

**IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT HATI MULIA
KOTA KENDARI TAHUN 2016**



KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kendari
Jurusan Kebidanan**

Oleh:

**WIWIK AMBARKASI
NIM.P00324014078**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D-III
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

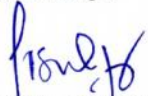
**IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH
DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT HATI MULIA
KOTA KENDARI TAHUN 2016**

KARYA TULIS ILMIAH


Disusun Oleh:
WIWIK AMBARKASI
NIM.P00324014078

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disetujui
Tanggal Juli 2017

Pembimbing I,


Arsulfa, S.Si.T, M.Keb
NIP.197401011992122001

Pembimbing II,


Wa Ode Asma Isra, S.Si.T, M.Kes
NIP.198006272005012003

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Kendari


Halijah, SKM, M.Kes
NIP.196209201987022002

HALAMAN PENGESAHAN

**IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH
DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT HATI MULIA KOTA KENDARI
TAHUN 2016**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

WIWIK AMBARKASI
NIM.P00324014078

Telah Diujikan
Pada Tanggal 26 Juli 2017

TIM PENGUJI

| | | |
|-------------|-----------------------------------|---------|
| Penguji I | : Hasmia Naningsi, SST, M.Keb | (.....) |
| Penguji II | : Aswita, S.Si.T, MPH | (.....) |
| Penguji III | : Yustiari, S.Si.T, M.Kes | (.....) |
| Penguji IV | : Arsulfa, S.Si.T, M,Keb | (.....) |
| Penguji V | : Wa Ode Asma Isra, S.Si.T, M.Kes | (.....) |

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Kendari


Halijah, SKM, M.Kes
NIP.196209201987022002



SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wiwik Ambarkasi

NIM : P00324014078

Pogram Studi : Diploma III Kebidanan

Judul KTI : Identifikasi Ibu Bersalin yang Mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, 10 Juli 2017
Yang membuat pernyataan



Wiwik Ambarkasi
NIM.P00324014078

RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : WiwikAmbarkasi
2. Tempat Tanggal Lahir : Pattalassang, 23Juli 1997
3. Agama : Islam
4. Suku / Bangsa :Makassar / Indonesia
5. Alamat :Kecamatan Baito, Kab. Konawe Selatan

B. JENJANG PENDIDIKAN

1. SD Negeri 2Pattalassang Tamat Tahun 2008
2. SMP Negeri 10Konawe Selatan Tamat Tahun 2011
3. SMA Negeri 15 Konawe Selatan Tamat Tahun 2014
4. Mahasiswi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari Tahun 2014- sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini walaupun dalam bentuk yang sederhana, yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan Poltekkes Kendari dengan judul “Identifikasi Ibu Bersalin yang Mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016”.

Selama persiapan, pelaksanaan, penyusunan, sampai penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, terdapat hambatan maupun kesulitan yang dijumpai penulis akan tetapi semuanya dapat teratasi berkat bantuan, bimbingan, arahan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya khususnya kepada Ibu Arsulfa, S.Si.T, M.Keb selaku pembimbing I dan Wa Ode Asma Isra, S.Si.T, M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.

Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada semua pihak, baik lembaga maupun pribadi sebagaimana penulis sebutkan dibawah ini:

1. Bapak Petrus, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.

2. Ibu Halijah, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari.
3. Ibu Hasmia Naningsih, SST, M.Keb selaku Penguji I, Ibu Aswita, S.Si.T, MPH selaku Penguji II dan Ibu Yustiari, S.Si.T, M.Kes selaku Penguji III
4. Para dosen dan seluruh staf tata usaha di lingkungan Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.
5. Kepala Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari.
6. Terkhusus untuk orang tua saya tercinta, Bapak Jamaluddin dan Ibu Jusniatin yang telah mengasuh, memberikan dukungan motivasi serta senantiasa mensupport, memberikan cinta kasih sayang dan inspirasi, biaya, doa restunya yang tiada ternilai harganya demi kesuksesan studi yang peneliti laksanakan, semoga Allah SWT melimpahkan kesehatan serta hidayah-Nya kepada keduanya.
7. Terkhusus pula untuk pasangan saya Andi Arsandi Ilham yang telah memberikan saya motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Imiah ini.
8. Teman-teman Mahasiswa D-III Kebidanan 3B squad angkatan 2014, Khususnya sahabat-sahabat saya "11 IDIOTS" Ririn, Kiki, Yanni, Hanny, Wiwik, Arni, Indah, Dea, Miro, Gita. Trimakasih atas semua bantuannya dan kebersamaannya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekeliruan, kesalahan dan kekurangan yang disebabkan oleh keterbatasan waktu, kemampuan dan pengetahuan penulis. Oleh karena itu saran, pendapat dan kritikan yang sifatnya membangun, sangat penulis harapkan dari semua pihak demi kesempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diterima dan layak untuk dilanjutkan.

Kendari, Juli 2017

Penulis

ABSTRAK

IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT HATI MULIA KOTA KENDARI TAHUN 2016

Wiwik Ambarkasi¹ Arsulfa² Wa Ode Asma Isra²

Latar belakang: Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu kegawatdaruratan dalam kebidanan yang menyebabkan komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang potensial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi karena infeksi. Penyebab KPD belum diketahui dengan pasti, namun ada beberapa faktor predisposisi yang menyertai antara lain serviks inkompeten, kelainan letak janin, gemeli, trauma seperti tindakan amniosintesis, infeksi traktus genitalis, korioamnionitis serta multipara. Saat ini KPD masih banyak dijumpai, menurut penelitian angka kejadiannya mendekati 10% dari semua persalinan, dan pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu kejadiannya sekitar 4%.

Tujuan penelitian: Untuk mengidentifikasi Ibu Bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2016

Metode penelitian: Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif yang untuk mendeskripsikan fakta mengenai suatu keadaan secara objektif. Sampel penelitian adalah seluruh ibu yang bersalin secara yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) yaitu 46 ibu bersalin dengan teknik pengambilan sampel yaitu *total sampling*.

Hasil penelitian: dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan umur kehamilan 37 – 42 minggu sejumlah 40 orang (86,96%) dan frekuensi terendah pada kelompok dengan umur kehamilan >42 minggu yaitu 0 (0%). ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan dengan paritas I sejumlah 23 orang (50%) dan frekuensi terendah pada kelompok paritas >IV yaitu 2 orang (4,35%). ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan dengan jumlah janin tunggal yaitu sejumlah 43 orang (93,48%) dan frekuensi terendah jumlah janin ganda yaitu 3 orang (6,52%). ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD), frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu bersalin dengan letak kepala yaitu sejumlah 39 orang (84,78%) dan frekuensi terendah dengan letak lintang dan oblik yaitu 0 (0%).

Kesimpulan: Kejadian ketuban pecah dini terbesar umur kehamilan 37 – 42 minggu sejumlah 40 orang (86,96%), paritas I sejumlah 23 orang (50%), jumlah janin tunggal 43 orang (93,48%), letak kepala 39 orang (84,78%).

Kata Kunci : Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Daftar Pustaka : 21 (2004-2014)

-
1. Mahasiswa
 2. Dosen Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN | iv |
| RIWAYAT HIDUP | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| ABSTRAK | ix |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|------------------------------|---|
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan Penelitian | 3 |
| D. Manfaat Penelitian | 4 |
| E. Keaslian Penelitian | 5 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|--------------------------|----|
| A. Telaah Pustaka | 6 |
| B. Landasan Teori | 20 |
| C. Kerangka Konsep | 22 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| A. Jenis Penelitian | 23 |
| B. Waktu dan Tempat..... | 23 |
| C. Populasi dan Sampel Penelitian | 23 |
| D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional | 24 |

| | |
|---|----|
| E. Jenis dan Sumber Data..... | 25 |
| F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data..... | 26 |
| G. Penyajian Data..... | 27 |

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| A. Hasil Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 28 |
| B. Hasil Penelitian | 34 |
| C. Pembahasan..... | 36 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan | 45 |
| B. Saran | 46 |

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Tabel | Teks | Hal |
|--------------|--|------------|
| Tabel 4.1 | Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Umur Kehamilan Di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016..... | 33 |
| Tabel 4.2 | Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Paritas Di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016..... | 34 |
| Tabel 4.3 | Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Jumlah Janin Di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016..... | 35 |
| Tabel 4.4 | Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Letak Janin Di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016..... | 35 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 Surat Izin Penelitian dari Unit PPM Poltekkes Kemenkes Kendari
- Lampiran 3 Surat Izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Kendari
- Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari
- Lampiran 5 Master Tabel Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa masalah kesehatan yang menjadi prioritas dewasa ini adalah rawannya kesehatan ibu dan anak. Kematian ibu adalah kematian perempuan selama masa kehamilan, persalinan atau dalam 42 hari setelah persalinan dari setiap penyebab yang berhubungan dengan dan/atau diperburuk oleh kehamilan atau penanggannya (Maryunani, 2011).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 angka kematian ibu di Indonesia masih 359/100.000 kelahiran hidup. Hal ini dapat diasumsikan bahwa setiap jam terdapat dua orang bersalin yang meninggal dunia karena berbagai sebab. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 42%, eklampsi 13%, abortus 11%, infeksi termasuk Ketuban Pecah Dini (KPD) 10%, partus lama 9%, dan penyebab lain (hiperemesis gravidarum, kehamilan lewat waktu) 15% (Kemenkes RI, 2014).

Angka kematian ibu di Sulawesi Tenggara pada tahun 2014 sebesar 205/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu yaitu 30% perdarahan, 10% eklampsi, 2% partus lama dan 23 % faktor lain. Berbagai faktor yang menjadi penyebab seperti ekonomi, pengaruh budaya, rendahnya kunjungan ke tenaga kesehatan selama hamil,

keterlambatan merujuk, terlambat sampai difasilitas pelayanan kesehatan atau terlambat mendapat pertolongan yang dapat mengakibatkan kematian (Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2014).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu kegawatdaruratan dalam kebidanan yang menyebabkan komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang potensial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi karena infeksi. Penyebab KPD belum diketahui dengan pasti, namun ada beberapa faktor predisposisi yang menyertai antara lain serviks inkompeten, kelainan letak janin, gemeli, trauma seperti tindakan amniosintesis, infeksi traktus genitalis, korioamnionitis serta multipara. Saat ini KPD masih banyak dijumpai, menurut penelitian angka kejadiannya mendekati 10% dari semua persalinan, dan pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu kejadiannya sekitar 4% (Saifuddin, 2009).

Selain itu fisiologi selaput ketuban yang abnormal, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun, faktor golongan darah, faktor multigraviditas/paritas, merokok, keadaan sosial ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya, riwayat KPD sebelumnya, defisiensi gizi yaitu tembaga atau asam askorbat, ketegangan rahim yang berlebihan, kesempitan panggul, kelelahan ibu dalam bekerja, serta trauma yang didapat misalnya

hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis (Sarwono, 2010).

Insiden KPD Sulawesi Tenggara mencapai 7,66% tahun 2014 (Profil Kesehatan Sultra, 2014) dan di Rumah Sakit Hati Mulia pada tahun 2014 terdapat 55 kasus (13,44%) dari 409 ibu bersalin, tahun 2015 terdapat 43 kasus (12,65%) dari 339 ibu bersalin dan meningkat pada tahun 2016 yaitu 46 kasus (20,44%) dari 225 ibu bersalin (Rekam Medik RS Hati Mulia). Kejadian ini harus mendapat perhatian khusus untuk mencapai tujuan nasional yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk menjadikan masalah ini sebagai bahan penelitian dengan judul “Identifikasi Ibu Bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2016?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi Ibu Bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kendari tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi umur kehamilan pada ibu bersalin yang mengalami KPD di kamar bersalin Rumah Sakit Hati Mulia Kendari.
2. Mengidentifikasi paritas pada ibu bersalin yang mengalami KPD di kamar bersalin Rumah Sakit Hati Mulia Kendari.
3. Mengidentifikasi jumlah janin dalam kehamilan pada ibu bersalin yang mengalami KPD di kamar bersalin Rumah Sakit Hati Mulia Kendari.
4. Mengidentifikasi letak janin pada ibu bersalin yang mengalami KPD di kamar bersalin Rumah Sakit Hati Mulia Kendari.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan informasi dan gambaran tentang identifikasi ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari sehingga dapat digunakan dalam perencanaan program Kesehatan Ibu dan Anak untuk menurunkan AKI dan AKB khususnya di Kota Kendari Sulawesi Tenggara.

2. Bagi Rumah Sakit Hati Mulia

Dapat menjadi bahan evaluasi dalam pengembangan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya penatalaksanaan ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini.

3. Bagi Penulis

- a. Sebagai aplikasi antara ilmu yang didapat di Institusi Pendidikan dengan kondisi nyata dilapangan.
- b. Untuk menambah wawasan, pola pikir, pengalaman dan meningkatkan pengetahuan tentang Identifikasi Ibu Bersalin yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD).

E. Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya telah dilakukan oleh:

1. Ni Kadek Sukarmini tahun 2010 di Rumah Sakit Abunawas Kota Kendari dengan judul “Gambaran Faktor Predisposisi Kejadian Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini Di Kamar Bersalin Rumah Sakit Umum Abunawas Kota Kendari Sulawesi Tenggara Tahun 2008 – 2009”, dengan jumlah sampel 35 orang.
2. Endang Sulistiyowati, tahun 2009 dengan judul Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2009, menggunakan variabel bebas yaitu umur, graviditas dan proses persalinan dengan jumlah sampel sebanyak 113 responden.

3. Perbedaan dengan penelitian yang penulis lakukan dengan kedua penelitian tersebut adalah judul, waktu dan tempat penelitian, variabel bebas penelitian (umur kehamilan, paritas, jumlah janin dan letak janin), jumlah sampel dan cara pengambilan sampel yaitu *total sampling* yang berjumlah 46 sampel.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Tentang Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998 dalam Nurasiah, 2012).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan, dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi maupun janin (Sarwono, 2010).

b. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta terinterfensi minimal, sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan (Nurasiah, 2012).

c. Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan meliputi :

1) Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

2) Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

3) Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada ananchepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan.

- 6) Plasenta menjadi tua Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, vili corilais mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun (Nurasiah, 2012).

d. Tanda-tanda persalinan

- 1) Terjadinya his permulaan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
 - b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - c) Kontraksi uterus menyebabkan perubahan uterus.
 - d) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.
- 2) *Bloody show*(pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)
Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.
 - 3) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Asrinah, 2010).

2. Tinjauan Tentang Ketuban Pecah Dini

a. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Wiknjosastro, 2010).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/ sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (faselaten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. 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. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan Respiration Distress Syndrome(RDS) (Nugroho, 2010).

Adakalanya, cairan ketuban tidak bening lagi, melainkan sudah kehijau-hijauan, tanda sudah terinfeksi kuman dari luar. Infeksi cairan ketuban mengancam janin yang terbungkus di dalamnya. Ini pun tergolong gawat darurat. Janin perlu diselamatkan agar tidak sampai menderita infeksi di dalam kandungan ibunya.

Hal ini bisa terjadi karena trauma, infeksi, karena *locus minoris* (bagian tipis ketuban) berlubang dan pecah. Jika ketuban telah pecah, berarti telah ada hubungan dunia luar dengan janin. Akibatnya, kuman dapat masuk. Oleh karena itu, tidak dapat menunggu terlalu lama. Hanya boleh paling lama 12 jam, setelah itu harus dilakukan tindakan untuk mengeluarkan janin.

b. Etiologi

Menurut Nugroho (2010), penyebab ketuban pecah dini masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan ketuban pecah dini, namun faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

- 1) Infeksi yang terjadi secara berlangsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

- 2) Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
- 3) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
- 4) Trauma yang didapat, misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.

Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah

Etiologi KPD tetap tidak jelas, tetapi berbagai jenis faktor ikut serta dalam kejadian ini, termasuk infeksi vagina dan serviks, fisiologi selaput ketuban yang abnormal, inkompetensia serviks, dan defisiensi dari tembaga atau asam askorbat. Mekanisme kerja dari faktor-faktor ini hingga kini belum dapat diterangkan (Hacker, 2010).

c. Patofisiologi

Penyebab ketuban pecah dini mempunyai penyebab multifaktorial. Adapun penyebab yang memudahkan pecahnya selaput ketuban adalah :

- 1) Korioamnionitis, menyebabkan selaput ketuban menjadi rapuh.
- 2) Ketegangan rahim berlebihan : kehamilan kembar, hidramnion.
- 3) Inkompetensia serviks yakni kanalis servikalis yang selalu terbuka.
- 4) Kelainan letak sehingga tidak ada bagian terendah anak yang menutup PAP yang dapat mengurangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- 5) Paritas, yakni ukuran terhadap jumlah melahirkan dari seorang ibu, tanpa membedakan lahir hidup atau lahir mati.
- 6) Umur kehamilan, yaitu saat dimana umur kehamilan ibu rentan terjadinya KPD yakni kurang dari 34 minggu.
- 7) Grandemultipara, jumlah melahirkan dari seorang ibu yang lebih dari empat kali.
- 8) Kemungkinan kesempitan panggul : perut gantung, bagian terendah belum masuk PAP dan CPD.
- 9) Trauma yang menyebabkan tekanan intrauterin (intraamniotik) mendadak meningkat misalnya karena koitus pada masa kehamilan.

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut:

- 1) Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi.

- 2) Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

d. Gejala klinis / Diagnosis

Diagnosis KPD didasarkan pada riwayat hilangnya cairan vagina dan pemastian adanya cairan amnion dalam vagina. Untuk pasien yang tidak dalam persalinan. Tangan ibu tidak boleh dimasukkan ke dalam vagina karena terdapat risiko masuknya infeksi dan periode masa laten yang biasanya lama dari waktu pemeriksaan hingga kelahiran. Pemeriksaan spekulum vagina yang steril harus dilakukan untuk memastikan diagnosis, untuk menilai dilatasi dan panjang serviks, pada pasien kurang bulan, untuk memperoleh biakan servikal dan contoh cairan amnion untuk uji kematangan paru-paru (Hacker, 2010).

Pada pemeriksaan, pengumpulan cairan amnion dalam fornix vagina posterior biasanya dapat ditemukan. Perasat valsava atau sedikit tekanan fundus dapat mengeluarkan cairan dari liang serviks, yang merupakan diagnostik KPD.

Bila keluaranya air ketuban banyak dan mengandung mekonium, maka diagnosis dengan inspeksi mudah ditegakkan. Tetapi apabila keluaranya cairan sedikit maka diagnosis harus didasarkan pada :

- 1) Anamnesis

- a) Kapan keluarnya cairan
- b) Warna
- c) Bau
- d) Adakah partikel-partikel di dalam cairan (lanugo vernix)

2) Inspeksi

- a) Keluarnya cairan pervaginam
- b) Inspekulo
- c) Bila fundus ditekan atau bagian terendah digoyangkan, keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada verniks posterior.

3) Periksa dalam

- a) Adanya cairan dalam vagina
- b) Selaput ketuban sudah tak ada lagi

4) Pemeriksaan laboratorium

Dengan kertas lakmus menunjukkan reaksi biasa

- a) Lakmus merah menjadi biru
- b) Mikroskopis

Tampak adanya lanugo, verniks kasiosa (tidak selalu dikerjakan). Bila dengan cara di atas ternyata ketuban sudah pecah maka diambil ketentuan sebagai berikut :

- 1) Saat ketuban pecah ditentukan berdasarkan anamnesis pasti tentang kapan ketuban pecah.

- 2) Apabila anamnesis tidak pasti maka saat itu ketuban pecah adalah saat penderita masuk kamar bersalin.
- 3) Berdasarkan anamnesis pasti bahwa ketuban pecah sudah lebih dari 24 jam maka setelah masuk kamar bersalin dievaluasi 24 jam. Bila setelah 2 jam tidak ada tanda-tanda inpartu maka harus diputuskan terminasi persalinan (induksi/seksio sesarea) (Soetomo, 2012).

e. Komplikasi

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruang dalam rahim, sehingga menyebabkan terjadinya infeksi. Salah satu fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruang dalam rahim sehingga mengurangi kemungkinan infeksi. Makin lama periode laten maka makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, maupun prematurasi dan selanjutnya meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan janin dalam rahim (Wiknjosastro, 2010).

Adapun komplikasi yang dapat ditimbulkan dari ketuban pecah dini adalah:

- 1) Infeksi intra uterin
- 2) Tali pusat menumbung
- 3) Kelahiran prematur

4) Kelainan bawaan akibat ketuban pecah sejak hamil muda (Wiknjosastro, 2010).

f. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Kantong amnion yang utuh berfungsi sebagai suatu sawar mekanik terhadap infeksi, tetapi selain itu cairan amnion mempunyai beberapa sifat baik triostatik yang dapat memainkan peran dalam pencegahan korioamnionitis dan infeksi janin. Membran yang utuh bukan merupakan syarat mutlak terhadap infeksi, karena kolonisasi bakteri terjadi pada 10% pasien dalam persalinan cukup bulan dengan membran yang utuh dan sampai 25% pasien dalam persalinan kurang bulan.

Bagi janin kurang bulan dengan KPD, risiko yang disebabkan kelahiran kurang bulan harus dibandingkan dengan risiko infeksi dan sepsis, yang keberadaannya di dalam rahim, bahkan dapat menyebabkannya lebih problematik. Bagi ibu, risiko bukan saja terjadi korioamnionitis, tetapi juga kemungkinan gagalnya induksi bila terdapat serviks yang tak baik, sehingga mengakibatkan dilakukannya seksio sesarea.

Penanganan sangat ditentukan oleh umur gestasi pada saat ketuban pecah dan adanya insidensi korioamnionitis dalam lembaga tempat pasien sedang ditangani. Umumnya, kelahiran

kurang bulan merupakan faktor risiko yang lebih besar daripada infeksi.

Apabila KPD terjadi pada >36 minggu dan serviks adalah baik, persalinan harus diinduksi setelah 4 sampai 6 jam jika tak terjadi kontraksi spontan. Bila terdapat serviks yang tak begitu baik tetapi tanpa bukti infeksi, sebaiknya menunggu 24 jam sebelum induksi persalinan untuk mengurangi risiko kegagalan induksi dan morbiditas demam pada ibu.

Sebagai gambaran umum penatalaksanaan ketuban pecah dini dapat dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Konservatif
 - a) Rawat di rumah Sakit
 - b) Berikan antibiotik (Ampicilin 4x 500mg, atau eritromisin bila tak tahan ampicilin).
 - c) Jika umur kehamilan 37-42 minggu, dirawat selama air ketuban masih ada atau sampai air ketuban sudah tidak ada lagi
 - d) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, observasi tanda-tanda infeksi.
- 2) Aktif

Bila didapatkan infeksi berat maka berikan antibiotik dosis tinggi. Bila ditemukan tanda-tanda inpartu, infeksi dan gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan :

- a) Induksi atau akselerasi persalinan.
- b) Lakukan seksiosesaria bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan.
- c) Lakukan seksio histerektomi bila tanda-tanda infeksi uterus berat ditemukan (Wiknjosastro, 2010).

3. Tinjauan Tentang Penyebab Ketuban Pecah Dini

a. Umur Kehamilan

Umur Kehamilan adalah umur janin dalam kehamilan, yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir sampai dengan tanggal kunjungan ibu. Klasifikasi umur kehamilan terdiri atas :

- 1) Preterm (< 37 minggu)
- 2) Aterm (37-42 minggu)
- 3) Posterm (> 42 minggu) (Manuaba, 2010).

Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4%. Hal ini dapat menyebabkan infeksi dalam rahim, selain itu dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

b. Paritas

Paritas adalah jumlah melahirkan yang dialami oleh seorang ibu, tanpa membedakan lahir hidup atau lahir mati yang terdiri dari:

- 1) Paritas 1 (primipara)
- 2) Paritas 2-4 (multipara)
- 3) Paritas >4 (grandemultipara) (Winkjosastro, 2010).

Paritas adalah ukuran terhadap jumlah melahirkan dari seorang ibu. Telah diketahui bahwa makin sering (frekuensi) melahirkan dan atau makin banyak jumlah melahirkan dari seorang ibu, makin berisiko terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun proses persalinan ibu. Ibu dengan paritas lebih dari empat mempunyai risiko terjadinya ketuban pecah dini. Hal ini dikarenakan sudah sering terbukanya kanalis servikalis akibat riwayat persalinan atau kuret sehingga memperbesar risiko terjadinya ketuban pecah dini. Menurut kesehatan reproduksi kurun waktu kehamilan sehat pada ibu adalah pada kehamilan 1-4, adapun lebih dari itu dapat berisiko terjadinya partus macet ataupun ketuban pecah dini (Soetomo, 2012).

c. Jumlah Janin Dalam Kehamilan

Jumlah Janin dalam Kehamilan adalah banyaknya janin yang dikandung oleh seorang ibu selama kehamilannya yang terdiri dari

kehamilan tunggal dan kehamilan ganda (gemeli) (Manuaba, 2010).

Jumlah janin yang dikandung dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini khususnya pada kehamilan kembar (gemeli). Yang dikatakan kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Faktor yang meningkatkan hamil kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur wanita dan paritas. Salah satu komplikasi yang dapat ditimbulkan dalam persalinan adalah terjadinya ketuban pecah dini. Hal ini disebabkan karena frekuensi hidramnion pada kehamilan kembar 10 kali lebih besar daripada kehamilan tunggal, kerengangan otot rahim dapat mengakibatkan tekanan intrauterin sehingga mudah terjadi robekan pada selaput ketuban atau uterin amniotik (Manuaba, 2010).

d. Letak Janin

Letak Janin adalah bagaimana sumbu janin terhadap sumbu ibu, yang meliputi letak kepala, letak sungsang, letak lintang, letak oblik (Winkjosastro, 2010).

Hampir 96% janin berada dalam uterus dalam keadaan kepala. Ditemukan \pm 58% ubun-ubun kecil depan, \pm 23% kanan depan, \pm 11% kanan belakang dan \pm 8% kiri belakang. Pada janin yang

mengalami kelainan letak mempunyai resiko terhadap terjadinya ketuban pecah dini seperti letak sungsang dan lintang. Hal ini mengakibatkan tidak adanya bagian terendah janin menutupi PAP yang dapat mengurangi tekanan terhadap membran bagian bawah (Soetomo, 2012).

B. Landasan Teori

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Wiknjosastro, 2010).

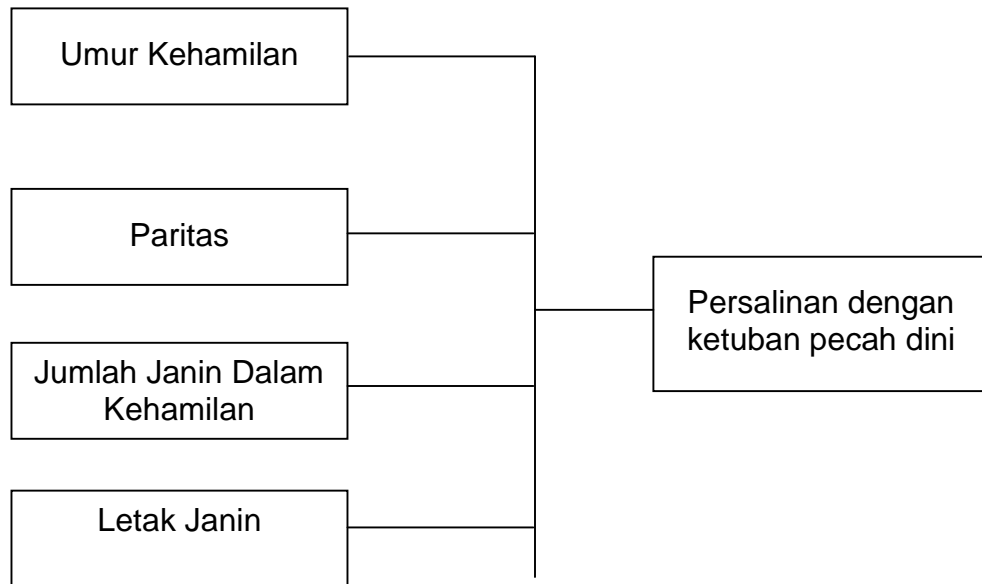
Janin yang mengalami kelainan letak mempunyai resiko terhadap terjadinya ketuban pecah dini seperti letak sungsang dan lintang. Hal ini mengakibatkan tidak adanya bagian terendah janin menutupi PAP yang dapat mengurangi tekanan terhadap membran bagian bawah (Soetomo, 2012).

Paritas adalah ukuran terhadap jumlah melahirkan dari seorang ibu. Telah diketahui bahwa makin sering (frekuensi) melahirkan dan atau makin banyak jumlah melahirkan dari seorang ibu, makin berisiko

terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun proses persalinan ibu (Soetomo, 2012).

Jumlah janin yang dikandung dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini khususnya pada kehamilan kembar (gemeli) dan Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya (Manuaba, 2010).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

Variabel dependent : persalinan dengan ketuban pecah dini

Variabel independend : umur kehamilan, paritas, jumlah janin dalam kehamilan, dan letak janin.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang dimaksudkan untuk mendeskripsikan fakta mengenai suatu keadaan secara objektif.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Juni sampai Juli tahun 2017

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) di Rumah sakit Hati Mulia Kota Kendari pada bulan Januari sampai Oktober tahun 2016 yaitu 46 ibu bersalin.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini seluruh ibu yang bersalin secara yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) di Rumah sakit Hati Mulia Kota

Kendari tahun 2016 yaitu 46 ibu bersalin dengan teknik pengambilan sampel yaitu *total sampling*.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah :

- a. Variabel dependent yaitu persalinan dengan ketuban pecah dini
- b. Variabel independent yaitu umur kehamilan, paritas, jumlah janin dalam kehamilan, dan letak janin.

2. Definisi Operasional

- a. Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan atau pembukaan kurang dari 4 cm (Wiknjosastro, 2010).
- b. Umur Kehamilan adalah umur janin dalam kehamilan.

Kriteria objektif :

- 1) Preterm (< 37 minggu)
- 2) Aterm (37-42 minggu)
- 3) Posterm (> 42 minggu) (Manuaba, 2010).

- c. Paritas adalah jumlah melahirkan yang dialami oleh seorang ibu, tanpa membedakan lahir hidup atau lahir mati.

Kriteria objektif :

- 1) Paritas 1 (primipara)
- 2) Paritas 2-4 (multipara)
- 3) Paritas >4 (grandemultipara) (Winkjosastro, 2010).

- d. Jumlah Janin dalam Kehamilan adalah banyaknya janin yang dikandung oleh seorang ibu selama kehamilannya.

Kriteria objektif :

- 1) Kehamilan tunggal
- 2) Kehamilan ganda (gemeli) (Manuaba, 2010).

- d. Letak Janin adalah bagaimana sumbu janin terhadap sumbu ibu

Kriteria objektif :

- 1) Letak kepala
- 2) Letak sungsang
- 3) Letak lintang
- 4) Letak oblik (Winkjosastro, 2010)

D. Jenis dan Sumber Data

1. Jenis data

Jenis data dalam penelitian ini menggunakan metode kuantitatif yaitu hasil penelitian beserta analisisnya diuraikan dalam suatu tulisan ilmiah

yang berbentuk narasi dan tabel kemudian dari analisis yang telah dilakukan diambil suatu kesimpulan.

2. Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang diambil dari rekam medis yang ada di Rumah Sakit Hati Mulia Kota Kendari.

E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang telah diolah akan dikumpulkan dan diolah secara manual dengan menggunakan kalkulator kemudian akan disajikan dalam bentuk tabel disertai penjelasan-penjelasan.

2. Analisis Data

Data-data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif dan dilakukan perhitungan jumlah persentase masing-masing variabel yang diteliti, kemudian hasil analisis data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

Rumus yang digunakan:

$$X = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

X : Presentase hasil yang dicapai

f : Frekuensi Variabel yang diteliti

n : Jumlah sampel penelitian

K : Konstanta (100%) (Arikunto, 2008).

F. Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini yaitu dalam bentuk tabel distribusi, dinarasikan secara deskriptif variabel yang diteliti dan dipresentatif.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Letak Geografis

Rumah Sakit Umum Hati Mulia terletak di bagian barat daya Kota Kendari, yang secara geografis berada di titik koordinat $-4^{\circ} 1' 17.241''$ pada garis lintang dan $122^{\circ} 30' 9.054''$ pada garis bujur, yang untuk lebih jelasnya Rumah Sakit Umum Hati Mulia beralamat di Jalan D. I. Panjaitan Nomor 243, Kelurahan Wundudopi, Kecamatan Baruga, Kota Kendari, Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik adalah salah satu unsur yang harus diberdayakan sehingga menimbulkan rasa nyaman, tenang, dan dapat meningkatkan hasil kerja yang baik untuk meningkatkan kinerja organisasi (Sihombing, 2004).

Lingkungan kerja fisik adalah segala sesuatu yang ada di sekitar para pekerja yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang dibebankan, misalnya penerangan, suhu udara, ruang gerak, keamanan, kebersihan, musik dan lain-lain (Nawawi, 2001).

Adapun lingkungan fisik pada Rumah Sakit Umum Hati Mulia dapat diuraikan sebagai berikut:

Rumah Rakit Umum Hati Mulia berdiri diatas lahan seluas \pm 3.204 M² dengan bangunan gedung seluas \pm 1.192 M² yang terdiri atas dua bagian bangunan yaitu bangunan lama (bawah) dan bangunan baru (atas). Bangunan lama (bawah) terdiri saat ini sementara dalam tahap renovasi yang rencananya terdiri dari ruangan Poli, Reception, VIP Umum, Apotik, IGD, Ruang Observasi, Rekam Medik, Ruang Persiapan Operasi 1, Ruang Persiapan Operasi 2, Ruang Operasi, Ruang Laboratorium, Ruang Radiologi, dan dapur. Adapun Bangunan baru (atas) adalah bangunan 2 (dua) lantai yang terdiri dari 19 kamar/ruangan yaitu Kantor, Ruang Poli, Ruang Kebidanan, Kantin, Kamar Kelas 3, Kelas 2, Kelas 1B, Kelas 1A, VIP V, VIP IV, VIP III, VIP II, dan VIP I pada lantai dasar, serta Ruang Bangsal, Ruang Karantina, Ruang Pertemuan, dan Ruang Senam Ibu Hami padal lantai 2.

Adapun variable upaya kesehatan lingkungan dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
 - a. Lantai dengan kondisi utuh, bersih, kedap air, rata, tidak licin, dan mudah dibersihkan;
 - b. Dinding dengan kondisi rata, bersih, berwarna terang, dan mudah dibersihkan;

- c. Ventilasi 15% luas lantai, alam, mekanis/AC;
- d. Atap tidak bocor;
- e. Langit-langit 2,7 s.d 3,3 m dari lantai, kuat, dan berwarna terang;
- f. Konstruksi Balkon berenda dan talang, tidak ada genangan air, dan tidak ada jentik nyamuk;
- g. Pintu dengan kondisi baik dan kuat;
- h. Pagar dengan kondisi aman dan kuat;
- i. Halaman, taman ,dan tempat parker dengan kondisi bersih, tidak berdebu, tidak becek, dan mampu menampung kendaraan;
- j. Jaringan instalasi dengan kondisi aman dan terlindung;
- k. Saluran air limbah dengan kondisi lancar dan tertutup.

2) Ruang Bangunan

- a. Ruang perawatan berdasarkan ratio luas lantai dengan jumlah tempat tidur, tidak berbau, pencahayaan baik/cukup, suhu kamar rata-rata 28°C, dan tidak bising;
- b. Lingkungan Rumah Sakit yang bebas asap rokok, saluran limbah tertutup, drainase mengalir lancar, dan penerangan yang baik;
- c. Ruang operasi yang bebas kuman pathogen, dinding terbuat dari porselin, pintu selalu tertutup, lantai tidak bercelah, tinggi langit-langit 2,7 s.d 3,3 m dari lantai, dan suhu serta kelembaban baik;
- d. Ruang laboratorium dengan dinding porselin/keramik, lantai dan meja tahan terhadap bahan kimia dan getaran, dilengkapi dengan

dapur, toilet dan kamar mandi, tinggi langit-langit dari lantai standar;

- e. Toilet dan kamar mandi dengan ratio 1:10 dengan tempat tidur tersedia pada setiap ruang/ unit.

3) Penyehatan Makanan dan Minuman

- a. Bahan makanan, minuman jadi dan minuman memenuhi syarat/standar;
- b. Tersedia tempat penyiapan bahan makanan dan minuman;
- c. Penyajian makanan dan minuman diantar langsung oleh petugas gizi/dapur kepada pasien;
- d. Ruang pengelolaan makanan (dapur) dengan lantai yang bersih, pencahayaan baik, serta dilengkapi dengan sungkup dan eks house (sementara renovasi);
- e. Penjamahan makanan dan minuman tidak boleh berkuku panjang dan menggunakan pakaian pelindung.

4) Penyehatan Air

- a. Kuantitas air bersih dan air minum mencukupi;
- b. Kualitas air bersih dan air minum baik;
- c. Sumber air yaitu PDAM, air tanah yang diolah, distribusi tidak bocor dengan penampungan tertutup.

5) Pengolahan Limbah cair dengan menggunakan IPAL sederhana.

- 6) Tempat penyimpanan Linen menggunakan kran air dengan memisahkan infeksius dan non infeksius.
- 7) Pengendalian serangga dan tikus dengan menggunakan insektisida dan toksisitas rendah.
- 8) Dekontaminasi melalui disinfeksi dan sterilisasi. Alat perlengkapan di sterilkan terlebih dahulu dengan menggunakan autoclave dan microwave, dikalibrasi minimal 1 tahun.
- 9) Penyuluhan kesehatan lingkungan dilakukan secara langsung dan tidak langsung terhadap karyawan, pasien, dan pengunjung.

3. Status Rumah Sakit Umum Hati Mulia

Sebagaimana amanat pasal 21 Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka Rumah Sakit Umum Hati Mulia saat ini berada di bawah PT.Hati Mulia Sejahtera, dan berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Ijin Rumah Sakit, maka Rumah Sakit Umum Hati Mulia berstatus badan hukum dengan Ijin Pendirian dari Walikota Kendari Nomor 56/IZN/XII/2010/001 tanggal 17 Desember 2010, dan Ijin Operasional Rumah Sakit Nomor 56/IZN/II/2014/001 tanggal 24 Pebruari 2014, berupa jenis ijin penyelenggaraan sementara yang telah diperpanjang dengan masa berlaku sampai dengan tanggal 24 Pebruari 2015, dan setelah dilakukan visitasi ulang

oleh Dinas Kesehatan Provinsi dikeluarkan izin tetap Rumah Sakit Umum Hati Mulia oleh Walikota Kendari Nomor 56 /IZN/ 1/ 2016/ 002 tanggal 27 Januari 2016 s.d 27 Januari 2021.

4. Sarana dan Prasarana

Sarana yang tersedia pada Rumah Sakit Umum Hati Mulia antara lain sebagai berikut:

- a. Ruang Perawatan Intensif;
- b. Ruang Bayi Bermasalah;
- c. Ruang Rawat Inap;
- d. Ruang Gawar Darurat;
- e. Ruang Operasi;
- f. Ruang Farmasi;
- g. Ruang Radiologi (sementara pembangunan);
- h. Ruang Laboratorium;
- i. Ruang Persalinan;
- j. Ruang Poliklinik Kandungan, Anak, dan Umum;
- k. Ruang Senam Ibu Hamil;
- l. Ruang Menyusui;
- m. Ruang Kantor;
- n. Ruang Kantin;
- o. Ruang Dapur;
- p. Ruang Laundry; dan

q. Ruang Pertemuan.

Adapun prasarana pada Rumah Sakit Umum Hati Mulia antara lain sebagai berikut:

1. Instalasi Air Bersih;
2. Instalasi Listrik dan Elektrikal;
3. Instalasi Pengolahan Limbah (cair dan padat);
4. Instalasi Komunikasi (Telepon, Interkom, dan HT);
5. Alat Pemadam Api Ringan (APAR); dan
6. Kendaraan Ambulance.

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan disajikan dalam beberapa tabel distribusi disertai dengan narasi atau penjelasan yang dianalisis secara analisis univariat sebagai berikut :

1. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Umur Kehamilan di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

Tabel 4.1 **Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Umur Kehamilan di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016**

| Umur Kehamilan | Kejadian Ketuban Pecah Dini | |
|----------------|-----------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Persentase (%) |
| < 37 minggu | 6 | 13,04 |
| 37-42 minggu | 40 | 86,96 |
| >42 minggu | 0 | 0 |
| Total | 46 | 100 |

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan umur kehamilan 37 – 42 minggu sejumlah 40 orang (86,96%) dan frekuensi terendah pada kelompok dengan umur kehamilan >42 minggu yaitu 0 (0%).

2. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Paritas di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

Tabel 4.2 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Paritas di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

| Paritas | Kejadian Ketuban Pecah Dini | |
|--------------|-----------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Persentase (%) |
| I | 23 | 50 |
| II-IV | 21 | 45,65 |
| >IV | 2 | 4,35 |
| Total | 46 | 100 |

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan paritas I sejumlah 23 orang (50%) dan frekuensi terendah pada kelompok paritas >IV yaitu 2 orang (4,35%).

3. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Jumlah Janin di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

Tabel 4.3 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Jumlah Janin di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

| Jumlah Janin | Kejadian Ketuban Pecah Dini | |
|--------------|-----------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Persentase (%) |
| Tunggal | 43 | 93,48 |
| Ganda | 3 | 6,52 |
| Total | 46 | 100 |

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan dengan jumlah janin tunggal yaitu sejumlah 43 orang (93,48%) dan frekuensi terendah jumlah janin ganda yaitu 3 orang (6,52%).

4. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Letak Janin di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

Tabel 4.4 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Letak Janin di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Tahun 2016

| Letak Janin | Kejadian Ketuban Pecah Dini | |
|--------------|-----------------------------|----------------|
| | Frekuensi | Persentase (%) |
| Kepala | 39 | 84,78 |
| Sungsang | 7 | 15,22 |
| Lintang | 0 | 0 |
| Oblik | 0 | 0 |
| Total | 46 | 100 |

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu bersalin dengan letak kepala yaitu sejumlah 39 orang (84,78%) dan frekuensi terendah dengan letak lintang dan oblik yaitu 0 (0%).

C. Pembahasan

Kejadian Ketuban Pecah Dini pada tahun 2016 di RSUD Hati Mulia Kota Kendari tahun 2016 sejumlah 46 kasus. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini adalah Infeksi (amnionitis dan Korioamnionitis), riwayat ketuban pecah dini, tekanan intra uterin, inkompetensia serviks, paritas, kehamilan ganda/kembar, letak janin, usia, polihidramnion, CPD (*Cefalo Pelvis Disproporsi*), pendidikan, pekerjaan dan trauma. Dalam penelitian ini, peneliti focus pada empat variabel yaitu umur kehamilan, paritas, jumlah janin dan letak janin.

1. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Umur Kehamilan

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan umur kehamilan 37 – 42 minggu sejumlah 40 orang (86,96%) kemudian umur kehamilan < 37 minggu sejumlah 6 orang (13,04%)

dan frekuensi terendah pada kelompok dengan umur kehamilan >42 minggu yaitu 0 (0%).

Dalam hal ini terlihat ada kesenjangan antara teori dengan hasil hasil penelitian karena sebagian besar ibu bersalin dengan KPD memiliki usia kehamilan 37-42 minggu, dimana umur kehamilan ini merupakan umur kehamilan yang aman. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mengalami KPD. Hal tersebut disebabkan dalam penelitian ini, penulis tidak membandingkan dengan ibu bersalin yang tidak mengalami KPD. Kemungkinan lain bahwa persalinan terbanyak terjadi dalam kurun usia kehamilan antara 37 – 42 minggu.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lisa Dwi Astuti tahun 2009 dengan judul Gambaran Karakteristik Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Kota Semarang yang menunjukkan bahwa sebagian besar ibu bersalin yang mengalami KPD dalam kurun usia kehamilan 37 – 42 minggu.

Nugroho 2011, menyatakan bahwa ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya

melahirkan. Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan 37 minggu.

Usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu (<37 minggu) pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah, melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontrak-si rahim dan gerakan janin. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraseluler amnion, korion, dan apoptosis membrane janin. Membran dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peranan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokinin, dan protein hormone yang merangsang aktivitas matrixsdegradingenzyme. KPD pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, polihidramnion inkompeten serviks solusio plasenta (Winkjosastro, 2011).

Umur Kehamilan adalah umur janin dalam kehamilan, yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir sampai dengan tanggal kunjungan ibu. Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu, kejadiannya sekitar 4%. Hal ini dapat menyebabkan infeksi dalam rahim, selain itu dapat

mengakibatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

2. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Paritas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan paritas I sejumlah 23 orang (50%) kemudian ibu dengan paritas II-IV yaitu sejumlah 21 orang (45,65) dan frekuensi terendah pada kelompok paritas >IV yaitu 2 orang (4,35%).

Penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa primigravida atau paritas 0 dan graviditas >IV mempunyai risiko untuk mengalami Ketuban Pecah dini (Soetomo, 2012).

Paritas merupakan frekwensi ibu pernah melahirkan beberapa anak hidup atau mati, tetapi bukan aborsi. Menurut (Bobak, 2004) paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan bayi hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan, janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai tidak mempengaruhi paritas, Selanjutnya Mohtar, (2013) menyatakan bahwa Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Viable).

Paritas adalah ukuran terhadap jumlah melahirkan dari seorang ibu. Telah diketahui bahwa makin sering (frekuensi) melahirkan dan atau makin banyak jumlah melahirkan dari seorang ibu, makin berisiko

terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi pada kehamilan maupun proses persalinan ibu (Soetomo, 2012).

3. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Jumlah Janin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan dengan jumlah janin tunggal yaitu sejumlah 43 orang (93,48%), frekuensi terendah jumlah janin ganda yaitu 3 orang (6,52%).

Hasil penelitian ini memiliki kesenjangan dengan teori yang menyatakan bahwa jumlah janin ganda lebih beresiko untuk terjadinya komplikasi dalam kehamilan maupun persalinan. Namun penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah terbanyak kasus ketuban pecah dini adalah ibu dengan jumlah janin tunggal. Hal ini karena, penulis tidak membandingkan dengan ibu bersalin yang tidak mengalami KPD. Kemungkinan lain yaitu persalinan terbanyak dengan jumlah janin tunggal.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lisa Dwi Astuti tahun 2009 dengan judul Identifikasi Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Kota

Semarang yang menunjukkan bahwa sebagian besar ibu bersalin yang mengalami KPD yaitu dengan jumlah janin tunggal.

Wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami ketuban pecah dini dan preeklamsi. Hal ini disebabkan peningkatan masa plasenta dan produksi hormon. Ibu dan keluarga dilibatkan dalam mengamati gejala preeklamsi dan tanda-tanda ketuban pecah (Varney, 2007).

Saifuddin menyebutkan kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. 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. Taber mengemukakan bahwa komplikasi kehamilan ganda antara lain persalinan dan kelahiran prematur, kelainan letak (malpresentasi), persalinan disfunksional disertai peregangan uterus berlebihan, malformasi janin, prolaps tali pusat, hidramnion, anemia defisiensi besi pada ibu, preeklampsia atau eklampsia, perdarahan antepartum, perdarahan post partum (Chunningham, 2006).

Mekanisme KPD adalah ketuban yang pecah dalam persalinan yang secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan

berulang. Menurut Rangaswamy dkk, energi yang dihasilkan dari peregangan di rahim akan meningkatkan kekuatan ruptur pada membran janin dibanding menurunkannya. Topozada mengatakan bahwa kontraksi spesifik yang menyebabkan ruptur pada membran jarang disebabkan oleh kontraksi yang paling kuat. Hal ini dikarenakan kontraksi berulang sebelumnya yang menyebabkan ruptur walaupun dengan diinisiasi dengan energi yang lebih kecil. Tekanan intra uterin yang meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya hidramnion dan gemeli (Sarwono, 2010).

Pada kelahiran kembar sebelum 37 minggu sering terjadi kelahiran preterm, sedangkan bila lebih dari 37 minggu lebih sering mengalami KPD. Wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami KPD juga preeklamsi. Hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon. Oleh karena itu, akan sangat membantu jika ibu dan keluarga dilibatkan dalam mengamati gejala yang berhubungan dengan preeklamsi dan tanda-tanda ketuban pecah.

Peregangan otot pada bagian segmen bawah uterus telah memperlihatkan terjadi peningkatan produksi kolagenase, yang pada akhirnya akan memfasilitasi pematangan serviks.

4. Identifikasi Kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan Letak Janin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari, frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu bersalin dengan letak kepala yaitu sejumlah 39 orang (84,78%), kemudian letak sungsang sejumlah 7 orang (15,22%) dan frekuensi terendah dengan letak lintang dan oblik yaitu 0 (0%).

Dalam hal ini terlihat ada kesenjangan antara teori dengan hasil penelitian karena sebagian besar ibu bersalin dengan KPD dengan letak janin adalah kepala, dimana letak kepala merupakan posisi yang baik dan aman. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mengalami KPD. Hal tersebut disebabkan dalam penelitian ini, penulis tidak membandingkan dengan ibu bersalin yang tidak mengalami KPD. Kemungkinan lain bahwa persalinan yang banyak terjadi adalah letak kepala.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Lisa Dwi Astuti tahun 2009 dengan judul Identifikasi Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Kota Semarang yang menunjukkan bahwa sebagian besar ibu bersalin yang mengalami KPD yaitu dengan janin letak kepala.

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruang dalam uterus. Pada kehamilan < 32 minggu,

jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa dan demikian janin dapat menempatkan diri dalam letak sungsang/letak lintang. Pada kehamilan trimester terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar daripada kepala maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada di dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah rahim.

Letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sedangkan pada letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan serviks. Pembukaan menjadi lebih lama, kemungkinan infeksi lebih besar sehingga risiko terjadi KPD (Morgan. G dan Hamilton, C., 2009).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Hati Mulia Kota Kendari tahun 2017, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan umur kehamilan 37 – 42 minggu sejumlah 40 orang (86,96%)
2. Dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok ibu dengan dengan paritas I sejumlah 23 orang (50%).
3. Dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD), frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu dengan jumlah janin tunggal yaitu sejumlah 43 orang (93,48%).
4. Dari 46 ibu bersalin yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD), frekuensi kejadian tertinggi pada kelompok ibu bersalin dengan letak kepala yaitu sejumlah 39 orang (84,78%).

B. Saran

1. Bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar lebih meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan khususnya dalam penanganan ketuban pecah dini untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

-
2. Bagi peneliti lain, untuk dapat melakukan penelitian lanjutan baik dengan menambahkan variabel maupun dengan desain penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2008. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Asrinah, dkk. 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Bobak , L. 2004. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC.
- Cunningham, FG. 2006. *Hipertensi Kronis. Obstetri williams*. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2014. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara tahun 2014*. Kendari: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara.
- Hellen, Varney. Buku ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta: EGC, 2006.
- Hacker, NF. 2010. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Hipokrates.
Skripsi tahun Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lisa Dwi, A, 2009 *Identifikasi Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Kota Semarang*
- Manuaba IBG, dkk. 2010. *Ketuban Pecah Dini, Kehamilan Dengan Risiko Tinggi*. Jakarta : EGC.
- Maryunani, A. 2010. *Asuhan Kegawat Daruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Mochtar, R. 2010. *Sinopsis Obstetri :Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi Jilid 1*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Morgan. G dan Hamilton, 2009. *Ketuban Pecah Dini*. Jakarta: Hipokrates.
- Nugroho, T. 2010. *Buku Ajar : Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*: Yogyakarta :Nuha Medica.
- Nugroho, T. 2011. *Ginekologi dan Obstetri*. Yogyakarta : Nuha medika,.

Nurasiah, dkk. 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung : PT Refika Aditama.

Saifuddin, 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. JNPK-KR: Jakarta.

Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono.

Soetomo. 2012. *Komplikasi Dalam Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: EGC.

Wijaksastro, H. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono.

MASTER TABEL IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RUMAH SAKIT HATI MULIA KOTA KENDARI TAHUN 2016

| NO | NAMA | KPD | UK (MINGGU) | | | PARITAS | | | JUMLAH JANIN | | LETAK JANIN | | | |
|----|----------------------|-----|-------------|-------|------|---------|-------|-----|--------------|-------|-------------|----------|---------|-------|
| | | | < 37 | 37-42 | > 42 | I | II-IV | >IV | TUNGGAL | GANDA | KEPALA | SUNGSANG | LINTANG | OBLIK |
| 1 | Ny. Zulfiani | √ | √ | | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 2 | Ny. Hati Hotijah | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 3 | Ny. Wa Ode Astin | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 4 | Ny. Yusniatin | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 5 | Ny. Heni Suhaeni | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 6 | Ny. Eni | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 7 | Ny. Muslihatul | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 8 | Ny. Diah Ary | √ | | √ | | | √ | | √ | | | √ | | |
| 9 | Ny. lin Haryati | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 10 | Ny. Intan Berlian | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 11 | Ny. Valentina Maria | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 12 | Ny. Hasina | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 13 | Ny. Andi Hasdawati | √ | | √ | | | √ | | | √ | √ | | | |
| 14 | Ny. Dewi Fitria Ali | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 15 | Ny. Wahdania | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 16 | Ny. Muhlisa | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 17 | Ny. Ratna | √ | √ | | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 18 | Ny. Misra Intan W | √ | | √ | | | √ | | | √ | √ | | | |
| 19 | Ny. Suriati | √ | | √ | | | | √ | √ | | | √ | | |
| 20 | Ny. Hajisna | √ | | √ | | | | √ | √ | | √ | | | |
| 21 | Ny. Rahmatia | √ | | √ | | √ | | | √ | | | √ | | |
| 22 | Ny. Ni Made Sri W. | √ | | √ | | √ | | | √ | | | √ | | |
| 23 | Ny. Andi Harlina | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 24 | Ny. Adesya Fatmawati | √ | √ | | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 25 | Ny. Rasmawati | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 26 | Ny. Shinta Septiani | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 27 | Ny. Sarlina | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 28 | Ny. Marwah | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 29 | Ny. Amaliyana | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |

| NO | NAMA | KPD | UK (MINGGU) | | | PARITAS | | | JUMLAH JANIN | | LETAK JANIN | | | |
|--------------|------------------------|-----------|-------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|--------------|----------|-------------|----------|----------|----------|
| | | | < 37 | 37-42 | > 42 | I | II-IV | >IV | TUNGGAL | GANDA | KEPALA | SUNGSANG | LINTANG | OBLIK |
| 30 | Ny. Yuliana | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 31 | Ny. Desti Juliani J | √ | | √ | | √ | | | √ | | | √ | | |
| 32 | Ny. Nur Aisyah | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 33 | Ny. Neneng | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 34 | Ny. Rustiana | √ | | √ | | √ | | | √ | | | √ | | |
| 35 | Ny. Angriani Wulandari | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 36 | Ny. Sumarni | √ | √ | | | √ | | | √ | | | √ | | |
| 37 | Ny. Nur Hasanah | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 38 | Ny. Made Sarni | √ | | √ | | | √ | | | √ | √ | | | |
| 39 | Ny. Alvhina | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 40 | Ny. Indah Anugrah | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| 41 | Ny. Yulianti | √ | √ | | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 42 | Ny. Irma Nur Wahab | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 43 | Ny. Raslia | √ | √ | | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 44 | Ny. Darmawati | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 45 | Ny. Sukinah | √ | | √ | | √ | | | √ | | √ | | | |
| 46 | Ny. Petri | √ | | √ | | | √ | | √ | | √ | | | |
| TOTAL | | 46 | 6 | 40 | 0 | 23 | 21 | 2 | 43 | 3 | 39 | 7 | 0 | 0 |



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : DL.11.02/1/ 1502 /2016
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur RSU Hati Mulia
di-

Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Wiwik Ambarkasi
NIM : P00324014078
Jurusan/Prodi : DIII Kebidanan
Judul Penelitian : Identifikasi Ibu Bersalin dengan Masalah Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSU Hati Mulia Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di RSU Hati Mulia Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

28 September 2016

A.n. Direktur
Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat



Rosnah, STP., MPH.

NIP. 19710522 200112 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : DL.11.02/1/ 1414 /2017
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Wiwik Ambarkasi
NIM : P00324014078
Jurusan/Prodi : D-III Kebidanan
Judul Penelitian : Identifikasi Ibu Bersalin yang Mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Hati Mulia Kota Kendari Tahun 2016

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

7 Juni 2017

A.n. Direktur
Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat



Rosnah, STP., MPH.
NIP. 19710522 200112 2 001



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonoho, Telp. (0401) Kendari 93231.

Kendari, 7 Juni 2017

Nomor : 070/2414/Balitbang/2017
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur RSU. Hati Mulia Kota Kendari
di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/1414/2017
Tanggal 7 Juni 2017 perihal tersebut diatas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : WIWIK AMBARKASI
NIM : P00324014078
Prog. Studi : D III Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi : RSU Hati Mulia Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Penagambilan Data di Daerah/Kantor
Saudara dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

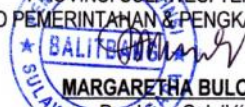
**"IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSU HATI MULIA KOTA KENDARI TAHUN 2016".**

Yang akan dilaksanakan dar tanggal 7 Juni 2017 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan
dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) examplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan penelitian dan pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat Izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
PROVINSI SULAWESI TENGGARA,
UB. KABID PEMERINTAHAN & PENGKAJIAN PERATURAN,

MARGARETHA BULO, SH.
Pembina, Gol. IV/a
Nip. 19600618 198603 2 018

Tembusan :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinkes Kota Kendari di Kendari;;
6. Mahasiswa yang bersangkutan.



RUMAH SAKIT HATI MULIA

Jl. D. I. Panjaitan No. 243

Telp. (0401) 3196433

Kendari - Sulawesi Tenggara

No : 005/SBs/HM/VI/2017
Perihal : Izin Penelitian

Kendari, 13 Juni 2017

Kepada Yth.
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan
Provinsi Sulawesi Tenggara
Di _____
Tempat

Dengan hormat

Sehubungan dengan surat permohonan dari Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara Perihal permohonan tempat kegiatan penelitian dalam penyusunan karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswi

Nama : WIWIK AMBARKASI
NIM : P00324014078

Dengan Judul: **IDENTIFIKASI IBU BERSALIN YANG MENGALAMI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSU HATI MULIA KOTA KENDARI TAHUN 2016.**

yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Poltekes Kendari maka dengan ini kami menyampaikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui permohonan tersebut.
2. Izin yang diberikan hanya semata-mata untuk kepentingan Akademik.
3. Kegiatan pengambilan data hanya di lakukan 2 hari.

Demikian surat ini kami sampaikan, terimakasih atas kerjasamanya.

Mengetahui
Direktur Rumah Sakit Hati Mulia
ub. Kabid Administrasi Umum

FRUMENTIUS WALI, S.Sos

