

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETUBAN PECAH DINI PADA IBU BERSALIN
DI PUSKESMAS TANGGEUNG CIANJUR**

Andi Julia Rifiana, Hasanah

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Jakarta
eviriviana@yahoo.co.id

Abstract

Premature rupture of membranes is defined as prematurely ruptured membranes of the membranaes. This incidence of premature rupture of membranes occurs 10% in all pregnancies. Incidence of premature rupture of membranes in Tanggeung health center 33 case KPD. This studi aims to determine factores related to premature rupture of membranes in maternal mothers at Tanggeung Health Center Cianjur District year 2017 using a cases control approach. Population in this research is mother of birth, while the sample used 1 : 1 between case and control, so the number of samples of 66 maternity mothers. The data collected in this study is using secondary data from medical records Tanggeung Health Center. The results of this study were conducted with univariate and bivariate techniques by using Chi Square test. Primipara gravida research results as many 42 people (63,6%), ge is at risk <20 year \geq 35 year as many 44 people (66,7%), anemia as many 39 people (59,1%) and not gemeli as many 63 people (95,5%) Conclusion there is a significant relationship between gravida ($\rho = 0,005$ OR 5,400), mother`s age ($\rho = 0,001$ OR 8,700), and anemia ($\rho = 0,003$ OR 5,714). There is no significant relationship between gemeli pregnamncy ($\rho = 0,492$) with premature rupture of membranes at Tanggeung Health Center, Cianjur district year 2017. Suggestions for officers to di high riskscreening in pregnant women at risk and anemia to prevent premature rupture of membranes with recommending a regular ANC and administration of added blood tablets according to degree of anemia.

Keywords: *Premature rupture of membranes, age, gravida, gemelli.*

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan, sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa dan lebih dari 50% terjadi di

negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia (BKKBN, 2012).

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals-SDGs*) mulai tahun 2016 sampai 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, mengakhiri kematian bayi dan balita oleh penyakit yang dapat di cegah, menurunkan angka kematian neonatal hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan kematian balita 25 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Upaya pemerintah untuk menurunkan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) tampaknya masih sulit dilakukan, hal ini karena Angka kematian Ibu dan Angka Kematian Perinatal di Indonesia masih tinggi. Hasil SDKI terbaru (SDKI-2012) menyebutkan, sepanjang periode 2007-2012 kasus kematian ibu melonjak cukup tajam. mencapai 359 per 100 ribu penduduk atau meningkat sekitar 57 % dibandingkan dengan kondisi pada 2007, yang hanya sebesar 228 per 100 ribu penduduk. (DEPKES RI, 2011).

Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Indina Istiyantari menyatakan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Jawa Barat pada 2013 hingga 2014 menurun. Angka kematian ibu di Jawa Barat pada 2013 adalah 781 kasus dan pada tahun 2014 turun menjadi 747 kasus. Penurunan angka kematian ibu dan bayi di Jawa Barat tersebut, menurut dia, tidak terlepas dari upaya Pemprov Jawa Barat dalam peningkatan kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. "Salah satunya adalah melalui 'Gerakan Penyelamatan Ibu dan Bayi Baru Lahir' dengan program Emas atau *Expanding Maternal dan Neonatal Survival* ini" (DinKes Prov Jabar, 2014).

Penyebab kematian Ibu di Jawa barat menurut SDKI 2012 yaitu perdarahan sebanyak 248 orang (31%), hipertensi dalam kehamilan 229 orang (29,3%), partus lama 5 orang (0,64%), abortus 1 orang (0,12%) dan penyebab lain – lain sebanyak 254 orang (32,5%) termasuk penyebabnya adalah infeksi akibat ketuban pecah dini. (Lusiana, Kompas 2014)

Menurut WHO, kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) berkisar 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Adapun 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran prematur. (DEPKES RI, 2011).

Insidensi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di Negara India antara 6% sampai 12%. Angka tersebut merupakan permasalahan yang masih belum terselesaikan, terutama di Negara berkembang. (DEPKES RI, 2011).

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu (Sarwono, 2008).

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2008).

Insidensi ketuban pecah dini terjadi 10% pada semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan cukup bulan, sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas, ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insidensi 30-40% (Sualman, 2009).

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan disebabkan karena infeksi yang terjadi pada selaput ketuban, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, paritas, riwayat abortus atau ketuban pecah dini sebelumnya, ketegangan rahim yang berlebihan, ukuran panggul yang sempit, aktivitas dan trauma yang di dapat seperti hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis (Sujiyatini, 2009).

Menurut BKKBN (2013), insiden ketuban pecah dini di Jawa Barat berkisar antara 8-10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antar 6-19%. Sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini. Persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Eka Purwanti tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang Tahun 2014, berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan bahwa ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian ketuban pecah dini ($p = 0,032 < 0,05$), ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini ($p = 0,032 < 0,05$), dan tidak ada hubungan antara kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini ($p = 0,897 > 0,05$). (Purwanti, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sakinah Mawaddah Ramadhaniah tentang Hubungan Usia Ibu, Paritas, Jumlah Janin, dan Anemia dengan Diagnosis Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Tangerang Selatan pada Tahun 2015, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari empat variabel bebas yaitu usia, paritas, jumlah janin, dan anemia, hanya paritas yang menunjukkan hasil yang signifikan dengan p value sebesar 0,001. (Ramadhaniah, 2015).

Tercatat angka kematian ibu di Kabupaten Cianjur pada tahun 2016 sebanyak 34 ibu dan angka kematian bayi 170 bayi cenderung menurun dibanding tahun 2015 yaitu angka kematian ibu sebesar 49 ibu dan angka kematian bayi 173 bayi penyebab utama kematian ibu pendarahan, infeksi, preeklamsi dan penyakit penyerta (jantung, TBC, DM) dan penyebab angka kematian bayi ISPA, komplikasi perinatal (sepsis, asfiksia, cacat bawaan) dan diare. Untuk itu, KPD yang terjadi pada ibu juga dapat berdampak pada kondisi bayi karena berhubungan dengan komplikasi perinatal si bayi (Dinkes Cianjur, 2017).

Menurut data yang diperoleh dari Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur kasus ketuban pecah dini pada ibu bersalin meningkat dari bulan ke bulan, pada bulan April ibu bersalin yang berkunjung dengan ketuban pecah dini mencapai 15 ibu bersalin (23%) dari 65 kunjungan, pada bulan Mei ibu bersalin yang berkunjung dengan ketuban pecah dini mencapai 18 ibu bersalin (25%) dari 71 kunjungan, (rekam Medik Puskesmas Tanggeung, 2017).

Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik untuk mengambil judul faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Tahun 2017.

Bahan dan Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik menggunakan desain penelitian *case control*. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat tahun 2017. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 33 ibu bersalin yang mengalami KPD dengan menggunakan teknik *total sampling*. Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara gravida, usia ibu, anemia, gemeli, dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin. Teknik analisa penelitian ini menggunakan uji uji *Chi Square* untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara gravida, usia ibu, anemia, gemeli, dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Puskesmas Tanggeung Cianjur Jawa Barat tahun 2017 dengan nilai signifikansi dianggap bermakna apabila $p\text{-value} < 0,05$.

Hasil Penelitian

Analisis Univariat

1. Gravida

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Gravida pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Gravida	Frekuensi	%
Primigravida	42	63,6
Multigravida	24	36,4
Total	66	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa dari 66 responden pada penelitian ini, ibu dengan gravida primipara sebanyak 42 orang (63,6%), dan ibu dengan gravida multipara sebanyak 24 orang (36,4 %).

2. Usia Ibu

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Usia Ibu pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Usia Ibu	Frekuensi	%
Beresiko	44	66,7
Tidak beresiko	22	33,3
Total	66	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa dari 66 responden pada penelitian ini ibu dengan usia beresiko < 20 tahun \geq 35 tahun sebanyak 44 orang (66,7%) dan ibu dengan usia tidak beresiko 20-35 tahun sebanyak 22 orang (33,3 %).

3. Anemia

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Anemia pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Anemia	Frekuensi	%
Ya	39	59,1
Tidak	27	40,9
Total	66	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa dari 66 responden pada penelitian ini ibu dengan anemia sebanyak 39 orang (59,1%) dan ibu yang tidak anemia sebanyak 27 orang (40,9%)

4. Gemeli

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Gemeli pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Gemeli	Frekuensi	%
Ya	2	3,8
Tidak	64	97,0
Total	66	100

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa dari 66 responden pada penelitian ini ibu bersalin dengan kehamilan tidak gemeli sebanyak 64 orang (97,0%), sedangkan ibu bersalin gemeli sebanyak 2 orang (3,8%).

Analisis Bivariat

1. Hubungan Gravida dengan Ketuban Pecah Dini

Tabel 5.5 Hubungan Gravida dengan Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Gravida	Ketuban Pecah Dini				Total F	P value %	OR
	KPD		Tidak KPD				
	F	%	F	%			
Primigravida	27	81,8	15	45,5	42	63,6	0,005 5,400
Multigravida	6	18,2	18	54,5	24	36,4	
Total	33	100	33	100	66	100	

Berdasarkan tabel diatas maka didapatkan bahwa KPD berdasarkan Primigravida sebanyak 81,8%, dan yang tidak KPD sebanyak 45,5%, sedangkan Multigravida yang KPD sebanyak 18,2% dan yang tidak KPD sebanyak 54,5%.

Dari hasil penghitungan uji ststistik didapatkan nilai P *value* yaitu 0,005 $P(0,005) < \alpha (0,05)$ artinya ada hubungan yang bermakna antara gravida dengan ketuban pecah dini.

Nilai OR = 5,400 artinya Ibu dengan primigravida berisiko memiliki peluang 5,400 kali mengalami ketuban pecah dini.

2. Hubungan Usia Ibu dengan Ketuban Pecah Dini

Tabel 5.6 Hubungan Usia Ibu dengan Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Gravida	Ketuban Pecah Dini				Total		P value	OR
	KPD		Tidak KPD		F	%		
	F	%	F	%				
Primigravida	27	81,8	15	45,5	42	63,6	0,005	5,400
Multigravida	6	18,2	18	54,5	24	36,4		
Total	33	100	33	100	66	100		

Berdasarkan tabel diatas maka didapatkan bahwa KPD berdasarkan Primigravida sebanyak 81,8%, dan yang tidak KPD sebanyak 45,5%, sedangkan Multigravida yang KPD sebanyak 18,2% dan yang tidak KPD sebanyak 54,5%.

Dari hasil penghitungan uji ststistik didapatkan nilai *P value* yaitu 0,005 $P(0,005) < \alpha (0,05)$ artinya ada hubungan yang bermakna antara gravida dengan ketuban pecah dini.

Nilai OR = 5,400 artinya Ibu dengan primigravida berisiko memiliki peluang 5,400 kali mengalami ketuban pecah dini.

3. Hubungan Anemia dengan Ketuban Pecah Dini

Tabel 5.7 Hubungan Anemia dengan Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Anemia	Ketuban Pecah Dini				Total		Pvalue	OR
	KPD		Tidak KPD		F	%		
	F	%	F	%				
Ya	26	78,8	13	39,4	39	59,1	0,003	5,714
Tidak	7	21,2	20	60,6	27	40,9		
Total	33	100	33	100	66	100		

Berdasarkan tabel diatas, maka didapatkan bahwa KPD berdasarkan Anemia sebanyak 78,8%, dan yang tidak KPD sebanyak 39,4%,

sedangkan KPD yang tidak anemia sebanyak 21,2%, dan yang tidak KPD sebanyak 60,6%.

Gemeli	Ketuban Pecah Dini				Total		P value
	KPD		Tidak KPD		F	%	
	F	%	F	%			
Ya	2	6,1	0	0	2	3,0	0,492
Tidak	31	93,9	33	100	64	97,0	
Total	33	100	33	100	66	100	

Dari hasil penghitungan uji statistik didapatkan nilai *Pvalue* yaitu 0,003 $P(0,003) < \alpha (0,05)$ artinya ada hubungan yang bermakna antara Anemia dengan kejadian ketuban pecah dini.

Nilai OR = 5,714 artinya Ibu dengan anemia memiliki memiliki peluang 5,714 kali mengalami ketuban pecah dini.

4. Hubungan Gemeli dengan ketuban pecah dini

Tabel 5.8 Hubungan Gemeli dengan Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat Tahun 2017

Berdasarkan tabel diatas, maka didapatkan bahwa KPD berdasarkan gemeli sebanyak 6,1 %, dan yang tidak KPD sebanyak 0,0%, sedangkan yang KPD dengan tidak gemeli sebanyak 93,9% dan tidak KPD tidak gemeli sebanyak 100%.

Dari hasil penghitungan uji statistik didapatkan nilai *P value* yaitu 0,492 $P(0,492) < \alpha (0,05)$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara gemeli dengan kejadian ketuban pecah dini.

Pembahasan

Analisis Univariat

1. Berdasarkan Gravida atau jumlah kehamilan

Hasil analisis univariat ibu yang mengalami KPD pada primigravida terdapat (63,6%) hal ini bisa terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, tidak melakukan ANC secara teratur.

2. Berdasarkan Usia Ibu

Hasil analisis univariat usia ibu yang berisiko dengan kejadian KPD terdapat (66,7%) disebabkan oleh adanya budaya menikah usia muda

(dibawah 20 tahun), dan budaya ingin memiliki anak laki-laki (perempuan) atau ganti pasangan yang masih ingin memiliki anak.

3. Berdasarkan Anemia

Hasil analisis univariat anemia dengan kejadian KPD terdapat (59,1%), disebabkan karena deteksi dini anemia kurang, konsumsi zat besi dan asam folat tidak sesuai dengan derajat anemia, penyerapan zat besi yang terhambat, misalnya pada ibu dengan penyakit cacing.

4. Berdasarkan Gemeli

Hasil analisis univariat ibu dengan kehamilan tidak gemeli terdapat (64%), persalinan dengan gemeli dianjurkan di fasilitas yang lebih lengkap (PONEK), dapat disebabkan oleh adanya riwayat keturunan kembar.

Analisis Bivariat

1. Hubungan Antara Gravida Dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dilihat bahwa ibu primigravida lebih banyak pada ibu kelompok kasus (81,8%) dibandingkan kelompok kontrol (45,5%). Pada uji *chisquare* didapatkan nilai $p = 0,005$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara gravida dengan kejadian ketuban pecah dini. Besarnya resiko kejadian ketuban pecah dini dapat dilihat dari nilai OR = 5,400 yang artinya ibu dengan primigravida memiliki resiko 5,400 kali lebih berisiko untuk mengalami kejadian ketuban pecah dini dibandingkan ibu multigravida.

Hal ini bertentangan dengan yang diungka pkan oleh Manuaba, penyebab KPD menurut Manuaba yaitu multiparitas. Multipara lebih besar kemungkinan terjadinya infeksi karena proses pembukaan serviks lebih cepat dari primipara, sehingga dapat terjadi pecahnya KPD. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Pada multipara, karena adanya riwayat persalinan yang lalu maka keadaan jaringan ikatnya lebih longgar dari pada primipara. Pada multipara jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang sehingga multipara lebih berisiko terjadi ketuban pecah dini dibandingkan primipara. (Manuaba, 2008). Gravida adalah wanita yang sedang hamil. Keadaan kesehatan ibu hamil sangat mempengaruhi kehidupan janin. Untuk melahirkan bayi yang sehat ibu hamil harus mempunyai kesehatan yang optimal. Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat, diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. (Cunningham, 2006)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sakinah Mawaddah Ramadhaniah tentang Hubungan Usia Ibu, Paritas, Jumlah Janin, dan Anemia dengan Diagnosis Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Tangerang Selatan pada Tahun 2015, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari empat variabel bebas yaitu usia, paritas, jumlah janin, dan anemia, hanya paritas yang menunjukkan hasil yang signifikan dengan p value sebesar 0,001. (Ramadhaniah, 2015).

Analisis penulis pada penelitian ini, ibu bersalin dengan multipara mengalami KPD lebih sedikit dapat disebabkan oleh beberapa faktor, pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur, kebiasaan hidup sehat (konsumsi makanan sehat, minum cukup dan olahraga teratur), membersihkan daerah kemaluan (dari depan kebelakang) terutama setelah buang air kecil dan besar, memeriksakan diri ke dokter ketika ada yang tidak normal di daerah kemaluan (keputihan berbau), menghentikan intensitas berhubungan ketika ada indikasi yang menyebabkan ketuban pecah dini. Hasil dari penelitian primipara dapat menyebabkan KPD 5,400 kali lipat dibanding multipara bisa terjadi karena faktor sosial ekonomi, salah satunya pola pekerjaan. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dengan lama kerja melebihi tiga jam per hari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini. Pekerjaan merupakan suatu yang penting dalam kehidupan, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dapat membahayakan kehamilannya hendaknya dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin. Sehingga angka primipara yang mengalami KPD lebih tinggi dapat dipengaruhi oleh aktivitas atau pekerjaan yang meningkat.

2. Hubungan Antara Usia Ibu Dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan tabel 5.7 dapat dilihat bahwa usia ibu beresiko (< 20 tahun ≥ 35) terjadi ketuban pecah dini banyak terdapat pada ibu kelompok kasus (87,9%) dibandingkan kelompok kontrol (45,5%). Pada uji *chisquare* didapatkan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian ketuban pecah dini. Besarnya resiko kejadian ketuban pecah dini dapat dilihat dari nilai $OR = 8,700$ yang artinya ibu dengan usia < 20 tahun ≥ 35 memiliki resiko 8,700 kali lebih beresiko untuk mengalami kejadian ketuban pecah dini dibandingkan ibu usia 20-35 tahun.

Usia adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun. Masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa madya adalah 41 tahun sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun. Umur adalah lamanya hidup dalam tahun dihitung sejak dilahirkan. (Hurlock, 2004).

Umur ibu pada saat hamil merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Umur yang dianggap berisiko adalah umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Faktor yang mempunyai pengaruh sangat erat dengan perkembangan alat-alat reproduksi wanita dimana reproduksi sehat merupakan usia yang paling aman bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan yaitu 20-35 tahun, dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan melahirkan adalah 20-30 tahun. (Wiknjosastro, 2008).

Selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Purwanti tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang Tahun 2014, berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan bahwa ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian ketuban pecah dini ($\rho = 0,032 < 0,05$). (Purwanti, 2014). Umur ibu yang <20 tahun, termasuk umur terlalu muda dengan keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami KPD. Sedangkan umur >35 tahun tergolong umur yang terlalu tua untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan berisiko tinggi mengalami ketuban pecah. (Nugroho, 2011).

Analisis penulis pada penelitian ini, umur yang berisiko yaitu <20 tahun dan > 35 memiliki resiko terjadinya KPD karena pada ibu yang berusia <20 th alat-alat reproduksinya belum begitu sempurna untuk menerima keadaan janin, sementara umur yang lebih dari 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi alat reproduksinya telah mengalami kemunduran. Maka peran bidan perlu ditingkatkan untuk mensosialisasikan usia reproduksi sehat bagi ibu, sehingga dapat mengurangi resiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil, salah satunya KPD.

3. Hubungan Antara Anemia dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dilihat bahwa anemia banyak terdapat pada ibu kelompok kasus (78,8%) dibandingkan kelompok kontrol (39,4%). Pada uji *chisquare* didapatkan nilai $\rho = 0,003$ ($\rho < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara riwayat anemia dengan kejadian ketuban pecah dini. Besarnya resiko kejadian ketuban pecah dini dapat dilihat dari nilai OR = 5,714 yang artinya ibu dengan riwayat anemia memiliki resiko 5,714 kali lebih besar untuk mengalami kejadian ketuban pecah dini dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat anemia.

Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi *eritropoietin*. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah meningkat. Namun, peningkatan volume plasma tersebut terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan

peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin akibat *hemodilusi*. (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Sarwono, penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi. Seringkali defisiensinya bersifat *multiple* dengan manifestasi klinik yang disertai infeksi, gizi buruk, atau kelainan *herediter* seperti *hemoglobinopati*. Namun, penyebab mendasar anemia nutrisi meliputi asupan gizi yang tidak cukup, absorpsi yang tidak adekuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan dan kurang utilisasi nutrisi *hemopoietik*. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi yang memperlihatkan gambaran *eritrosit mikrositik hipokrom* pada asupan darah tepi. Penyebab tersering kedua adalah anemia megaloblastik yang dapat disebabkan oleh defisiensi asam folat dan defisiensi vitamin B12 Menurut Manuaba, dampak anemia pada janin antara lain abortus, kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kordis dan KPD. (Manuaba, 2009).

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Ritawati tentang Hubungan anemia dan resiko kejadian ketuban pecah dini di Kabupaten Purworejo Tahun 2009 di dapatkan bahwa Anemia bermakna secara statistik terhadap kejadian KPD pada analisis bivariat maupun multivariat. (Ritawati, 2009).

Analisis penulis pada penelitian ini, pada ibu dengan anemia nutrisi ibu ke janin menjadi berkurang. Kadar hemoglobin yang rendah dan defisiensi nutrisi dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap infeksi, abnormalitas struktur kolagen dan perubahan matriks ekstra seluler, sehingga mengakibatkan selaput ketuban menjadi tipis dan rapuh. Anemia juga mempengaruhi kekuatan respon tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan kemampuan sel pembunuh alamiah. Jadi wanita hamil dengan anemia mudah mengalami ketuban pecah dini. Maka sangat penting peran bidan diawal kehamilan memeriksa kadar *hemoglobin* untuk mengetahui derajat anemia agar dapat menentukan penanganannya dengan memberikan tablet tambah darah dan pemberian informasi mengenai nutrisi, supaya angka kejadian anemia dapat berkurang dan menekan angka kejadian KPD serta menekan risiko lain yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan anemia.

4. Hubungan Antara Gemeli dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan tabel 5.9 dapat dilihat bahwa ibu dengan gemeli banyak terdapat pada ibu kelompok kasus (6,1%) dibandingkan kelompok kontrol (0,0%). Pada uji *chisquare* didapatkan nilai $p = 0,492$ ($p > 0,05$).

Hal ini berarti tidak ada hubungan antara gemeli dengan kejadian ketuban pecah dini.

Jumlah Janin yaitu jumlah atau banyaknya bakal bayi yang masih dalam kandungan. (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Gameli adalah suatu kehamilan dengan dua jenis atau lebih. (Wiknjosastro, 2008).

Taber mengemukakan bahwa komplikasi kehamilan ganda antara lain persalinan dan kelahiran prematur, kelainan letak (malpresentasi), persalinan disfungsi disertai peregangan uterus berlebihan (KPD), malformasi janin, prolaps tali pusat, hidramnion, anemia defisiensi besi pada ibu, preeklampsia atau eklampsia, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. (Sarwono, 2010). Namun hal yang sama diungkapkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sakinah Mawaddah Ramadhaniah tentang Hubungan Usia Ibu, Paritas, Jumlah Janin, dan Anemia dengan Diagnosis Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Universitas Hasanudin, hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah janin dengan kejadian ketuban pecah dini. (Atika, M. 2012).

Analisis penulis pada penelitian ini, pada kehamilan gemeli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah sehingga sangat beresiko terjadinya KPD. Sehingga pada ibu hamil dengan gemeli perlu diinformasikan mengenai tanda-tanda bahaya pada kehamilan terutama tanda-tanda ketuban yang pecah sebelum waktunya agar ibu dapat segera menghubungi tenaga kesehatan dan mendapatkan penanganan lebih lanjut serta mengurangi resiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin. Menurut penulis, dalam penelitian ini tidak banyak presentasi ibu bersalin dengan gemeli, hal itulah yang menjadi kendala dalam penghitungan atau pengambilan sampel pada ibu hamil dengan gemeli. Semakin sedikit jumlah presentasi ibu hamil gemelli, maka tidak dapat mewakili keseluruhan penelitian.

Simpulan dan Saran

Simpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa barat kunjungan ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini pada bulan April mencapai 15 (23%) dari 63 kunjungan cenderung meningkat pada bulan Mei menjadi 18 (25%) dari 71 kunjungan (rekam medik 2017)

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yang mengalami KPD sebanyak 33 ibu bersalin, dan sebagai kontrolnya 33 ibu bersalin yang tidak mengalami KPD, persentase variabel yang diteliti mayoritas ibu dengan primigravida sebanyak 42 orang (63,6%), usia beresiko < 20 tahun \geq 35 tahun sebanyak 44 orang (66,7%), anemia sebanyak 39 orang (59,1%) dan ibu bersalin tidak gemeli sebanyak 64 orang (97%).

Dari analisis bivariat diperoleh hasil terdapat hubungan yang bermakna antara gravida (*P Value 0,005*), usia ibu (*P Value 0,001*), anemia (*P Value 0,003*), dengan ketuban pecah dini di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat, tidak ada hubungan yang bermakna antara gemeli (*P Value 0,492*) dengan ketuban pecah dini di Puskesmas Tanggeung Kabupaten Cianjur Jawa Barat.

Dari empat variabel yang diteliti penulis menyimpulkan OR tertinggi terdapat pada usia ibu yang beresiko yaitu sebesar 8,700 artinya ibu dengan usia beresiko memiliki peluang 8,700 kali terjadinya KPD, jika dibandingkan dengan variabel lain, artinya ibu hamil dengan usia beresiko harus lebih diwaspadai dan dikelola secara benar serta melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis. Sehingga komplikasi ketuban pecah dini pada ibu yang memiliki usia beresiko dapat ditekan atau diminimalisir.

Saran

1. Bagi Puskesmas Tanggeung

Diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi kepada instansi terkait dalam penjarangan risiko tinggi ibu hamil agar dapat dilakukan pencegahan dan pengangan kasus patologi kebidanan khususnya pada kasus ketuban pecah dini dan memberi perhatian pada ibu-ibu hamil yang mempunyai risiko terjadi ketuban pecah dini, agar tidak terlambat pada penanganan dan meminimalisasi faktor resiko akibat ketuban pecah dini.

2. Bagi Profesi

Diharapkan dapat berguna sebagai salah satu hasil penemuan dan kajian serta bahan acuan atau pedoman bagi profesi kebidanan untuk meningkatkan pelayanan dan deteksi tanda bahaya bagi ibu hamil terutama mengenai ketuban pecah dini.

3. Bagi Ibu Hamil

Ibu hamil mampu melaksanakan langkah-langkah promotif dan preventif untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi kehamilan terutama akibat ketuban pecah dini.

4. Bagi Peneliti

Setelah dilakukan penelitian, peneliti akan melakukan tindak lanjut dengan mengusulkan kader pendamping ibu hamil beresiko di setiap desa untuk membantu Bidan desa memantau ibu hamil sehingga diharapkan dapat mengurangi faktor risiko yang dapat memicu terjadinya KPD.

Mengembangkan kelas ibu hamil lebih optimal dengan melibatkan suami atau keluarga pengadaan leaflet untuk materi yang tidak ada di buku KIA.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dilanjutkan dengan melakukan analisa lebih lanjut dan memperbanyak variabel yang diteliti sehingga dapat diperoleh hasil yang bermakna, dan untuk menambah pengetahuan tentang metodologi penelitian terkait dengan ketuban pecah dini.

Daftar Pustaka

- Atika, M. (2012). *Hubungan usia dan Paritas Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini*. Universitas Hasanudin. Diakses 15 April 2017
- DepKes RI. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta : Depks RI
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2012). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2012*. Jawa Barat: DinKes PemProv.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. (2016). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2016*
- Eka. (2014). *Factor – Factor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang*. Diakses 29 Maret 2017
- Fadlun Dkk, (2011). *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta. Salemba Medika
- Hidayat, A.A. (2012). *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta. Salemba Medika.
- Huda, N. (2013). *Faktor – faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini di RS PKU Muhammadiyah Surakarta* . Surakarta. diakses 24 Mei 2017

- KemenKes RI. (2015). *Kesehatan dalam kerangka Sustainable Development Goals-SDGs*.
- Mochtar R. (2011). *Sinopsis Obstetri (obstetri Operatif dan Sosial Jilid II Edisi II*. EGC
- _____. (2012). *Ketuban Pecah Dini dalam Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi I*. Jakarta : EGC
- _____. (2013). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin obstetri, Ginekologi, dan KB Edisi Revisi*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G, dkk. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marlina. (2013). *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadani KPD*. Skripsi. Diakses 10 April 2017
- Nugraheny, E. (2009). *Asuhan Kebidanan pathologis*.Jogjakarta :Pustaka Rihama
- Nursalam. (2012). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Thesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta :Rineka Cipta
- Prawirohardjo, S. (2008). *IlmuKebidanan*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka
- _____. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta :YBP-SP
- _____. (2014). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo*. Edisi ke 4
- Puskesmas Tanggeung (2017). *Rekam Medik Puskesmas Tanggeung*. (2017).
- Ramadhaniah,SM. (2015). *Hubungan Usia Ibu, Paritas, Jumlah Janin, dan Anemia Di RSUD Tangerang Selatan Tahun 2015*
- Ritawati, (2009). *Hubungan Anemia Dengan Resiko Kejadian Ketuban Pecah Dini di Kabupaten Purworejo Tahun 2009*

- Rukiyah, Dkk, (2010). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*.
- Sualman (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Ungaran Kabupaten Semarang 2014.
- Sastroasmoro dan Sofyan (2010), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* Edisi ke tiga
- Sugiyono. (2012). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfa Beta.
- Saiffudin, A B. (2012). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatal* . Jakarta : YBPSP
- Sudarto, (2015). *Resiko terjadinya ketuban pecah dini pada ibu hamil dengan infeksi menular seksual*. Pontianak. Jurnal. Diakses 23 Mei 2017
- Santi,N. (2013). *Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di BLUD RSUD Datu Beru Takengon Tahun 2013*". Skripsi D-IV Kebidanan STIKes U'Budiyah Banda Aceh. Diakses 12 April 2017
- Sualman (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Ungaran Kabupaten Semarang 2014 .
- Wiknjosastro,G dkk. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- _____ (2013). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.