

**IDENTIFIKASI TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI DI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
TAHUN 2017**



KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari

Disusun Oleh:

HASTUTI
NIM. P00324015008

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIII
TAHUN 2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

**IDENTIFIKASI TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KOTA KENDARI
TAHUN 2017**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

HASTUTI
P00324015008

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disetujui Pada
Tanggal Juli 2018

Pembimbing I

Hj. Numasari P, SKM, M.Kes
NIP. 195703101977102001

Pembimbing II

Sultina Sarita, SKM, M.Kes
NIP. 196806021992032003

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Kendari



Sultina Sarita, SKM, M.Kes
NIP. 196806021992032003

HALAMAN PENGESAHAN

IDENTIFIKASI TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI TAHUN 2017

Diajukan Oleh:

HASTUTI
P00324015008

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementrian Kendari Jurusan Kebidanan serta diujikan pada tanggal 1 Agustus 2018.

1. Sitti Aisa, AM.Keb, S.Pd, M.Pd
2. Halijah, SKM, M.Kes
3. Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kes
4. Hj. Nurnasari P., SKM, M.Kes
5. Sultina Sarita, SKM, M.Kes

Aisa
.....
Halijah
.....
Syahrianti
.....
Nurnasari
.....
Sultina
.....

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kendari



Sultina Sarita, SKM, M.Kes
Nip. 196806021992032003

RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Hastuti
2. Tempat Tanggal Lahir : Kendari, 20 Desember 1996
3. Agama : Islam
4. Suku / Bangsa : Tolaki
5. Alamat : Jalan Anawai Kompleks Oheo

B. JENJANG PENDIDIKAN

1. SD Negeri 11 Baruga Tamat Tahun 2009
2. SMP Negeri 12 Kendari Tamat Tahun 2012
3. SMA Negeri 5 Kendari Tamat Tahun 2015
4. Mahasiswi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari Tahun 2015-
sampai sekarang

ABSTRAK

IDENTIFIKASI TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI TAHUN 2017

Hastuti¹ Nurnasari² Sultina Sarita³

Latar belakang: Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering ditemui. Insiden ketuban pecah dini adalah 2,7%-17%, bergantung pada lama periode fase laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosis KPD. Angka kejadian kasus KPD terjadi lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, janin kembar atau adanya infeksi pada serviks atau vagina (Sudarmi, 2013).

Tujuan penelitian: Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Metode penelitian: deskriptif yaitu untuk mengidentifikasi karakteristik ibu hamil yang mengalami ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Hasil penelitian: Ibu yang mengalami ketuban pecan dini berjumlah 146 ibu yang terdiri dari 17 orang (11,64%) dengan kehamilan preterm dan 129 orang (88,36%) dengan kehamilan aterm. Ketuban Pecah dini berdasarkan umur paling banyak pada kelompok umur 20 – 35 tahun yang berjumlah 118 ibu (80,83%), berdasarkan pekerjaan paling banyak pada kelompok ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga yang berjumlah 124 orang (84,94%), berdasarkan paritas paling banyak pada kelompok multipara yang berjumlah 59 orang (40,41%) dan berdasarkan letak kepala paling banyak dengan letak janin presentase kepala berjumlah 145 orang (99,31%).

Kesimpulan: Kejadian Ketuban pecah dini dipengaruhi oleh umur, pekerjaan, paritas dan letak janin

Kata Kunci : KPD, Umur, Pekerjaan, Paritas, Letak janin

Daftar Pustaka : 23 (2007-2016)

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

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF THE EARTHQUAKE IN THE REGIONAL GENERAL HOSPITAL OF KENDARI CITY IN 2017

Hastuti¹ Nurnasari² Sultina Sarita³

Background: Early rupture of membranes (KPD) is one of the most common pregnancy complications. The incidence of premature rupture of membranes is 2.7% -17%, depending on the length of the latent phase period used to diagnose KPD. The incidence of KPD cases occurs higher in women with incompetent cervix, polyhydramnios, malpresentation of the fetus, twin fetuses or the presence of cervical or vaginal infection (Sudarmi, 2013).

Research objective: To identify factors that cause premature rupture of membranes at the Kendari General Regional Hospital in 2017

Research method: descriptive is to identify the characteristics of pregnant women who experience premature rupture of membranes at the Kendari General Regional Hospital in 2017

Results: 146 mothers who experienced premature pecan membranes were 146 mothers consisting of 17 people (11.64%) with preterm pregnancy and 129 people (88.36%) with term pregnancy. Early rupture of membranes based on age is the most in the age group of 20-35 years, amounting to 118 mothers (80.83%), based on the most jobs in the group of mothers who are not working or housewives, totaling 124 people (84.94%), based on the most parity in the multipara group which amounted to 59 people (40.41%) and based on the location of the head most with the location of the fetus the percentage of heads amounted to 145 people (99.31%).

Conclusion: The incidence of premature rupture of membranes is influenced by age, occupation, parity and location of the fetus

Keywords: KPD, Age, Occupation, Parity, Fetal Location

Bibliography: 23 (2007-2016)

1. Student

2. Lecturer of Kendari Health Ministry Polytechnic Department of Midwifery

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 Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017”.

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 baik secara moril maupun materil. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya khususnya kepada Ibu Hj. Nurnasari, SKM, M.Kes selaku pembimbing I dan Sultina Sarita, SKM, 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. Ibu Askrening, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.
2. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.
3. Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari.
4. Ibu Sitti Aisa, Am.Keb S.Pd, M.Pd selaku Penguji I, Ibu Halijah, SKM, M.Kes selaku Penguji II dan Ibu Hj. Syahrianti, S.Si.T, M.Kes selaku Penguji III
5. Para dosen dan seluruh staf tata usaha di lingkungan Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.
6. Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Kendari.

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 Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diterima dan layak untuk dilanjutkan.

Kendari, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRCT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	9
B. Landasan Teori.....	29
C. Kerangka Teori	32
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	33
B. Waktu dan Tempat.....	33
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
D. Variabel Penelitian	34
E. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	34
F. Instrumen Penelitian	36
G. Analisis Data	36
H. Penyajian Data.....	37
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	38
B. Hasil Penelitian	42
C. Pembahasan	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	41
B. Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Teks	Hal
Tabel 4.1	Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.....	42
Tabel 4.2	Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.....	42
Tabel 4.3	Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Pekerjaan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.....	43
Tabel 4.4	Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Paritas di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.....	44
Tabel 4.5	Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Letak Janin di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian dari Unit PPM Poltekkes Kemenkes Kendari
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 3 Surat Pengantar Penelitian
- Lampiran 4 Surat Izin penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara
- Lampiran 5 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari
- Lampiran 6 Surat Keterangan Bebas Pustaka
- Lampiran 7 Master Tabel Penelitian
- Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator untuk mengukur kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) adalah derajat kesehatan penduduk. Masalah kesehatan ibu, bayi, dan perinatal di Indonesia merupakan masalah nasional yang perlu mendapatkan prioritas utama untuk dicarikan pemecahannya, karena hal tersebut sangat erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusia (SDM) untuk generasi yang akan datang (Wiknjosastro, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB yaitu 32/1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data survei penduduk antar sensus (SUPAS) pada tahun 2015 baik AKI maupun AKB menunjukkan penurunan yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup dan 22 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2015).

Tingginya angka kematian perinatal merupakan manifestasi kurangnya kesempatan bagi penderita untuk memperoleh pelayanan kebidanan ataupun pelayanan perinatologi yang memadai. Pelayanan yang optimal dari petugas kesehatan akan dapat membantu

menurunkan berbagai macam komplikasi yang dialami oleh ibu selama masa kehamilan seperti keracunan kehamilan, perdarahan, anemia, ketuban pecah dini (KPD) (Atmono, 2010).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering ditemui. Insiden ketuban pecah dini adalah 2,7%-17%, bergantung pada lama periode fase laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosis KPD. Angka kejadian kasus KPD terjadi lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, janin kembar atau adanya infeksi pada serviks atau vagina (Sudarmi, 2013).

Angka kejadian ketuban pecah dini bervariasi. Dilaporkan angka kejadian ketuban pecah dini antara 1,5%-3% di Amerika Serikat. *Collaborative Perinatal Project of National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* dari penelitiannya terhadap populasi yang sangat besar mendapatkan kejadian ketuban pecah dini sebesar 2,5% dari seluruh persalinan. Penyebab ketuban pecah dini secara pasti belum diketahui, namun ada beberapa faktor risikonya, antara lain riwayat KPD sebelumnya, perdarahan pervaginam, dan riwayat operasi saluran genitalia (Roosdhantia, 2012).

Faktor predisposisi KPD lainnya adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban ataupun asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi selaput ketuban yang abnormal, serviks

inkompetensi, 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 (Tahir, 2012).

Insiden Ketuban Pecah Dini (KPD) di Indonesia berkisar 4,5%-7,6% dari seluruh kehamilan tahun 2011, sedangkan di luar negeri (di negara- negara Asia lainnya seperti Malaysia, Thailand, Filipina, India, insiden KPD antara 6%-12% (Wiradharma, 2013). Hasil penelitian lain di Indonesia bahwa dari seluruh kehamilan, 5–10% mengalami ketuban pecah dini. Pada persalinan kurang bulan, sepertiga diantaranya mengalami ketuban pecah dini; sedangkan dari kasus ketuban pecah dini, 60% di antaranya terjadi pada kehamilan cukup bulan. Pada kehamilan dengan ketuban pecah dini, sebagian besar kasus ditemukan mulut rahim yang belum matang, 30–40% mengalami gagal induksi sehingga diperlukan tindakan operasi, sedangkan sebagian lain mengalami hambatan kemajuan persalinan dengan peningkatan risiko infeksi pada ibu dan janin. Kejadian

amnionitis dilaporkan 15–23% pada penderita hamil dengan ketuban pecah dini (Prabantoro, 2011).

Studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari menunjukkan bahwa masih terdapat kejadian Ketuban Pecah Dini. Pada tahun 2015 terdapat 142 (17,5%) kasus KPD dari 812 persalinan, tahun 2016 mengalami penurunan yaitu 89 (13%) kasus KPD dari 682 persalinan dan kembali meningkat pada tahun 2017 yaitu 103 (14,1) kasus KPD dari 728 persalinan (Rekam Medik dan SIRS RSUD Kota Kendari, 2017).

Mochtar (2012) menyatakan bahwa salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan timbulnya ketuban pecah dini adalah paritas. Pendapat ini juga diperkuat oleh teori dari Morgan (2009), bahwa paritas memungkinkan kerusakan serviks selama kelahiran sebelumnya. Hal ini juga diperkuat dengan teori lain yang menyatakan bahwa ketuban pecah dini akan meningkat pada ibu bersalin grandemultipara. Dalam teori tersebut dikatakan bahwa selaput ketuban yang tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi sehingga menyebabkan ketuban pecah dini (Lestari, 2013).

Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan kasusu bedah sesar dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal. Komplikasi yang

paling sering terjadi pada janin yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Marni, 2011).

Prabantoro (2011) menyatakan bahwa komplikasi pada janin akibat kasus ketuban pecah dini tergantung usia kehamilan dan kejadian selama proses persalinan. Komplikasi ketuban pecah dini dapat mengakibatkan infeksi perinatal, kompresi tali pusat, solusio plasenta, serta adanya sindrom *distress* pada napas bayi baru lahir. Akibat lain yang terjadi adalah *enterocolitis necrotizing*, perdarahan intraventrikular, sepsis neonatorum terjadi pada 2–20% dari kasus ketuban pecah dini, serta dapat terjadi kematian sekitar 5% kasus, sedangkan komplikasi jangka panjang dapat memberikan kecacatan. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Menyebabkan Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah yaitu Identifikasi Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi umur ibu sebagai faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.
- b. Mengidentifikasi paritas ibu sebagai faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.
- c. Mengidentifikasi pekerjaan ibu sebagai faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.
- d. Mengidentifikasi letak janin sebagai faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat guna menambah ilmu pengetahuan di bidang kebidanan, khususnya tentang ketuban pecah dini dan sebagai perbandingan untuk peneliti selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat memperbanyak referensi tentang ketuban pecah dini dan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya.

b. Bagi Ibu Hamil

Diharapkan dapat memberikan motivasi bagi masyarakat setempat untuk mengerti dan memahami tentang ketuban pecah dini sehingga masyarakat dapat mengenal terjadinya ketuban pecah dini.

c. Bagi peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari terkait dengan penelitian serta dapat menjadi satu sarana pembelajaran di lapangan.

E. Keaslian Penelitian

Khadijah, dkk (2015), Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2015. Jenis desain penelitian adalah kasus control (*case control study*). Kasus adalah ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini sebanyak 227 orang dan control adalah ibu bersalin yang tidak mengalami ketuban pecah dini. Hasil penelitiannya adalah ada hubungan antara gemelli dan letak sungsang dengan ketuban pecah dini, tidak ada hubungan letak lintang dengan ketuban pecah dini.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah Faktor-Faktor yang Menyebabkan Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017. Jenis Penelitian adalah deskriptif kuantitatif Sampel Penelitian adalah semua ibu bersalina yang mengalami ketuban pecah dini tahun 2017.sejumlah 103 orang dengan tehnik total sampling. Variabel penelitian ini adalah umur, paritas, pekerjaan dan letak janin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Umum Tentang Ketuban

a. Pengertian

Ketuban adalah suatu membran yang membungkus fetus, termasuk golongan membran ekstra-embryonal, strukturnya tipis, namun cukup kuat untuk melapisi korion dan berisi embrio yang kelak akan tumbuh menjadi fetus, dengan cairan amnion di sekitarnya (Harjono, 2010).

b. Fisiologi

1) Selaput ketuban atau Amniokorion

Selaput ketuban terdiri atas 2 lapisan besar, amnion dan korion. Amnion adalah membran janin yang paling dalam dan berdampingan langsung dengan cairan amnion (Liquor Amnii). Amnion sendiri merupakan jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin. Sehingga, pembentukan komponen-komponen amnion yang mencegah ruptur atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Pada uji kekuatan peregangan, resistensi terhadap robekan dan ruptur, didapatkan bahwa lapisan desidua dan korion *laeve* sudah robek terlebih dahulu daripada amnion. Selain itu, daya regang amnion hampir seluruhnya terletak pada lapisan kompak, yang terdiri dari kolagen interstitium tipe I, III, V, dan VI (dalam jumlah lebih sedikit) yang saling berikatan. Fungsi dari selaput ketuban adalah

sebagai pembungkus ketuban dan menutupi pembukaan dorsal janin (Cunningham, *et al.*, 2012). Sedangkan korion merupakan membran eksternal yang berwarna putih dan terbentuk dari vili-vili sel telur yang berhubungan dengan desidua kapsularis. Korion akan berlanjut dengan tepi plasenta dan melekat pada lapisan uterus. Amnion dan korion mulai berkembang dan akan tumbuh terus sampai kira-kira 28 minggu (Blackburn *et al.*, 2010)

2) Cairan Ketuban (Likuor Amnii)

Merupakan cairan yang terdapat di dalam rongga amnion yang diliputi oleh selaput janin (Wiknjosastro, 2013). Rongga amnion sendiri mulai terbentuk pada hari ke 10-20 setelah pembuahan. Cairan ini akan menumpuk di dalam rongga amnion yang jumlahnya meningkat seiring dengan perkembangan kehamilan sampai menjelang aterm, di mana terjadi penurunan volume cairan amnion pada banyak kehamilan normal (Cunningham, *et al.*, 2012). Volume air ketuban bertambah banyak dengan makin tuanya usia kehamilan. Pada usia kehamilan 12 minggu volumenya \pm 50 ml, pada usia 20 minggu antara 350-400 ml, dan pada saat usia kehamilan mencapai 36-38 minggu kira-kira 1000 ml. Selanjutnya volumenya menjadi berkurang pada kehamilan posterm, tidak jarang mencapai kurang dari 500 ml. Air ketuban sendiri berwarna putih, agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak amis dan manis. Cairan ini mempunyai berat jenis 1,008, yang akan menurun seiring bertambahnya usia kehamilan. Air ketuban terdiri atas 98% air, sisanya terdiri atas garam anorganik serta bahan organik dan

bila diteliti benar, terdapat rambut *lanugo* (rambut halus berasal dari bayi), sel-sel epitel, dan verniks kaseosa (lemak yang meliputi kulit bayi). Protein ditemukan rata-rata 2,6% gram per liter, sebagian besar sebagai albumin (Wiknjosastro, 2013).

- 3) Dari mana cairan ini berasal belum diketahui secara pasti, masih diperlukan penelitian lebih lanjut. Telah banyak teori yang dikemukakan mengenai hal ini. Salah satunya menurut Siswosudarmo (2010), bahwa air ketuban berasal dari transudasi plasma maternal, masuk menembus selaput yang melapisi plasenta dan tali pusat. Pada kehamilan lanjut, urin janin akan ikut membentuk air ketuban. Dikemukakan bahwa peredaran likuor amnii cukup baik pada rongga amnion. Dalam 1 jam didapatkan perputaran lebih kurang 500 ml. mengenai cara perputaran ini pun terdapat banyak teori, antara lain bayi menelan air ketuban yang kemudian dikeluarkan melalui air kencing. Prichard dan Sparr menyuntikkan kromat radioaktif ke dalam air ketuban ini. Hasilnya, mereka menemukan bahwa janin menelan \pm 8-10 cc air ketuban atau 1% dari total seluruh volume air ketuban tiap jam. Apabila janin tidak menelan air ketuban ini (pada kasus janin dengan stenosis), maka akan didapat keadaan hidramnion. Fungsi dari cairan ketuban ini antara lain :
- a) Melindungi janin terhadap trauma dari luar
 - b) Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
 - c) Melindungi suhu tubuh janin

- d) Meratakan tekanan di dalam uterus pada partus, sehingga serviks membuka
- e) Membersihkan jalan lahir (jika ketuban pecah) dengan cairan yang steril, dan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi kurang mengalami infeksi (Wiknjosastro, 2013).

2. Tinjauan Umum Tentang Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2010).

Ketuban Pecah Dini adalah bocornya air ketuban (likuor amnii) secara spontan dari rongga amnion di mana janin ditampung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. (Gahwagi et al, 2015). Sedangkan menurut Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (2014), ketuban pecah dini adalah sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu.

b. Klasifikasi

Menurut POGI (2014), KPD diklasifikasikan menjadi 2 kelompok, yaitu, KPD preterm dan KPD aterm :

1) KPD Preterm

Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan, tes *fern* atau IGFBP-1 (+) pada usia <37 minggu sebelum onset persalinan. KPD sangat preterm adalah pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu antara 24 sampai kurang dari 34 minggu, sedangkan KPD preterm saat umur kehamilan ibu anatara 34 sampai kurang dari 37 minggu minggu.

2) KPD Aterm

Ketuban pecah dini aterm adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan tes *fern* (+), IGFBP-1 (+) pada usia kehamilan ≥ 37 minggu.

c. Penyebab

Menurut Sulistyowati (2013), sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini antara lain :

1) Faktor Maternal

a) Infeksi dari rahim, leher rahim, dan vagina seperti *Chlamydia*, *Gonorrhea*.

b) Stress maternal

Tekanan psikologikal pada ibu dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini.

c) Malnutrisi (gizi buruk, kekurangan vitamin C) dan Status ekonomi rendah

Kekurangan gizi ibu dan status ekonomi yang rendah, dapat menyebabkan kejadian ketuban pecah dini, karena ibu hamil membutuhkan asupan nutrisi yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan bayinya.

d) Merokok

Kebiasaan merokok dan gaya hidup yang tidak sehat dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini.

e) Telah menjalani operasi biopsi serviks

f) Memiliki riwayat KPD

Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, dapat memberi kemungkinan untuk terjadi kembali pada kehamilan selanjutnya.

g) Anemia

Kekurangan sel darah merah, dapat mempengaruhi sistem metabolisme tubuh, dan dapat menurunkan fungsi tubuh dan jaringan yang lain.

h) Trauma abdomen

Trauma abdomen yang secara langsung seperti terjatuh, adanya benturan pada perut dapat menjadi salah satu penyebab kejadian ketuban pecah dini.

i) Mengonsumsi narkoba

j) Genetik

Ketuban pecah dini merupakan kondisi yang terjadi secara familial. Beberapa studi mengatakan gen imunoregulator dapat memperparah korioamniotitis dalam kasus kelahiran kurang bulan.

2) Faktor uteroplasental

- a. Uterus abnormal (misalnya septum uteri)
- b. Plasenta abruption (cacat plasenta didefinisikan sebagai kegagalan fisiologi transformasi dari segmen miometrium arteriolae spiralis sering menyebabkan KPD dan pre-eklampsia)
- c. Serviks insufisiensi
- d. Peregangan uterus (hidramnion, kehamilan kembar)
- e. Chorioamnionitis (infeksi intra ketuban)
- f. Infeksi karena transvaginal USG
- g. Peregangan uterus
- h. Trombosis dan perdarahan desidua

3) Faktor fetal

- a. Kehamilan kembar

d. Patofisiologi

Pecahnya ketuban pada saat persalinan secara umum disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan juga peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah pada bagian tertentu dikarenakan adanya perubahan biokimia, yang mengakibatkan berkurangnya keelastisan selaput ketuban, sehingga menjadi rapuh. Biasanya terjadi pada daerah inferior (Wiknjosastro, 2010).

Korion amnion yang biasa disebut selaput janin merupakan batas desidua maternal dan lainnya pada membran basemen kolagen tipe

II serta IV dan lapisan berserat yang ada di bawahnya mengandung kolagen tipe I, III, V, dan VI, maka dari itu kolagen merupakan kekuatan utama untuk korion amnion. Selaput ketuban pecah adalah proses penyembuhan dari luka di mana kolagen dirusakkan. Kumpulan matrix metalloproteinase (MMPs) adalah salah satu keluarga enzim yang bertindak untuk merusak serat kolagen yang memegang peranan penting. Di sini prostaglandin juga memacu produksi MMPs di leher rahim dan desidua untuk mempromosikan pematangan serviks dan aktivasi membran desidua dan janin, MMPs-1 dan MMPs-8 adalah kolagenase yang mendegradasikan kolagen tipe I, II dan III, sedangkan MMPs-2 dan MMPs-9 merupakan gelatinase yang mendegradasikan kolagen tipe IV dan V. Aktivitas MMPs sendiri diatur oleh inhibitor jaringan MMPs yaitu *tissue inhibitors of MMPs* (TIMPs). Faktor yang sering dapat meningkatkan konsentrasi MMPs adalah infeksi atau peradangan. Infeksi dapat meningkatkan konsentrasi MMP dan menurunkan kadar TIMP dalam rongga ketuban melalui protease yang dihasilkan langsung oleh bakteri, yang nantinya protease itu akan mengakibatkan degradasi kolagen. Proinflamasi seperti IL-1 dan TNF α juga dapat meningkatkan kadar MMP (Sulistiyowati, 2013)

Selaput ketuban yang tadinya sangat kuat pada kehamilan muda, akan semakin menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan

dengan gerakan janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis (Wiknjosastro, 2013)

e. Diagnosis

Untuk menentukan diagnosis dari KPD, baik aterm maupun preterm, selalu ditinjau berdasarkan riwayat ibu, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan USG dan Laboratorium.

1) Riwayat kesehatan

- a) Lama KPD
- b) Tipe dan warna air ketuban yang keluar (bedakan dengan urin, sekresi vagina maupun eksudat dari adanya inflamasi).
- c) Jumlah air ketuban yang keluar
- d) Tanda-tanda infeksi :
 - i. Bau yang menyengat
 - ii. Discharge vagina
 - iii. Ketegangan rahim
 - iv. Demam pada ibu
 - v. Fetal takikardi

2) Pemeriksaan fisik

- a) Palpasi abdomen
 - i. Palpasi abdomen pada kehamilan dapat dilakukan guna menilai ukuran dan presentasi dari janin.
 - ii. Perhatikan apabila terdapat nyeri perut saat di palpasi yang mengindikasikan adanya infeksi.

b) Pemeriksaan Vagina

- i. Melakukan pemeriksaan dengan menggunakan speculum steril. Amati adanya penyatuan cairan ketuban pada bagian posterior fornix vagina atau air ketuban melewati saluran serviks. Jika diagnosis belum jelas, mintalah kepada pasien untuk melakukan tes Valsava.
- ii. Lakukan pemeriksaan *Low Vaginal Swab* (LVS) untuk keperluan mikroskopik (Skrining bakteri *Streptococcus* Grup B dan *Chlamydia*) dan sensitivitas.

Catatan: hindari pemeriksaan digital kecuali waktu kelahiran sudah dekat. Hal ini untuk mengurangi risiko infeksi dan mencegah pemendekan periode laten.

3) Pemeriksasan USG

Mengatur pemeriksaan USG untuk usia kehamilan, kesejahteraan janin, pertumbuhan dan estimasi *Amniotic Fluid Index* (AFI). Pemeriksaan USG ini menyediakan tambahan yang berguna untuk diagnosis oligohidramnion, akan tetapi tidak diagnostik (POGI, 2014).

4) Pemeriksaan Laboratorium

Pada beberapa kasus, perlu dilakukan tes laboratorium apabila pemeriksaan sebelumnya belum cukup untuk mendiagnosis dan juga untuk menyingkirkan kemungkinan lain keluarnya cairan dari vagina atau perineum. Contoh pemeriksaan laboratorium diantaranya tes nitrazin/kertas lakmus dan *Amniotic fluid crystallization test* (Fern test). Pemeriksaan seperti *insulin-like growth factor binding protein 1* (IGFBP-1) sebagai penanda dari persalinan preterm, kebocoran

cairan amnion atau infeksi vagina terbukti memiliki sensitivitas yang rendah. Penanda tersebut juga dapat dipengaruhi oleh konsumsi alkohol. Selain itu pemeriksaan lain seperti pemeriksaan darah ibu dan CRP pada cairan vagina tidak memprediksi infeksi neonatus pada KPD preterm (POGI, 2014).

f. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2010).

g. Pengaruh KPD terhadap ibu dan janin

Pengaruh ketuban pecah dini menurut Mochtar, R (2011) terhadap ibu dan janin adalah meningkatnya mortalitas dan morbiditas perinatal. Pengaruh KPD terhadap janin dan ibu yaitu:

1) Terhadap ibu

Karena jalan lahir telah terbuka, maka dapat terjadi Infeksi intrapartal apalagi bila terlalu sering diperiksa dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan

sepsis, dan selain itu juga dapat dijumpai Partus lama/*dry labour*, Perdarahan postpartum, Infeksi puerperalis/masa nifas, meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya SC) .Ibu akan merasa lelah terbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama sehingga ibu, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal tersebut akan meninggikan angka morbiditas dan mortalitas pada maternal.

2) Terhadap janin

Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi. Karena infeksi intrauterine lebih dahulu terjadi (amnionitis, vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan.komplikasi yang sering dialami oleh janin adalah Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi). Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, *dry labour*/partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, *cerebral palsy*, perdarahan intrakranial,gagal ginjal, distress pernapasan.sehingga meningkatkan Morbiditas dan mortalitas perinatal.

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Dan semakin lama periode laten, makin besar kemungkinan infeksi sehingga meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim. Tanda adanya infeksi bila suhu ibu > 38C, air ketuban keruh dan bau, leukosit darah > 15.000/mm, perlunakan uterus dan takikardia janin (>180 kali/menit) (Wiknjosastro, 2013).

h. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini termasuk dalam beresiko tinggi, kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan KPD masih dilemma bagi sebahagian ahli kebidanan. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis (Yatini, dkk, 2009).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut Wiknjastro (2013) dibagi menjadi konservatif dan aktif.

1) Konservatif

Rawat di Rumah Sakit, berikan antibiotik (ampisillin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisillin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau air ketuban sampai tidak keluar lagi. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu dan tidak ada tanda-tanda infeksi tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Jika usia kehamila 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine). Pada usia kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap

minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksa metason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2) Aktif

a) Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea, dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

b) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian di induksi, bila tidak berhasil akhiri dengan seksio sesarea.

c) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan.

i. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi KPD

Menurut POGI tahun (2014), berbagai faktor resiko yang berhubungan dengan terjadinya KPD, khususnya pada kehamilan preterm, diantaranya:

- 1) Pasien dengan ras kulit hitam memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang memiliki ras kulit putih.
- 2) Status ekonomi yang rendah
- 3) Riwayat merokok selama kehamilan
- 4) Riwayat infeksi menular seksual
- 5) Riwayat persalinan prematur
- 6) Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya
- 7) Perdarahan pervaginam

8) Distensi uterus (pada pasien dengan kehamilan multipel dan polihidramnion)

9) Infeksi

10) Inflamasi koridesidua

Sedangkan prosedur yang dapat berakibat terjadinya KPD aterm antara lain sirkulase dan amniosentesis. Penurunan jumlah kolagen dari membran amnion juga diduga merupakan faktor predisposisi KPD aterm.

Menurut Morgan (2009), Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

1) Usia

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Wiknjosastro, 2013).

2) Sosial ekonomi (Pendapatan)

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi seseorang dalam memenuhi kehidupan hidupnya. Pendapatan yang meningkat tidak merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (BPS, 2015).

3) Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2011).

4) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang.

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga.

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri (Manuaba, 2010). Menurut Depkes RI (2005), bahwa anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi:

(1) HB >11 gr %, tidak anemia,

(2) 9-10 gr % anemia sedang,

(3) < 8 gr % anemia berat.

5) Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sinclair, 2010).

6) Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian KPD dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Helen, 2011).

7) Serviks yang inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. *Inkompetensia serviks* adalah *serviks* dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Manuaba, 2010).

8) Tekanan intra uterum yang meninggi atau meningkat secara berlebihan

Tekanan *intra uterin* yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- a) Trauma; berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis
- b) *Gemelli*

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli 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) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin, AB, 2012).

B. Landasan Teori

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pada kehamilan aterm atau lebih dari 37 minggu sebanyak 8-10% ibu hamil akan mengalami KPD, dan pada kehamilan preterm atau kurang dari 37 minggu sebanyak 1% ibu hamil akan mengalami KPD (Wiknjosastro, 2013). KPD dapat menyebabkan infeksi yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi apabila periode laten terlalu lama dan ketuban sudah pecah. KPD pada ibu hamil primi jika pembukaan kurang dari 3 cm dan kurang dari 5 cm pada ibu hamil multipara. Penyebab KPD masih

belum jelas akan tetapi KPD ada hubungannya dengan selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, serviks inkompeten dan lain-lain (Mochtar, R, 2012).

Menurut penelitian Manggiasih (2014) Meningkatnya usia ibu hamil membuat kondisi dan fungsi rahim menurun. Salah satu akibatnya adalah jaringan rahim yang tak lagi subur. Padahal, dinding rahim tempat menempelnya plasenta. Kondisi ini memunculkan kecenderungan terjadinya plasenta previa atau plasenta tidak menempel di tempat semestinya. Selain itu, jaringan rongga panggul dan otot-ototnya pun melemah sejalan pertambahan usia. Hal ini membuat rongga panggul tidak mudah lagi menghadapi dan mengatasi komplikasi yang berat, seperti perdarahan. Pada keadaan tertentu, kondisi hormonalnya tidak seoptimal usia sebelumnya. Itu sebabnya, risiko KPD dan komplikasi lainnya juga meningkat. tingginya proporsi kejadian KPD pada usia berisiko dan tidak KPD pada yang tidak berisiko.

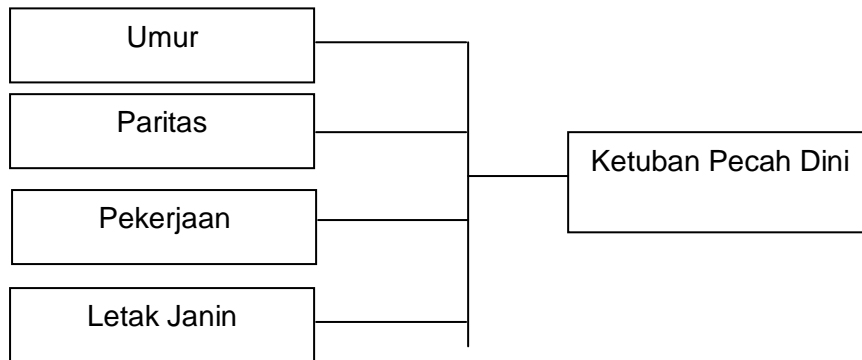
Wanita yang telah melahirkan beberapa kali maka akan lebih berisiko tinggi mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. Menurut Sumadi dan Ariyani KPD banyak terjadi pada multipara. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Sudarto dan Tunut, (2015) menyatakan bahwa faktor yang memengaruhi kejadian KPD adalah paritas. Kehamilan yang terlalu sering dapat memengaruhi embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya dan semakin banyak paritas semakin mudah terjadi infeksi amnion karena rusaknya struktur servik pada persalinan sebelumnya (Varney, 2008). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali akan lebih berisiko mengalami KPD, karena jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh yang diakibatkan oleh vaskularisasi pada

uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan akhirnya selaput ketuban mengalami pecah spontan (Cunningham, 2012).

Pekerjaan adalah suatu yang penting dalam kehidupan, dengan bekerja kita bisa memenuhi kebutuhan, terutama untuk menunjang kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Nursalam, 2011). Namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin.

Kelainan letak pada janin dapat meningkatkan kejadian KPD karena kelainan letak dapat memungkinkan ketegangan otot rahim meningkat sehingga dapat menyebabkan KPD. Besar kecilnya janin dan posisi janin yang dikandung tidak menyebabkan peregangan pada selaput ketuban seperti pada keadaan normal, sungsang ataupun melintang, karena sebenarnya yang dapat mempengaruhi KPD adalah kuat lemahnya selaput ketuban dalam menahan janin (Wiknjosastro, 2013).

C. Kerangka Konsep



Variabel bebas : umur, paritas, pekerjaan, letak janin

Variabel terikat : Ketuban Pecah Dini

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu untuk mengidentifikasi karakteristik ibu hamil yang mengalami ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2018.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di ruang Teratai Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tahun 2017 sebanyak 146 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tahun 2017 sebanyak 146 orang, dengan menggunakan teknik *Total Sampling*.

D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu:

1. Variabel *independent* atau variabel bebas dalam penelitian ini yaitu usia, pekerjaan, paritas, dan kelainan letak.
2. Variabel *dependent* atau variabel terikat dalam penelitian ini yaitu ketuban pecah dini.

E. Defenisi Operasional

1. Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya persalinan.

Kriteria Objektif :

- a. KPD Preterm : pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu 34-<37 minggu
- b. KPD Aterm : pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu ≥ 37 minggu (Wiknjosastro H, 2013).

2. Umur ibu adalah umur ibu yang dihitung dari tanggal lahir hingga saat ini sesuai dengan status ibu.

Kriteria Objektif :

- a. Umur < 20 tahun dan > 35 tahun
- b. Umur 20-35 tahun (Wiknjosastro H, 2013)

3. Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari.

Kriteria obyektif :

- c. Bekerja : PNS, Swasta, Wiraswasta
- d. Tidak Bekerja : Ibu Rumah Tangga

(Nursalam, 2011)

4. Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan, baik lahir hidup maupun mati.

Kriteria Obyektif :

- a. Primipara : ibu yang pernah melahirkan 1 kali.
- b. Multipara : ibu yang pernah melahirkan 2-4 kali.
- c. Grandemultipara : ibu yang pernah melahirkan ≥ 5 kali.

(Wlknjosastro, 2013).

5. Letak janin adalah sumbu tubuh janin terhadap tubuh ibunya .

Kriteria Obyektif :

- a. Presentasi kepala
- b. Sungsang
- c. Lintang

(Wlknjosastro, 2013).

F. Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat tulis, kalkulator dan buku rekam medik.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Jenis data adalah data sekunder. Data diperoleh dari buku register di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tentang ketuban pecah dini.

H. 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.

Rumus yang digunakan :

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

Keterangan :

X : Presentase hasil yang dicapai

f : Frekuensi Variabel yang diteliti

n : Jumlah sampel penelitian

K : Konstanta (100%)

(Arikunto, 2013).

I. Penyajian Data

Dalam penelitian ini data disajikan dalam bentuk tabel distribusi disertai dengan narasi.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Sejarah Berdirinya RSUD Kota Kendari

RSUD Kota Kendari awalnya terletak di kota Kendari, tempatnya di Kelurahan Kandai Kecamatan Kendari dengan luas lahan 3.527 M² dan luas bangunan 1.800 M². RSUD Kota Kendari merupakan bangunan atau gedung peninggalan pemerintah Hindia Belanda yang didirikan pada tahun 1927 dan telah mengalami beberapa perubahan antara lain :

- a. Dibangun oleh pemerintah Belanda pada tahun 1927.
- b. Dilakukan rehabilitasi oleh pemerintah Jepang pada tahun 1942-1945.
- c. Menjadi Rumah Sakit Tentara pada tahun 1945-1960.
- d. Menjadi RSU Kabupaten Kendari pada tahun 1960-1989.
- e. Menjadi Puskesmas Gunung Jati pada tahun 1989-2001.
- f. Menjadi RSU Kota Kendari pada tahun 2001 berdasarkan Perda Kota Kendari No.17 tahun 2001.
- g. Diresmikan penggunaannya sebagai RSUD Abunawas Kota Kendari oleh Bapak Walikota Kendari pada tanggal 23 Januari 2003.

- h. Pada tahun 2008 oleh pemerintah kota kendari telah membebaskan lahan seluas 13.000 ha untuk relokasi Rumah Sakit yang dibangun.
- i. Pada tanggal 09 Desember 2011 RSUD Abunawas Kota Kendari resmi menempati Gedung baru yang terletak di Jl. Brigjen Z.A Sugianto No : 39 Kel. Kambu Kec. Kambu Kota Kendari.
- j. Pada tanggal 12-14 Desember 2012 telah divitasi oleh Tim Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan berhasil terakreditasi penuh sebanyak pelayanan (Administrasi dan Manajemen, Rekam Medik, pelayanan keperawatan, pelayanan Medik dan IGD).
- k. Berdasarkan SK Walikota Kendari No16 tahun 2015 tanggal 13 Mei 2015 dikembalikan namanya menjadi RSUD Kota Kendari sesuai PERDA Kota Kendari No. 17 Tahun 2001.

2. Sarana Gedung

RSUD Kota Kendari saat ini memiliki sarana gedung sbb :

- a. Gedung anthurium (Kantor)
- b. Gedung Bougenvile (Poliklinik)
- c. Gedung IGD
- d. Gedung Matahari (Radiologi)
- e. Gedung Cryasant (Kamar Operasi)
- f. Gedung asoka (ICU)
- g. Gedung Teratai (obgyn-ponek)

- h. Gedung lavender (rawat inap penyakit dalam)
- i. Gedung mawar (rawat inap anak)
- j. Gedung melati (rawat inap bedah)
- k. Gedung Tulip (rawat inap saraf dan THT)
- l. Gedung Anggrek (rawat inap VIP,KLS 1, dan KLS 2)
- m. Gedung instalasi Gizi
- n. Gedung laundry
- o. Gedung laboratorium
- p. Gedung kamar jenazah
- q. Gedung VIP
- r. Gedung PMCC (Private Medical Care)

Dalam menunjang pelaksanaan kegiatan rsud Kota Kendari dilengkapi dengan 4 unit mobil ambulance, 1 buah mobil direktur, 10 buah mobil dokter spesialis dan 10 buah sepeda motor.

3. Ketenagaan

Jumlah tenaga kerja yang ada di rsud Kota kendari terdiri dari

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga para medis
- c. Tenaga para medis non perawatan
- d. Tenaga administrasi

4. Visi, Misi, Fungsi, Nilai – Nilai Dasar, Motto, Tuga Pokok dan strategi

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya RSUD Kota Kendari mempunyai Visi dan misi.

a. Visi

“RUMAH SAKIT PILIHAN MAYARAKAT”

b. Misi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan menciptakan pelayanan yang bermutu, cepat, tepat serta terjangkau oleh masyarakat.
- 2) Mendorong masyarakat untuk memanfaatkan rsud Kota Kendari menjadi RS mitra keluarga.
- 3) Meningkatkan SDM, sarana dan prasarana medis serta non medis serta penunjang medis agar tercipta kondisi yang aman dan nyaman bagi petugas, pasien dan keluarganya serta masyarakat pada umumnya.

c. Motto

Senyum, salam, sapa, santun dan empati kepada setiap pengguna jasa Rumah Sakit.

d. Tuga Pokok

Melakukan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhaya guna dan berhasil guna cara mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi,terpadu dengan upaya peningatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

e. Fungsi

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut, maka RSUD Kota Kendari bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan dan berfungsi :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan medis
- 2) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.
- 3) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
- 4) Menyelenggarakan pendidikan dan latihan.

f. Nilai – Nilai Dasar

- 1) Kejujuran
- 2) Keterbukaan
- 3) Kerendahan hati
- 4) Kesediaan melayani
- 5) Kerja keras
- 6) Kasih sayang
- 7) Loyalitas

g. Strategi

- 1) Meningkatkan Mutu pelayanan secara optimal.
- 2) Meningkatkan sumber daya manusia yang handal dibanding kesehatan yang berorientasi pada tugas, melalui pendidikan dan latihan.
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana medis dan non medis sesuai kebutuhan.

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. Ketuban Pecah Dini

Tabel 4.1 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Ketuban Pecah Dini	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Preterm	17	11,64
Aterm	129	88,36
Total	146	100

Sumber Data Sekunder, diolah tahun 2018

Tabel diatas menunjukkan ibu yang mengalami ketuban pecan dini berjumlah 146 ibu yang terdiri dari 17 orang (11,64%) dengan kehamilan preterm dan 129 orang (88,36%) dengan kehamilan aterm.

2. Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan

Umur

Tabel 4.2 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Umur Ibu	Ketuban Pecah Dini				Total	
	Preterm		Aterm		F	%
	F	%	f	%		
< 20 dan > 35 tahun	3	2,05	25	17,12	28	19,17

20 – 35 tahun	14	9,59	104	71,24	118	80,83
Total	17	11,64	129	88,36	146	100

Sumber Data Sekunder, diolah tahun 2018

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok umur 20 – 35 tahun yang berjumlah 118 ibu (80,83%) dengan kehamilan preterm berjumlah 14 orang (9,59%) dan kehamilan aterm berjumlah 104 orang (71,24%). Sedangkan ibu yang mengalami ketuban pecah dini pada kelompok umur <20 tahun dan > 35 tahun berjumlah 28 orang (19,17%) dengan kehamilan preterm berjumlah 3 orang (2,05%) dan kehamilan aterm berjumlah 25 orang (17,12%).

3. Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan

Pekerjaan

Tabel 4.3 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Pekerjaan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Pekerjaan	Ketuban Pecah Dini				Total	
	Preterm		Aterm		F	%
	f	%	f	%		
Bekerja	3	2,05	19	13,01	22	15,06
Tidak Bekerja	14	9,59	110	75,35	124	84,94
Total	17	11,64	129	88,36	146	100

Sumber Data Sekunder, diolah tahun 2018

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga yang berjumlah 124 orang (84,94%) dengan kehamilan pretem berjumlah 14 orang (9,59%) dan kehamilah aterm berjumlah 110 orang (75,35%). Sedangkan ibu yang bekerja dan mengalami ketuban pecah dini pada berjumlah 22 orang (15,06%) dengan kehamilan pretem berjumlah 3 orang (2,05%) dan kehamilan aterm berjumlah 19 orang (13,01%).

4. Distribusi kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan

Paritas

Tabel 4.4 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Paritas di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Paritas	Ketuban Pecah Dini				Total	
	Preterm		Aterm		F	%
	f	%	f	%		
Primipara	5	3,42	46	31,51	51	34,93
Multipara	10	6,85	49	33,56	59	40,41
Grandemultipara	2	1,37	34	23,29	36	24,66
Total	17	11,64	129	88,36	146	100

Sumber Data Sekunder, diolah tahun 2018

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok multipara yang berjumlah 59 orang (40,41%) dengan kehamilan pretem berjumlah

10 orang (6,85%) dan kehamilan aterm berjumlah 49 orang (33,56%). Sedangkan ibu yang mengalami ketuban pecah dini pada kelompok primipara berjumlah 51 orang (34,93%) dengan kehamilan preterm berjumlah 5 orang (3,42%) dan kehamilan aterm berjumlah 46 orang (31,51%), serta ibu yang mengalami ketuban pecah dini pada kelompok grandemultipara berjumlah 36 orang (24,66%) dengan kehamilan preterm berjumlah 2 orang (1,37%) dan kehamilan aterm berjumlah 34 orang (23,29%)

5. Distribusi kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan

Letak Janin

Tabel 4.5 Distribusi Kejadian Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Letak Janin di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017

Letak Janin	Ketuban Pecah Dini				Total	
	Preterm		Aterm		F	%
	f	%	f	%		
Presentase Kepala	17	11,64	128	87,67	145	99,31
Sungsang	0	0	1	0,69	1	0,69
Lintang	0	0	0	0	0	0
Total	17	11,64	129	88,4	146	100

Sumber Data Sekunder, diolah tahun 2018

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak dengan letak janin presentase kepala berjumlah 145 orang (99,31%) dengan kehamilan preterm

berjumlah 17 orang (11,64%) dan kehamilah aterm berjumlah 128 orang (87,67%). Sedangkan ibu dengan letak janin sungsang dan mengalami ketuban pecah dini pada berjumlah 1 orang (0,69%) dengan kehamilan aterm serta ibu dengan letak janin lintang berjumlah 0 (0%).

C. Pembahasan

Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari pada tahun 2017 berjumlah 146 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 Dispropors*), pendidikan, pekerjaan dan trauma. Dalam penelitian ini, peneliti focus pada empat variabel yaitu umur, pekerjaan, paritas dan letak janin.

1. Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok umur 20 – 35 tahun yang berjumlah 118 ibu (80,83%) dengan kehamilah preterm berjumlah 14 orang (9,59%) dan kehamilah aterm berjumlah 104 orang (71,24%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tria Eni Rafika di RSIA Kenari Graha Medika tahun 2016

bahwa sebagian besar kejadian ketuban Pecah dini terjadi pada umur yang tidak berisiko yaitu umur 21-25 tahun dan hasil analisisnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian Ketuban Pecah Dini.

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 matrixdegradingenzyme. KPD pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, polihidramnion inkompeten serviks solusio plasenta (Winkjosastro, 2011).

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai

berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Wiknjosastro, 2013).

2. Ketuban pecah dini berdasarkan Pekerjaan

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga yang berjumlah 124 orang (84,94%) dengan kehamilan preterm berjumlah 14 orang (9,59%) dan kehamilah aterm berjumlah 110 orang (75,35%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneltian yang dilakukan Dini Nurhayati menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu bersalin dengan kejadian ketuba pecah dini di RSUD Cideres Kabupate Majalengka tahun 2011. Hal ini dikarenakan tidak semua ibu yang bekerja melakukan aktivitas fisik yang terlalu berat sehingga belum tentu berisiko terhadap kejadian KPD.

Hal lain juga dapat dikarenakan ibu yang tidak bekerja dalam hal ini ibu rumah tangga mempunyai aktivitas fisik yang lebih berat seperti mengerjakan pekerjaan dalam rumah seperti mencuci, pakaian, mencuci piring, mengepel, meyapu, menyetrika dan pekerjaan lain dalam rumah.

Aktivitas yang berisiko bagi ibu hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, mengangkat sesuatu yang berat, berdiri lama sepanjang hari. Nasihat yang perlu disampaikan adalah bahwa ibu hamil tetap boleh melakukan aktivitas atau pekerjaan,

tetapi cermati apakah pekerjaan atau aktivitas yang dilakukan berisiko atau tidak untuk kehamilan dan juga untuk persalinannya. Dengan demikian, maka untuk mengantisipasi kejadian ketuban pecah dini, dapat dilakukan dengan cara mengurangi beban pekerjaan yang berat pada masa kehamilan (Kusmiyati, 2009).

3. Ketuban pecah dini Berdasarkan Paritas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak pada kelompok multipara yang berjumlah 59 orang (40,41%) dengan kehamilan preterm berjumlah 10 orang (6,85%) dan kehamilan aterm berjumlah 49 orang (33,56%). Hasil penelitian ini sejalan dengan teori bahwa orang yang melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dini Nurhayati di RSUD Cideres Kabupaten Majalengka tahun 2011 yang menyatakan bahwa kejadian ketuban pecah dini paling banyak terjadi pada multipara.

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali

melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2011).

4. Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Letak Janin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 146 ibu yang mengalami ketuban pecah dini, paling banyak dengan letak janin presentase kepala berjumlah 145 orang (99,31%) dengan kehamilan preterm berjumlah 17 orang (11,64%) dan kehamilannya aterm berjumlah 128 orang (87,67%).

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 persalinan dengan 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 Daerah Kota Kendari tahun 2018, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari 146 ibu mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok umur 20 -35 tahun berjumlah 118 orang (80,83%)
2. Dari 146 ibu mengalami Ketuban Pecah dini (KPD) frekuensi tertinggi pada kelompok ibu yang tidak bekerja berjumlah 124 orang (84,94%).
3. Dari 146 ibu yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD), frekuensi kejadian tertinggi pada paritas multipara yaitu berjumlah 59 orang (40,41%).
4. Dari 146 ibu yang mengalami Ketuban Pecah dini (KPD), frekuensi kejadian tertinggi pada ibu dengan janin letak kepala yaitu berjumlah 145 orang (99,31%).

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.

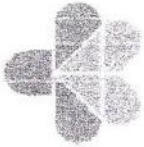
DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S, 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atmono, 2010. *Keluaran Perinatal Pengelolaan Konservatif Kehamilan Belum Genap Bulan dengan Ketuban Pecah Dini*. Tesis.Universitas Diponegoro. Diakses tanggal 25 Januari 2018
- BPS, 2015. *Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Diakses tanggal 21 Januari 2018
- Cunningham, 2012. *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC.
- Lestari, 2013. *Hubungan Paritas Dan Kelainan Letak Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal Kabupaten Kendal Tahun 2012*. Jurnal. Diakses tanggal 25 Januari 2018
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R. 2013. *Sinopsis Ostetri*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2013. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT: Rineka Cipta.
- PrabantoPro. 2011. Peran Endonuclease-G sebagai Biomarker Penentu Apoptosis Sel Amnion pada Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Diakses tanggal 25 Januari 2018
- Rekam Medik dan SIRS RSUD Kota Kendari, 2017 *Ketuban Pecah Dini*
- Roosdhantia, 2012. *Perbedaan Skor APGAR Pada Ketuban Pecah Dini Usia Kurang Dari 34 Minggu Yang Diberi dan Tidak Diberi Deksametason*. Tesis.Universitas Diponegoro. Diakses tanggal 25 Januari 2018
- Saifuddin, AB. 2012. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : YBP-SP

Sudarm, 2013. Hubungan Ketuban Pecah Dini \geq 12 Jam Dengan Gawat Janin Di Ruang Bersalin RSUP NTB Tahun 2012. Media Bina Ilmiah. Volume 7, No. 5 Oktober 2013.

Varney, H. 2008. *Buku Ajar* .Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC.

Wiknjosastro. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.



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/ 299 3/2018
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 : Hastuti
NIM : P00324015008
Jurusan/Prodi : D-III Jurusan Kebidanan
Judul Penelitian : Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini di RSUD Kota Kendari Tahun 2017

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

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

Kendari, 4 Juli 2018



A k h m a d, SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No. 39 Telp. 0401-3005466 Kendari

SURAT PENGANTAR PENGAMBILAN DATA AWAL

Kepada Yth.
Kepala Ruang/ Poli ... SIRS
Di-
Tempat

Telah memenuhi prosedur/ persyaratan untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian kepada :

Nama : HASTUTI
NIM : P00324015008
Jurusan/Program Studi/ Institusi : D-III KEBIDANAN / POLITEKES KENDARI
Judul Penelitian : FAKTOR-FAKTOR YANG MENYEBABKAN TERJADINYA
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD.
KOTA KENDARI

Demikian surat pengantar ini dibuat agar dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Kendari, 20 Februari 2018

An. Direktur
Kepala Bagian Tata Usaha

Minartin, SKM, M.Kes

NIP. 19661012 198703 2 009



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No. 39 Telp. 0401-3005466 Kendari, Sulawesi Tenggara
Email rsudabunawaskdi@yahoo.co.id

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.

Kepala Ruangan/ Profi... Teratai.....

Di _

Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : HASTUTI

NIM : 000324015008

Jurusan/ Prodi : D.III KEBIDANAN

Institusi : POLITEKES KENDARI

Judul penelitian : FAKTOR-FAKTOR YANG MENYEBABKAN TERJADINYA
KETUBAN PECAH DINI DIRUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA KENDARI TAHUN 2017

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 23 Juli 2018



An. Direktur
Kepala Bagian Tata Usaha

Minartin, SKM, M.Kes

NIP. 19661012 198703 2 009



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93231
Website : balitbang.sulawesi.tenggara.prov.go.id Email: badan.litbang.sultra01@gmail.com

Kendari, 9 Juli 2018

Nomor : 070/3990/Balitbang/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Gubernur Sulawesi Tenggara
di-
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL. 11.02/1/2993/2018
Tanggal 4 Juli 2018 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : HASTUTI
NIM : P00324015008
Prog. Studi : D-IV Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

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

**"FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI
DI RSUD KOTA KENDARI TAHUN 2018"**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 9 Juli 2018 sampai selesai.

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

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta menaati 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) exemplar 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 menaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI.



[Signature]
Dr. Ir. SUKANTO TODING, MSP, MA
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
Nip. 19680720 199301 1 003

Tembusan :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari
2. Walikota Kendari Kendari
3. Direktur Kota Kendari di Kota Kendari
4. Kepala Dinas Kesehatan Bombana di Bombana
5. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari
6. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari
7. Mahasiswa yang Bersangkutan



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No. 39 Telp. 0401-3005466 Kendari, Sulawesi Tenggara
l:mail rsudabunawaskdi@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070/ 2932 /2018

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : HASTUTI
NIM : P00324015008
Jurusan/Prodi : DIII KEBIDANAN
Institusi : POLTEKES KEMENKES KENDARI

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul
“ Faktor- Faktor Yang Menyebabkan Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit
Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017, sejak tanggal 09 s/d 31 Juli 2018

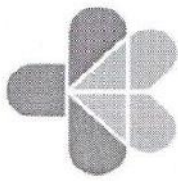
Demikian surat keterangan penelitian ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Kendari, 31 Juli 2018
An. Direktur
Kepala Bagian, Tata Usaha



Mimartin, SKM, M.Kes

NIP. 19661012 198703 2 009



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

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: 322/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Hastuti
NIM : P00324015008
Tempat Tgl. Lahir : Kendari, 20 Desember 1996
Jurusan : D.III Kebidanan
Alamat : Jl Anawai, Kompleks Oheo

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.III Kebidanan Tahun 2018

Kendari, 08 Agustus 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Amaluddin, S. Sos

NIP. 1961123119820310

MASTER TABEL
FAKTOR-FAKTOR YANG MENYEBABKAN TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI TAHUN 2017

NO	NAMA	KPD		UMUR		PEKERJAAN		PARITAS			LETAK JANIN		
		PRETERM	ATERM	< 20 dan > 35	20-35	BEKERJA	TIDAK BEKERJA	PRIMI	MULTI	GRANDE	PRESKEP	SUNGSANG	LINTANG
1	Ny. U		√	19 Thn			√	√			√		
2	Ny. R		√		30 Thn		√		√		√		
3	Ny. M		√	18 Thn			√	√			√		
4	Ny. M		√		21 Thn		√		√		√		
5	Ny. M		√		29 Thn	√			√		√		
6	Ny. S		√		34 Thn		√			√	√		
7	Ny. M	√			29 Thn		√		√		√		
8	Ny. W		√		24 Thn		√		√		√		
9	Ny. M		√		28 Thn	√			√		√		
10	Ny. W		√	42 Thn			√			√	√		
11	Ny. S		√		23 Thn		√	√			√		
12	Ny. L		√		20 thn		√	√			√		
13	Ny. I	√			32 Thn	√			√		√		
14	Ny. N		√		32 Thn	√			√		√		
15	Ny. M		√		28 Thn		√		√		√		
16	Ny. H		√		28 Thn		√		√		√		
17	Ny. S		√		35 Thn	√				√	√		
18	Ny. S		√		25 Thn	√			√		√		

19	Ny. I		√		29 Thn		√	√			√		
20	Ny. N		√		20 thn		√	√			√		
21	Ny. O		√		22 Thn		√	√			√		
22	Ny. A		√		20 thn		√	√			√		
23	Ny.W		√		35 Thn	√			√		√		
24	Ny. M	√			21 Thn		√		√		√		
25	Ny.I		√		25 Thn		√		√		√		
26	Ny. W		√		28 Thn		√		√		√		
27	Ny. S		√		35 Thn	√				√	√		
28	Ny. H		√		35 Thn		√			√	√		
29	Ny. M		√	18 Thn			√	√			√		
30	Ny. M		√		21 Thn		√			√	√		
31	Ny. N		√	38 Thn			√		√		√		
32	Ny. Y		√		30 Thn		√		√		√		
33	Ny. H		√		25 Thn	√		√			√		
34	Ny. N		√		29 Thn		√		√		√		
35	Ny.M		√		34 Thn		√			√	√		
36	Ny. H	√		36 Thn			√		√		√		
37	Ny. L	√			22 Thn		√	√			√		
38	Ny. N	√		18 Thn			√	√			√		
39	Ny. A		√		26 Thn	√		√			√		
40	Ny.A		√		30 Thn		√		√		√		
41	Ny. A		√		35 Thn	√				√	√		
42	Ny. R		√		28 Thn		√		√		√		
43	Ny. M		√		34 Thn		√			√	√		

44	Ny. W		√		23 Thn		√	√			√		
45	Ny.R		√	40 Thn			√			√	√		
46	Ny. S		√	42 Thn			√			√	√		
47	Ny. F		√		20 thn		√	√			√		
48	Ny. I		√		26 Thn		√		√		√		
49	Ny. N		√	38 Thn			√		√		√		
50	Ny. N		√		23 Thn		√	√			√		
51	Ny. S		√	16 Thn			√	√			√		
52	Ny. U		√		28 Thn		√	√			√		
53	Ny. R		√		24 Thn	√		√			√		
54	Ny. M		√		30 Thn		√		√		√		
55	Ny. M		√		32 Thn		√		√		√		
56	Ny. M		√		35 Thn		√		√		√		
57	Ny. S		√		20 thn		√	√			√		
58	Ny. M		√		35 Thn		√			√	√		
59	Ny. W		√	45 Thn		√				√	√		
60	Ny. M		√		34 Thn		√			√	√		
61	Ny. W	√			28 Thn		√		√		√		
62	Ny. S		√	18 Thn			√	√			√		
63	Ny. L		√		21 Thn		√	√			√		
64	Ny. I	√		17 Thn			√	√			√		
65	Ny. N		√	41 Thn			√		√		√		
66	Ny. M		√	19 Thn			√	√			√		
67	Ny. H	√			35 Thn		√		√		√		
68	Ny. S		√	40 Thn			√			√	√		

69	Ny. S		√		33 Thn		√		√		√		
70	Ny. I		√		35 Thn		√			√	√		
71	Ny. N	√			26 Thn		√		√		√		
72	Ny. O		√	38 Thn			√		√		√		
73	Ny. A		√		28 Thn		√		√		√		
74	Ny. W		√		21 Thn		√	√			√		
75	Ny. M		√		20 thn		√	√			√		
76	Ny. I		√	50 Thn		√				√	√		
77	Ny. W		√		35 Thn		√			√	√		
78	Ny. S		√	19 Thn			√	√			√		
79	Ny. H		√		28 Thn		√		√		√		
80	Ny. M		√	38 Thn			√		√		√		
81	Ny. M		√		33 Thn		√		√		√		
82	Ny. N		√	40 Thn		√				√	√		
83	Ny. Y		√		34 Thn		√		√		√		
84	Ny. H		√		25 Thn		√	√			√		
85	Ny. N		√		30 Thn	√			√		√		
86	Ny. M		√		26 Thn		√	√			√		
87	Ny. H	√			35 Thn	√			√		√		
88	Ny. L		√		25 Thn		√	√			√		
89	Ny. N		√		33 Thn		√			√	√		
90	Ny. A		√		22 Thn		√	1			√		
91	Ny. A		√		26 Thn		√		√		√		
92	Ny. A		√		21 Thn		√	√			√		
93	Ny. R		√		30 Thn	√		√			√		

94	Ny. M		√	38 Thn			√			√	√		
95	Ny. W	√			28 Thn		√		√		√		
96	Ny.R		√		34 Thn		√			√	√		
97	Ny. S		√		25 Thn		√		√		√		
98	Ny. M		√		35 Thn		√	√			√		
99	Ny. N		√		24 Thn		√		√		√		
100	Ny. Y		√		25 Thn		√		√		√		
101	Ny. H	√			35 Thn		√			√	√		
102	Ny. N		√		23 Thn		√	√			√		
103	Ny.M	√			20 thn		√	√			√		
104	Ny. H	√			34 Thn		√			√	√		
105	Ny. L		√		21 Thn		√	√			√		
106	Ny. N		√	17 Thn			√	√			√		
107	Ny. A	√			35 Thn		√			√	√		
108	Ny.A		√		25 Thn		√		√		√		
109	Ny. A		√		35 Thn		√			√	√		
110	Ny. R		√		22 Thn		√		√		√		
111	Ny. M		√		34 Thn		√			√	√		
112	Ny. W		√		35 Thn		√			√	√		
113	Ny.R		√		30 Thn	√			√		√		
114	Ny. S		√		33 Thn		√			√	√		
115	Ny. M		√		33 Thn		√			√	√		
116	Ny. N		√		34 Thn		√			√	√		
117	Ny. Y		√		28 Thn		√		√		√		
118	Ny. H		√		27 Thn		√		√		√		

119	Ny. N		√		22 Thn		√		√		√		
120	Ny.M		√		34 Thn		√		√		√		
121	Ny. H		√		25 Thn		√		√		√		
122	Ny. L		√		30 Thn		√			√	√		
123	Ny. N		√	38 Thn			√		√		√		
124	Ny. A		√		21 Thn		√		√		√		
125	Ny.A		√		21 Thn		√		√		√		
126	Ny. A		√		22 Thn		√	√			√		
127	Ny. R		√		20 thn	√		√			√		
128	Ny. M		√	45 Thn			√			√	√		
129	Ny. W		√		20 thn		√	√			√		
130	Ny.R		√		23 Thn		√		√		√		
131	Ny. S		√		20 thn		√	√			√		
132	Ny. W		√		25 Thn		√		√		√		
133	Ny.R		√		28 Thn		√		√		√		
134	Ny. S		√		30 Thn		√	√			√		
135	Ny. M		√		21 Thn		√	√			√		
136	Ny. N		√		20 thn		√	√			√		
137	Ny. Y		√		25 Thn		√	√			√		
138	Ny. H		√		28 Thn		√			√	√		
139	Ny. N		√		30 Thn		√		√		√		
140	Ny.M		√		28 Thn		√		√		√		
141	Ny. M		√		28 Thn		√		√			√	
142	Ny. N		√		26 Thn		√	√			√		
143	Ny. Y		√	40 Thn			√			√	√		

144	Ny. H	√			20 thn	√		√			√		
145	Ny. N		√		20 thn		√	√			√		
146	Ny.M		√	18 Thn		√		√			√		
		17	129	28	118	22	124	52	29	36	145	1	0

DOKUMENTASIAN PENELITIAN

