

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN  
KETUBAN PECAH DINI DI RUANGAN C1 MAWAR  
RSUD DR. M. YUNUS KOTA BENGKULU  
TAHUN 2018



Disusun oleh :

Wika Wulandari

NIM: P0.5140314039

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
JURUSAN KEBIDANAN  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2018

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN KETUBAN  
PECAH DINI DI RUANGAN C1 MAWAR RSUD DR.M. YUNUS  
KOTA BENGKULU TAHUN 2018

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan  
Program Studi Diploma IV Jurusan Kebidanan

Disusun oleh:

WIKA WULANDARI

NIM: P0 5140314039

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
JURUSAN KEBIDANAN  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2018

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Skripsi penelitian atas :

Nama : Wika Wulandari

Tempat/Tanggal Lahir : Manna, 25 Januari 1996

NIM : P0 5140314 039

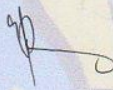
Judul skripsi penelitian : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian  
Ketuban Pecah Dini Di Ruangan C1 Mawar RSUD  
Dr. M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2018


Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 30 Juli 2018

Bengkulu, 30 Juli 2018

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Epti Yorita, SST. MPH  
NIP.197401091992032001

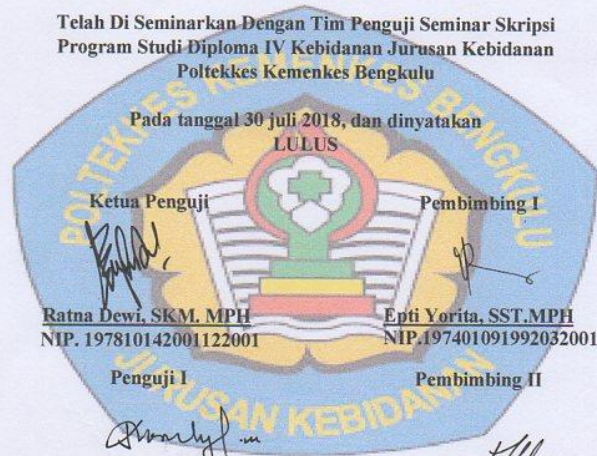
  
Hi Yuliana Lubis, M. Kes  
NIP: 195407011976032001

SKRIPSI  
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN KETUBAN  
PECAH DINI DI RUANGAN CI MAWAR RSUD DR. M. YUNUS  
KOTA BENGKULU TAHUN 2018

Disusun oleh:  
Nama : Wika Wulandari  
NIM : P05140 314 039

Telah Di Seminarkan Dengan Tim Penguji Seminar Skripsi  
Program Studi Diploma IV Kebidanan Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal 30 juli 2018, dan dinyatakan  
LULUS



Ketua Penguji

Pembimbing I

Ratna Dewi, SKM. MPH  
NIP. 197810142001122001

Epti Yorita, SST.MPH  
NIP.197401091992032001

Penguji I

Pembimbing II

Dra Hj Kosma Hervati, M. Kes  
NIP. 195612181979062001

Hj Yufiana Lubis, M. Kes  
NIP. 195407011976032001

Skripsi ini telah memenuhi salah satu persyaratan  
Untuk mencapai derajat Serjana Terapan Kebidanan

Mengetahui  
Ketua Program Studi Diploma IV Kebidanan jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

  
Rialike Burhan, SST, M.Keb  
NIP. 198107102002122001

# MOTTO

TIADA KATA MENYERAH UNTUK MERAH IMPIAN

TIADA KESUKSESAN YANG DAPAT DI RAIH TANPA USAHA, KERJA KERAS DAN DOA

HIDUP ADALAH PILIHAN DAN PERJUANGAN, DAN PILIHAN ADA DI TANGAN KITA

YANG HARUS KITA CAMKAN "TAK ADA USAHA YANG MENGHIANATI HASIL "

# PERSEMBAHAN

Syukur Alhamdulillah saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi saya tepat pada waktunya. Semua pencapaian dan keberhasilan yang sampai saat ini dapat saya raih itu semua berkat bantuan, dukungan, doa dan motivasi dari orang-orang yang menyayangi saya. Skripsi ini saya persembahkan kepada

- ❖ Skripsi ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya Ayah (Edi Edwar) dan ibu (Yusna Wati) yang telah memberikan semangat, doa, dukungan dan motivasi selama ini. Terima kasih malaikat hidupku tanpa doa dan kerja keras dari ayah ibu aku tak akan sampai di titik menuju kesuksesan ini.
- ❖ Teruntuk kakakku (alm Bambang Iryanto, Yetmi Herawati, Agusman Irawan, Meywin Sumarni). Terima kasih telah menjadi kakak terbaik dan kakak iparku (Indra Fauzan, Wiwik Sumarni, Andri Gomiko). Terima kasih telah memberi dukungannya.
- ❖ Teruntuk keponakanku (Frisca Monica Sari, Anggi Forniawan, Vallenge Yenli Putri, Andini Putri Anggraini, Kiki Kurniawan, Adelia Dwi Putri, Muhammad Dion Syaputra, Alm M. Valkha Yendra Sahputa) yang selalu menjadi penyemangat.
- ❖ Teruntuk seseorang yang selalu ada dalam setiap tawa dan air mata yang berjuang bersama dari awal sampai akhir, yang selalu mendengarkan keluh kesahku menjalani rintangan dan cobaan selama perkuliahan ini menjadi

penjaga siap siaga dimana pun berada dan yang slalu bertahan dengan tingkah kekanak-kanakan ku. Terima kasih febi syaputra yang selalu memberi semangat, dukungan dan menjadi yang terbaik .

- ❖ Teruntuk kedua pembimbingku Bunda Epti Yorita & Bunda Yuliana Lubis terima kasih telah mendukung, membimbing selamapembuatan skripsi ini.
- ❖ Teruntuk penguji ku bunda ratna dewi & bunda kosma terimah kasih atas masukan dan saran yang diberikan selama pembuatan skripsi ini.
- ❖ Teruntuk sahabat seperjuangan ku DIV Kebidanan angkatan II terima kasih atas kebersamaan yang terjadi selama 4 tahun ini dan terima kasih telah menjadi bagian hidupku
- ❖ Teruntuk sahabat sejati ku (kak vevi, wa pinky, bucik egga, ayuk lidya, momon, inga yeni, dodo ica, ayuk tutut, wadang tari, mimi ayu, cici kidal) terima kasih telah menjadi teman terbaik ku.
- ❖ Teruntuk adek asuh dan kakak asuh ku( kak ifa, santi,devi,Karin dan wika ) terima kasih atas semangat nya.
- ❖ Terima kasih untuk seluruh tenaga pendidik dan pendidikan jurusan kebidanan poltekkes kemenkes Bengkulu yang telah mendidik saya selama 4 tahun ini.
- ❖ Terimakasih Teruntuk kampus tercinta ku POLTEKKES KEMENKES BENGKULU , semoga jaya dan sukses salalu.

## ABSTRACT

Early rupture of membranes (KPD) is one of the most common pregnancy complications. Incidence of premature rupture of membranes is (2.7% to (17%). in Dr. M. Yunus Bengkulu in 2017 reported data on patients with early rupture membrane cases of 231 people (38.2%) of 605 deliveries. This study aims to determine the factors that affect the incidence of premature rupture of membranes in RSUD Dr. M. Yunus city of Bengkulu Year 2018. This research was done by case control design with retrospective method. The population in this study is as many as 605 people. Samples from the study were 140 people divided into two groups of 40 cases and 80 controls taken with simple random technique. Data collection with data collection format taken from medical record of patient in RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu 2017. The analysis of the research was conducted by univariate, bivariate and multivariate analysis. The results of the chi-square test showed that age factor ( $p = 0,000$ ), malpresentation ( $p = 0,000$ ), parity ( $p = 0.028$ ), had an association with premature rupture of membranes. Sedangkan gamelli factor ( $p = 0.374$ ) and CPD (0.678) have no relationship with premature rupture membrane. The result of logistic regression analysis showed that malpresentation factor was the most dominant factor affecting the incidence of premature rupture ( $p = 0,000$  and  $\exp B = 6,413$ ). Need for counseling and pregnancy checks regularly to prevent premature rupture of membranes

**Keywords: Premature Rupture of Membranes, Malpresentation**



## ABSTRAK

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering ditemui. Insiden ketuban pecah dini adalah (2,7%) sampai (17%). Masalah dalam penelitian ini masih tinggi nya angka kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M.Yunus kota Bengkulu yaitu (38,2%) dari 605 persalinan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus kota Bengkulu Tahun 2018. Penelitian ini dilakukan dengan desain case control dengan metode retrospektif. Populasi dalam penelitian ini yaitu sebanyak 605 orang. Sampel dari penelitian adalah 140 orang yang dibagi kedalam dua kelompok 40 kasus dan 80 kontrol yang diambil dengan teknik *simple random*. Pengumpulan data dengan format pengumpulan data yang diambil dari catatan rekam medis pasien di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu tahun 2017. Analisa penelitian dilakukan dengan analisa univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian dengan *uji chi-square* menunjukkan bahwa faktor usia ( $p=0,000$ ), malpresentasi ( $p=0,000$ ), paritas ( $p=0,028$ ), memiliki hubungan dengan ketuban pecah dini. Sedangkan faktor gamelli ( $p=0,374$ ) dan CPD (0,678) tidak memiliki hubungan dengan ketuban pecah dini. Hasil analisa uji regresi logistik menunjukkan bahwa faktor malpresentasi merupakan faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini ( $p=0,000$  dan  $\exp B=6,413$ ). Untuk pasien Perlu adanya konseling dan pemeriksaan antenatal care (ANC) secara rutin minimal 4 kali selama kehamilan untuk mencegah terjadinya ketuban pecah dini

**Kata Kunci : Ketuban Pecah Dini, Malpresentasi**

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sholawat dan salam semoga tercurah kepada Nabi kita Muhammad SAW, sehingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **”Fakto- Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Ruang C1 Mawar RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2018”**.

Penyusunan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program studi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Skripsi ini dapat terselesaikan berkat dukungan, arahan, dan bimbingan dari berbagai pihak untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak yang telah membantu, terutama kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu Jurusan Kebidanan
2. Bunda Mariati, SKM, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah membantu saya dan memotivasi saya dalam menyelesaikan skripsi ini

3. Bunda Rialike Burhan, M.Keb selaku Ketua Prodi D IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang selalu memberi motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini
4. Bunda Epti Yorita, SST. MPH selaku Pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bunda Hj Yuliana Lubis, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Dosen Poltekkes Kemenkes Bengkulu khususnya Dosen Jurusan Kebidanan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan ilmu dan wawasannya yang luas kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.

Bengkulu, 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

### COVER

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO .....	iv
PERSEMBAHAN .....	v
ABSTRACK .....	vi
ABSTRAK .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Keaslian Penelitian .....	8

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Ketuban pecah dini .....	9
B. Hubungan umur dengan kejadian ketuban pecah dini .....	21
C. Hubungan malpresentasi dengan kejadian ketuban pecah dini ..	22
D. Hubungan gamely dengan kejadian ketuban pecah dini .....	22
E. Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini.....	22
F. Hubungan CPD dengan kejadian ketuban pecah dini.....	23
G. Kerangka teori .....	24
H. Kerangka konsep.....	25
I. Hipotesis .....	26

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	27
B. Variabel Penelitian .....	28
C. Definisi Operasional .....	28
D. Populasi dan Sampel .....	30
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	32
F. Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data .....	32

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....**

A. Hasil penelitian.....	36
B. Pembahasan .....	43

### **BAB V KESIMPULAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	57
B. Saran .....	58

### **DAFTAR PUSTAKA .....**

60

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori .....	24
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	25
Bagan 3.1 Desain Penelitian .....	27
Bagan 3.2 variable penelitian.....	28
Bagan 3.3 Definisi Operasional .....	28

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi ketuban pecah dini.....	37
Tabel 4.2 Hubungan usia dengan ketuban pecah dini .....	38
Tabel 4.3 Hubungan malpresentasi dengan kejadian ketuban pecah dini.....	39
Tabel 4.4 Hubungan gamelli dengan kejadian ketuban pecah dini.....	40
Tabel 4.5 Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini .....	41
Tabel 4.6 Hubungan CPD dengan kejadian ketuban pecah dini .....	42
Tabel 4.7 Faktor dominan yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini ..	43

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Keberhasilan pelayanan kesehatan disuatu Negara dapat di ukur melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa, Amerika serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara berkembang (WHO, 2014).

Hasil survey demografi Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359/100.000 kelahiran hidup (SDKI,2012). Angka tersebut masih sangat jauh dari target MDGs yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Dan angka kematian bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu di provinsi Bengkulu tahun 2016 sebesar 117 per 100.000 KH. Sedangkan angka rata-rata nasional 305/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Bengkulu, 2016)

Penyebab langsung kematian ibu dari tahun 2010 sampai 2013 yaitu Perdarahan (20%), hipertensi dalam kehamilan (32%), APB (3%), abortus (4%), partus lama (1%), infeksi (31%), kelainan amnion (2%), lainnya (17%) seperti gamelli (kehamilan ganda), ketuban pecah dini dan lain-lain (Risksdas, 2013).



Infeksi adalah salah satu penyebab kematian ibu. Infeksi bisa terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Salah satu penyebab infeksi adalah ketuban pecah dini. Sekitar (25%) infeksi intrauterin disebabkan oleh ketuban pecah dini yang lama mendapatkan penanganan oleh tenaga kesehatan, semakin lama jarak antara pecahnya ketuban dengan persalinan, maka semakin tinggi pula resiko morbiditas dan mortalitas ibu dan janin (Isnaini, 2015).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering ditemui. Insiden ketuban pecah dini adalah (2,7%) sampai (17%), bergantung pada lama periode fase laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosa KPD. Angka kejadian kasus KPD terjadi lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar atau adanya infeksi pada serviks atau vagina (Sudarmi, 2013).

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban atau asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi selaput ketuban yang abnormal, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun, faktor golongan darah, faktor multigraviditas/paritas, merokok, keadaan sosial ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya, riwayat kpd sebelumnya, defisiensi gizi, ketegangan rahim yang berlebihan, kesempitan panggul, kelelahan ibu dalam bekerja,

serta trauma yang di dapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam (Tahir, 2012).

Hasil penelitian Syukrianti Syahda (2015) yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin diruangan Camar II RSUD Arifin Achmad tahun 2015. Ada hubungan antara umur dengan kejadian ketuban pecah dini, ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini, ada hubungan antara gamelli dengan kejadian ketuban pecah dini, ada hubungan antara malpresentasi dengan kejadian ketuban pecah dini ,dan ada hubungan antara preeklamsi dengan kejadian ketuban pecah dini

Hasil penelitian yang juga sama di lakukan oleh Sitti Khadijah (2016). ada hubungan hubungan antara gamelli dengan kejadian ketuban pecah dini, ada hubungan antara kelainan letak sungsang dengan ketuban pecah dini, tidak ada hubungan kelainan letak lintang dengan kejadian ketuban pecah dini.

Studi pra penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017 melaporkan data pasien dengan kasus ketuban pecah dini sebanyak 231 orang (38,2%) dari 605 persalinan. Pada tahun 2016 melaporkan data pasien dengan kasus ketuban pecah dini sebanyak 221 orang (20,75%) dari 1065 persalinan. Peningkatan yang terjadi ditahun 2017 dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu sebanyak (38,2%).

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti berminat melakukan penelitian dengan judul “faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban

pecah dini di RSUD Dr.M.Yunus kota Bengkulu pada tahun 2018. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber informasi untuk mengenali lebih dini faktor risiko ketuban pecah dini dan mengetahui upaya untuk mencegahnya agar terjadi penurunan AKI khususnya di Provinsi Bengkulu.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas bahwa masih tingginya kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu yaitu (38,2%) dari 605 persalinan maka dapat dirumuskan pertanyaan peneliti apakah faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu tahun 2018.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr.M.Yunus kota Bengkulu tahun 2018.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketahuinya distribusi frekuensi faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini (usia, malpresentasi, gamelli, paritas, CPD) di RSUD Dr. M. Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.

- b. Diketuainya hubungan usia dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr.M.Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.
- c. Diketuainya hubungan malpresentasi dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.
- d. Diketuainya hubungan kehamilan gamelli dengan kejadian ketuban dini di RSUD Dr. M. Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.
- e. Diketuainya hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2018.
- f. Diketuainya hubungan CPD dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.
- g. Diketuainya faktor yang lebih dominan yang berpengaruh dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD.Dr.M.Yunus kota Bengkulu Tahun 2018.

#### **D. Manfaat penelitian**

Manfaat dari penelitian antara lain :

##### **1. Manfaat Teoritis**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa kebidanan selanjutnya.

## 2. Manfaat praktis

### a. Bagi Dinas Kesehatan Bengkulu

Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Bengkulu adalah sebagai bahan pertimbangan dalam menjalankan program Kesehatan Ibu dan Anak untuk menekan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

### b. Bagi RSUD dr. M. Yunus Bengkulu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pihak rumah sakit untuk bisa melakukan penjarangan mengenai deteksi dini faktor risiko yang mempengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini.

### c. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada ibu hamil untuk dapat melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan melakukan pemeriksaan USG selama kehamilan untuk membanu menegakkan diagnosa dalam kehamilan

### d. Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti yang akan datang dan kiranya dapat melanjutkan penelitian-penelitian lain yang serupa.

### **E. Keaslian penelitian**

1. Kadajah (2015), dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD DR.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin dengan metode penelitian survey analitik dengan rancangan case control yang mendapatkan hasil ada hubungan yang bermakna antara gamelli dengan kejadian ketuban pecah dini, ada hubungan antara kelainan letak sungsang dengan kejadian ketuban pecah dini dan tidak ada hubungan antara kelainan letak lintang dengan kejadian ketuban pecah dini. Perbedaan dengan peneliti lakukan adalah tempat penelitian, tahun penelitian, jumlah sampel penelitian.
2. Ridwan (2014), hubungan kehamilan ganda dan kelainan letak janin dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah dengan metode penelitian survey analitik dengan pendekatan case control yang mendapatkan hasil ada hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian ketuban pecah dini dan ada hubungan antara kelainan letak janin dengan kejadian ketuban pecah dini. Perbedaan dengan peneliti lakukan adalah tempat penelitian, tahun penelitian, jumlah sampel penelitian.
3. Syahda (2015), faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin diruangan kamarII RSUD Arifin Achmad tahun 2015. Dengan metode penelitian analitik kuantitatif dengan desain case kontrol yang mendapatkan hasil ada hubungan antara umur dengan kejadian ketuban pecah dini, dan ada hubungan antara paritas dengan

kejadian ketuban pecah dini, danada hubungan antara gamelli dengan kejadian ketuban pecah dini, danada hubungan antara presentasi dengan kejadian ketuban pecah dini,danada hubungan antara preeklamsi dengan kejadian ketuban pecah dini. Perbedaan dengan peneliti lakukan adalah variabel yg diteliti, tempat penelitian, tahun penelitian, jumlah sampel penelitian.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Ketuban Pecah Dini**

##### **1. Pengertian Ketuban Pecah Dini (KPD)**

Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2010). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu 1 jam belum inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak. Waktu sejak pecah ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut kejadian ketuban pecah dini periode laten (Manuaba, 2010).

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Wiknjosastro, 2013)

##### **2. Etiologi**

Menurut dr. Taufan Nugroho, 2011 Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui dan belum dapat ditentukan secara pasti beberapa ahli menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini, namun faktor –faktor mana yang paling berperan sulit

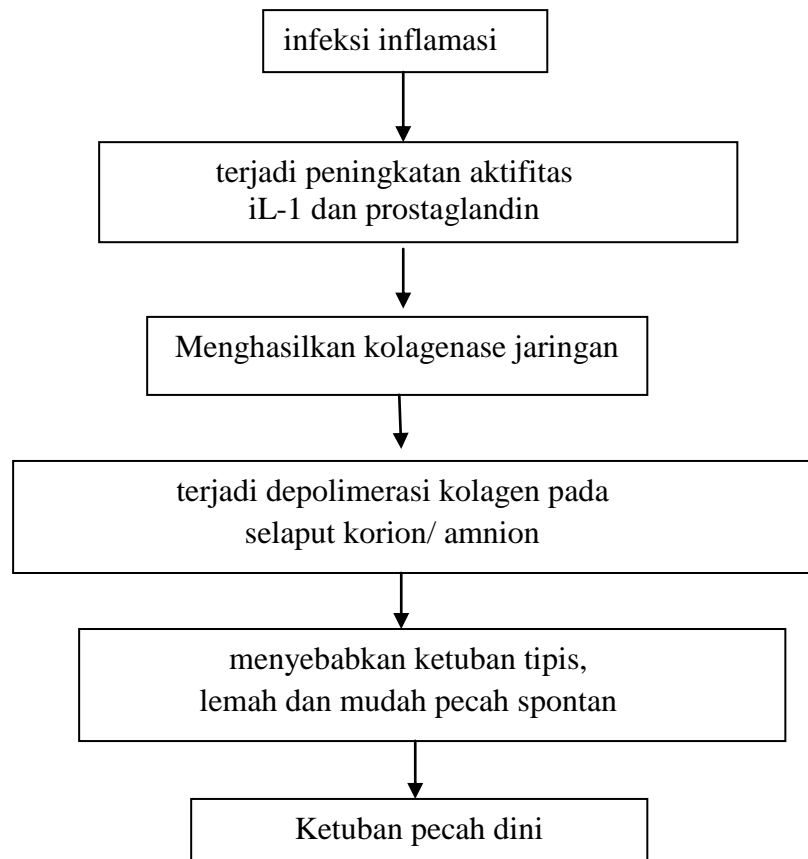


diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor penyebab faktor Predisposisi nya adalah :

- a. Infeksi, infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang menyebabkan KPD.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karna kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curettage).
- c. Tekanan intra uterin, yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus), misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
- d. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.
- e. Keadaan social ekonomi.
- f. Faktor lain, misalnya faktor golongan darah, faktor disproporsi antarakepala janin dengan panggul ibu, faktor multigravida, defisiensi gizi.

### 3. Patofisiologi

Skema patofisiologi ketuban pecah dini



Pada kondisi yang normal kolagen terdapat pada lapisan kompakta amnion, fibroblast, jaringan retikuler korion dan trofoblas, sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh sistem aktifitas dan inhibisi interleukin -1 ( iL-1) dan prostaglandin, tetapi karan ada infeksi dan inflamasi, terjadi peningkatan aktifitas iL-1 dan prostaglandin, menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi depolimerasi kolagen pada selaput korion/ amnion, menyebabkan ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan sehingga terjadi ketuban pecah dini.(maria ,2009)

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah di (KPD)**

Ketuban pecah dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor (menurut Morgan, 2009), meliputi :

##### **a. Usia**

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan (Julianto, 2001). Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkat resiko kehamilan dan persalinan (Depkes, 2013). Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi system reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

##### **b. Sosial Ekonomi (pendapatan)**

Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (BPS, 2005)

##### **c. Paritas**

Menurut Winkjosasro 2007. Ada beberapa pembagian paritas yaitu primipara, multipara dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seseorang wanita

yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan hasil kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali. Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kehamilan yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.(Helen,2008)

d. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh akan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume (30%) sampai (40%) yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga.

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterine, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus,

persalinan premature, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena tonus uteri (Manuaba, 2009). Menurut Depkes RI (2005), bahwa anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi:

- 1) Hb > 11 gr% tidak anemia
- 2) 9-10 gr% anemia sedang
- 3) <8 gr% anemia berat

e. Riwayat KPD

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penipisan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membrane yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008)

f. Serviks yang inkompetensi

Inkompetensi serviks adalah istilah untuk menyebutkan kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar.

Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan leserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan congenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebih tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (manuba, 2009)

g. Tekanan intra uterin

Tekanan yang meninggi atau meningkat secara berlebihan .Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini ,misalnya :

- 1) Trauma, berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis.
- 2) Gamelli adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. pada kehamilan gamelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan bagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (saifuddin, 2009)

## 5. Diagnosis

### a. Secara klinik

Diagnosis ketuban pecah dini tidak sulit untuk dibuat anamnesis. Pada klien dengan keluarnya air seperti urine dengan tanda-tanda yang khas sudah dapat menilai bahwa hal tersebut mengarah ke ketuban pecah dini. Untuk menentukan betul tidak nya ketuban pecah dini bias dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut :

- 1) Adanya cairan yang berisi mekonium(kotoran janin), vernik kaseosa( lemak putih), rambut lanugo (bulu-bulu halus) dimana bila telah terinfeksi akan tercium bau.
- 2) Pemeriksaan inspekulo, lihat dan perhatian apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah atau terdapat cairan ketuban pada forniks posterior.
- 3) USG : volume cairan amnion berkurang /oligohidramnion
  - a) Terdapat infeksi genital (sistemik )
  - b) Gejala chorioamnionitis

### b. Maternal

Demam (takikardia), cairan amnion yang keruh dan berbau,leukositosis (peningkatan sel darah putih ) meninggi, leukosit esterase( LEA) meningkat, kultur darah/ urine.

### c. Fetal.

Takikardia, kardiogram, profilbiofisik, volume cairan ketuban berkurang.

d. Cairan amnion, tes cairan amnion,

Dilakukan uji kertas lakmus/ tes nitrazine

1) Jadi biru (basa) : air ketuban

2) Jadi merah (asam ): urine.

e. Tentukan tanda-tanda persalinan, persalinan dan scoring pelvik. Dan tentukan adanya kontasi yang teratur. Pemeriksaan dalam dilakukan bila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan).

## **6. Tanda dan Gejala**

Menurut dr. Taufan Nugroho, 2011. Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah:

- a. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila ibu yang mengalami KPD duduk atau berdiri , kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya menganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.
- d. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut ,denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda- tanda infeksi yang terjadi



## 7. Pemeriksaan penunjang

Menurut dr. Taufan Nugroho ada beberapa pemeriksaan penunjang supaya bias menegakan diagnosa yaitu :

### a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan laboratorium Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa seperti: warna, konsentrasi, bau, dan pH nya.
- 2) Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau sekret vagina
- 3) Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.
- 4) Tes Lakmus (tes Nitrazin ), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya cairan ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- 5) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan di biarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambar daun pakis.

### b. Pemeriksaan ultrasonografi(USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

## 8. Komplikasi

Menurut (Wiknjosastro, 2013) komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah sebagai berikut :

- a. Infeksi, resiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Umumnya terjadinya korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini prematur infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat dibandingkan dengan lamanya periode laten. Sedangkan pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis.
- b. Persalinan prematur, setelah ketuban pecah dini biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan . pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban lahir. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.
- c. Hipoksia dan asfiksia. Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara kejadian gawat janin dan derajat oligohidramnion, sehingga semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat.
- d. Sindrom deformitas janin. Terjadi akibat oligohidramnion. Di antaranya terjadi hipoplasia pulmonar, deformitas ekstremitas dan

pertumbuhan janin terhambat (PJT). Kelainan disebabkan oleh kompresi muka dan anggota badan janin.

## 9. Penanganan

Menurut (Wiknjosastro, 2013) penanganan ketuban pecah dini ini ada 2 cara yaitu penangan secara konservatif dan penangan secara aktif .yaitu :

### a. Konservatif

rawat di rumah sakit, berikan antibiotic (amplisilin 4 ×500 mg atau eritromisin bila tidak tahan amplisilin dan metronidazol 2×500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi. Jika usia kehamilan 32-37 minggu belum inpartu,tidak ada infeksi ,tes busa negative beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesahjtraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tekolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.

Jika kehamilan 32-37 minggu ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi,nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine). Pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru jani, dan bila memungkinkan periksa kadarlesitin dan spingomielin tiap minggu, dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason I.M 5mg setiap6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

Kehamilan > 37 minggu lakukan induksi dengan oksitosin, bila gagal lakukan seksio sesarea. Dan juga dapat di berikan misoprostol 25µg - 50µg intravaginal setiap 6 jam maksimal 4 kali ,bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan persalianan di akhiri.

a. Bila skor pelvik <5 lakukan pematangan serviks, kemudian induksi jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

b. Bila skor pelvic >5, induksi persalinan.

**B. Hubungan umur dengan ketuban pecah dini(KPD)**

Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Pada usia ini alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi. Kehamilan pada usia muda (<20 tahun) sering terjadi penyulit/ komplikasi bagi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana Rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan pada ibu dengan usia > 35 tahun juga memiliki resiko kesehatan bagi ibu dan bayinya, karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi. Sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan. Salah satunya adalah perut ibu menggantung dan serviks mudah berdilatasi sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. (Manggiasih, 2014).

### **C. Hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini (KPD)**

Malpresentasi merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini. Presentasi yang menjadi penyebab ketuban pecah dini adalah presentasi bokong dan bahu. Kelainan letak sungsang akan menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (KPD) (Nugroho, 2011). Komplikasi letak lintang terjadi oleh karena bagian terendah tidak menutupi PAP, ketuban cenderung pecah dini dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat janin. Keduanya merupakan komplikasi yang gawat dan memerlukan tindakan segera (Oxorn, 2010).

### **D. Hubungan gamelli dengan ketuban pecah dini**

Gamelli merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini. Kehamilan ganda adalah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih (Sakti, 2013). Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami kejadian ketuban pecah dini. Hal ini disebabkan oleh tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) (Nugroho, 2011).

### **E. Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini**

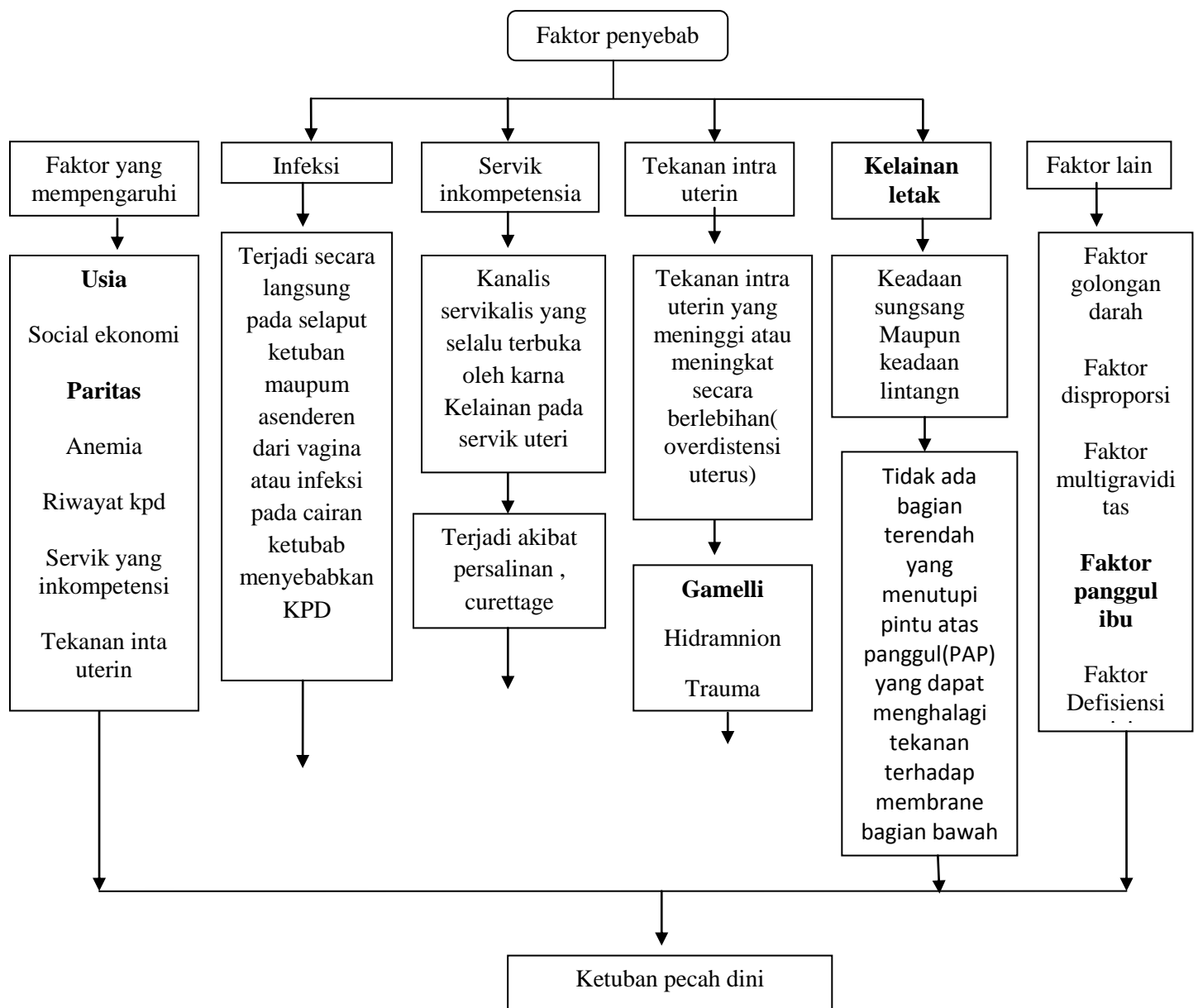
Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seseorang. Bagian terendah janin belum masuk PAP juga berpengaruh. Hal ini disebabkan primipara bagian terendah janin turun ke rongga panggul masuk ke PAP pada

akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulai persalinan. Sehingga pada multipara tidak ada bagian terendah janin yang menutupi PAP, yang dapat mengurangi terhadap membrane bagian bawah (Cunningham, 2015). Pada multipara, grandemultipara, kejadian ketuban pecah dini semakin besar hal ini bukan disebabkan oleh peningkatan aktivitas uterus melainkan kerapuhan dari kelemahan intrinsik uterus yang disebabkan oleh trauma sebelumnya pada serviks khususnya pada tindakan riwayat persalinan pervaginam, dilatasi serviks dan kuratase. Keadaan ini dibuktikan dengan adanya dilatasi servik tanpa rasa nyeri dalam trimester II dan III kehamilan yang disertai dengan prolapsus membrane amnion lewat servik dan penonjolan membrane tersebut dalam vagina, peristiwa ini diikuti oleh pecahnya ketuban selanjutnya ekspulsi janin immature sehingga kemungkinan janin akan meninggal (Sari, 2014).

#### **F. Hubungan CPD dengan kejadian ketuban pecah dini**

Ketuban pecah dini locus minoris adalah selalu ditempat ostium uteri internum. Pada keadaan disproporsi kepala panggul dimana kepala bayi tidak masuk pintu atas panggul sehingga ostium uteri internum tetap menjadi locus minoris yang pada saat tekanan intra uterin meningkat kemungkinan besar akan pecah atau robek di daerah tersebut.

### G. Kerangka Teori

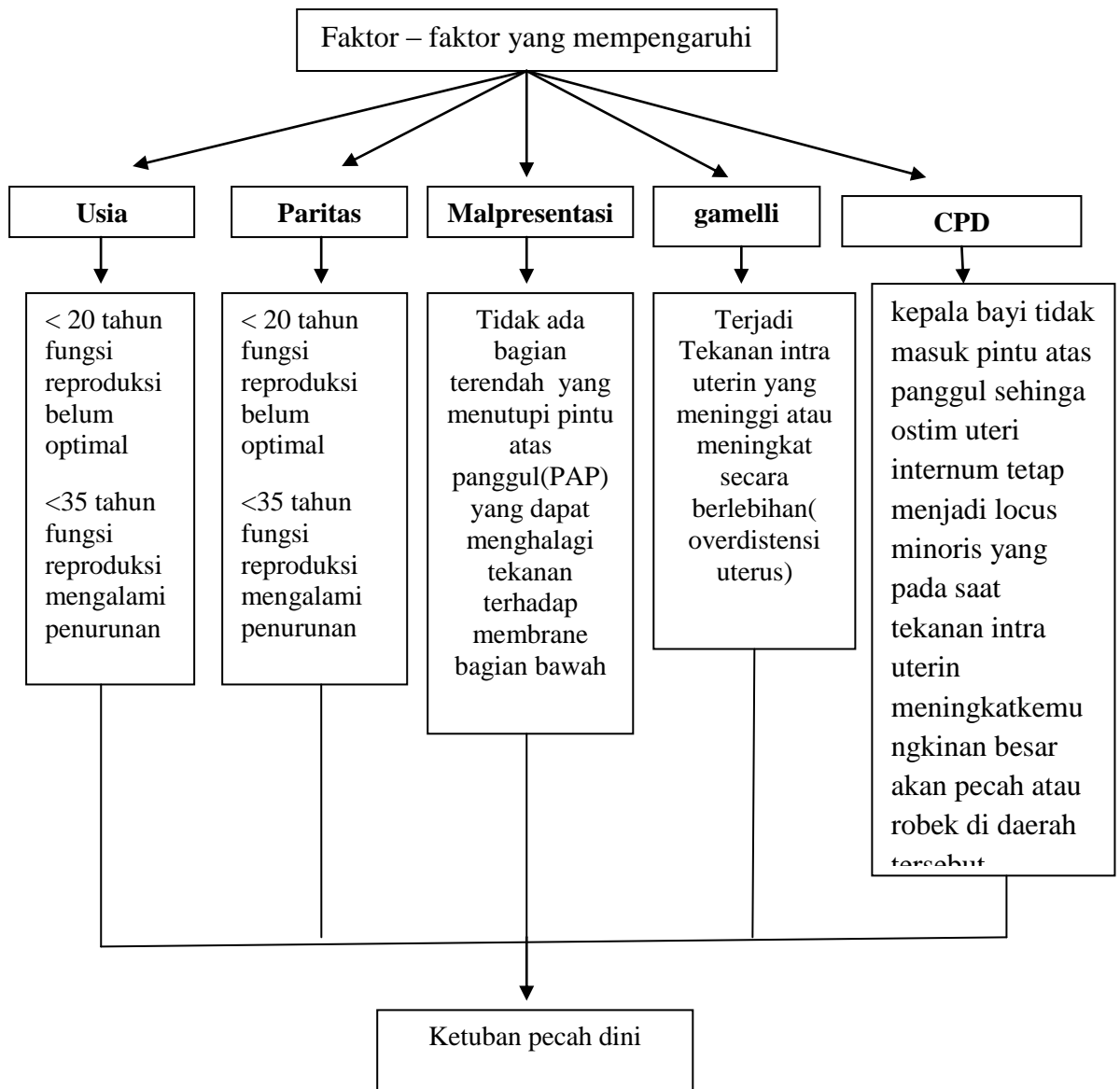


Keterangan : yang bercetak tebal adalah variabel yang di teliti.

Bagan 2.1. Kerangka Teori (Modifikasi dari Morgan (2009), Taufan Nugroho (2011),

## H. Kerangka Konsep

**Bagan 2.2 Kerangka Konsep**



Keterangan : yg bercetak tebal variabel yang diteliti.

Bagan 2.2. Kerangka Konsep (Modifikasi dari Morgan (2009), Taufan Nugroho (2011),



## **I. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan faktor usia ibu, malpresenatasi, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu 2018.
2. Tidak ada hubungan faktor gameli dan CPD dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2018.

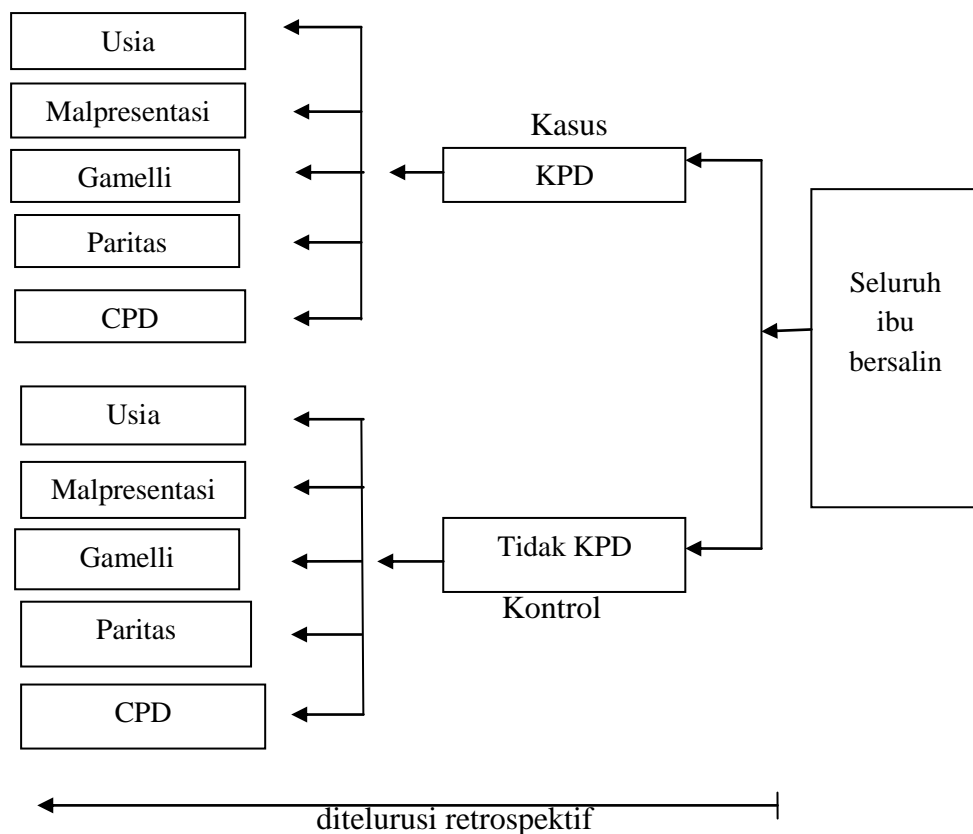
### BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN

### A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah desain case control dengan metode retrospektif yaitu melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2018. Data yang di ambil adalah data sekunder dari catatan rekam medis kasus ruangan mawar periode 2017 di RSUD dr.M.Yunus Bengkulu.

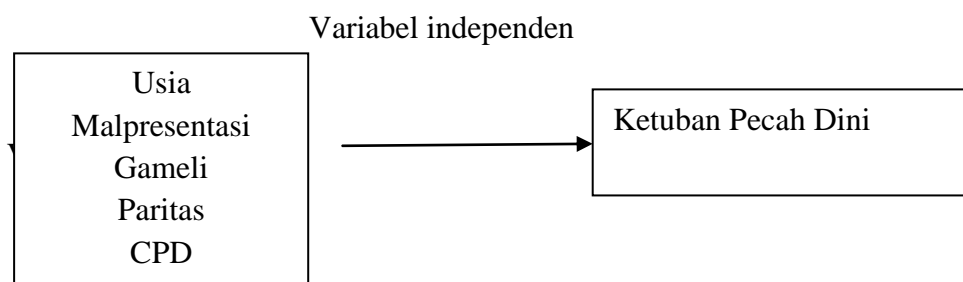
Bagan 3.1 Desain Penelitian



## B. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah ketuban pecah dini (variabel independen) dan usia, malpresentasi, gameli, paritas, cpd (variabel dependen)

Bagan 3.2 variabel penelitian



### C. Definisi Operasional

Bagan3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisioperasional	Alatukur	Cara ukur	Hasilukur	Skalaukur
1	(variable dependen) Ketuban Pecah Dini (KPD)	Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dimulai dan ditunggu 1 jam sebelum inpartu. Pecahnya ketuban sebelum bayi lahir yang sudah di diagnosa di rekam medis	Checklist	Mengisi checklist	0: KPD 1: Tidak KPD	Nominal
2	(variabel independen) Usia	Usia adalah lamanya waktu hidup atau sejak dilahirkan dihitung dalam tahun. Usia ibu bersalin yang tercatat di buku register	Checklist	Mengisi checklist	0: Beresiko (<20 tahun dan > 35 tahun ) 1: Tidak beresiko (20-35 tahun)	Ordinal
3	Malpresentasi	Malpresentasi adalah Suatu keadaan letak sungsang maupun letak lintang yang tercatat di buku register	Checklist	Mengisi checklist	0 : malpresentasi 1 : Tidak malpresentasi	Nominal
4	Gamelli	Ibu yang	checklist	Mengisi	0: Gamelli	Nominal

		memiliki jumlah janin lebih dari 1 yang tercatat di buku register		checklist	1: Tidak gamelli	
5	Paritas	Persalinan yang di alami seseorang yang melahirkan bayi yang dapat hidup yang tercatat di buku rekam medis	Checklist	Mengisi checklist	0: 1 dan >3 1: 2-3	Nominal
6	CPD	Keadaan yang menggambarkan ketidaksesuain antara kepala janin dan panggul ibu. Yang tercatat di buku rekam medis	checklist	Mengisi Checklist	0: CPD 1: Tidak CPD	Nominal

#### D. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2017 sebanyak 605 orang dengan 231 yang mengalami ketuban pecah dini .

##### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini ada 2 yaitu sampel kasus dan kontrol. Sampel kasus yaitu ibu yang mengalami ketuban pecah dini dan sampel

control yaitu ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini. Sampel yang dapat digunakan rumus besar sampel (Lemeshow, 1997) sebagai berikut :

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot P_1(1-P_1) + Z_{\beta}^2 \cdot P_2(1-P_2)}{d^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel minimal kelompok kasus dan kontrol

= nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan (1,96)

= nilai pada distribusi normal standar sama dengan kuasa (power) (0,84)

P1= proporsi paparan pada kelompok kasus (0,84)

P2= proporsi paparan pada kelompok kontrol (0,49)

OR=3,542

Hasil perhitungan sampel yaitu berjumlah 40 sampel, Maka sampel kasus ibu yang mengalami kejadian ketuban pecah dini sebanyak 40 sampel. Dan 40 ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebagai sampel control dengan perbandingan 1:2 adalah 120 responden. Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 120.

Teknik pengambilan sampel kasus dan kontrol yang digunakan dalam penelitian ini adalah secara *simple random sampling* (teknik acak sederhana), dimana semua populasi berpeluang untuk diambil.

1. Kriteria inklusi sampel ini adalah :

- a. Seluruh ibu yang bersalin
- b. Ibu yang mengalami ketuban pecah dini
- c. Ibu yang terdiagnosa KPD karna usia malpresentasi, gamelli dan paritas, CPD

2. Kriteria Eksklusi sampel ini adalah:

- a. Seluruh ibu yang bersalin
- b. Ibu yang mengalami ketuban pecah dini
- c. Ibu yang mengalami preeklamsia, anemia, KEK.

#### **E. Tempat dan Waktu penelitian**

Penelitian dilaksanakan di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu.

Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Juni sampai Juli 2018

#### **F. Pengumpulan Data, Pengolaan Data dan Analisi Data**

## 1. Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diambil dari catatan rekam medis pasien di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu tahun 2017.

## 2. Pengolaan data

Pengolaan data dilaksanakan melalui beberapa tahap, yaitu :

### *a. Editing*

Merupakan tahap pemilihan dan pemeriksaan kembali kelengkapan data-data yang di peroleh untuk pengelompokan dan penyusunan data. Pengelompokan data bertujuan untuk memudahkan pengelolaan data.

### *b. Coding*

Yaitu memberikan kode terhadap hasil yang diperoleh dari data yang ada yaitu menurut jenisnya, kemudian dimasukkan dalam lembaran tabel kerja guna mempermudah melakukan analisis terhadap data yang diperoleh .

### *c. Tabulating*

Adalah memasukan data-data hasil penelitian ke dalam table sesuai kriteria data yang telah di tentukan.

### *d. Processing*

Data yang telah di tabulasi diolah secara manual atau komputer agar dapat diaanalisis.



e. *Cleaning*

Mengecek kembali data yang sudah di peruses apakah ada kesalahan pada masing- masing variabel sehingga dapat diperbaiki.

3. Analisa data

a. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk menggambarkan distribusi frekuensi tiap variable penelitian dengan ketentuan Distribusi frekuensi menurut Arikunto (2013) :

—

Keterangan :

p =jumlah persentase yang dicari

f =jumlah frekuensi

n =jumlah objek yang diteliti

0% : tidak satupun dari kejadian

1% - 25% : sebagian kecil dari kejadian

26% - 49% : hampir sebagian dari kejadian

50% : setengah dari kejadian

51%-75% : sebagian besar dari kejadian

76% - 99% : hampir seluruh dari kejadian

100% : seluruh kejadian

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independent (usia, malpresentasi,

gamelli), dengan variabel dependent (ketuban pecah dini) dengan menggunakan analisis uji statistik chi square ( $X^2$ ), yaitu :

- 1) Jika  $p \leq 0,05 = H_a$  diterima /  $H_0$  di tolak, yang berarti ada hubungan factor usia, malpresentasi, gamelli dengan ketuban pecah dini
- 2) Jika  $p > 0,05 = H_a$  diterima /  $H_0$  di tolak, yang berarti tidak ada hubungan factor usia, malpresentasi, gamelli dengan ketuban pecah dini

c. Analisis multivariat

Analisis multivariate dilakukan untuk melihat variabel yang paling dominan yaitu untuk variable independen yang mana yang lebih erat hubungannya dengan variable dependen yang disebut juga analisis regresi logistik. Pada analisis multivaria terlebih dahulu dilakukan analisis regresi logistic sederhana untuk menentukan variable independen dengan nilai  $p < 0,25$  yang menjadi kandidat multivariat, selanjutnya dilakukan uji regresi logistic berganda antara variable independen yang menjadi kandidat tersebut dengan variable dependen.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Jalannya Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr.M.Yunus Bengkulu dan pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 9 Juli sampai dengan 20 Juli 2018. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan rancangan case control yaitu faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective* dengan cara membandingkan antara kelompok kasus dan kelompok control. Penelitian ini menggunakan data sekunder dalam register kebidanan dan rekam medis RSUD dr.M.Yunus Bengkulu dari bulan Januari sampai Desember 2017. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 605 orang, kemudian dengan menggunakan rumus pengambilan sampel, maka didapatkan sampel 120 orang terdiri dari 40 kelompok kasus (ibu bersalin dengan ketuban pecah dini) diambil dengan cara *simple random sampling* membuat undian dari daftar lembar pengumpulan data dan 80 orang kelompok kontrol (ibu bersalin yang tidak mengalami ketuban pecah dini) yang diambil juga secara *simple random sampling*.

Data sekunder diperoleh langsung dengan cara melihat register pasien ruang kebidanan dan rekam medik tahun 2017 di RSUD dr.M. Yunus Bengkulu untuk mengumpulkan data tentang kejadian ketuban pecah dini, yang meliputi data diagnosa, usia, paritas, malpresentasi,

gamelli dan CPD. Setelah melakukan pengumpulan data, data yang diperoleh diolah dengan tahapan *editing, coding, entry dan cleaning* dengan menggunakan sistem komputerisasi.

## 2. Hasil Penelitian

### a. Analisis univariat

Analisis univariat pada penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi variabel dependent (ketuban pecah dini) dan variabel independen (usia ibu, malpresentasi, gamelli, paritas dan CPD).

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini, Usia Ibu, Malpresentasi, Gamelli, Paritas dan CPD pada Ibu Bersalin di RSUD dr M. Yunus Bengkulu 2017**

No	Variabel	Frekuensi (n=120)	presentasi
1.	Usia Ibu <20 atau >35 tahun	58	48,3%
	20-35 tahun	62	51,6 %
2.	Malpresentasi		
	Kepala	84	70,0%
	Sungsang	28	20,3%
	Lintang	4	3,33%
	Oblig	4	3,33%
3.	Gamelli	6	5,00%
	Tidak Gamelli	114	95,0%
4.	Paritas		
	Primipara	41	34,1%
	Multipara	56	46,7 %
	Grandemultipara	23	19,1%
5.	CPD		
	Ya	13	1,59%
	Tidak	107	89,2%

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa dari 120 sampel, sebagian besar ibu pada usia yang tidak beresiko 20-35 tahun

(51,67%), hampir seluruhnya tidak gamelli (95%), sebagian besar dengan presentasi kepala (70%), hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami gamelli (95%), hampir sebagian besar pada ibu paritas multipara (46,7%), dan hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami CPD (89,2%).

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini di ruang kebidanan RSUD dr.M. Yunus Bengkulu 2017 dengan menggunakan analisis statistik *Chi Square*. Dapat dilihat pada tabel dibawah ini

**Tabel 4.2 Faktor yang Berhubungan dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Kebidanan RSUD dr.M. Yunus Bengkulu 2017**

Variabel	Ketuban Pecah Dini				<i>p-value</i>	OR
	KPD		Tidak KPD			
	F	%	F	%		
<b>Usia Ibu</b>						
Beresiko	28	70,0	30	37,5	0,001	3,889
Tidak Beresiko	12	30,0	50	62,5		
<b>Malpresentasi</b>						
Ya	22	55,0	14	17,5	0,000	5,762
Tidak	18	45,0	66	82,5		
<b>Gamelli</b>						
Gamelli	3	7,5	3	3,8	0,374	2,081
Tidak Gamelli	37	92,5	77	96,2		
<b>Paritas</b>						
1 dan >3	27	67,5	37	46,3	0,028	2,414
2-3	13	32,5	43	53,8		
<b>CPD</b>						
Ya	5	12,5	8	10,0	0,678	1,286
Tidak	35	87,5	72	90,0		
<b>Total</b>	40	100	80	100		

Berdasarkan tabel 4.2 hasil penelitian menunjukkan ada hubungan usia ibu dengan ketuban pecah dini ( $p=0,001$ ). Nilai

OR=3,889 artinya ibu yang berada pada usia beresiko (<20 dan >35 tahun) lebih beresiko menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini sebesar 3,8 kali lipat jika dibandingkan dengan ibu yang berada pada usia yang tidak beresiko (20-35 tahun).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini ( $p=0,000$ ). Nilai OR=5,762 yang artinya ibu dengan malpresentasi beresiko menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini sebesar 5,7 kali lipat jika dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami malpresentasi. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan gamelli dengan ketuban pecah dini  $p=0,374$ .

Hasil uji statistik didapatkan  $p=0,028$  artinya ada hubungan paritas dengan ketuban pecah dini. Nilai OR=2,414 yang artinya ibu dengan paritas 1 dan >3 lebih beresiko menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini sebesar 2,4 kali lipat jika dibandingkan dengan ibu dengan paritas 2-3. Hasil uji statistik didapatkan  $p=0,678$  artinya tidak ada hubungan CPD dengan ketuban pecah dini.

c. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.M. Yunus Bengkulu Tahun 2017. Variabel yang dimasukkan dalam analisis ini dengan syarat hasil analisis bivariat dengan nilai  $p<0,25$ . Hasil analisis dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.3 Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Kebidanan RSUD dr.M. Yunus Bengkulu Tahun 2017**

	Variabel	P value	Exp B	CI 95%	
				Lower	Upper
Tahap I	Usia	0,002	4,062	1,641	10,058
	Malpresentasi	0,000	6,413	2,515	16,354
	Paritas	0,036	2,641	1,063	6,557

Berdasarkan Tabel 4.3, setelah dilakukan analisis tahap I, dapat disimpulkan bahwa faktor dominan yang berhubungan dengan Ketuban Pecah Dini adalah malpresentasi dengan  $p=0,000$ , nilai  $\text{Exp}(B)=6,413$ , yang berarti bahwa malpresenatasi merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini, tetapi malpresentasi mempunyai pengaruh lemah sebesar 6,4% terhadap kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.M. Yunus Bengkulu Tahun 2017.

## B. PEMBAHASAN

### 1. Hubungan Usia Ibu dengan Ketuban Pecah Dini

Penelitian ini menemukan bahwa hampir sebagian besar (70%) ketuban pecah dini terjadi pada usia  $<20$  tahun dan  $>35$  tahun, sedangkan hampir sebagian (30%) terjadi pada usia 20-35 tahun. Penelitian ini juga menemukan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan ketuban pecah dini  $p=0,001$  dan risiko ketuban pecah dini 3,8 kali lebih besar terjadi pada usia  $<20$  tahun dan  $>35$  tahun dibandingkan dengan usia 20-35 tahun.

Penelitian ini menemukan ibu dengan ketuban pecah dini diketahui 12 orang (30%) dengan usia <20 tahun dan 16 orang (40%) pada usia >35 tahun, sedangkan yang berusia 20-35 tahun yaitu 12 orang (30%). Diketahui pada usia reproduktif (20-35 tahun) masih ada yang mengalami ketuban pecah dini ini dikarenakan ada faktor lain yang mempengaruhi ketuban pecah dini selain usia ibu yaitu seperti pemeriksaan *antenatal care* yang tidak teratur, penyakit yang menyertai ibu saat hamil, paritas, gemelli, makrosomia, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), pekerjaan ibu, kelainan letak janin, sosial ekonomi dan lain-lain.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Eka dkk (2014) bahwa ibu <20 tahun dan >35 tahun berisiko mengalami ketuban pecah dini sebesar 2,9 kali dibandingkan usia 20-35 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian syukrianti (2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin.

Usia produksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 25-35 tahun. Pada usia ini, alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi kehamilan. Kehamilan pada usia muda (<20 tahun) sering terjadi penyulit/ komplikasi bagi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat



menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan pada ibu dengan usia > 35 tahun juga memiliki resiko kesehatan bagi ibu dan bayinya, karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi, sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan. Salah satunya adalah perut ibu menggantung dan serviks mudah berdilatasi sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. (Manggiasih, 2014).

Menurut Wiknjosastro (2009), Ibu hamil terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun, dari segi biologis fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk menerima keadaan janin, sedangkan pada usia diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama ketuban pecah dini.

Menurut BKKBN hamil yang sehat dianjurkan paling muda pada umur 20 tahun karena pada umur 20 tahun alat kandungan sudah cukup matang. Kehamilan juga tidak boleh terjadi setelah usia 35 tahun, kemungkinan membuahkan anak yang tidak sehat. Komplikasi yang dapat terjadi jika usia hamil berisiko antara lain anemia, keguguran, prematuritas, BBLR, preeklampsia atau eklampsia,

persalinan operatif, perdarahan pasca persalinan, mudah terjadi infeksi dan ketuban pecah dini. Salah satu kesiapan fisik bagi seorang ibu hamil dan melahirkan bayi yang sehat adalah faktor usia saat hamil.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Dini dan Lia (2011) dengan hasil ada hubungan antara usia ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Cideres Kabupaten Majalengka Tahun 2011, hal ini dibuktikan dengan  $p$  value = 0,022 dan OR = 3,583 (95% CI: 1,263 < OR < 10,164). Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Merti Demiarti (2016) di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta dengan nilai  $p$  value (0,070) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan kejadian ketuban pecah dini.

Menurut asumsi peneliti dari hasil penelitian yang didapat bahwa pada usia kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun sebagian besar yang mengalami ketuban pecah dini, hal ini bisa disebabkan juga karena kebiasaan ibu dalam menjaga kebersihan genetalia seperti membersihkan genetalia dari depan kebelakang dan segera ganti pakaian dalam jika lembab, seperti yang telah kita ketahui bahwa pada akhir kehamilan pengeluaran cairan vagina meningkat sehingga menyebabkan lembab daerah genetalia dan hal tersebut dapat memicu terjadinya infeksi yang dapat menjalar keselaput ketuban. Jika ibu selama kehamilan dapat menjaga pakaian dalamnya tetap kering

sehingga secara tidak langsung dapat menghindari infeksi selaput ketuban yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini.

## 2. Hubungan Malpresentasi dengan Ketuban Pecah Dini

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar (55%) ketuban pecah dini disebabkan karena kelainan letak janin dan hampir sebagian (45%) ibu yang mengalami ketuban pecah dini tidak disertai dengan kelainan letak janin. Hasil uji statistik *chi square* terhadap malpresentasi dengan ketuban pecah dini menunjukkan nilai  $p=0,000$  ( $p<0,005$ ) dan nilai  $OR=5,762$  yang berarti ada hubungan antara malpresenasi dengan ketuban pecah dini, ibu dengan malpresentasi beresiko menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini sebesar 5,7 kali lipat jika dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami malpresentasi.

Hal ini sesuai teori Nugroho (2011) kelainan letak sungsang akan menyebabkab terjadinya ketuban pecah dini karena tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Sedangkan komplikasi letak lintang terjadi oleh karena bagian terendah tidak menutupi PAP, ketuban cenderung pecah dini dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat janin. Keduanya merupakan komplikasi yang gawat dan memerlukan tindakan segera (Oxorn, 2010).

Teori Decherney dan Hidayat juga menyatakan bahwa kelainan letak janin yang terjadi pada kehamilan trimester III dikarenakan janin tumbuh lebih cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang sehingga letaknya saat trimester III relatif menetap dan tidak berpindah. Letak sungsang dapat memungkinkan keegangan pada rahim meningkat, sedangkan pada letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi PAP yang menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah, maupun pembukaan serviks sehingga beresiko terjadinya ketuban pecah dini (Wulandari, 2016)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zainal dan Yeni (2015) yang menunjukkan adanya hubungan kelainan letak janin atau malpresentasi dengan ketuban pecah dini yaitu 4,83%. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Fetrisia (2013) dengan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara Kelainan Letak dengan kejadian KPD di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2013 dengan  $p=0,570$  ( $p>0.05$ ) dari analisis keamatan hubungan menunjukkan nilai Odd Ratio=1.636 yang berarti bahwa kelainan letak tidak signifikan memengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini dimana kelainan letak bukan merupakan faktor resiko terjadinya kejadian Ketuban Pecah Dini.

Manuaba (2007) mengatakan bahwa kelainan letak janin atau malpresentasi dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan. Pada kehamilan trimester

akhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar daripada kepala maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus.

Letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah secara dini. Pada letak sungsang gerakan janin lebih terasa pada segmen bawah Rahim sehingga kemungkinan terjadi penyusupan bagian ekstermitas janin yang menekan selaput ketuban dan karena adanya tekanan intrauterin yang menyebabkan selaput ketuban pecah (Varney, 2002).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Purwanti (2014) dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Unggaran Semarang” yang menyatakan tidak ada hubungan antara kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini dengan *p value* 0.897.

### **3. Hubungan Gamelli dengan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan hasil analisis data hampir seluruh (92,5%) ketuban pecah dini terjadi pada ibu yang tidak mengalami gamelli. Sedangkan sebagian kecil pada ibu yang mengalami gamelli (7,5%). Hasil uji statistik diperoleh *p value* sebesar 0,374, artinya tidak ada hubungan antara gamelli dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2017. Berarti ada faktor lain yang mempengaruhi

ketuban pecah dini selain usia kehamilan yaitu seperti pemeriksaan *antenatal care* yang tidak teratur, penyakit yang menyertai ibu saat hamil, paritas,, gemelli, makrosomia, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), pekerjaan ibu, kelainan letak janin, sosial ekonomi dan lain-lain.

Hal ini tidak sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Kehamilan kembar dapat memberikan resiko yang lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang intensif. Faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur, dan paritas. Faktor resiko ketuban pecah dini pada kembar dua 50% dan kembar tiga 90%. Hamil ganda dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya (Fetrisia, 2013).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suriyati tahun 2010 di RSUD M. Yunus Bengkulu, tentang kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini. Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan kejadian ketuban pecah dini dengan hasil analisa didapatkan nilai *p value* 0,03 dan ibu bersalin yang di diagnosa dengan kehamilan ganda dapat menyebabkan penyebab terjadinya ketuban pecah dini adalah ketegangan rahim berlebihan seperti kehamilan ganda/kembar. Lebih lanjut Manuaba (2012), menjelaskan bahwa kehamilan ganda merupakan kehamilan

dengan ukuran uterus yang lebih besar dibanding umur kehamilannya, sehingga terjadi keregangan rahim berlebihan. Hal tersebut akan meningkatkan tekanan *intrauterin*, dengan tekanan yang berlebihan ini *vaskularisasi* tidak berjalan dengan lancar yang dapat mengakibatkan selaput ketuban kekurangan jaringan ikat. Sehingga menyebabkan selaput ketuban tidak kuat atau lemah dan bila terjadi sedikit pembukaan *servik* saja maka selaput ketuban akan mudah pecah.

Nugroho. T (2012) juga mengatakan bahwa faktor *predisposisi* ketuban pecah dini yaitu tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) salah satunya dikarenakan kehamilan ganda/gamelli. Selain itu menurut Oxorn (2010), pengaruh kehamilan ganda pada persalinan, karena peregangan uterus yang berlebihan karena besarnya janin, dua plasenta dan air ketuban yang banyak menyebabkan terjadinya ketuban pecah awal dan merupakan salah satu sebab partus prematurus.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Fetrisia (2013) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara gemelli dengan kejadian KPD di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2013 dengan  $p=0,367$  dan analisis keeratan hubungan menunjukkan nilai Odd Ratio=0.245 yang berarti bahwa Gemelli tidak signifikan memengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini dimana Gemelli bukan merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini.

Kemungkinan lain terjadinya pada ibu dengan gamelli dan tidak terjadi ketuban pecah dini disebabkan oleh kehamilan ganda yaitu berhubungan dengan status pekerjaan ibu. Berdasarkan hasil penelitian sebanyak 83,6% sebagai ibu rumah tangga. Ibu hamil melakukan pekerjaan rumah tangga setiap hari mulai dari pagi hari sampai tidur di malam hari. Pekerjaan tersebut merupakan beban pekerjaan yang berat yang harus dilakukannya ibu saat hamil, sehingga dapat menimbulkan ketegangan semakin meningkat pada otot-otot rahim sehingga mempengaruhi selaput ketuban menjadi lemah dan mudah pecah. Ibu dengan kehamilan ganda juga sangat membutuhkan nutrisi yang lebih dibanding kehamilan tunggal sehingga sering terjadi *defisiensi* nutrisi dapat menyebabkan selaput ketuban menjadi lemah dan mudah pecah. Bidan perlu menganjurkan pada ibu dengan kehamilan ganda pada usia kehamilan 30 minggu perlu istirahat yang cukup dan mengurangi beban pekerjaan yang berat. Selain itu asupan gizi/nutrisi meliputi kebutuhan kalori, protein, mineral, vitamin dan asam lemak lebih tinggi untuk mencegah defisiensi nutrisi (Ridwan dan Herlina, 2014).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Ridwan dan Herlina (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini dengan *p value* sebesar 0,001 ( $p\text{-value}=0,005<\alpha$ ) dan hasil analisis menunjukkan nilai OR= 4,1 artinya ibu dengan kehamilan ganda memiliki resiko 4 kali lebih terjadi ketuban pecah dini saat bersalin dibanding dengan ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini.



Menurut asumsi penulis gamelli bukan merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini karena bisa saja dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu diantaranya pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga diagnosis gamelli dapat ditegakkan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan perencanaan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan terlatih seperti dokter spesialis obstetri dan ginekologi, selain itu jika ada indikasi medis lainnya ibu yang hamil gamelli dapat juga merencanakan persalinan dengan tindakan yaitu dengan secsio cessarea sehingga kejadian ketuban pecah dini bisa terhindari atau dicegah.

#### **4. Hubungan Paritas dengan Ketuban Pecah Dini**

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar (67,5%) keuban pecah dini terjadi pada paritas 1 dan >3, sedangkan pada ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebagian besar pada paritas 2-3 (53,8%). Hasil uji statistik didapatkan *p-value* = 0,028 artinya ada hubungan paritas dengan ketuban pecah dini. Nilai OR=2,414 yang artinya ibu dengan paritas 1 dan >3 lebih beresiko menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini sebesar 2,4 kali lipat jika dibandingkan dengan ibu dengan paritas 2-3.

Hal ini disebabkan pada primipara bagian terendah janin turun ke rongga panggul masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulai persalinan. Sehingga pada multipara tidak ada bagian terendah janin yang menutupi PAP, yang

dapat mengurangi terhadap membrane bagian bawah (Cunningham, 2015). Pada grandemultipara, kejadian ketuban pecah dini semakin besar hal ini bukan disebabkan oleh peningkatan aktivitas uterus melainkan kerapuhan dari kelemahan intrinsik uterus yang disebabkan oleh trauma sebelumnya pada serviks khususnya pada tindakan riwayat persalinan pervaginam, dilatasi serviks dan kuratase.

Hal ini juga sesuai dengan teori Manuaba (2010) yang menyatakan bahwa paritas (multi/grande multipara) merupakan faktor penyebab umum terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan menurut Geri Morgan dan Carole Hamilton (2009), paritas merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan ketuban pecah dini karena peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama proses kelahiran sebelumnya dan teori Dr.Prasanthi (2009) yang menyebutkan bahwa risiko terjadinya ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada grandemultipara yang disebabkan oleh motilitas uterus berlebih, perut gantung, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks, yang mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini

Penelitian ini sejalan dengan penelitian syukrianti (2014) yang mendapatkan adanya hubungan paritas dengan ketuban pecah dini.Pada primipara bagian terendah janin turun ke rongga panggul masuk ke PAP pada akhir minggu kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulai persalinan.Sehingga pada multipara tidak

ada bagian terendah janin yang menutupi PAP yang dapat mengurangi terhadap membrane bagian bawah.

Paritas primipara mempunyai angka kematian tinggi karena Rahim baru beradaptasi dengan adanya janin. Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu juga akan mempengaruhi keadaan ibu sewaktu hamil, paritas 2-3 paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal dan pada kehamilan rahim ibu terganggu oleh adanya janin (Manuaba, 2012).

Winkjosastro (2009) mengatakan bahwa paritas primipara belum siap secara matang untuk menyipkan janin didalam rahim karena baru beradaptasi oleh janin (benda asing) yang tersimpan didalamnya. Jumlah anak yang terlalu banyak juga menyebabkan rahim menjadi renggang sehingga belum pulih dan mengakibatkan gangguan pada janin.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Merti Demiarti (2016) di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta dengan nilai p value (0.001) yang artinya ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD. Menurut Morgan dan Hamilton (2009) paritas merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan ketuban pecah dini karena peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama proses kelahiran sebelumnya.

## 5. Hubungan CPD dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dari 40 ibu dengan ketuban pecah dini hampir seluruh dari kejadian terjadi pada ibu yang tidak CPD (87,5%) dibandingkan dengan ibu dengan CPD (12,5%). Hasil uji statistik didapatkan  $p\text{-value}=0,678$  artinya tidak ada hubungan CPD dengan ketuban pecah dini.

Dari hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Mansjoer (2001) bahwa salah satu faktor ketuban pecah dini adalah CPD, dimana pada kasus CPD dapat terjadi ketuban pecah dini karena adanya his yang sudah adekuat namun bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul sehingga tekanan intra uterin yang terus menerus dapat menyebabkan ketuban pecah dini. Sedangkan menurut Cuningham (2006) komplikasi CPD adalah partus lama, dimana partus lama ini biasanya disertai dengan ketuban pecah dini pada pembukaan kecil, karena pada CPD ketika kala I berlangsung kepala tidak masuk ke pintu atas panggul, maka pembukaan berlangsung lama.

Ketuban pecah dini selalu ditempat ostium uteri internum. Pada keadaan Disproporsi Kepala Panggul dimana kepala bayi tidak masuk pintu atas panggul sehingga ostium uteri internum tetap menjadi lokus minoris yang pada saat tekanan inytrauterine meningkat kemungkinan besar akan pecah atau robek di daerah tersebut dimana hal itu sesuai dengan Hukum Pascal (Arifa, 2009).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Iswanti (2009) yang menyatakan ibu dengan CPD yang mengalami ketuban pecah dini yaitu sebanyak 1 orang (7,7%) dan tidak mengalami ketuban pecah dini yaitu sebanyak 12 orang (92,3%). Sedangkan pada ibu yang tidak ada CPD yang mengalami ketuban pecah dini yaitu sebanyak 11 orang (16,9%) dan yang tidak mengalami ketuban pecah dini yaitu sebanyak 54 orang (83,1%). Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p\text{ value} = 0,674$  yang berarti tidak ada hubungan antara CPD dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin.

## **6. Faktor yang Paling Dominan yang Menyebabkan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan hasil analisis multivariat dari beberapa variabel yaitu usia, malpresentasi dan paritas. Setelah dilakukan analisis tahap I, didapatkan hasil bahwa faktor dominan yang mempengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini adalah malpresentasi ( $p=0,000$ ,  $\text{Exp(B)}=6,413$ ) usia ( $p=0,002$ ,  $\text{Exp(B)}=4,062$ ), dan paritas ( $p=0,036$ ,  $\text{Exp(B)}=2,641$ ) sehingga faktor dominan yang berhubungan dengan ketuban pecah dini adalah malpresentasi. Malpresentasi mempunyai pengaruh 6,4% terhadap kejadian ketuban pecah dini.

Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa ibu bersalin dengan kelainan letak atau malpresentasi sangat rentan terhadap

kejadian ketuban pecah dini. Kelainan letak merupakan suatu penyulit persalinan yang sering terjadi karena keadaan atau posisi janin dalam rahim yang tidak sesuai dengan jalan lahir yang menyebabkan terjadinya ketidakteraturan bagian terendah janin untuk menutupi atau menahan Pintu Atas Panggul (PAP), serta mengurangi tekanan terhadap membran bagian bawah dan bagian terendah ketuban langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan sehingga dapat menyebabkan ketuban pecah dini.

Presentasi bokong merupakan suatu keadaan dimana janin dalam posisi membujur/memanjang, kepala berada pada fundus sedangkan bagian terendah adalah bokong (Manuaba, 2012). Letak sungsang adalah kehamilan dengan anak letak memanjang dengan bokong/kaki sebagai bagian terendah (Mochtar, 2012). Letak lintang terjadi bila sumbu memanjang ibu membentuk sudut tegak lurus dengan sumbu memanjang janin. Oleh karena seringkali bahu terletak di atas PAP, keadaan ini disebut juga presentasi bahu. (Oxorn, 2010). Pada ibu bersalin dengan kelainan letak sangat rentan terhadap kejadian ketuban pecah dini. Faktanya ibu bersalin dengan kelainan letak yang mengalami ketuban pecah dini cukup banyak yaitu sebesar 28,7%.

Sujiyatini (2010), menjelaskan bahwa kelainan letak merupakan suatu penyulit persalinan yang sering terjadi karena keadaan atau posisi janin dalam rahim yang tidak sesuai dengan jalan lahir yang

menyebabkan terjadinya ketidakteraturan bagian terendah janin untuk menutupi atau menahan Pintu Atas Panggul (PAP), serta mengurangi tekanan terhadap *membran* bagian bawah dan bagian terendah ketuban langsung menerima tekanan *intrauterin* yang dominan sehingga dapat menyebabkan ketuban pecah dini.

Menurut Freser (2009), bahwa seorang ibu hamil yang mengalami kelainan letak janin menyebabkan permukaan tidak rata dengan presentasi terendah pada PAP, kondisi ini menyebabkan peregangan berlebihan pada uterus. Peregangan berlebihan pada *uterus* tersebut memungkinkan untuk mendesak selaput ketuban pecah sebelum persalinan dimulai (Ridwan dan Herlina, 2014).

Pengawasan secara intensif saat ibu sedang hamil perlu dilakukan dalam pendeteksian terjadinya resiko kehamilan. Bila diperlukan pemeriksaan intensif pada ibu masa hamil yang dilakukan oleh dokter menggunakan USG dan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kelainan letak dapat di diagnosa sedini mungkin dan dapat dilakukan perencanaan persalinan yang lebih aman oleh tenaga kesehatan terlatih ataupun dilakukan tindakan rujukan dini pada ibu yang mengalami kasus kelainan letak sehingga kejadian ketuban pecah dini dapat dihindari atau dicegah.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian dan pembahasan tentang faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017 ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ibu bersalin sebagian besar pada usia yang tidak beresiko 20-35 tahun, hampir seluruhnya tidak gamelli, sebagian besar dengan presentasi kepala, hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami gamelli, hampir sebagian besar pada ibu paritas multipara, dan hampir seluruh dari kejadian ditemukan pada ibu yang tidak mengalami CPD .
2. Ada hubungan antara usia ibu dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017
3. Ada hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017
4. Tidak ada hubungan gamelli dengan ketuban pecah di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017
5. Ada hubungan paritas dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017
6. Tidak ada hubungan CPD dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu tahun 2017



7. Faktor dominan yang berhubungan dengan ketuban pecah dini adalah malpresentasi.

## **B. Saran**

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa kebidanan selanjutnya.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Dinas Kesehatan Bengkulu

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menjalankan program Kesehatan Ibu dan Anak untuk menekan Angka Kemattian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

#### b. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah dr.M. yunus Bengkulu

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk direktur Rumah Sakit dan tenaga kesehatan khususnya bidan sebagai masukan untuk menekan angka kejadian ketuban pecah dini dengan cara konseling kepada ibu hamil untuk teratur melakukan pemeriksaan *antenatal care*, sarankan ibu hamil melakukan istirahat yang cukup dan mengurangi beban pekerjaan yang berat. Pengawasan secara intensif saat ibu sedang hamil perlu dilakukan dalam pendeteksian terjadinya resiko kehamilan.

#### c. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi pada ibu hamil untuk dapat melakukan pemeriksaan kehamilan khususnya pada ibu

dengan usia kehamilan > 30 minggu perlu melakukan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) secara teratur minimal 4 kali pada trimester I 1 kali, trimester II 1 kali, dan trimester III 2 kali, elakukan pemeriksaan USG membantu menegakan diagnosa kehamilan ganda dan kelainan letak janin sehingga secepatnya dapat dilakukan tindakan yang tepat sehingga resiko ibu mengalami kegawatdaruratan saat peralihan dapat tangani dengan baik.

d. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti yang akan datang dan kiranya dapat melanjutkan penelitian-penelitian lain yang serupa dengan variabel yang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cunnigham, G. 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2016. *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2015*, Bengkulu.
- Dini dan Lia. 2011. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD Cideres Kabupaten Majalengka Tahun 2011. Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) YPIB Majalengka
- Fetrisia, Wiwit. 2013. Faktor - Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUDDr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi, Vol.4 No 1 Januari 2013*
- Kadajah, 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD DR.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal kebidanan*
- Lameshow, S. & David W.H.jr, 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (Terjemahan)*, Gadjah Mada University press, Yogyakarta
- Manuaba, IBG. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. EGC. Jakarta
- Manggiasih, V.A.2014. *Hubungan Umur dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Ditinjau dari Paritas Ibu di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo*.Volume 7. No 1.sidoarjo: Akbid Mitra Sehat Sidoarjo
- Merti, Demiarti. 2016. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- Mousa, dkk. 2016. Management of Premature Rupture of Membranes. *Internasional journal of academic scientife research*
- Notoatmodjo,S.2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho, Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta :Nuha Medika.
- Oxorn, H William R.F.2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan* . Edisi I. Yogyakarta: CV andi Offset

- Prawirohardjo. 2013. *Ilmu Kandungan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Purwanti, E. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang. *Skripsi Diploma IV Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran*.
- Ridwan, 2014. Hubungan Kehamilan Ganda Dan Kelainan Letak Janin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah. *Jurnal Kesehatan*
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013
- Sakti, K.M.G, Akmal taheer. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar san Rujukan*. Edisi I. Jakarta :kementrian kesehatan RI
- Suriyati. 2010. *Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Mawar RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu 2009*.  
<http://jurnal-Suri-172-180-1-pdf>. (diakses 15 Juli 2018)
- Syahda, 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin di ruangan Camar II RSUD Arifin Achmad tahun 2015. *Jurnal Kesehatan*
- Syukrianti. 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin di Ruang Camar di RSUD Arifinachmad. *STIKes Tuanku Tambusai Riau*
- Wiknjosastro H. 2009. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayaan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- World Health Organization (WHO). 2014. *Maternal Mortality*. Amerika : World Health Organization

L

A

M

P

I

R

A

N

## Lampiran 1

### ORGANISASI PENELITIAN

#### A. Pembimbing I

Nama : Epti Yorita, SST. MPH  
NIP : 197401091992032001  
Pekerjaan : Dosen di Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Jabatan : Pembimbing I

#### B. Pembimbing II

Nama : Hj Yuliana Lubis, M.Kes  
Nip : 195407011976032001  
Pekerjaan : Dosen di Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Jabatan : Pembimbing II

#### C. Peneliti

Nama : Wika Wulandari  
Nim : P05140 314 039  
Pekerjaan : Mahasiswi Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Jabatan : Peneliti

#### D. Pembantu Peneliti

1. Responden
2. Keluarga
3. Teman-teman lainnya



Lampiran 3

Hasil pengolahan SPSS

1. Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini, Usia Ibu, Malpresentasi, Gamelli, Paritas dan CPD

usia \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
usia	beresiko <20th dan >35th	Count	28	30	58
		Expected Count	19.3	38.7	58.0
		% within ketuban_pecahdini	70.0%	37.5%	48.3%
	tidak beresiko 20-35th	Count	12	50	62
		Expected Count	20.7	41.3	62.0
		% within ketuban_pecahdini	30.0%	62.5%	51.7%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	
	% within ketuban_pecahdini	100.0%	100.0%	100.0%	

malpresentasi \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
malpresentasi	letak sungsang dan melintang	Count	22	14	36
		Expected Count	12.0	24.0	36.0
		% within ketuban_pecahdini	55.0%	17.5%	30.0%
	tidak letak sungsang dan melintang	Count	18	66	84
		Expected Count	28.0	56.0	84.0
		% within ketuban_pecahdini	45.0%	82.5%	70.0%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	
	% within ketuban_pecahdini	100.0%	100.0%	100.0%	



**gameli \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation**

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
gameli	gameli	Count	3	3	6
		Expected Count	2.0	4.0	6.0
		% within ketuban_pecahdini	7.5%	3.8%	5.0%
	Tidak gameli	Count	37	77	114
		Expected Count	38.0	76.0	114.0
		% within ketuban_pecahdini	92.5%	96.3%	95.0%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	
	% within ketuban_pecahdini	100.0%	100.0%	100.0%	

**paritas \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation**

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
paritas	1 dan >3	Count	27	37	64
		Expected Count	21.3	42.7	64.0
		% within ketuban_pecahdini	67.5%	46.3%	53.3%
	2-3	Count	13	43	56
		Expected Count	18.7	37.3	56.0
		% within ketuban_pecahdini	32.5%	53.8%	46.7%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	
	% within ketuban_pecahdini	100.0%	100.0%	100.0%	

**CPD \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation**

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
CPD	CPD	Count	5	8	13
		Expected Count	4.3	8.7	13.0
		% within ketuban_pecahdini	12.5%	10.0%	10.8%
	Tidak CPD	Count	35	72	107
		Expected Count	35.7	71.3	107.0
		% within ketuban_pecahdini	87.5%	90.0%	89.2%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	

**CPD \* ketuban\_pecahdini Crosstabulation**

			ketuban_pecahdini		Total
			KPD	Tidak KPD	
CPD	CPD	Count	5	8	13
		Expected Count	4.3	8.7	13.0
		% within ketuban_pecahdini	12.5%	10.0%	10.8%
	Tidak CPD	Count	35	72	107
		Expected Count	35.7	71.3	107.0
		% within ketuban_pecahdini	87.5%	90.0%	89.2%
Total	Count	40	80	120	
	Expected Count	40.0	80.0	120.0	
	% within ketuban_pecahdini	100.0%	100.0%	100.0%	

## 2. Hubungan Usia dengan Ketuban Pecah Dini

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.279 <sup>a</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10.015	1	.002		
Likelihood Ratio	11.503	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.185	1	.001		
N of Valid Cases	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,33.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for usia (beresiko <20th dan >35th / tidak beresiko 20-35th)	3.889	1.724	8.775
For cohort ketuban_pecahdini = KPD	2.494	1.405	4.427
For cohort ketuban_pecahdini = Tidak KPD	.641	.486	.846
N of Valid Cases	120		

## 3. Hubungan Malpresentasi dengan Ketuban Pecah Dini

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.857 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16.116	1	.000		
Likelihood Ratio	17.360	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.708	1	.000		
N of Valid Cases	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for malpresentasi (letak sungsang dan melintang / tidak letak sungsang dan melintang)	5.762	2.465	13.466
For cohort ketuban_pecahdini = KPD	2.852	1.755	4.634
For cohort ketuban_pecahdini = Tidak KPD	.495	.324	.757
N of Valid Cases	120		

#### 4. Hubungan Gamelli dengan Ketuban Pecah Dini

##### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.789 <sup>a</sup>	1	.374		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.197	1	.657		
Likelihood Ratio	.746	1	.388		
Fisher's Exact Test				.399	.317
Linear-by-Linear Association	.783	1	.376		
N of Valid Cases	120				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for gameli (gameli / Tidak gameli)	2.081	.401	10.810
For cohort ketuban_pecahdini = KPD	1.541	.663	3.579
For cohort ketuban_pecahdini = Tidak KPD	.740	.329	1.664
N of Valid Cases	120		

**5. Hubungan Paritas dengan Ketuban Pecah Dini**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.838 <sup>a</sup>	1	.028	.034	.022
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.022	1	.045		
Likelihood Ratio	4.922	1	.027		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.798	1	.028		
N of Valid Cases	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,67.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for paritas (1 dan >3 / 2-3)	2.414	1.091	5.341
For cohort ketuban_pecahdini = KPD	1.817	1.042	3.169
For cohort ketuban_pecahdini = Tidak KPD	.753	.584	.971
N of Valid Cases	120		

## 6. Hubungan CPD dengan Ketuban Pecah Dini

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.173 <sup>a</sup>	1	.678		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.011	1	.917		
Likelihood Ratio	.169	1	.681		
Fisher's Exact Test				.758	.448
Linear-by-Linear Association	.171	1	.679		
N of Valid Cases	120				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CPD (CPD / Tidak CPD)	1.286	.392	4.218
For cohort ketuban_pecahdini = KPD	1.176	.561	2.463
For cohort ketuban_pecahdini = Tidak KPD	.915	.583	1.434
N of Valid Cases	120		

## 7. Analisis Multivariat Faktor Dominan yang Berpengaruh terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini

### Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			ketuban_pecahdini		Percentage Correct
			KPD	Tidak KPD	
Step 1	ketuban_pecahdini	KPD	20	20	50.0
		Tidak KPD	8	72	90.0
Overall Percentage					76.7

a. The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> usia	1.402	.463	9.183	1	.002	4.062

paritas	.971	.464	4.379	1	.036	2.641
malpresentasi	1.858	.478	15.135	1	.000	6.413
Constant	-1.583	.502	9.948	1	.002	.205

a. Variable(s) entered on step 1: usia, paritas, malpresentasi.

#### Variables in the Equation

	95% C.I. for EXP(B)	
	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> usia	1.641	10.058
paritas	1.063	6.557
malpresentasi	2.515	16.354
Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: usia, paritas, malpresentasi.



**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Batang Hari No.108 Padang Harapan, Kec. Ratu Agung, Kota Bengkulu Telp/Fax : (0736) 22044 SMS : 091919 35 6000  
Website: dpmpstp.bengkuluprov.go.id / Email: email@dpmpstp.bengkuluprov.go.id  
BENGKULU 38223

**REKOMENDASI**

Nomor : 503/08.65/1307/DPMPTSP/2018

**TENTANG PENELITIAN**

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Sebagian Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan Pemerintah Provinsi Bengkulu Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu.
  2. Surat dari Pembantu Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor : DM.01.04/45950/2/2018, Tanggal 31 Mei 2018 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan Diterima Tanggal 26 Juni 2018 .

Nama / NPM : Wika Wulandari / P05140314039  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Maksud : Melakukan Penelitian  
Judul Proposal Penelitian : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Ruang C1 Mawar RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2018  
Daerah Penelitian : RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu  
Waktu Penelitian/ Kegiatan : 26 Juni 2018 s.d 26 Juli 2018  
Penanggung Jawab : Pembantu Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu

Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota Cq. Kepala Badan/ Kepala Kantor Kesbang Pol atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/ menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
- e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Bengkulu, 26 Juni 2018

a.n. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
PROVINSI BENGKULU  
KEPALA BIDANG ADMINISTRASI PELAYANAN  
PERIZINAN DAN NON PERIZINAN I,



Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbang Pol Provinsi Bengkulu
2. Direktur RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu
3. Pembantu Direktur Bidang Akademik Politeknik Kesehatan Bengkulu
4. Yang Bersangkutan



**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007  
BENGKULU 38229



Bengkulu, 04 Juli 2018  
Kepada  
Yth: Kabid. Pelayanan Keperawatan  
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu  
di-  
Tempat

Nomor : 074/ 267 /BID-DIK  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Dengan hormat,  
Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu,  
Nomor: DM.01.04/45951/2/2018, Tanggal 31 Mei 2018. Perihal: Permohonan  
Izin Penelitian Mahasiswa:

Nama : **WIKA WULANDARI**  
NPM : PO5140314039  
Program Studi : D IV Kebidanan  
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Ruang C1 Mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu.  
Tempat Penelitian : Mawar

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung mulai tanggal 04 Juli s.d 04 Agustus 2018.  
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Bengkulu, 9 Juli 2018  
Bidang Pelayanan Keperawatan  
Ka. Sru Rawat Inap

*HERRY N. VERIZAL, SKM*  
NIP. 19781119 196003 1 001

Plt. Kepala Bidang Pendidikan



**dr. HARTIN NITA WULANSARI**  
NIP. 19730923 200604 2 010

Tembusan disampaikan kepada Yth;  
1. Yang Bersangkutan  
2. Arsip







**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007  
BENGKULU 38229



**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 074/ 2349 / BID-DIK/2018

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI  
b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik Dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **WIKA WULANDARI**  
b. NPM : P05140314039  
c. Institusi : DIV Kebidanan/ Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
d. Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Ruang C1 Mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu  
e. Ruang Penelitian : Mawar  
f. Maksud : Telah Melakukan Penelitian Mulai Tanggal 04 Juli 2018 s/d 04 Agustus 2018

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 20 Juli 2018  
Wakil Direktur Penunjang Medik Dan Kependidikan

  
**dr. Hj. HARTIN NITA WULANSARI**  
NIP. 19730923 200604 2 010



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
JURUSAN KEBIDANAN  
Jalan Indra Giri No.03 Padang Harapan Kota Bengkulu  
Telp. (0736) 341212 Fax. (0736) 21514



LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Pembimbing I : Epti Yorita, SST. MPH  
NIP : 197401091992032001  
Nama Mahasiswa : Wika Wulandari  
NIM : PO 5140314039  
Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Diruangan C1 Mawar RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1	Senin, 15 Januari 2018	Masalah, Judul Skripsi dan Penambahan Jurnal	Acc Judul Skripsi	
2	Rabu, 14 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Perbaikan BAB I, II dan penulisan	
3	Senin, 12 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Perbaikan BAB I, II dan penulisan	
4	Selasa 24 April 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Acc Seminar Proposal	
5	Jum'at 27 April 2018	Perbaikan Proposal	Perbaikan sesuai arahan	
6	Rabu, 9 Mei 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai arahan	
7	Kamis, 10 Mei 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
8	Senin 4 Juni 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
9	Kamis 13 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
10	Senin, 23 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
11	Kamis 26 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Acc ujian hasil Skripsi	
12	Jum'at, 3 Agustus 2018	Perbaikan Skripsi	Acc Skripsi	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
JURUSAN KEBIDANAN  
Jalan Indra Giri No.03 Padang Harapan Kota Bengkulu  
Telp. (0736) 341212 Fax. (0736) 21514



LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Pembimbing I : Epti Yorita, SST. MPH  
NIP : 197401091992032001  
Nama Mahasiswa : Wika Wulandari  
NIM : PO 5140314039  
Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Diruangan C1 Mawar RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1	Senin, 15 Januari 2018	Masalah, Judul Skripsi dan Penambahan Jurnal	Acc Judul Skripsi	
2	Rabu, 14 Februari 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Perbaikan BAB I, II dan penulisan	
3	Senin, 12 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Perbaikan BAB I, II dan penulisan	
4	Selasa 24 April 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	Acc Seminar Proposal	
5	Jum'at 27 April 2018	Perbaikan Proposal	Perbaikan sesuai arahan	
6	Rabu, 9 Mei 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai arahan	
7	Kamis, 10 Mei 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
8	Senin 4 Juni 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
9	Kamis 13 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
10	Senin, 23 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Perbaikan sesuai harapan	
11	Kamis 26 Juli 2018	Konsul BAB IV, BAB V & Abstrak	Acc ujian hasil Skripsi	
12	Jum'at, 3 Agustus 2018	Perbaikan Skripsi	Acc Skripsi	

D  
O  
K  
U  
M  
E  
N  
T  
A  
S  
I



Pengambilan data awal



## Biodata



Nama : Wika wulandari  
TTL : Manna, 25 januari 1996  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Jumlah Saudara : Anak ke 4 dari 3 Bersaudara  
Suku Bangsa : Indonesia  
Alamat : Jalan Timur Indah 2 gang 6  
Nama Orang Tua :

Ayah : Edi Edwar

Ibu : Yusna Wati

### Riwayat Pendidikan

1. TK Idata Bengkulu Selatan
2. SD Negeri 14 Bengkulu Selatan
3. SMP Negeri 4 Bengkulu Selatan
4. SMA Negeri 2 Bengkulu Selatan
5. Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi D-IV Kebidanan
  - a. Tingkat I Tahun 2014-2015
  - b. Tingkat II Tahun 2015-2016
  - c. Tingkat III Tahun 2016-2017
  - d. Tingkat IV Tahun 2017-2018