

HUBUNGAN ANTARA KETUBAN PECAH DINI DENGAN PERSALINAN PREMATUR DI RUMAH SAKIT MUTIARA BUNDA SALATIGA

Ni Wayan Raina Purwahati¹, Eko Mardiyarningsih², Wulansari³
^{1,2,3}Akademi Keperawatan Ngudi Waluyo Ungaran

ABSTRAK

Persalinan Preterm termasuk penyebab utama 60-80% morbiditas dan mortalitas neonatal di seluruh dunia. Indonesia memiliki angka kejadian persalinan preterm sekitar 34% dan merupakan penyebab utama kematian perinatal. Penyebab persalinan preterm sampai saat ini masih belum jelas, diperkirakan multifaktorial. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara ketuban pecah dini dengan persalinan prematur di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga. Desain penelitian analitik observasional dengan *cross sectional* dengan sampel 78 responden. Uji statistik menggunakan uji korelasi *Coeffisien Contingency* diperoleh *p-value* = 0,000 artinya ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan persalinan prematur sehingga perlu dilakukan penanganan dan perawatan lebih intensif dalam mengurangi kejadian morbiditas dan mortalitas pada bayi prematur.

Kata kunci: Ketuban Pecah Dini, Prematur

PENDAHULUAN

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi sebelum atau setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu (BPS, 2011).

Hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2011, jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 314 dari 25.852 kelahiran hidup (Laporan Puskesmas), sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 12,1 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan pencapaian tersebut maka terdapat penurunan dari tahun sebelumnya (Dinkes, 2011).

Penyebab Angka Kematian Bayi di Jawa Tengah sebanyak 80% dengan jumlah 21.124 kasus terjadi pada perinatal, terutama pada usia 0-7 hari. Kasus paling besar disebabkan rendahnya berat badan bayi (BBLR) (Anna, 2012). Sedangkan di Kabupaten Semarang sendiri penyebab kematian neonatal adalah bayi berat lahir rendah (29%), asfiksia (27%), trauma lahir, tetanus neonatorum, infeksi lain dan kelainan konginental. Dari data diatas angka kematian bayi kebanyakan disebabkan oleh kelahiran prematuritas atau BBLR (Dinkes, 2012).

Menurut Manuaba (2010), Persalinan prematur (preterm) adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan perkiraan berat janin kurang dari 2500 gram. Resiko persalinan prematur adalah tingginya angka kematian bayi, selain itu dapat terjadi gangguan pertumbuhan mental-intelektual dan fisik yang kurang menguntungkan sehingga dapat menjadi beban keluarga, masyarakat dan negara. Dengan demikian kelahiran "prematur" yang mempunyai risiko tinggi diupayakan dapat dikurangi sehingga angka kematian perinatal dapat diturunkan.

Persalinan prematur mempunyai dampak dan resiko gangguan tumbuh dan berkembang di kemudian hari. Gangguan *Retino prematuritas (ROP)* sebelumnya dikenal sebagai *Retrorenal fibroplasia (RLF)*, adalah gangguan mata pada bayi yang lahirnya prematur (Judarwanto, 2012). Sedangkan faktor yang berdampak buruk terhadap tumbuh kembang anak usia 1 tahun adalah kelahiran prematur, asfiksia menit ke-5, penyakit sistemik pada anak, asfiksia menit ke-1, adanya komplikasi persalinan, cara persalinan dengan tindakan, umur ibu terlalu muda atau tua, infark pada plasenta, status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan ibu yang rendah, serta adanya ketuban pecah dini (Santoso, 2003).

Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur (Sarwono, 2010). Insiden KPD berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan. Insiden di kalangan wanita yang melahirkan bayi prematur berkisar antara 40-60% dan angka kematian perinatal bayi prematur meningkat nyata jika terdapat Ketuban Pecah Dini (KPD) (Nurandarini, 2008).

Ada dua efek dari ketuban pecah dini yaitu pertama infeksi karena dengan tidak adanya selaput ketuban yang normal bisa menjadi pathogen yang akan membahayakan pada ibu maupun janinnya, kedua ialah prematuritas karena KPD sering terjadi pada kehamilan kurang bulan (Manuaba, 2010).

Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga merupakan salah satu Rumah Sakit Bersalin di Kabupaten Semarang yang memiliki populasi ibu post partum baik secara fisiologi maupun patologi yang cukup banyak yaitu 2255 orang dari tahun 2010 sampai 2013.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda, Kecamatan Salatiga, tahun 2010 sampai 2013 didapatkan data ada 30 (1,33%) ibu yang bersalin dengan Ketuban Pecah Dini. Dan 15 (50%) dari persalinan Ketuban Pecah dini terjadi Persalinan Prematur. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Persalinan Prematur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan menggunakan desain *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga periode Januari-April 2013 sejumlah 350 orang. Sampel penelitian ini ditentukan dengan *simple random sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan *check-list* yang terdiri dari KPD, Tidak KPD, Prematur dan Tidak Prematur.

HASIL DAN BAHASAN

1. Analisa Univariat

a. Kejadian Ketuban Pecah Dini

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga, Tahun 2013.

Kejadian Ketuban Pecah Dini	Frekuensi	Prosentase (%)
KPD	11	14,1
Tidak KPD	67	85,9
Jumlah	78	100

Berdasarkan tabel 1, dapat diketahui bahwa dari 78 responden ibu yang melahirkan di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga, yaitu sejumlah 67 orang (85,9%) tidak mengalami KPD, sedangkan yang mengalami KPD sejumlah 11 orang (14,1%).

Kejadian Ketuban Pecah Dini dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun janin, misalnya pada ibu dapat menyebabkan *infeksi puerperalis*/masa nifas, *dry labour*/partus lama, dapat pula menimbulkan pendarahan post partum, morbiditas dan mortalitas maternal, bahkan kematian. Resiko kecacatan dan kematian dan kematian janin juga tinggi pada kejadian Ketuban Pecah Dini preterm. *Hipoplasia paru* merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada Ketuban Pecah Dini preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila Ketuban Pecah Dini preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu (Cunningham, 2006).

Semua ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya infeksi dan *koriamnionitis* (radang pada *korion* dan *amnion*). Selain itu terjadinya risiko *prolaps* atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada Ketuban Pecah Dini (Liu, 2008).

b. Kejadian Prematur

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kejadian Persalinan Prematur di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga, Tahun 2013.

Kejadian Ketuban Pecah Dini	Frekuensi	Prosentase (%)
Preterm	9	11,5
Aterm	69	88,5
Jumlah	78	100

Berdasarkan tabel 2 di atas, dapat diketahui bahwa dari 78 ibu yang melahirkan di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga, yaitu sejumlah 69 orang ibu (88,5%) persalinannya aterm, sedangkan ibu yang mengalami persalinan prematur sejumlah 9 orang (11,5%). Dari penelitian yang dilakukan oleh Lusiya Wijayanti di Puskesmas Grabagan tahun 2008 menunjukkan angka kejadian Persalinan Prematur 13,3% dari seluruh kasus di Puskesmas tersebut, angka kejadian tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka kejadian Persalinan Prematur di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga yaitu sejumlah 11,5%.

Persalinan Prematur merupakan kelainan proses yang multifaktoral. Kombinasi keadaan obstetrik, sosiodemografi, dan faktor medik mempunyai pengaruh terhadap terjadinya persalinan prematur. Risiko tunggal dijumpai seperti distensi berlebih uterus, ketuban pecah dini, atau trauma. Banyak kasus persalinan prematur sebagai akibat proses patogenik yang merupakan mediator biokimia yang mempunyai dampak terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks (Sarwono, 2011). Pelaksanaan persalinan prematur sering berakibat tokolitik untuk jangka waktu tertentu, sehingga fokus utama harus diarahkan pada hal yang paling penting dan cara kelahiran yang paling tepat untuk hasil terbaik (Liu, 2008).

2. Analisa Bivariat

Tabel 3. Hubungan antara Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Persalinan Prematur di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga, Tahun 2013.

Kejadian Ketuban Pecah Dini	Kejadian Persalinan Prematur				Total		P-value 0,000
	Preterm		Aterm				
	f	%	f	%	f	%	
KPD	7	63,6	4	36,4	11	100	
Tidak KPD	2	3,0	65	97,0	67	100	
Jumlah	9	11,5	69	88,5	78	100	

Berdasarkan tabel 3 di atas, dapat diketahui bahwa kejadian persalinan prematur lebih banyak terjadi pada ibu yang mengalami ketuban pecah dini sejumlah 7 orang (63,6%) dibandingkan ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini sejumlah 2 orang (3,0%). Berdasarkan uji *Coefisien Contingency* didapat nilai coefecient contingency sebesar 0,551 dengan p-value 0,000. Oleh karena $p\text{-value} = 0,000 < \alpha (0,05)$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Ketuban Pecah Dini dengan kejadian persalinan prematur di Rumah Bersalin Mutiara Bunda Salatiga

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan faktor utama penyebab infeksi pada kehamilan. Berdasarkan hal tersebut dapat diperkirakan infeksi intauterin akibat KPD dapat menyebabkan kelahiran prematur. Dalam kepustakaan disebutkan bahwa usaha untuk menghindari ketuban pecah dini adalah menghindari kerja berat dan hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan, menjaga kebersihan umum/alat reproduksi karena pecahnya kulit ketuban kadang-kadang didahului *cervicitis* atau *amnionitis*. Pencegahan postnatal berupa resusitasi dan perawatan bayi prematur, pemberian nutrisi yang adekuat dan penjelasan pada orang tua penderita tentang perannya dalam mencegah terjadinya gangguan tumbuh kembang pada bayi prematur (Manuaba, 2010).

Untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas pada kelahiran prematur diperlukan tindakan resusitasi dengan menggunakan peralatan resusitasi dengan benar pada bayi baru lahir. Pada bayi prematur mempunyai beberapa karakteristik yang menjadi tantangan dalam resusitasi neonatus. Beberapa karakteristik tersebut adalah terdapat kekurangan surfaktan pada paru-paru sehingga menimbulkan kesulitan pada saat membran ventilasi, kulit yang tipis dan kurangnya jaringan lemak kulit sehingga memudahkan bayi kehilangan panas, bayi seringkali lahir disertai infeksi serta pembuluh darah otak sangat rapuh sehingga mudah menyebabkan perdarahan pada keadaan stress (Santoso, 2003).

KESIMPULAN DAN SARAN

Peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut: 1) Ibu yang bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga sejumlah 11 ibu (14,1%). 2) Ibu yang bersalin yang mengalami Persalinan Prematur di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga sejumlah 9 bayi (11,5%). 3) Ada hubungan antara Ketuban Pecah Dini dengan Persalinan Prematur di Rumah Sakit Bersalin Mutiara Bunda Salatiga dibuktikan dengan uji statistik korelasi *Coefesien Contingency* sebesar 0,551 dengan *p-value* 0,000.

Saran untuk ibu hamil agar secara teratur memeriksakan kehamilannya (ANC) agar ibu dan bayi dalam keadaan sehat baik saat hamil maupun pada saat persalinan, sehingga dalam kehamilan dan proses persalinannya nanti dapat berjalan dengan baik dan tidak terdapat masalah pada bayi maupun ibunya. Serta untuk pihak rumah sakit termotivasi untuk meningkatkan pelayanannya terutama dalam melakukan pemeriksaan *antenatal care* kepada ibu hamil, dengan lebih meningkatkan pengawasan terhadap ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini dan meningkatkan penanganan terhadap pasien yang mengalami KPD sehingga tidak terjadi Persalinan Prematur

DAFTAR PUSTAKA

- Anna. (2012). *Angka Kematian Bayi Masih Tinggi*, <http://health.kompas.com>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi 14. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Pusat Statistik. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. BPS: Provinsi Jawa Tengah.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Chunningham, F.G. (2006). *Obstetri William*. Jakarta: EGC
- Depkes. (2011). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, <http://www.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Dinkes. (2012). *Pertemuan Pengelolaan Kesehatan Anak Kesehatan Puskesmas*, <http://www.dinkesjateng.go.id>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Dinkes. (2011). *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2011*, <http://www.jateng.bps.go.id>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Dinkes. (2011). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2011*, <http://www.dinkes-kotasemarang.go.id>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Hidayat, A.A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Judarwanto. (2012). *Dampak Bayi Prematur Di Kemudian Hari*, <http://prematuencicu.wordpress.com>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.
- Liu, D.T.Y. (2008). *Manual Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba. (2010). *Kepaniteraan Klinik Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Marmi., Suryaningsih, A.R.M., & Fatmawati, E. (2011). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Morgan, G., Carole, H. (2009). *Obstetri dan Ginekologi: Panduan Praktik*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, T. (2012). *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuna Medika.
- Nursalam. (2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Dan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ramayanti. (2011). *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Persalinan Prematur*, <http://www.library.upnvj.ac.id>, diperoleh tanggal 13 Maret 2013.
- Santoso. (2003). *Hubungan Antara Kelahiran Prematur Dengan Tumbuh Kembang Anak Pada Usia 1 Tahun*, <http://www.wprint.undip.ac.id>, diperoleh tanggal 19 Maret 2013.
- Sarwono, P. (2010). *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Setiadi. (2013). *Konsep Dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi 2. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Cetakan ke-14 . Bandung: Alfabeta.
- Sujiatini, M.,& Hidayat, A. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Edisi 1.Yogyakarta: Nuha Medika.
- Vina, (2013), *Persalinan Prematur*, <http://bidanku.com/index.php?/persalinan-prematur>, diperoleh tanggal 13 Maret 2013.
- Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis (Untuk Profesi Perawat)*. Jakarta : EGC.
- Wijaya. (2009). *Kondisi Angka Kematian Neonatal,Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita, Angka Kematian Ibu Dan Penyebabnya Di Indonesia*, <http://www.infodokterku.com>, diperoleh tanggal 18 Maret 2013.