

## HUBUNGAN ANTARA KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN PARTUS PREMATUR DI RUANG (VK) BERSALIN BAPELKES RSD SWADANA JOMBANG

Sri Sudarsih\*)

### ABSTRAK

*Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur. Desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional dengan menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu simple random sampling dengan jumlah responden sebesar 334 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total jumlah sampel sebesar 334 pasien yang mengalami partus prematur yang disebabkan KPD yaitu sebesar 98 (29,34%), 89 (36,65%) pasien yang mengalami KPD tapi tidak disertai partus prematur, 97 (29,04 %) pasien yang mengalami partus prematur namun tidak mengalami KPD, dan 50 (14,97%) pasien tidak mengalami KPD serta tidak mengalami partus prematur. Hasil chi square dari penelitian ini didapat bahwa  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel (6,24 > 3,84) sehingga  $H_1$  diterima. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur di ruang bersalin Bapelkes RSD Swadana Jombang.*

**Kata kunci:** *Ketuban Pecah Dini, Partus, Prematur.*

### A. PENDAHULUAN

Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Untuk itu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan obstetri dan neonatal, khususnya bidan harus mampu dan terampil memberikan pelayanan sesuai dengan standart yang ditetapkan (Depkes RI, 2001). Penyebab langsung kematian Ibu di Indonesia adalah perdarahan, eklamsi, komplikasi, keguguran, sepsis pasca persalinan, dan lain-lain. Sedangkan kematian Bayi disebabkan oleh asfiksi neonatorum, infeksi, prematuritas atau BBLR, trauma persalinan dan cacat bawaan (Manuaba, 1998).

\*) Penulis adalah Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto

Beberapa penyebab kelahiran prematur adalah karena proses persiapan persalinan (dimulainya kontraksi) terjadi lebih awal, pecahnya membran terlalu dini, dan ada masalah pada Ibu dan Janin. Angka rata-rata kelahiran prematur lebih rendah pada wanita berkulit putih dan lebih tinggi pada wanita berkulit hitam, yang sebagian disebabkan karena alasan sosial-ekonomi (Eisenberg dkk., 1996). Dari segi medis, secara garis besar 50% kelahiran prematur terjadi spontan, 30% akibat ketuban pecah dini (KPD), dan 20% dilahirkan atas indikasi Ibu atau Janin (Saifuddin, 2002).

Ketuban pecah dini merupakan sumber persalinan prematuritas, infeksi dalam rahim terhadap Ibu maupun Janin yang cukup besar dan potensial sehingga selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian Ibu dan Bayi atau Janin dalam rahim. Adapun penyebab terjadinya KPD yaitu adanya *hipermortalitas* rahim, kelainan ketuban, infeksi (*amnionitis* atau *korioamnionitis*), paritas (*multipara* atau *grande multipara*), ketegangan rahim berlebihan, kemungkinan kesempitan panggul, kelainan letak dan ketuban pecah dini *artifisial* (Mochtar, 1998).

Data persalinan di Ruang Bersalin (VK) Bapelkes RSD Jombang tahun 2004 yaitu sebesar 1919 persalinan, yang mengalami KPD sebanyak 313 persalinan, dan yang mengalami partus prematur sebanyak 45 persalinan. Secara garis besar 50% kelahiran prematur terjadi spontan, 30% akibat ketuban pecah dini (KPD), dan sisanya dilahirkan atas indikasi ibu atau janin seperti infeksi dalam rahim terhadap ibu maupun janin yang cukup besar yang potensial meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim (Saifuddin, 2002).

## **B. METODE PENELITIAN**

### **1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode analitik. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian analitik yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependent hanya satu kali pada satu saat yaitu saat pemeriksaan atau pengkajian data (Nursalam dan Pariani, 2001), dalam penelitian ini variabel independennya adalah ketuban pecah dini dan variabel dependennya adalah partus prematur.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang bersalin dirawat di Ruang Bersalin Bapelkes RSD Jombang pada bulan Januari-Desember 2005 sebanyak 2007 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah sejumlah Ibu bersalin dan jumlahnya akan dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Pengambilan jenis *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak, bahwa setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk sebagai sampel. Dimana teknik pengambilan sampelnya dengan menggunakan teknik undian.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel dari catatan (register) kemudian dilakukan koding atau tabulasi (Arikunto, 2002). Dalam penelitian ini data dikumpulkan dengan menggunakan data sekunder (register atau check list) yang ada di Ruang Bersalin Bapelkes RSD Jombang tahun 2005.

## 2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin Bapelkes RSD Jombang dan dilaksanakan pada tanggal 1-14 Juni 2006.

## 3. Analisis Data

Data penelitian ini dianalisis menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat dilakukan dengan Menganalisis data dari tiap variabel yaitu pada variabel independen tentang kejadian ketuban pecah dini dimana didapat dari data sekunder dengan melihat data register Ruang Bersalin Bapelkes RSD Swadana Jombang tahun 2005, disini dapat dilihat status pasien tersebut mengalami ketuban pecah dini atau tidak, dari status pasien tersebut variabel dependennya dapat ditentukan yaitu mengalami partus prematur atau tidak. Sedangkan analisis bivariat dilakukan dengan tabulasi silang dari tiap-tiap variabel-variabelnya. Data tabulasi silang antara kedua variabelnya yaitu tabulasi silang antara kejadian ketuban pecah dini dengan kejadian partus prematur di Bapelkes RSD Swadana Jombang.

Untuk menguji analisa tersebut digunakan uji *chi-square* yaitu: skala ukurnya harus antara nominal dengan nominal, pengamatan bersifat independen (subyek hanya untuk 1 analisis saja), hanya digunakan pada data diskrit, sampel > 30, nilai expectasi (frekwensi harapan) > 5 (Budiarto, 2002).

Dalam tingkat keyakinan 95% ( $\alpha = 0,05$ ) dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang dengan kriteria penilaian “jika  $X^2$  lebih besar dan  $X^2$  tabel, maka  $H_1$  (hipotesa 1) diterima, artinya ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian partus prematur”.

### C. HASIL PENELITIAN

#### 1. Data Umum

##### a. Distribusi frekuensi menurut umur

**Diagram 1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur**

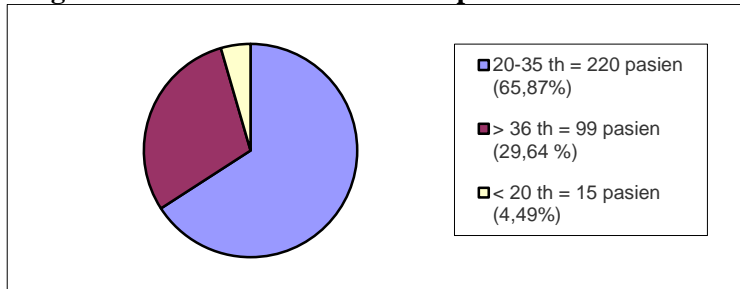


Diagram diatas menunjukkan bahwa dari 334 pasien, yang berusia 20-35 tahun, yaitu sebanyak 220 pasien atau 65,87%.

##### b. Distribusi frekuensi menurut paritas

**Diagram 2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur**

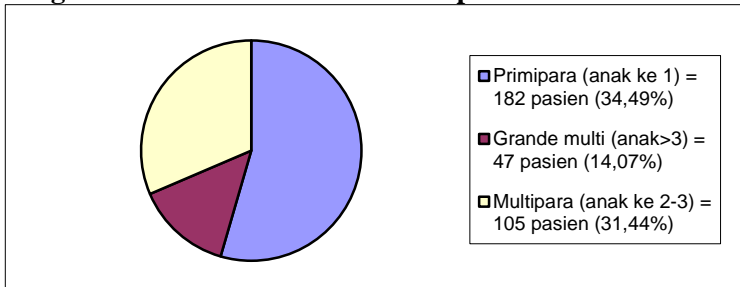


Diagram tersebut menunjukkan bahwa dari 334 pasien, primipara yaitu pasien yang baru memiliki 1 anak lebih dominan yaitu sebanyak 182 pasien atau 54,49%.

## 2. Data Khusus

### a. Distribusi frekuensi menurut jumlah kejadian KPD

**Diagram 3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jumlah Kejadian KPD**

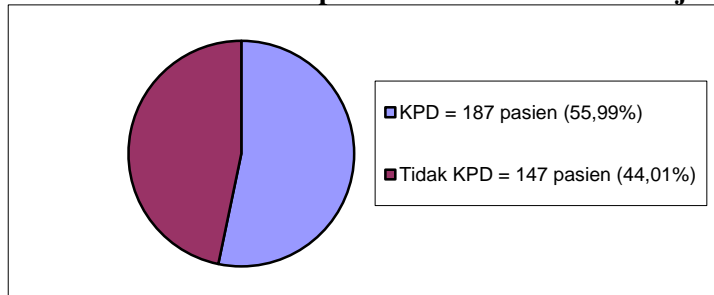


Diagram di atas menunjukkan bahwa dari 334 pasien mengalami ketuban pecah dini adalah 187 pasien atau 55,99%.

### b. Distribusi frekuensi menurut jumlah kejadian partus prematur

**Diagram 4 Distribusi Frekuensi Responden Jumlah Kejadian Partus prematur**

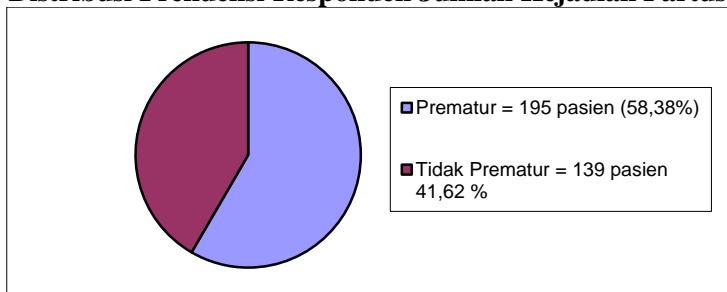


Diagram diatas menunjukkan bahwa dari 334 pasien yang mengalami partus prematur adalah 195 pasien atau 58,38%.

- c. Tabulasi silang antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur di Bapelkes RSD Swadana Jombang.

**Tabel 1. Tabulasi Silang Antara Kejadian Ketuban Pecah Dini Dengan Partus Prematur**

Partus Prematur	Kejadian KPD				Total		RR
	KPD		Tidak KPD		n	%	
	n	%	n	%			
P. Prematur	98	29,34	97	29,04	195	58,38	0,5
Tidak P. Prematur	89	26,65	50	14,97	139	41,62	0,64
Jumlah	187	55,99	147	44,01	334	100	0,78

Dari 334 pasien, terdapat 98 pasien dengan persalinan prematur yang dikarenakan ketuban pecah dini atau 29,34%, 89 pasien dengan kejadian ketuban pecah dini yang tidak disertai partus prematur atau 26,65%, 97 pasien yang mengalami partus prematur namun tidak disertai oleh ketuban pecah dini atau 29,04%, dan 50 pasien yang tidak mengalami ketuban pecah dini juga tidak mengalami partus prematur atau 14,97%.

Untuk melihat adanya hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur maka dari tabulasi silang kemudian dilakukan uji korelasi *chi-square*, dengan tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) 5 % atau 0,05 maka didapatkan hasilnya yaitu :  $X^2$  hitung 6,24 sedangkan  $X^2$  tabel 3,84 yang artinya  $X^2$  hitung >  $X^2$  tabel, maka  $H_1$  diterima berarti disimpulkan bahwa ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur.

#### D. PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Data pertama menunjukkan bahwa pasien yang mengalami ketuban pecah dini yaitu 187 pasien (55,99%). Hal ini berarti sebagian besar ibu bersalin mengalami kejadian ketuban pecah dini. Oleh karenanya ketuban pecah dini merupakan komplikasi atau resiko tinggi dalam persalinan yang memerlukan perhatian khusus, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan perinatal. Cara penatalaksanaan serta umur dari kehamilan dapat menimbulkan komplikasi, baik pada ibu yaitu partus lama, *atonia uteri*, infeksi nifas, *perdarahan post partum*, sedang komplikasi yang terjadi pada bayi yaitu *prematuritas*, infeksi, *malpresentasi*, *prolopsus funikuli*, *mortalitas perinatal* (Oxorn, 1996). Faktor predisposisi terjadinya

ketuban pecah dini ialah infeksi genetalia, *serviks inkompeten*, *gemeli*, *hidramnion*, *kehamilan preterm*, *disproporsi sefalo pelvic* (Mansjoer, 2001).

Ketuban Pecah Dini (KPD) berpengaruh pada kehamilan dan persalinan, karena pada ketuban pecah dini terjadi hubungan langsung antara dunia luar dengan ruangan dalam rahim yang disebabkan hilangnya selaput ketuban. Salah satu fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga mengurangi kemungkinan infeksi dalam rahim. Pengaruh KPD pada saat persalinan pada ibu adalah ibu akan merasa lelah karena terbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu akan naik, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Pada KPD menyelesaikan persalinan bisa dengan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi korsep, *embriotomi* bila sudah meninggal, *sectio cesaria* bila ada kondisi *obstertrik*. Hal ini akan meningkatkan angka kematian dan angka morbiditas pada ibu (Rustam, 1998).

Paritas mempengaruhi teradinya KPD hal ini juga terlihat pula pada data yang telah didapat. Primipara maupun multipara sama-sama cenderung menimbulkan penyulit dalam kehamilan dan persalinan. Pada primipara KPD terjadi salah satunya dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda KPD, merembes atau keluarnya air ketuban masih dikira air kencing yang keluar karena kemungkinan inkontinensia urin (Teber, 1994), dapat pula karena stress, kelelahan akibat pekerjaan yang berlebih, adanya perangsangan uterus dan peristiwa yang memperkuat kontraksi rahim seperti aktivitas seksual, defisiensi progesterone, volume plasma yang adekuat (Irene dan Margerete, 2000). Sedangkan pada multipara uterus cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan karena telah melahirkan banyak anak dan keadaan ostium uteri eksternum sudah lebih terbuka dimana selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah, sehingga bila ada ketegangan rahim selaput ketuban rentan untuk pecah (Manuaba, 1998).

Selanjutnya, data kedua menunjukkan terdapat 195 pasien (58,38%) yang mengalami partus prematur dan sisanya 139 pasien (41,62 %) yang tidak mengalami partus prematur. Ini menunjukkan bahwa pasien yang mengalami partus prematur lebih dominan daripada yang tidak mengalami partus prematur. Partus prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan 37 minggu atau kurang, merupakan hal yang berbahaya karena berdampak yang

potensial meningkatkan kematian perinatal (Wiknjosastro, 1999). Hal ini dapat juga disebabkan karena keadaan ibu hamil yang mengalami : ketuban pecah dini, kehamilan ganda, hipertensi, perkembangan janin terhambat, solusio plasenta, plasenta previa kelainan rhesus, diabetes, serviks inkompeten dan beberapa penyebab timbulnya kontraksi seperti kelainan bawaan uterus (Mansjoer, 2002). Selain itu prematuritas dipengaruhi juga dengan umur ibu, sosial ekonomi, tidak kawin, tinggi badan, riwayat preterm, riwayat lahir mati dan perokok berat. Yang penting adalah bagaimana menemukan kasus resiko tinggi, dan kemudian memberikan penyuluhan agar ibu dapat mengurangi resiko tambahan (Wiknjosastro, 1999).

Masalah pada partus prematur lebih banyak menimbulkan komplikasi atau masalah pada bayi prematur dari pada terhadap ibu. Hal ini disebabkan perawatan bayi prematur memerlukan tindakan intensif, bayi mudah terkena infeksi dan perkembangan serta pertumbuhannya sering terlambat selain itu juga pertolongan partus prematur diharapkan meminimalisasi trauma. Penyulit yang dihadapi diantaranya perdarahan intracranial, gangguan pernafasan, asfiksia neonatus, dan infeksi neonatus (Manuba, 1998).

Setelah dilakukan uji chi-square didapatkan  $X^2$  hitung 6,24 sedangkan  $X^2$  tabel 3,84 artinya  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel, hal ini menunjukkan adanya hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur. Lebih dari 90 % atau 195 (58,38 %) pasien yang mengalami partus prematur dan sisanya 139 pasien (41,62 %).tidak mengalami partus prematur. Salah satu penyebab partus prematur adalah ketuban pecah dini yaitu sebanyak 98 (29,34 %) pasien. Hal ini dikarenakan ketuban pecah dini merupakan kondisi yang menimbulkan atau merangsang terjadinya kontraksi spontan atau sebaliknya. Ada beberapa kondisi yang mungkin menyertai yaitu seperti : *serviks inkompeten*, *hidramnion*, kehamilan ganda, infeksi vagina dan serviks, dll (Wiknjosastro, 1999).

Sepertiga dari kelahiran prematur terjadi karena proses persiapan persalinan (dimulainya kontraksi) terjadi lebih awal, sepertiga karena pecahnya membran terlalu dini dan sepertiga lainnya disebabkan karena masalah pada ibu dan janin. Sekitar tiga dan empat kelahiran prematur terjadi pada wanita yang sebelumnya telah diketahui bahwa ia beresiko tinggi untuk kelahiran prematur. Dan dari sudut medis secara garis besar 50 % kelahiran

prematur terjadi spontan, 30 % akibat ketuban pecah dini dan sisanya yang 20 % dilahirkan atas indikasi ibu atau janin (Saifuddin, 2002).

Selanjutnya keadaan ini diperkuat dengan hasil penelitian penulis pada uji *chi-square* dan menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur di ruang bersalin Bapelkes RSD Swadana Jombang.

## E. PENUTUP

Gambaran pasien yang mengalami kejadian ketuban pecah dini di Bapelkes RSD Swadana Jombang sebanyak 187 pasien (59,99%), sedangkan pasien yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebanyak 147 (44,01%) pasien. Gambaran pasien yang mengalami partus prematur di Bapelkes RSD Swadana Jombang sebanyak 195 (58,38%), sedangkan pasien yang tidak mengalami partus prematur sebanyak 139 (41,62%) pasien. Dari hasil uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) 5 % atau 0,05 didapatkan  $X^2$  hitung (6,24) dan  $X^2$  tabel (3,84), sehingga  $H_1$  diterima karena  $X^2$  hitung >  $X^2$  tabel. Artinya ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan partus prematur di ruang bersalin Bapelkes RSD Swadana Jombang.

Dengan diketahuinya hubungan antara ketuban pecah dini dengan partus prematur, maka kepada peneliti diharapkan dapat mengenali atau melakukan deteksi dini pada kejadian ketuban pecah dini, dan penatalaksanaan yang tepat pada kasus persalinan prematur, sehingga dapat diaplikasikan atau diterapkan pada masyarakat untuk mencegah adanya komplikasi lebih lanjut. Selain itu, diharapkan institusi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan pada ibu bersalin sehingga diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pada akhirnya juga diharapkan dapat menurunkan jumlah kematian ibu bersalin dan bayi baru lahir.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2005. <http://www.gizinet/anemia/pedoman/20anemia/anemia/20gizi.com>, 2006.

- Anonim, 2005. <http://www.kepatuhanhukumpemimpin.com>, 2006.
- \_\_\_\_\_, 2002. *Ilmu Kesehatan, Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar*.
- Arikunto, Suharsini, 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Babak, Law Dermik, 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Buku Kedokteran. EGC.
- Carpenito, Lyda Juall, 1999. *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2003. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*.
- Manuaba, 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri, Ginekologi dan KB*.
- Manuaba, Ida Bagus Bagus Gede Dr. OG. Prof. Dr., 1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Ngastiyah, 1997. *Keperawatan Anak Sakit*. EGC.
- Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sarwono, 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono, 2004. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alva Beta.
- Supriasa, I Dewa Nyoman, MPS, Baihyar Bakri, SKM, M.Kes, Ibu Fasar, SKM, 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.