Faktor Kelainan Letak Janin dengan Kejadian KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

Kelainan letak janin	KPD		Preterm		Aterm		Posterm		Total		P (value)
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	
Ya	0	0	3	100	0	0	3	100	3	100	1,000
Tidak	20	24,4	62	75,6	0	0	0	0	82	100	1,000
Total	20	23,5	65	76,5	0	0	0	0	85	100	

Dari Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami KPD tidak disebabkan oleh kelainan letak janin dengan jumlah 82 orang yang terjadi pada kehamilan aterm yaitu sebanyak 62 orang (75,6%) dan pada kehamilan preterm sebanyak 20 orang (24,4%). Analisis statistik

menggunakan uji *Fisher Exact* menunjukkan hasil *p-value* = 1,000 lebih besar dari α (0,05). Karena $p > \alpha$ (1,000 > 0,05) sehingga dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kelainan letak janin dengan kejadian KPD.

Tabel 4.5 Hubungan antara Faktor Usia Ibu dengan Kejadian KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

Usia ibu	KPD		Preterm		Aterm		Posterm		Total		P (value)
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Beresiko (<20 & >35 tahun)	8	38,1	13	61,9	0	0	0	0	21	100	0,070
Tidak beresiko (20-35 tahun)	12	18,8	52	81,2	0	0	0	0	64	100	0,070
Total	20	23,5	65	76,5	0	0	0	0	85	100	

Pada Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami KPD memiliki usia tidak beresiko (20-35 tahun) yaitu sebanyak 64 orang yang terjadi pada kehamilan aterm yaitu 52 orang (81,2%) dan pada

kehamilan preterm sebanyak 12 orang (18,8%). Hasil uji *Chi-Square* diperoleh *p value* (0,070) lebih besar dari α (0,05). Karena $p > \alpha$ (0,070 > 0,05) sehingga dinyatakan bahwa tidak

ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian KPD.

Tabel 4.6 Hubungan antara Faktor Paritas dengan Kejadian KPD Di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

Paritas \ KPD	Preterm		Aterm		Posterm		Total		P (value)
	f	%	F	%	F	%	f	%	
Primipara	9	52,9	8	47,1	0	0	17	100	0,001
Multipara	11	16,2	57	83,8	0	0	68	100	
Total	20	23,5	65	76,5	0	0	85	100	

Pada Tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami KPD yaitu pada multipara (paritas 2-3) sebanyak 68 orang yang terjadi pada kehamilan aterm sebanyak 57 orang (83,8%) dan pada kehamilan preterm sebanyak 11 orang (16,2%).

Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan nilai *p value* (0,001) lebih kecil dari α (0,05). Karena $p < \alpha$ (0,001 < 0,05) sehingga dinyatakan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD.

Tabel 4.7 Hubungan antara Faktor Kehamilan Kembar dengan Kejadian KPD Di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016

Kehamilan Kembar \ KPD	Preterm		Aterm		Posterm		Total		P (value)
	F	%	F	%	F	%	f	%	
Ya	0	0	2	100	0	0	2	100	1,000
Tidak	20	24,1	63	75,9	0	0	83	100	
Total	20	23,5	65	76,5	0	0	85	100	

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami KPD tidak disebabkan oleh faktor kehamilan kembar yaitu sebanyak 83 orang yang terjadi pada kehamilan aterm sebanyak 63 (75,9%) dan pada kehamilan preterm sebanyak 20 (24,1%). Analisis statistik

menggunakan uji *Fisher Exact* menunjukkan hasil *p-value* (1,000) lebih besar dari α (0,05). Karena $p < \alpha$ (1,000 < 0,05) sehingga dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kehamilan kembar dengan kejadian KPD.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian KPD banyak terjadi pada kehamilan aterm yaitu sejumlah 65 (76,5%). Hal ini menunjukkan bahwa semakin tua umur kehamilan bahkan mendekati waktu persalinan akan mengakibatkan pembukaan dan peregangan selaput ketuban yang berpengaruh terhadap selaput ketuban sehingga melemah dan mudah pecah. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2011) yang menyatakan bahwa, selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ke tiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi janin, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir

terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya Lowing (2015) dengan judul “Gambaran Ketuban Pecah Dini di RSUD PROF DR. R. D. Kandou Manado” dengan jenis penelitian retrospektif deskriptif yang didapatkan hasil distribusi kasus KPD terbanyak pada usia kehamilan aterm yaitu sebanyak 43 kasus (1,13%) dan pada usia kehamilan <37 minggu (preterm) yaitu sebesar 16 kasus (0,41%).

Menurut Mochtar (2011), KPD pada kehamilan preterm terjadi karena

pada selaput ketuban terdapat kolagen tersebut berada pada lapisan kompakta amnion, fibroblast, jaringan retikuler korion dan trofoblas. Sintesis maupun regradasi jaringan kolagen dikontrol oleh sistem aktivitas dan inhibisi. Pada interleukin-1 (IL-1) jika ada infeksi dan inflamasi akan terjadi peningkatan aktivitas IL-1 dan prostaglandin menghasilkan kolagenase jaringan sehingga terjadi dipolimerisasi kolagen dan selaput korioamnion menyebabkan selaput ketuban tipis lemah dan mudah pecah.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ditemukan bahwa ibu bersalin di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2017 yang mengalami kejadian KPD tidak mengalami infeksi 85 (100%). Hal ini bisa disebabkan oleh faktor kebersihan diri dan aktivitas seksual yang sehat yang dilakukan oleh ibu bersalin tersebut karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Waters & Brian (2009) menunjukkan bahwa infeksi yang disebabkan oleh *Chlamydia* adalah 0,7 kali lebih besar menyebabkan KPD, sedangkan gonorrhoe 1,2 kali lebih besar mengalami KPD dan *bacterial vaginosis* 1,6 lebih besar dapat menyebabkan KPD dibanding ibu yang tidak mengalami infeksi tersebut.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sudarto & Tunut (2016) dengan judul risiko terjadinya ketuban pecah dini pada ibu hamil dengan infeksi menular seksual, menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara faktor risiko infeksi menular seksual (IMS) dengan KPD, ibu hamil dengan penyakit IMS cenderung mengalami risiko KPD lebih besar pada saat proses persalinan, jika dilihat dari aspek risiko IMS berpeluang meningkatkan kejadian KPD sebesar 4,06 kali dibandingkan ibu hamil yang tidak IMS, dan penelitian oleh Fitri AS (2011) didapatkan hasil

bahwa infeksi genitalia (70,2%) menyebabkan KPD.

Hasil penelitian yang dilakukan mengenai faktor kelainan letak janin menunjukkan bahwa analisis statistik menggunakan uji *Fisher Exact* didapatkan $p\text{-value} = 1,000$ lebih besar dari $\alpha (0,05)$ yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara kelainan letak janin dengan kejadian KPD. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori Manuaba (2007) yang menyatakan bahwa kelainan letak janin dapat membuat ketuban pecah. Bagian yang terendah langsung menerima tekanan intra uteri yang dominan yaitu letak sungsang dan bokong. Persalinan pada letak sungsang merupakan kontroversi karena komplikasinya tidak dapat diduga sebelumnya terutama pada persalinan kepala bayi. Sebab terjadinya letak sungsang adalah terdapat plasenta previa, keadaan janin yang menyebabkan letak sungsang (makrosomia, hidrosefalus, anensefalus), keadaan air ketuban (oligohidramnion, hidramnion), keadaan kehamilan (kehamilan ganda, kehamilan lebih dari dua), keadaan uterus (uterus arkuatus), keadaan dinding abdomen, keadaan tali pusat pendek, terdapat lilitan tali pusat pada leher.

Pada dasarnya kelainan letak janin memang dapat menyebabkan KPD karena bagian yang terendah langsung menerima tekanan intra uteri yang dapat membuat ketuban pecah sebelum waktunya. Meskipun hasil uji secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor kelainan letak janin dengan KPD, akan tetapi berdasarkan data ibu bersalin dengan KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2016 mayoritas tidak mengalami kelainan letak janin sejumlah 82 orang, sebagian besar 62 (72,9%) terjadi pada kehamilan aterm dan 20 (24,4%) terjadi pada kehamilan preterm. Sedangkan

responden dengan kelainan letak janin (sungsang) sejumlah 3 orang, (100%) yang terjadi pada kehamilan aterm.

Kesenjangan hasil penelitian ini dengan teori yang ada dapat disebabkan karena ibu yang tidak mengalami kelainan letak juga mempunyai faktor resiko yang lain. Berdasarkan data ibu diketahui bahwa dari 82 ibu yang tidak mengalami kelainan letak janin, 67 diantara memiliki paritas lebih dari 1 yang dapat menyebabkan terjadinya KPD.

Hasil penelitian ini didukung oleh peneliti sebelumnya Purwanti (2014) dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang” yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini dengan ($p\text{-value} = 0,897$).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai faktor usia menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian KPD, dengan hasil uji *Chi Square* didapatkan $p\text{ value}$ (0,070) lebih besar dari α (0,05). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori Prawirohardjo (2010) yang menyatakan bahwa usia yang rentan mengalami KPD yaitu usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun. Lebih lanjut dijelaskan bahwa usia ibu yang ≤ 20 tahun, termasuk usia yang terlalu muda dengan keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami ketuban pecah dini. Sedangkan ibu dengan usia ≥ 30 tahun tergolong usia yang terlalu tua untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Tahir (2012) yang berjudul “Faktor determinan ketuban pecah dini di RSUD Syekh Yusuf

Kabupaten Gowa tahun 2012” menunjukkan hasil bahwa kejadian KPD banyak terjadi pada usia 20-35 tahun yang merupakan usia reproduksi sehat (32,3%). Begitu pula ibu yang tidak mengalami KPD juga lebih banyak pada usia 20-35 tahun (32,3%).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD, analisis data menggunakan *Chi Square* didapatkan $p\text{ value}$ (0,001) lebih kecil dari α (0,05) yang artinya ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori manuaba (2010) yang menyatakan bahwa paritas merupakan faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini, dan menurut Morgan & Hamilton (2009), paritas merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan ketuban pecah dini karena peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama proses kelahiran sebelumnya. Hal ini bukan disebabkan aktivitas uterus melainkan kelemahan intrinsik uterus yang disebabkan oleh trauma sebelumnya pada servik khususnya pada tindakan riwayat persalinan pervaginam, dilatasi serviks, kuretase. Selain itu susunan serviks pada multipara lebih banyak serabut saraf daripada jaringan ikat dibanding serviks normal. Rusaknya jaringan serviks tersebut maka kemungkinan otot dasar dari uterus meregang. Proses peregangan terjadi secara mekanis yang merangsang beberapa faktor di selaput ketuban seperti prostaglandin E2 dan interleukin-8. Hal-hal tersebut akan menyebabkan terganggunya keseimbangan proses sintesis dan degradasi matriks ekstraseluler yang akhirnya menyebabkan ketuban pecah. Aktivitas kehamilan multiple, pengaruh hormone dan infeksi dapat berperan sebagian.

Berdasarkan data ibu bersalin dengan KPD di RSUD Syekh Yusuf

Muhammadiyah Bantul tahun 2016 sebagian besar memiliki paritas 2-3 (multipara) sebanyak 68 orang (80,0%) yang terdiri dari 11 orang (12,95) pada kehamilan preterm dan 57 orang (67,1%) pada kehamilan aterm. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari (2014), yang menyatakan bahwa kejadian KPD di Puskesmas Balongsari Surabaya tahun 2013 lebih banyak terjadi pada *paritas multipara* (31,17 %). Hal ini didukung juga oleh penelitian Rahmawati (2015), yang dilakukan di RSUD Sunan Kalijaga Demak, yang menyebutkan faktor paritas lebih banyak terjadi yaitu kelompok multipara sebanyak 48 % yang dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini. Menurut Nugroho (2010) penyebab ketuban pecah dini salah satunya multigravida, karena pada multigravida kanalis servikalis selalu terbuka oleh karena melahirkan lebih dari 1 kali. Sedangkan pada kelainan letak menjadi salah satu faktor predisposisi ketuban pecah dini karena pada letak sungsang tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

Pada penelitian ini tidak hanya ibu multipara yang mengalami KPD tetapi juga terjadi pada ibu primipara yaitu sebanyak 17 orang, 9 (52,9%) KPD terjadi pada usia kehamilan preterm dan 8 (47,1%) terjadi pada usia kehamilan aterm. Hal ini disebabkan ibu primipara saat menjalani kehamilannya yang pertama kalinya mengalami berbagai perubahan fisik maupun psikis yang dapat menjadi suatu stresor, karena kehamilan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Di samping itu pengalaman ibu yang masih terbatas kadang membuat ibu hamil dengan mudah mempercayai informasi yang tidak sesuai kesehatan dan berbagai nilai-nilai budaya yang dianut

oleh ibu, yang akhirnya berdampak terhadap ibu dan atau janinnya.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara kehamilan kembar dengan kejadian KPD yang dibuktikan dengan analisis statistik menggunakan uji *Fisher Exact* menunjukkan hasil $p\text{-value} = 1,000$ lebih besar dari $\alpha (0,05)$. Karena $p < \alpha (1,000 < 0,05)$ sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara kehamilan kembar dengan KPD. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori Saifudin (2012) yang menyatakan bahwa pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. Pada penelitian yang dilakukan oleh Tahir (2012), juga menyatakan bahwa faktor kehamilan kembar ada hubungan dengan kejadian KPD yaitu sebanyak (89%) pada ibu yang tidak mengalami kehamilan kembar lebih besar mengalami kejadian KPD dibanding ibu yang tidak hamil kembar (11%).

Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini juga preeklamsia. Hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon. Oleh karena itu, akan sangat membantu jika ibu dan keluarga dilibatkan dalam mengamati gejala yang berhubungan dengan preeklamsia dan tanda-tanda ketuban pecah (Varney, 2008).

Pada dasarnya faktor kehamilan kembar memang merupakan salah satu penyebab dari KPD, hanya saja hasil uji secara statistik pada penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor kehamilan kembar dengan KPD, akan tetapi berdasarkan data ibu bersalin dengan KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2016 yang tidak mengalami kehamilan kembar yaitu sebanyak 83 orang (97,6%), sebagian besar 63 orang (75,9%) terjadi pada kehamilan aterm dan 20 orang (24,1%) terjadi pada kehamilan preterm, dan 2 orang yang

mengalami kehamilan kembar (100%)

terjadi pada kehamilan aterm.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2016 yang telah dipaparkan, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan aterm sebanyak 65 (76,5%) dan yang terjadi pada usia kehamilan preterm sebanyak 20 (23,5%). Faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini yaitu paritas dengan nilai p value $< 0,05$ (p value = 0,001).

SARAN

Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai tambahan informasi dalam pengembangan asuhan kebidanan khususnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini dan diharapkan bagi bidan untuk melakukan skrining ANC yang komprehensif untuk

mendeteksi faktor resiko KPD pada ibu hamil.

Diharapkan bagi ibu hamil untuk rutin memeriksakan kehamilannya, dan apabila menemukan tanda bahaya seperti keluar air dari jalan lahir sebelum waktunya bersalin agar segera datang ke petugas kesehatan.

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bacaan perpustakaan dan dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi mahasiswa tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini.

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk menambah variabel bebas atau faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini yang belum diteliti dalam penelitian ini seperti faktor sosial, ekonomi, pekerjaan, dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2013). *Profil Statistik Kesehatan 2013*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Damarati dan Yulis, P. (2012). Analisis Tentang Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di RSUD Sidoarjo. *Embrio, Jurnal Kebidanan*. 1 (1). April 2012.
- Dutton, L.A. (2012). *Rujukan Cepat Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Fitri, AS. (2011). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dinidi Rumah Sakit Umum Daerah Padangsidimpuan*. Skripsi Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara.
- Hidayat, A dan Muftlillah. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat, A dan Sujiyatini. (2010). *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hoelman, B. (2015). *Panduan SDGs Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah*. Jakarta: International NGO Forum on Indonesian Development.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tersedia dalam <http://www.depkes.go.id> [diakses 15 November 2016].
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Nomor 369/MENKES/SK/III/2007.
- Lowing, J. (2015). Gambaran Ketuban Pecah Dini di RSUP PROF DR. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, 3 (3). Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.

- Manuaba, I.A.C. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Maria. (2007). *Ketuban Pecah Dini Berhungan Erat Dengan Persalinan Preterm dan Infeksi Intrapartum*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis obstetri: obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi, Ed. 3, jilid I*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Morgan. G. dan Hamilton, C. (2009). *Obstetri & Ginekologi, Panduan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Nugroho, T. (2010). *Kasus Emergency Kebidanan untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Parry, S & Jerome F.S. (2009). Premature Rupture of Fetal Membranes. *The New england Journal of Medicine* 338 (10). February 21, 665-666.
- Prawirohardjo, S. (2007). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Purwanti, E. (2014). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketubaan pecah dini di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang*. Skripsi Diploma IV Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Rahmawati, I. (2015). *Gambaran Paritas Ibu Bersalin Terhadap Kejadian KPD di RSUD Sunan Kalijaga Demak*. *Jurnal Kesehatan dan Budaya*. 08 (01).
- Sujiyatini, Mufdlillah, dan Hidayat, A. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Tahir, S. (2012). *Faktor determinan ketuban pecah dini di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa tahun 2012*. Karya Tulis Ilmiah. Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makasar.
- Varney, H. (2008). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol 1* . Jakarta: EGC.
- Waters, T. P & Brian M. M. (2009). The Management of Preterm Premature Rupture of The Membranes Near The Limit of Fetal Viability. *American Journal of Obstetrics & gynecology*, September 2009.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Trends in Maternal Mortality*.

