

**RESIKO KETUBAN PECAH DINI TERHADAP KEJADIAN ASFIKZIA
PADA BAYI BARU LAHIR DI RSUD KOTA KENDARI PROVINSI
SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2019**



SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Diploma IV Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari

OLEH

NURHAYAT
P00312018029

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
PRODI DIV
2019**

ABSTRAK

RESIKO KETUBAN PECAH DINI TERHADAP KEJADIAN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR DI RSUD KOTA KENDARI

Nurhayat¹, Sultina Sarita², Feryani²

Latar Belakang: Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, Ketuban pecah dini disebabkan karena meningkatnya tekanan *intrauterin* dan Berkurangnya kekuatan membran oleh adanya infeksi yang berasal dari *vagina* dan *serviks*. KPD mempengaruhi *asfiksia* karena terjadinya *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan *asfiksia* atau *hipoksia*, semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat.

Tujuan Penelitian: Mengetahui resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD kota kendari.

Metode Penelitian: Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan Studi Case Control yaitu suatu rancangan penelitian yang digunakan untuk mengkaji sekelompok orang yang mengalami penyakit, kondisi dan gangguan (kasus) terhadap kelompok kontrol yang tidak mengalami kondisi tersebut.

Hasil Penelitian: Menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD dan terdapat 62 responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 67 responden (50%) yang mengalami kejadian *asfiksia* dan terdapat 67 responden (50%) yang tidak mengalami kejadian *asfiksia*. Persalinan ibu dengan ketuban pecah dini merupakan faktor risiko sebesar 9,5 kali terhadap kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari.

Kata Kunci: Resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

¹ Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan

² Dosen Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan

PENDAHULUAN

Menurut World Health Organization (WHO) angka kematian bayi (AKB) menjadi indikator kesehatan pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak pada saat ini serta merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Hal ini sesuai dengan program kesehatan yang direncanakan dalam Millenium Development Goals (MDGs) 2015 pada butir ke 4 dalam rangka menurunkan angka kematian bayi

(AKB) 24 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2013). Angka kematian bayi akibat asfiksia neonatorum di dunia sebesar 11%.²⁰

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian bayi ini sebanyak 47% meninggal pada masa *neonatal*. Adapun penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia, salah satunya *asfiksia* yaitu sebesar 27%. Penyebab tingginya angka kematian bayi antara lain karena pertumbuhan janin yang lambat (23,53%), kurangnya oksigen dalam rahim (hipoksia

intra uterine) (21,24%) dan kegagalan bernafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (*asfiksia neonaturum*) yaitu sebesar (29,23%) dan masalah kesehatan lainnya selama periode perinatal.⁴

Masalah utama penyebab kematian pada bayi dan balita adalah pada masa *neonatus* (bayi baru lahir umur 0- 28 hari). Menurut hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 78,5% dari kematian neonatal terjadi pada umur 0 - 6 hari. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah *asfiksia*, bayi berat lahir rendah dan infeksi.¹⁰

Prevalensi asfiksia di Indonesia sekitar (3%) kelahiran atau setiap tahunnya sekitar 144 / 900 kelahiran dengan *asfiksia* sedang dan berat (Rukiyah, 2009). *Asfiksia* di sebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah ketuban pecah dini.¹⁸ Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Kejadian ketuban pecah dini di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, angka tersebut meningkat setiap tahunnya hal ini yang harus diperhatikan oleh tenaga medis agar angka kejadian ketuban pecah dini dapat dikendalikan.⁷

Pada periode Intranatal, masalah bayi disebabkan oleh adanya infeksi dan perlukaan saat lahir. Infeksi lebih sering dikarenakan kuman misalnya pada keadaan ketuban pecah dini, partus lama dan pada ibu yang menderita *gonorhea*. Insiden KPD di Indonesia berkisar 4,5%

sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, angka tersebut meningkat setiap tahunnya hal ini yang harus diperhatikan oleh tenaga medis agar angka kejadian KPD dapat dikendalikan. Sedangkan pada masa *postnatal* biasanya kelanjutan dari masalah / gangguan pada masa *antenatal* dan *intranatal*.²²

Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah *syndrom distres* pernafasan (RDS atau *Respiratory Distres Syndrom*) yang terjadi pada 10-40 % bayi baru lahir. Ketuban pecah dini dapat mengakibatkan *asfiksia* pada bayi baru lahir dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga terjadi *asfiksia* atau *hipoksia*.¹⁴

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan *intrauterin* atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari *vagina* dan *serviks*.⁹

Selain itu ketuban pecah dini akan mengakibatkan terjadinya *oligohidramnion*, kondisi ini akan mempengaruhi janin karena sedikitnya volume air ketuban akan menyebabkan tali pusat tertekan oleh bagian tubuh janin

akibatnya aliran darah dari ibu ke janin berkurang sehingga bayi mengalami *hipoksia* atau gangguan pertukaran O₂ hingga *fetal distress* dan berlanjut menjadi *asfiksia* pada bayi baru lahir.⁹

Ketuban pecah dini (KPD) mempengaruhi *asfiksia* karena terjadinya *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan *asfiksia* atau *hipoksia*. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat, hal ini ditemukan dilapangan maupun di Rumah Sakit Rujukan di Indonesia.²⁴

Adapun penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia, salah satunya *asfiksia* yaitu sebesar 27% yang merupakan penyebab ke-2 kematian bayi baru lahir setelah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Kemenkeskes RI, 2011). Komplikasi *neonatal* di Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2015 sebanyak 29,51% sedangkan kematian *neonatal* tahun 2015 sebanyak 406 kasus. Untuk Kota Kendari kematian bayi tahun 2015 sebanyak 157 kasus atau rata-rata 3/1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Kendari, 2015).

Salah satu penyebab terjadinya *asfiksia* pada bayi baru lahir adalah ketuban pecah dini karena akibat terjadinya *prolapsus funiculli* yaitu tali pusat tertekan diantara kepala bayi dan

panggul sehingga terjadi kompresi yang menyebabkan ancaman penghentian *perfusi fetoplasenta*. Infeksi, *atonia uteri*, perdarahan post partum, Asfiksia dan *Intra Uterine Fetal Dead* (IUFD) merupakan ancaman apabila ketuban Pecah dini tidak segera ditangani. Hal ini ditemukan baik dilapangan maupun di rumah sakit rujukan di Indonesia. Belum dapat dipastikan bahwa ada kemungkinan perbaikan struktur otak bahkan sebaliknya lesi otak yang terjadi berakibat kelainan yang menetap. Penyebab tingginya angka kematian bayi antara lain karena pertumbuhan janin yang lambat (23,53%), kurangnya oksigen dalam rahim (*hipoksia intra uterine*) (21,24%) dan kegagalan bernafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (*asfiksia neonaturum*) yaitu sebesar (29,23%) dan masalah kesehatan lainnya selama periode perinatal.¹⁰

Badan Pusat Statistik (BPS) 2016, mencatat bahwa angka kematian bayi mencapai 25,5 kematian setiap 1000 bayi yang lahir. Pola penyebab kematian bayi di Indonesia yaitu disebabkan oleh *Prematuritas* serta BBLR 34%, *asfiksia* 37%, *sepsis* 12%, *hipotermi* 7%, kelainan darah atau *ikterus* 6%, *post matur* 3% dan kelainan *kognital* sebanyak 1%.²

Hasil data awal yang dilakukan di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara, pada tahun 2016 persentase jumlah bayi yang lahir *asfiksia* sebanyak 132 bayi (16,2%) dari 816 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari dan pada tahun

2017 terjadi penurunan tercatat 235 (13,3%) yang lahir *asfiksia* dari 939 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari. Pada tahun 2018 tercatat jumlah bayi yang mengalami peningkatan *asfiksia* sebanyak 199 (16%) dari 1251 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari. Untuk kejadian penyulit kehamilan dan persalinan lainnya pada tahun 2016 terdapat 89 (10,91 %) dari 816 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari dan kejadian ketuban pecah dini pada tahun 2017 terjadi peningkatan terdapat 127 (13,53 %) dari 939 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari sedangkan pada tahun 2018 terjadi penurunan kasus ketuban pecah dini sebesar 145 (11,5%) dari 1251 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari (Data rekam medik RSUD Kota Kendari, 2018).

Oleh karena itu pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* merupakan masalah penting yang menyangkut kualitas kesehatan, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang "Resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2019.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Tentang Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil *konsepsi* yang dapat hidup dari dalam *uterus* melalui *vagina* ke dunia luar. Persalinan merupakan hal yang paling ditunggu-tunggu oleh para

ibu hamil, sebuah waktu yang menyenangkan, namun disisi lain merupakan hal yang mendebarkan. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh bayi. Dalam persalinan terdiri dari empat kala yaitu kala I atau kala pembukaan, kala II atau kala pengeluaran, kala III atau kala uri, dan kala IV atau masa 1 jam setelah plasenta lahir.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan / sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya kelahiran.¹³

Ketuban pecah dini (KPD) atau *Premature Rupture of Membrane* (PROM) merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila KPD terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut sebagai ketuban pecah dini pada kehamilan prematur atau *Preterm Rupture of Membrane* (PROM). Pecahnya selaput ketuban tersebut diduga berkaitan dengan perubahan proses biokimiawi yang terjadi dalam *kolagen*

matriks ekstrasel amnion, korion dan apoptosis membran janin.

Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda inpartu, dan setelah ditunggu selama satu jam belum juga mulai ada tanda-tanda inpartu. *Early rupture of membrane* adalah ketuban yang pecah pada saat fase laten. Hal ini bisa membahayakan karena dapat terjadi infeksi *asenden intrauterine*.

a. Tanda-tanda Persalinan

1). Tanda persalinan fisiologi

Gejala utama Kala II :

- a) His semakin kuat, dengan internal 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang Kala II ketuban pecah ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap dan diikuti keinginan mengejan karena tertekannya *pleksus franken houser*.
- d) Kedua kekuatan, His dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : Kepala membuka pintu, *Sub occiput* sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi,

hidung, muka dan seluruh kepala janin.

- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan jalan: Kepala dipegang pada *os occiput* dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian ketuban

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Winkjosastro, 2014). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm dalam fase laten (Nugroho, 2011).

Ketuban Pecah Dini (KDP) yaitu pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda inpartu, dan

setelah ditunggu selama satu jam belum juga mulai ada tanda-tanda inpartu. *Early rupture of membrane* adalah ketuban yang pecah pada saat fase laten. Hal ini bisa membahayakan karena dapat terjadi infeksi *asenden intrauterine*.²³

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis (radang pada klorion dan amnion) sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.¹⁸

KPD sering kali menimbulkan konsekuensi seperti morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi terutama kematian perinatal yang cukup tinggi. Sebelum kematian janin yang dilahirkan akan mengalami *Asfiksia* dan jika berlanjut akan mengalami kematian.

2. Etiologi ketuban pecah dini

Penyebab ketuban pecah dini (KPD) masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan Ketuban Pecah Dini, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

3. Tanda Dan Gejala

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

C. *Asfiksia* Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi *asfiksia* atau asfiksia primer dan mungkin dapat bernafas tetapi kemudian mengalami *asfiksia* beberapa

saat setelah lahir atau *asfiksia* sekunder.⁶

Asfiksia pada bayi baru lahir adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh karena *hipoksia* (kekurangan oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir.¹²

Asfiksia berarti *hipoksia* yang *progresif*, bila proses ini berlangsung terlalu jauh akan mengakibatkan kerusakan otak atau kematian.¹⁹

Selain itu menyebabkan mortalitas yang tinggi dan sering menimbulkan gejala sisa berupa kelainan *neurologi* (Deslidel, 2012). Salah satu penyebab utama kematian *neonatus* tersebut adalah *asfiksia* atau *sindrom* gawat nafas (Manuaba, 2010).

2. Penyebab *asfiksia*

Beberapa kondisi tertentu pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah utero kehamilan lewat waktu / *postdate*, *amnionitis*, anemia dan paritas). Faktor bayi meliputi (prematunitas, BBL bayi, kelainan bawaan dan air ketuban bercampur mekonium). Faktor neonatus meliputi (traoma persalinan, penggunaan obat

plasenter sehingga pasokan oksigen ke bayi menjadi berkurang. *Hipoksia* bayi di dalam rahim ditunjukkan dengan gawat janin yang dapat berlanjut menjadi *asfiksia* bayi baru lahir. Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya *asfiksia* pada bayi baru lahir, diantaranya adalah faktor ibu, tali pusat dan bayi.

D. Landasan Teori

Asfiksia pada bayi baru lahir adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh karena *hipoksia* (kekurangan oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir (Maryunani, 2013).

Asfiksia bayi baru lahir dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor bayi, faktor neonatus, faktor placenta dan faktor persalinan. Faktor ibu meliputi (Umur, hipertensi dalam kehamilan, perdarahan antepartum, infeksi berat, analgesi / anastesi dan kelainan kongenital bayi). Faktor placenta meliputi (lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat dan prolapsus tali pusat). Faktor persalinan berupa (perabdominan (SC) (letak sungsang), pervagina

(letak sungsang), partus lama / macet, dan ketuban pecah dini).¹²

Salah satu faktor yang menyebabkan *asfiksia* adalah ketuban pecah dini dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga terjadi *asfiksia* atau *hipoksia*. hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, terjadinya *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan *asfiksia* atau *hipoksia*. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, semakin

sedikit air ketuban maka janin semakin gawat.¹⁸

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan Studi Case Control yaitu suatu rancangan penelitian yang digunakan untuk mengkaji sekelompok orang yang mengalami penyakit, kondisi dan gangguan (kasus) terhadap kelompok kontrol yang tidak mengalami kondisi tersebut.²⁵

Case dan Control dipilih dari populasi sumber yang sama sehingga kedua kelompok memiliki karakteristik yang sebanding kecuali status penyakitnya.¹⁴

telah mengalami beberapa kali perubahan antara lain:

- 1) Dibangun oleh pemerintah Belanda pada tahun 1927
- 2) Dilakukan rehabilitasi oleh pemerintah Jepang pada tahun 1942-1945
- 3) Menjadi Rumah Sakit tentara pada tahun 1945-1960
- 4) Menjadi RSUD Kabupaten kendari pada tahun 1960-1989
- 5) Menjadi puskesmas gunung jati pada tahun 1989-2002
- 6) Menjadi RSUD Abunawas Kota Kendari pada tahun 2001

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi

Penelitian

a. Letak Geografis

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari awalnya terletak di kota kendari, tepatnya dikelurahan kandai kecamatan kendari dengan luas lahan 3.527 m² dan luas bangunan 1.800 m². Rumah sakit umum daerah kota kendari merupakan bangunan atau gedung peninggalan pemerintah Hindia Belanda yang didirikan pada tahun 1927 dan

berdasarkan Perda kota kendari No.17 Tahun 2001.

- 7) Diresmikan penggunaannya sebagai RSUD Abunawas Kota Kendari oleh Bapak Walikota Kendari pada tanggal 23 januari 2003
- 8) Pada tahun 2008, oleh Pemerintah Kota Kendari telah membebaskan lahan seluas 13.000 M² untuk relokasi Rumah Sakit, yang dibangun secara bertahap
- 9) Pada tanggal 4 Desember 2011 Rumah Sakit Umum Daerah Abunawas Kota Kendari resmi menepati gedung baru yang terletak di Jl. Brigjen Z.A Sugianto No. 39 Kelurahan Kambu Kecamatan Kambu Kota Kendari.
- 10) Pada tanggal 12-14 Desember 2012 telah divasilitasi oleh TIM Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan berhasil terakreditasi penuh sebanyak 5 pelayanan (administrasi dan manajemen, rekam medik, pelayanan keperawatan, pelayanan medik dan IGD)
- 11) Berdasarkan SK Walikota Kendari no 134 Tahun 2015 tanggal 13 Mei 2015 dikembalikan namanya menjadi RSUD Kota Kendari

sesuai PERDA Kota Kendari No.17 Tahun 2001.

b. Demografi

1) Sarana Gedung

Di lokasi baru RSUD Abunawas saat ini memiliki sarana gedung sebagai berikut:

- a) Gedung Auditorium (Kantor)
- b) Gedung Bogenville (Poliklinik)
- c) Gedung IGD
- d) Gedung Matahari (Radiologi)
- e) Gedung crysant (Kamar Operasi)
- f) Gedung Asoka (ICU)
- g) Gedung teratai (Poned)
- h) Gedung Lavender (Rawat Inap Penyakit Dalam)
- i) Gedung Mawar (Rawat Inap Anak)
- j) Gedung Melati (Rawat Inap Bedah)
- k) Gedung Anggrek (Rawat Inap VIP, Kelas 1 dan Kelas II)
- l) Gedung Instalansi Gizi
- m) Gedung Loudry
- n) Gedung Laboratorium
- o) Gedung Kamar Jenazah
- p) Gedung VIP
- q) Gedung ICU, Bedah, Sentral, IGD, Apotek (pembangunan tahun 20134)

r) Gedung PMCC (Private Medical Care Centre) dalam proses pembangunan Dalam menunjang pelaksanaan kegiatan RSUD Abunawas kota

kendari dilengkapi dengan 2 unit mobil ambulans, 1 mobil direktur, 9 buah mobil operasional Dokter Spesialis dan 10 buah sepeda motor.

2). Ketenagaan

Tabel 2.1. Distribusi Tenaga Kesehatan Di RSUD Kota Kendari tahun 2018.

No	Jenis tenaga	PNS	NON PNS	PNS MOU	jumlah
A	Tenaga kesehatan				
1	Dokter spesialis	14	3	7	24
2	Dokter umum	9	11	0	20
3	Dokter gigi	3	0	1	4
4	S1-Ners	4	20	0	24
5	S1-Perawat	22	14	0	36
6	D3-Perawat	28	103	0	131
7	SPK	7	1	0	8
8	D3-Perawat gigi	1	3	0	4
9	SPRG	2	0	0	2
10	D4-kebidanan	8	0	0	8
11	D3-Kebidanan	22	39	1	62
12	S2- Kesmas	6	0	0	6
13	S1- Kesmas	20	134	0	36
14	D3-Kesling	3	0	0	3
15	Apoteker	7	1	0	8
134	S1-Farmasi	2	0	0	2
17	D3- Farmasi	4	4	0	8
18	S1-Gizi	1	2	0	3
19	D3-Gizi	4	3	0	7
20	D3-Analisis Kesehatan	3	11	0	14
21	S1-Teknologi Labkes	1	0	0	1
22	S1-Fisioterapi	2	0	0	2
23	D3-Fisioterapi	0	1	1	2
24	D3- Rekam Medik	1	0	0	1

25	D3-Akupunktur	1	0	0	1
26	D3-Okupasi Terapi	1	0	0	1
27	D3-Radiologi	1	3	0	4
28	D3-Teknik Gigi	1	0	0	1
29	S1- Psikologi	1	0	0	1
30	DIV-Perawat Anastesi	1	0	0	1
31	D3-Perawat Anastesi	1	1	0	2
32	D3 Elektromedik	2	0	0	2
B	Tenaga non kesehatan				
32	S1-Ekonomi	2	4	0	6
33	S1-Akutansi	0	1	0	1
37	D3-Komputer	1	0	0	1
35	S1-Komputer	1	1	0	2
36	S1-Sosial Politik	2	1	0	3
37	S1-Teknologi Pangan	1	0	0	1
38	S2-Manajemen	2	0	0	2
39	D3-manajemen	0	1	0	1
40	S1-Informatika	0	1	0	1
41	SMA	7	26	0	33
42	SMP	0	3	0	3
43	SD	0	4	0	5
Jumlah		199	278	10	488

Sumber : Profil RSUD Kota Kendari Tahun 2019

2. Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian yaitu variabel independen yaitu ketuban pecah

dini dan variabel dependen yaitu kejadian *asfiksia*.

a. Ketuban Pecah Dini

Distribusi responden berdasarkan KPD dapat terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2. Distribusi Responden Menurut Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Kota Kendari tahun 2018

Ketuban Pecah Dini	n	Persentase (%)
Ya	72	53,7
Tidak	62	46,3

Total	134	100%
-------	-----	------

Data primer diolah 2019

Dari tabel 2 di atas menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD dan terdapat 62

responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD.

b. Kejadian *Asfiksia*

Distribusi responden kejadian *asfiksia* dapat terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2.3. Distribusi Responden Menurut Kejadian *Asfiksia* di RSUD Kota Kendari tahun 2018

Kejadian <i>Asfiksia</i>	n	Persentase (%)
Ya	67	50,0
Tidak	67	50,0
Total	134	100%

Data primer diolah 2019

Dari tabel 3 di atas menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 67 responden (50%) yang mengalami kejadian *asfiksia* dan terdapat 67 responden (50%) yang tidak mengalami kejadian *asfiksia*.

yaitu antara variabel bebas (Independen) dengan variabel terikat (dependen), untuk mengetahui apakah ada hubungan.

Analisis resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara, dapat terlihat pada tabel berikut:

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis terhadap 2 (dua) variabel

Tabel 2.4. Resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari tahun 2018

Ketuban pecah Dini	Kejadian <i>Asfiksia</i>				Total		Uji Statistik
	<i>Asfiksia</i>		Tidak <i>asfiksia</i>		n	%	
	n	%	n	%			
Ya	53	39,6	19	14,2	72	53,7	OR = 9,564 Lower limit = 4,327 Uper limit = 21,140
Tidak	14	10,4	48	35,8	62	46,3	
Total	67	50	67	50	134	100	

Data primer diolah 2019

Pada tabel 4 di atas menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD, diantaranya terdapat 53 responden (59,6%) yang mengalami *asfiksia* dan terdapat 19 responden (53,7%) yang tidak mengalami *asfiksia*. Kemudian terdapat 62 responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD, diantaranya terdapat 14 responden (10,4%) yang mengalami *asfiksia* dan terdapat 48 responden (35,8%) yang tidak mengalami *asfiksia*.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *Odds Ratio* (OR= 9,564; CI= 95%) yang berarti bahwa responden yang mengalami KPD berisiko sebesar 9,5 kali mengalami kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara. Diperoleh pula nilai *lower limit* 4,327 dan *upper limit* 21,140 dengan CI (*Confidence Interval*) = 95%, yang menunjukkan bahwa rentang antara *lower limit* dan *upper limit* tidak melalui angka 1, maka risiko yang ditimbulkan dikatakan bermakna.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian tentang resiko ketuban pecah dini terhadap kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai berikut;

1. Analisis Univariat

Hasil penelitian pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD dan terdapat 62 responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD. Responden yang mengalami KPD dikarenakan pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan yang sudah didiagnosa KPD oleh dokter dan tercatat dalam dalam buku register RSUD Kota Kendari.

Menurut Manuaba (2012) Ketuban Pecah Dini (KDP) yaitu pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda inpartu, dan setelah ditunggu selama satu jam belum juga mulai ada tanda tanda inpartu. *Early rupture of membrane* adalah ketuban yang pecah pada saat fase laten. Hal ini bisa membahayakan karena dapat terjadi infeksi *asenden intrauterine*. KPD sering kali menimbulkan konsekuensi seperti morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi terutama

kematian perinatal yang cukup tinggi. Sebelum kematian janin yang dilahirkan akan mengalami *Asfiksia* dan jika berlanjut akan mengalami kematian.

Penyebab ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, namun penambahan usia ibu, multipara, kelainan letak janin kemungkinan menyebabkan selaput ketuban menjadi kurang kuat dan menyebabkan ketuban pecah dini (Nugroho, 2010).

2. Analisis Bivariat

Hasil penelitian pada tabel 4 menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD, diantaranya terdapat 53 responden (59,6%) yang mengalami *asfiksia* dan terdapat 19 responden (53,7%) yang tidak mengalami *asfiksia*. Kemudian terdapat 62 responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD, diantaranya terdapat 14 responden (10,4%) yang mengalami *asfiksia* dan terdapat 48 responden (35,8%) yang tidak mengalami *asfiksia*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 53 responden (39,6%) yang mengalami ketuban pecah dini dan mengalami *asfiksia*. Hal ini menunjukkan bahwa ketuban

pecah dini merupakan salah satu penyebab utama terjadinya *asfiksia* pada bayi baru lahir. Namun masih terdapat 19 responden (14,2%) yang tidak mengalami *asfiksia* walaupun mengalami KPD. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor lain seperti seperti ibu melakukan kontrol secara teratur ke dokter kandungan ketika hamil, selain itu karena ketika terjadi KPD ibu langsung dibawa ke Rumah Sakit dengan segera, sehingga langsung mendapat penanganan secara cepat oleh tenaga kesehatan di RSUD Kota Kendari. Hal ini sesuai dengan teori dalam penelitian Lismiati (2013) bahwa kontrol teratur bisa membantu memastikan kondisi kehamilan dan kesehatan janin dalam kondisi baik. Dengan demikian risiko bayi mengalami *asfiksia* neonatorum bisa menurun.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa masih terdapat 14 responden (10,4%) yang mengalami *asfiksia* walaupun tidak mengalami KPD. Hal ini juga bisa disebabkan oleh faktor lain seperti dari faktor ibu yaitu adanya ibu mengalami hipertensi waktu hamil, dan ada juga yang terjadi kehamilan lewat waktu. Dari faktor bayi bisa

disebabkan oleh adanya BBLR, dan partus lama.

Menurut Arief (2009). bahwa beberapa faktor penyebab terjadinya asfiksia yaitu faktor ibu, faktor janin, faktor tali pusat. Faktor janin yaitu prematur, kelainan kongenital dan air ketuban bercampur dengan mekoneum. Faktor ibu diantaranya adalah preeklamsia, eklamsia, perdarahan antepartum, partus lama, infeksi, kehamilan post matur, gangguan pertukaran nutrisi/O₂, gangguan his dan ketuban pecah dini. Sedangkan faktor tali pusat yang menyebabkan asfiksia diantaranya yaitu terdapat lilitan tali pusat, simpul tali pusat, prolapsus tali pusat dan tekanan pada tali pusat yang menyebabkan pertukaran gas ibu ke janin terganggu sehingga terjadi asfiksia neonatorum.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *Odds Ratio* (OR= 9,564; CI=95%) yang berarti bahwa responden yang mengalami KPD berisiko sebesar 9,5 kali mengalami kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara. Diperoleh pula nilai *lower limit* 4,327 dan *upper limit* 21,140

dengan CI (*Confidence Interval*) = 95%, yang menunjukkan bahwa rentang antara *lower limit* dan *upper limit* tidak melalui angka 1, maka risiko yang ditimbulkan dikatakan bermakna.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa KPD merupakan salah satu faktor utama terjadinya kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir. Hal ini sesuai dengan teori Winkjosastro (2014) bahwa Salah satu faktor yang menyebabkan *asfiksia* adalah ketuban pecah dini dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga terjadi *asfiksia* atau *hipoksia*. hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, terjadinya *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan *asfiksia* atau *hipoksia*. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat *oligohidramnion*, semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat Hal ini disebabkan oleh karena hipoksia (kekurangan

oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lismiati (2013) bahwa berdasarkan hasil pengujian diperoleh nilai *odds ratio (OR)* sebesar 4,295. Nilai $OR > 1$, ini menunjukkan bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu dengan riwayat ketuban pecah dini mempunyai resiko 4,295 kali lipat terhadap kejadian asfiksia dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan dari ibu tanpa riwayat ketuban pecah dini.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Komsiyati dengan judul Hubungan Kejadian KPD dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di RSUD Ambarawa dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami KPD dengan kejadian asfiksia sejumlah 69,4%, sedangkan ibu yang tidak KPD yang mengalami kejadian asfiksia sejumlah (15,7%). Berdasarkan uji *Chi Square* diperoleh nilai *p-value* 0,000. Oleh karena $p\text{-value} = 0,0001 < \alpha (0,05)$, maka disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan ketuban pecah dini (KPD)

dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Ambawa tahun 2014. Dari hasil uji juga diperoleh nilai *Odds Ratio* sebesar 12,158 ini artinya ibu dengan KPD berisiko mengalami asfiksia 12,158 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak KPD (Komsiyati, 2014).

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini maka dapat ditarik kesimpulan bahwa sebagian besar responden yang mengalami KPD (53,7%) daripada yang tidak KPD (46,3%) dari respondent.

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 72 responden (53,7%) yang mengalami KPD dan terdapat 62 responden (46,3%) yang tidak mengalami KPD.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 134 responden, terdapat 67 responden (50%) yang mengalami kejadian *asfiksia* dan terdapat 67 responden (50%) yang tidak mengalami kejadian *asfiksia*.
3. Persalinan ibu dengan ketuban pecah dini merupakan faktor risiko sebesar 9,5 kali terhadap kejadian *asfiksia* pada bayi baru lahir di RSUD Kota Kendari.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian, maka saran yang penulis sampaikan adalah sebagai berikut:

1. Disarankan Ibu agar bisa mencegah terjadinya ketuban pecah dini dengan menjaga kesehatan pada saat hamil dan melakukan pemeriksaan ANC secara rutin untuk mencegah komplikasi agar tidak terjadi masalah pada bayi dikemudian hari khususnya kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.
2. Disarankan kepada pihak RSUD Kota Kendari khususnya Bidan diharapkan agar lebih meningkatkan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai komplikasi kehamilan tentang ketuban pecah dini. Selain itu Bidan juga harus menyarankan kepada pasien agar rutin melakukan kunjungan antenatal care sehingga dapat dideteksi dini adanya tanda-tanda bahaya kehamilan.
3. Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ini dengan memilih variabel lain yang berkaitan dengan ketuban pecah dini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta
2. BPS. 2016. Data Kematian Bayi. Badan Pusat Statistik
3. Data Rekam Medik RSUD Kota Kendari 2018
4. Depkes RI. 2010. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Depkes RI.
5. Deslidel, Dkk. 2012. *Buku Ajar: Asuhan Neonatus, Bayi Dan Balita*. Jakarta: EGC
6. Fauziah. 2013. *Asuhan Neonatus*. Jakarta: EGC
7. Jumiarni I. 2011. *Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. EGC
8. Kasim. 2010. *Buku Ajar Neonatologi*. Edisi 1. Jakarta: IDAI.
9. Kasim, Darma Setiawati. 2008. *Buku Ajar Neonatologi*, Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.
10. Kemenkes RI. 2010. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes RI.
11. Manuaba, I.G.B., 2010. *Kebidanan Dan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Hipokrates
12. Maryunani, Anik. 2013. *Asuhan Bayi Baru Lahir Normal*. Jakarta: ETN

13. Nugroho, T. 2012. Buku Ajar :
Obstetric Untuk Mahasiswa
Kebidanan. Suhu Medika:
Yogyakarta
14. Notoatmodjo, Soekidjo. 2012.
Metodologi Penelitian
Kesehatan. Jakarta: Rineka
Cipta.
15. Rukiyah, A.Y. 2009. *Asuhan
Kebidanan I (Kehamilan)*.
Jakarta: TIM
16. Saifuddin, AB. 2011. *Buku
Acuan Nasional Pelayanan
Kesehatan Maternal dan
Neonatal*. Jakarta : Yayasan
Bina Pustaka Sarwono.
17. Sugiyono. 2012. Metode
Penelitian Kuantitatif Kualitatif
dan R&D. Bandung: Alfabeta.
18. Winkjosastro, Hanifa.. 2014.
ilmu kebidanan. Jakarta: YBP-
SP
19. Winkjosastro, Hanifa.. 2010.
*Pelayanan kesehatan maternal
dan neonatal* Jakarta: YBP-SP
20. WHO. 2015.
21. Dharma setiawani,N.
(2008).*Buku ajar neonatologi*.
*Bab VII. Asfiksia dan resusitasi
bayi baru lahir*. Hal 103-124.
Jakarta: IDAI.
22. Jumiarni, I.
(2011).*Penatalaksanaan Bayi
Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
23. Manuaba, IBG, dkk. (2010).
*Penyulit pada Neonatus. Ilmu
Kebidanan, Penyakit
Kandungan, dan KB*. Jakarta:
EGC.
24. Prawirohardjo, Sarwono.
(2010). *Ilmu Bedah
Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.
25. Sugiyono. (2010). *Statistika
Untuk penelitian*. Bandung:
IKAPI.