JIUBJ

Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 22(2), Juli 2022, 817-822
Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat universitas Batanghari Jambi
ISSN 1411-8939 (Online), ISSN 2549-4236 (Print)
DOI 10.33087/jiubj.v22i2.1914

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2021

Nani Widia*, Yulizar, Merisa Riski
Universitas Kader Bangsa Palembang
*Correspondence email: nani.widia@yahoo.com

Abstrak. WHO mengatakan kasus ketuban pecah dini ± 5-10% dari total kelahiran. KPD pada kasus preterm 1% dan kehamilan aterm 22% dari total kehamilan. Ketuban Pecah Dini ialah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada akhir kehamilan maupun sebelumnya. Faktor penyebab KPD terbagi menjadi faktor umum, faktor keturunan, dan faktor obstetric. Penelitian bertujuan mengetahui hubungan kelainan letak janin, kehamilan ganda, paritas dan infeksi dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2021. Penelitian *survey analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional.* Semua ibu bersalin aterm yang dirawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada bulan Januari-Mei tahun 2021 yang berjumlah 965 dijadikan sebagai populasi dan sampel 91 ibu yang diambil dengan teknik *simple random sampling.* data primer yang digunakan kemudian dianalisa secara univariat dan analisa bivariat dengan uji *chi square.* Hasil penelitian ada hubungan kelainan letak janin (*Pvalue* = 0,031), kehamilan ganda (*Pvalue* = 0,001), paritas (*Pvalue* = 0,031) dan infeksi (*Pvalue* = 0,018) dengan ketuban pecah Dini di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2021. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi gambaran bagi pihak rumah sakit untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan terutama menangani kejadian ketuban pecah dini.

Kata kunci: Ketuban Pecah Dini; Kelainan Letak Janin; Kehamilan Ganda; Paritas; Infeksi

Abstract. *WHO said cases of premature rupture of membranes ± 5-10% of the total births. PROM in preterm cases is 1% and term pregnancies are 22% of the total pregnancies. Premature rupture of membranes is the rupture of the membranes before the time of delivery that occurs at the end of pregnancy or before. Factors causing PROM are divided into general factors, heredity factors, and obstetric factors. This study aims to determine the relationship between fetal position abnormalities, multiple pregnancies, parity and infection with premature rupture of membranes at Palembang Muhammadiyah Hospital in 2021. Analytical survey research with a Cross Sectional approach. All mothers giving birth at term who were treated at the Palembang Muhammadiyah Hospital in January-May 2021, totaling 965 were used as the population and a sample of 91 mothers were taken using simple random sampling technique. The primary data used was then analyzed by univariate and bivariate analysis by chi square test. The results showed that there was a relationship between fetal position abnormalities (Pvalue = 0.031), multiple pregnancy (Pvalue = 0.001), parity (Pvalue = 0.031) and infection (Pvalue = 0.018) with premature rupture of membranes at Muhammadiyah Hospital Palembang in 2021. It is expected from the results of the study. This can be an illustration for the hospital to further improve health services, especially dealing with the incidence of premature rupture of membranes.*

Keywords*: Premature Rupture of Membranes; Fetal Position Abnormalities; Multiple Pregnancy; Parity; Infection*

PENDAHULUAN

Ketuban Pecah Dini ialah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi di akhir kehamilan atau sebelum waktunya (Rukiyah dan Yulianti, 2014). Ketuban pecah dini aterm bisa terjadi pada usia gestasi ≥ 37 minggu. Jika terjadi usia gestasi < 37 minggu dikatakan KPD preterm atau *Preterm Premature Rupture Membranes* (PPROM). Faktor terjadinya KPD ialah faktor umum meliputi infeksi, faktor sosial, perokok, peminum, paritas, sosial ekonomi rendah, faktor keturunan meliputi genetik dan faktor rendahnya vitamin C dan ion CU dalam serum, dan faktor obstetric meliputi kehamilan kembar, *hidramnion*, *serviks inkompeten*, *serviks konisasi*, *cephalopelvic disproporsi* (kepala janin belum masuk pintu atas panggul), kelainan letak, pandular abdomen dan *grandemultipara*. Efek ketuban pecah dini pada bayi bisa menjadi factor kelahiran prematur dimana ketika cairan ketuban hilang tali pusat terjepit diantara janin dan dinding rahim yang membuat janin mengalami kekurangan nutrisi serta suplai oksigen yang mengakibatkan cedera otak bahkan kematian pada bayi. Sedangkan pada ibu, KPD dapat menjadi factor terjadinya infeksi dalam rahim. Gejalanya ialah suhu tubuh naik, keputihan yang tidak biasa, vagina berbau tidak enak, denyut nadi cepat, nyeri di perut bagian bawah dan detak janin menjadi lebih cepat dari biasanya. Kondisi ini dapat berakibat kematian (Manuaba, 2016).

Upaya yang dilakukan pemerintah guna menekan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi ialah dengan melaksanakan *Program Maternal and Infant Mortality Meeting* (M3) dan upaya deteksi dini ibu hamil dilaksanakan dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Program *Antenatal Care* (ANC) serta peningkatan keterampilan dan pengetahuan petugas dengan berbagai pelatihan termasuk Asuhan Persalinan Normal (APN), serta Pertolongan Pertama Kegawat daruratan Obstetric dan Neonatus (PPGDON) (Kemenkes, 2018). WHO menyebutkan kasus ketuban pecah dini ± 5-10% dari

total kelahiran. KPD preterm terjadi 1% sedangkan kehamilan aterm 22% dari total kehamilan (WHO, 2019). SDKI juga mengatakan insiden KPD di Indonesia ± 4,5% - 7,6% dari total kehamilan. Di beberapa Rumah Sakit di Indonesia kasus ketuban pecah dini cukup bervariasi ialah di Rumah Sakit Sardjito 5,3%, Rumah Sakit Hasan Sadikin 5,05%, Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo 11,22%, Rumah Sakit Pringadi 2,27% dan Rumah Sakit Kariadi yaitu sebesar 5,10% (Sudarto, 2019).

Data Dinkes (2018) Sumatera Selatan memperlihatkan pravelensi ibu bersalin yang mengalami KPD 11,16%. Kasus Ketuban Pecah Dini di kota Palembang 16,19%. Di rumah sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang tanggal 28 Juni 2021 di temukan tahun 2018 dari 664 persalinan kasus KPD ada 52 (12,76%), tahun 2019 turun dari 338 persalinan kasus KPD ada 42 (8,04%), tahun 2020 meningkat dari 518 persalinan kasus KPD 62 (8,35%) (Rekam Medik Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang, 2021). Dari angka kasus ketuban pecah dini itu faktor yang ditemukan ialah infeksi vagina, gemelli, kelainan letak janin dan paritas. Upaya yang dilakukan oleh tenaga medis terutama dokter dan bidan ialah melakukan promosi kesehatan kepada ibu hamil mengenao *personal hygiene* untuk mencegah infeksi vagina. Selanjutknya dengan menganjurkan ibu untuk rutin melakukan kunjungan ANC supaya memudahkan identifikasi ketuban pecah dini dan cepat mendapatkan tindak lanjut.

Varney (2017) mengatakan kelainan letak janin pada rahim ialah letak sungsang dan letak lintang termasuk faktor *predisposisi* ketuban pecah dini. Kelainan letak janin ialah keadaan posisi *abnormal* dari verteks kepala janin dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Kehamilan ganda atau gemelli ialah kehamilan dengan ≥ 2 janin. Kasus kehamilan ganda disebabkan oleh faktor berikut, faktor genetik dan keturunan, umur dan paritas, ras atau suku bangsa dan obat pemicu ovulasi, keadaan ini termasuk keadaan kategori resiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan (Wiknjosastro, 2016). Parita adalah jumlah bayi yang dilahirkan baik dalam keadaan hidup maupun lahir mati. Multigravida atau paritas tinggi ialah faktor ketuban pecah dini. Paritas 2-3 ialah paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian. Paritas 1 dan paritas tinggi (> 3) memiliki angka kematian maternal lebih tinggi (Wiknjosastro, 2016). Infeksi adalah penyakit yang terjadi akibat sejumlah mikroorganisme dan menyebabkan infeksi selaput ketuban. Infeksi yang terjadi menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga ketuban mudah pecah (Saifuddin, 2015). Khadijah (2016) menjelaskan dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini. *Pvalue* = 0,05 maknanya ditemukan adanya hubungan gemelli dan kelainan letak dengan KPD. Huda (2017) pun menunjukkan hasil penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi KPD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. *Pvalue* <0,05 maknanya ditemukan adanya hubungan letak sungsang dengan terjadinya KPD. Maharrani (2017) memperlihatkan hasil penelitiannya mengenai hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Ruang Bersalin Puskesmas Jagir Surabaya. Kesimpulannya hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin (χ^2 hitung (11,73) > χ^2 tabel (5,99). Penelitian Iswanti (2016) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Rumah Sakit Islam Asshobirin Tangerang diketahui adanya hubungan antara infeksi vagina terhadap ketuban pecah dini nilai *Pvalue* 0,008.

METODE

Penelitian kuantitatif dengan Survey Analitik dan pendekatan *Cross Sectional*. Variabel independen adalah kelainan letak janin, kehamilan ganda, paritas dan infeksi dan variabel dependen ialah ketuban pecah dini yang diukur dan dikumpulkan dalam waktu bersamaan. Penelitian dilakukan bulan Juli-Agustus tahun 2021 dilaksanakan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Semua ibu bersalin aterm yang dirawat di Rumah Sakit Muhammadiyah ialah 965 dijadikan sebagai populasi dan 91 ibu sebagai sampel diambil dengan tehnik *Simple Random Sampling*. Data primer yang digunakan di olah dan dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Ketuban Pecah Dini

No	Ketuban Pecah Dini	f	%
1.	Ya	17	18,7
2.	Tidak	74	81,3
Jumlah		91	100,0

Sumber: data olahan

Tabel 1 menjelaskan dari 91 ibu, yang terdiagnosa KPD 17 (18,7%) dan terdiagnosa tidak KPD 74 (81,3%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Kelainan Letak

No	Kelainan Letak Janin	f	%
1.	Ya	23	25,3
2.	Tidak	68	74,7
Jumlah		91	100,0

Sumber: data olahan

Tabel 2 menjelaskan dari 91 ibu, yang terdiagnosa kelainan letak janin 23 (25,3%) dan terdiagnosa tidak kelainan letak janin 68 (74,7%).

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Kehamilan Ganda

No	Kehamilan Ganda	f	%
1.	Ya	11	12,1
2.	Tidak	80	87,9
Jumlah		91	100,0

Sumber: data olahan

Tabel 3 menjelaskan dari 91 ibu, yang terdiagnosa kehamilan ganda 11 (12,1%) dan terdiagnosa tidak kehamilan ganda 80 (87,9%).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Paritas

No	Paritas	f	%
1.	Tinggi	15	16,5
2.	Rendah	76	83,5
Jumlah		91	100,0

Sumber: data olahan

Tabel 4 menyebutkan dari 91 ibu, proporsi ibu dengan paritas tinggi 15 (16,5%) dan proporsi ibu dengan paritas rendah 76 (83,5%).

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Infeksi

No	Infeksi	f	%
1.	Ya	10	11
2.	Tidak	81	89
Jumlah		**91**	**100**

Sumber: data olahan

Tabel 5 menyebutkan dari 91 ibu, proporsi ibu yang mengalami infeksi 10 (11%) dan proporsi ibu yang tidak mengalami infeksi 81 (89%).

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Kelainan Letak Janin dan Ketuban Pecah Dini

No	Kelainan Letak Janin	Ketuban Pecah Dini				Total		P Value	OR (95%CI)
		Ya		Tidak					
		n	%	n	%	N	%		
1.	Ya	8	34,8	15	65,2	23	100	0,031	3,496
2.	Tidak	9	13,2	59	86,8	68	100		
	Total	17		74		91			

Sumber: data olahan

Tabel 6 menjelaskan dari 23 ibu dengan kelainan letak janin dan mengalami KPD 8 (34,8%), dan tidak mengalami KPD 15 (65,2%). Dari 68 ibu dengan tidak kelainan letak janin dan mengalami KPD hanya 9 (13,2%) dan 59 (86,8%) lainnya tidak mengalami KPD. Ditemukan *Pvalue* = 0,031 menjelaskan adanya hubungan bermakna kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan ada hubungan kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,496 maknanya ibu dengan kelainan letak janin cenderung 3,496 kali mengalami ketuban pecah dini.

Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Kehamian Ganda dan Ketuban Pecah Dini

No	Kehamilan Ganda	Ketuban Pecah Dini				Total		P Value	OR (95%CI)
		Ya		Tidak					
		n	%	n	%	N	%		
1.	Ya	7	63,6	4	36,4	11	100	0,001	12.250
2.	Tidak	10	12,5	70	87,5	80	100		
	Total	17		74		91			

Sumber: data olahan

Tabel 7 menjelaskan dari 11 ibu dengan kehamilan ganda yang mengalami KPD 7 (63,6%), dan tidak KPD 4 (36,4%). Dari 80 ibu tidak dengan kehamilan ganda yang mengalami KPD hanya 10 (12,5%) dan 70 (87,5%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,001 maknanya ditemukan adanya hubungan bermakna kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 12,250 maknanya ibu dengan kehamilan ganda memiliki kecenderungan 12,250 kali untuk mengalami ketuban pecah dini.

Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Paritas dan Ketuban Pecah Dini

No	Paritas	Ketuban Pecah Dini				Total		P Value	OR (95%CI)
		Ya		Tidak					
		n	%	n	%	N	%		
1.	Tinggi	6	40	9	60	15	100	0,031	3,939
2.	Rendah	11	14,5	65	85,5	76	100		
	Total	17		73		91			

Sumber: data olahan

Tabel 8 menjelaskan dari 15 ibu dengan paritas tinggi yang mengalami KPD 6 (40%) dan 9 (60%) lainnya tidak mengalami KPD. Dari 76 ibu dengan paritas rendah yang mengalami KPD hanya 11 (14,5%) dan 65 (85,5%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,031 menjelaskan ditemukannya hubungan bermakna paritas dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan paritas dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,939 maknanya ibu dengan paritas tinggi memiliki kecenderungan 3,939 kali untuk mengalami ketuban pecah dini.

Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Infeksi dan Ketuban Pecah Dini

No	Infeksi	Ketuban Pecah Dini				Total		P Value	OR (95%CI)
		Ya		Tidak					
		n	%	n	%	N	%		
1.	Ya	5	40	5	50	10	100	0,018	5.750
2.	Tidak	12	14,8	69	85,2	81	100		
	Total	17		74		91			

Sumber: data olahan

Tabel 9 menjelaskan dari 10 ibu yang mengalami infeksi dan mengalami KPD 5 (50%) dan 5 (50%) juga tidak mengalami KPD. Dari 81 ibu tidak infeksi yang mengalami KPD hanya 12 (14,8%) dan 69 (85,2%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,018 menjelaskan ditemukannya hubungan bermakna infeksi dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan infeksi dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,939 maknanya ibu yang infeksi memiliki kecenderungan 3,939 kali untuk mengalami ketuban pecah dini.

Pembahasan

Hubungan Kelainan Letak Janin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Analisis univariat dari 91 ibu, yang terdiagnosa kelainan letak janin 23 (25,3%) dan terdiagnosa tidak kelainan letak janin 68 (74,7%). Analisis bivariat dari 23 ibu dengan kelainan letak janin dan mengalami KPD 8 (34,8%), dan tidak mengalami KPD 15 (65,2%). Dari 68 ibu dengan tidak kelainan letak janin dan mengalami KPD hanya 9 (13,2%) dan 59 (86,8%) lainnya tidak mengalami KPD. Ditemukan *Pvalue* = 0,031 menjelaskan adanya hubungan bermakna kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan ada hubungan kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,496 maknanya ibu dengan kelainan letak janin cenderung 3,496 kali mengalami ketuban pecah dini. Ramlis (2018) menjelaskan kesepahamannya dengan penelitian ini mengenai hubungan kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini ialah pada kelainan letak sungsang, dimana letak janin dalarn uterus bergantung dengan proses adaptasi janin terhadap ruangan diuterus. Pada kehamilan dibawah 32 minggu, jumlah air ketuban relative lebih banyak sehingga kemungkinan janin bergerak dengan leluasa, dengan demikian janin bisa menetapkan diri di letak sungsang/letak lintang. Dikehamilan trimester akhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang karena bokong dengan ke-2 tungkai yang terlipat lebih besar dan pada kepala maka bokong di paksa supaya menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada diruangan yang lebih kecil disegmen bawah uterus. Letak sungsang bisa membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat dan membuat selaput ketuban pecah dini.

Saifuddin (2015) juga menyampaikan hal yang mendukung hasil penelitian ini, etiologi KPD tetap tidak jelas, tetapi berbagai jenis faktor turut andil dalam kasus ini, termasuk infeksi vagina dan serviks, fisiologi selaput ketuban yang abnormal, inkompetensia serviks, dan defesiensi dari tembaga atau asam askorbat. Mekanisme kerja dari faktor-faktor ini hingga kini belum dapat diterangkan. Huda (2017) menemukan hasil penelitian yang sejalan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi KPD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta pvalue < 0,05 maknanya ditemukan adanya hubungan letak sungsang dengan terjadinya KPD. Khadijah (2016) turut menyetujui hasil penelitian ini dengan menunjukkan hasil penelitiannya ditemukan adanya hubungan kelainan letak terhadap terjadinya KPD. Varney (2017) menjelaskan kelainan letak janin dalam rahim seperti letak sungsang dan letak lintang termasuk faktor *predisposisi* ketuban pecah dini. Kelainan letak janin ialah keadaan posisi *abnormal* dari *verteks* kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Jadi teori ini turut mendukung kesesuaian hasil penelitian. Penelitian ini mengungkapkan bahwa kelainan letak janin mempengaruhi tingginya resiko ketuban pecah dini karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar dan pada kepala maka bokong di paksa untuk menepati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada diruangan yang lebih kecil disegmen bawah uterus sehingga membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya.

Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Analisis univariat dari 91 ibu, yang terdiagnosa kehamilan ganda 11 (12,1%) dan terdiagnosa tidak kehamilan ganda 80 (87,9%). Analisis bivariat dari 11 ibu dengan kehamilan ganda dan mengalami KPD 7 (63,6%), dan tidak KPD 4 (36,4%). Dari 80 ibu tidak dengan kehamilan ganda yang mengalami KPD hanya 10 (12,5%) dan 70 (87,5%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,001 maknanya ditemukan adanya hubungan bermakna kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 12,250 maknanya ibu dengan kehamilan ganda memiliki kecenderungan 12,250 kali untuk mengalami ketuban pecah dini. Dukungan suami adalah dorongan atau motivasi guna semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuatan keputusan. Wiknjosastro (2016) menjelaskan kehamilan ganda atau gemelli ialah suatu kehamilan ≥ 2 janin. Faktor Kejadian kehamilan ganda ialah sebagi berikut faktor genetik dan keturunan, umur dan paritas, ras atau suku bangsa dan obat pemicu ovulasi, keadaan ini termasuk keadaan kategori resiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan. Mansjoer (2016) juga menyatakan faktor predisposisi ketuban pecah dini ialah kehamilan kembar atau *gemelli*, dimana pada kehamilan kembar umumnya mengalami pembesaran uterus yang lebih besar dibanding dengan kehamilan tunggal, hal ini menyebabkan ketegangan rahim yang dapat merangsang pecahnya selaput ketuban. Faktor ketuban pecah dini memiliki dimensi multifaktorial ialah serviks inkompeten, kelainan letak janin pada rahim dan keregangan rahim yang berlebihan akibat kehamilan ganda/kembar (Manuaba, 2015). Khadijah (2016) dalam penelitiannya menjelaskan kesesuaian hasil penelitianya dengan penelitian ini mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini. *Pvalue* <0,05 maknanya ditemukan adanya hubungan gemelli dengan terjadinya KPD. Iswanti (2016) juga menjelaskan bahwa hasil penelitiannya sejalan dengan penelitian ini tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Rumah Sakit Islam Asshobirin Tangerang. Ditemukan adanya hubungan kehamilan kembar terhadap ketuban pecah dini dengan *Pvalue* 0,001. Penelitian ini mengungkapkan bahwa kehamilan ganda menjadi pengaruh ketuban pecah dini karena di kehamilan ganda terjadi pembesaran uterus yang lebih besar daripada kehamilan tunggal, hal ini menyebabkan terjadinya ketegangan rahim yang dapat merangsang pecahnya selaput ketuban.

Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Analisis univariat dari 91 ibu, proporsi ibu dengan paritas tinggi 15 (16,5%) dan proporsi ibu dengan paritas rendah 76 (83,5%). Analisis bivariat dari 15 ibu dengan paritas tinggi yang mengalami KPD 6 (40%) dan 9 (60%) lainnya tidak mengalami KPD. Dari 76 ibu dengan paritas rendah yang mengalami KPD hanya 11 (14,5%) dan 65 (85,5%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,031 menjelaskan ditemukannya hubungan bermakna paritas dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan paritas dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,939 maknanya ibu dengan paritas tinggi memiliki kecenderungan 3,939 kali untuk mengalami ketuban pecah dini. Wiknjosastro (2016) menjelaskan paritas ialah jumlah bayi yang dilahirkan baik dalam keadaan hidup maupun lahir mati dari seorang ibu. Multigravida atau paritas tinggi termasuk penyebab terjadinya kasus ketuban pecah dini

Cunningham (2013) juga menyatakan paritas rendah (dibawah 3) ialah paritas yang dianggap aman ditinjau dari sudut insidensi kasus ketuban pecah dini. Paritas tinggi (diatas 3) memiliki risiko ketuban pecah dini lebih tinggi. Pada grandemulti yang sudah melahirkan banyak anak cenderung alat-alat dasar panggul bekerja tidak efesien dalam persalinan. Ibu yang sudah melahirkan beberapa kali lebih beresiko mengalami KPD, oleh karena *vaskularisasi* di uterus terjadi gangguan yang berakibat jaringan ikat selaput ketuban rentan rapuh dan akhirnya pecah spontan. Paritas 1 hingga 3 dianggap paritas yang aman dan berisiko kecil mengalami KPD padahal faktor KPD ialah multifaktor yang saling berkaitan. Ibu hamil dengan paritas >3 lebih baik tidak hamil lagi namun bila tetap terjadi kehamilan, ibu harus lebih menjaga kehamilannya dengan rajin memeriksakan kehamilan untuk mengantisipasi terjadinya ketuban pecah dini.

Maharrani (2017) menjelaskan hasil penelitiannya mengenai hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Ruang Bersalin Puskesmas Jagir Surabaya kesimpulannya hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin (χ^2 hitung (11,73) > χ^2 tabel (5,99). Hal ini dinyatakan sejalan dengan hasil penelitian ini. Yusmaharani (2019) dalam penelitiannya tentang hubungan antara paritas dengan kejadian KPD di RSUD Arifin Achmad Riau. Menunjukkan hasil adanya hubungan paritas dengan kejadian KPD dengan *Pvalue* = 0,004. Peneliti berasumsi paritas tinggi termasuk faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini karena *vaskularisasi* (pembentukan pembuluh darah berlebihan) pada uterus mengalami gangguan yang menyebabkan jaringan ikat selaput ketuban rentan rapuh dan akhirnya pecah spontan.

Hubungan Infeksi dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Analisis univariat dari 91 ibu, proporsi ibu yang mengalami infeksi 10 (11%) dan proporsi ibu yang tidak mengalami infeksi 81 (89%). Analisi bivariat dari 10 ibu infeksi yang mengalami KPD 5 (50%) dan 5 (50%)

juga tidak mengalami KPD. Dari 81 ibu tidak infeksi yang mengalami KPD hanya 12 (14,8%) dan 69 (85,2%) lainnya tidak mengalami KPD. *Pvalue* = 0,018 menjelaskan ditemukannya hubungan bermakna infeksi dengan ketuban pecah dini. Hipotesis yang menyebutkan adanya hubungan infeksi dengan ketuban pecah dini secara statistik terbukti. OR : 3,939 maknanya ibu yang infeksi memiliki kecenderungan 3,939 kali untuk mengalami ketuban pecah dini. Saifuddin (2015) menjelaskan penyakit infeksi ialah penyakit yang ditimbulkan oleh sejumlah mikroorganisme penyebab infeksi selaput ketuban. Infeksi yang terjadi menjadi sebab terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga ketuban rentan pecah. Varney (2017) juga menjelaskan infeksi termasuk factor ketuban pecah dini dikarenakan selaput ketuban yang disebabkan infeksi di vagina atau servikal meliputi vaginitis bakteri, trichomonas, klamidia, gonorhoe, dan streptokokus grup B. Sedangkan Mansjoer (2016) juga menjelaskan faktor predisposisi ketuban pecah dini ialah adanya infeksi vagina yang menjadi sebab terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban sehingga mempermudah ketuban pecah. *Candida albicans* atau infeksi jamur sering ada tanpa gejala klinik, karena beberapa faktor *saprofit* tersebut dapat menjadi *infeksius* dengan gejala gatal, keputihan, panas dan nyeri pada waktu miksi.

Penyebab ketuban pecah dini mempunyai dimensi multifaktorial ialah serviks inkompeten, kelainan letak janin pada rahim dan keregangan rahim yang berlebihan akibat kehamilan ganda/kembar (Manuaba, 2015). Iswanti (2016) menejlaskan hasil penelitiannya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Rumah Sakit Islam Asshobirin Tangerang diketahui ada hubungan antara infeksi vagina terhadap ketuban pecah dini nilai *Pvalue* = 0,008. Peneliti berasumsi bahwa penyakit infeksi ialah penyakit yangditimbulkan oleh sejumlah mikroorganisme yang menyebabkan infeksi selaput ketuban. Infeksi yang terjadi menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah

SIMPULAN

Ada hubungan kelainan letak janin, kehamilan ganda, paritas dan infeksi pada Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2021.

DAFTAR PUSTAKA

Cunningham, et al. 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC.

Dinkes Prov. Sumsel. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.* Palembang : Dinkes.

Huda, N. 2017. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. *Jurnal Univ. Muhammadiyah Surakarta.*

Iswanti. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di Rumah Sakit Islam Asshobirin Tangerang. *Jurnal Univ. Muhammadiyah Tangerang.*

Kemenkes RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia.* Jakarta. Kemenkes

Khadijah, S. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Dinamika Kesehatan*, 7(1).

Maharrani, T., 2017. Hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*.

Mansjoer, A. 2016,.*Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media. Aesculapius

Manuaba, I.B. 2016. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan.* Jakarta : EGC.

Notoatmodjo. 2018. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Renika Cipta

Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. 2021.

Ramlis, 2018. Hubungan kelainan letak janin dengan kejadian ketuban pecah dini di Ruang Kebidanan RSUD DR. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Stikes Dehasen*

Saifuddin. 2015. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka

Sudarto, T. 2019. Risiko Terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil dengan Infeksi Menular Seksual. *Jurnal Vokasi Kesehatan*.

Varney, H. 2017. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.. Jakarta : EGC

Wiknjosastro, H. 2016. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta : Bina Pustaka

WHO. 2019. *Levels and Trend Maternal Mortality Rate.* Geneva

Yusmaharani 2019. Hubungan antara paritas dengan kejadian KPD di RSUD Arifin Achmad Riau. *Jurnal Menara Ilmu*, 13(1)