

**HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN  
ASFIKIA NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**



**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program  
Pendidikan Diploma IV Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Kendari**

**OLEH**

**TRIA YULANDA AGUSTINA  
P00312016098**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK  
INDONESIA POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI  
JURUSAN KEBIDANAN  
2017**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKIA  
NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**

Disusun dan diajukan oleh :

**Tria Yulanda Agustina**  
**P00312016098**

Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian skripsi dihadapan  
tim penguji Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan D IV Kebidanan

Kendari, Desember 2017

Pembimbing I



**Hasmia Naningsi, SST, M.Keb**  
**Nip. 197407191992122001**

Pembimbing II



**Andi Malahayati N, S.Si.T, M.Kes**  
**Nip. 198105072007012005**

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



**Sultina Sarifa, SKM, M.Kes**  
**Nip. 198809021992032003**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKZIA  
NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**

Disusun dan diajukan oleh :

**Tria Yulanda Agustina**  
**P00312016098**

Skripsi ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang dilaksanakan tanggal 15 Desember 2017.

**Tim Penguji**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Sultina Sarita, SKM, M.Kes        | (.....<br><i>Sarita</i> .....)            |
| 2. Dr. Kartini, S.Si.T,M.Kes         | (.....<br><i>Kartini</i> .....)           |
| 3. Hj. Sitti Zaenab, SKM, SST, M.Keb | (.....<br><i>Sitti Zaenab</i> .....)      |
| 4. Hasmia Naningsi, SST, M.Keb       | (.....<br><i>Hasmia Naningsi</i> .....)   |
| 5. Andi Malahayati N, S.Si.T,M.Kes   | (.....<br><i>Andi Malahayati N</i> .....) |

**Mengetahui**

**Ketua Jurusan Kebidanan**



**Sultina Sarita, SKM, M.Kes**  
**NIP. 196806021992032003**

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

Nama : Tria Yulanda Agustina  
Tempat Tanggal Lahir : Sukabumi, 18 Agustus 1995  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku/Bangsa : Sunda  
Alama : Jl. Kedondong kel. Anduonohu  
kec. Poasia

### B. Pendidikan

1. SDN 01 Warungkiara : Tamat Tahun 2006
2. SMPN 01 Warungkiara : Tamat Tahun 2009
3. SMAN 02 Kendari : Tamat Tahun 2012
4. Poltekes kendari jurusan Diploma III Kebidanan tamat tahun 2015
5. Poltekkes Kendari Jurusan D IV Kebidanan, masuk Tahun 2016  
sampai sekarang

## INTISARI

### HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2017

Tria Yulanda Agustina<sup>1</sup>, Hasmia Naningsi<sup>2</sup>, Andi Malahayati N<sup>3</sup>

**Latar belakang :** Asfiksia adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. *World Health Organization (WHO)* melaporkan kematian bayi yang disebabkan oleh asfiksia adalah sekitar 11%. Data yang diperoleh RSUD Kota Kendari Pada tahun 2017 dari bulan januari sampai oktober tercatat jumlah bayi yang mengalami asfiksia sebanyak 112 (24,32 %) dari 460 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari.

**Tujuan penelitian:**mengetahui hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

**Metode penelitian:** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Analitik dengan menggunakan rancangan penelitian *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir di ruang bersalin RSUD Kota Kendari tahun 2017 sebanyak 460 orang. Sampel yang diperoleh sebanyak 224 responden, dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kasus (112 bayi yang mengalami asfiksia) dan kontrol (112 bayi yang tidak mengalami asfiksia). Analisa data yang digunakan adalah univariabel dan bivariabel dengan menggunakan *chi-square*.

**Hasil penelitian:** berdasarkan hasil analisa data dengan menggunakan uji chi-square menunjukkan ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan *p-value*  $0,00 < 0,05$ . sedangkan hasil korelasi dengan OR nilainya sebesar 30,3.

Kata Kunci: asfiksia, ketuban pecah dini

---

1. Mahasiswa poltekkes kendari jurusan kebidanan
2. Dosen poltekkes kendari jurusan kebidanan

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari. Tidak lupa pula peneliti panjatkan salawat dan salam kepangkuan nabi besar Muhammad SAW, yang telah membawa kita dari alam yang gelap gulita ke alam yang berilmu pengetahuan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih terdapat banyak kekeliruan dan kesalahan karena keterbatasan penulis. Penyelesaian skripsi ini tidak lepas dari bimbingan, arahan dan petunjuk dari berbagai pihak sehingga segala bentuk kesulitan dan kendala yang ditemui dapat diatasi. Oleh karenanya pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Hasmia Naningsi, SST,M.Keb selaku pembimbing I dan Ibu Andi Malahayati N, S.Si.T,M.Kes selaku pembimbing II Semoga Allah SWT senantiasa menganugrahkan kebahagiaan dan keselamatan untuk kita sekalian.

Teristimewa untuk pahlawan hidupku, terima kasih yang tak terhingga kepada ibundaku tersayang yang telah banyak berkorban

dengan besar hati dan susah payah membesarkan, mendidik dan menyekolahkanku dengan segala curahan hati, kasih sayang, doa serta pengorbanannya hingga saat ini dan ayahandaku tercinta yang telah memberikan banyak pelajaran berharga tentang kemandirian. Tak lupa untuk orang yang paling kucintai Abah dan Almarhumah Umi Semoga kebahagiaan senantiasa menaungi mereka. Amin.

Demikian pula ucapan terimakasih dan penghargaan penulis haturkan kepada :

1. Askrening SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.
2. Sultina Sarita, SKM.M.Kes selaku ketua jurusan
3. Melania Asi,S.SI.T,M.Kes selaku kepala program studi D IV kebidanan
4. Dewan penguji Sultina Sarita, SKM.M.Kes selaku penguji I, Dr. Kartini, S.Si.T,M.Kes selaku penguji II dan Hj. Sitti Zaenab, SKM,SST,M.Keb yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
5. dr. Asridah Mukkadim,M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari (RSUD) kota kendari yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
6. Dosen dan staf akademik Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah membimbing dan membantu penulis selama menempuh pendidikan.

7. Kepada rekan-rekan mahasiswa program studi DIV kebidanan angkatan 2016 terimakasih atas kebersamaan suka maupun duka, bantuan, dukungan serta motivasi selama perkuliahan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, masih terdapat berbagai kekurangan, untuk itu penulis dengan segala kerendahan hati berharap adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari segala pihak yang bertujuan untuk penyempurnaan karya tulis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa menganugrahkan kebahagiaan dan keselamatan untuk kita sekalian. Akhir kata semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Kendari, Desember 2017

Peneliti

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTISARI</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Keaslian Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka.....	7
B. Landasan Teori.....	22
C. Kerangka Teori .....	24
D. Kerangka Konsep .....	24

E. Hipotesis.....	25
-------------------	----

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian.....	26
---	----

B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	27
-------------------------------------	----

C. Populasi dan Sampel.....	27
-----------------------------	----

D. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	28
---	----

E. Jenis Dan Teknik Data Penelitian .....	28
---	----

F. Instrumen Penelitian.....	28
------------------------------	----

G. Pengolahan dan Analisa Data .....	29
--------------------------------------	----

### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian.....	32
--------------------------	----

B. Pembahasan .....	38
---------------------	----

### **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	45
--------------------	----

B. Saran.....	45
---------------	----

### **Daftar Pustaka**

### **Lampiran**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Kerangka Teori .....	24
Gambar 2 :Kerangka Konsep.....	24
Gambar 3 : Rancangan Penelitian <i>Case Control</i> .....	26

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 : Tabel Kontegensi 2 X 2 Odds Ratio Pada Penelitian <i>Case Control Study</i> .....	30
Tabel 2: Distribusi Frekuensi bayi asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.....	37
Tabel 3 :Distribusi Fekuensi Ketuban Pecah Dini Di RSUD Kota Kendari Provins Sulawesi Tenggara Tahun 2017.....	37
Tabel 4 :Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.....	38

## DAFTAR LAMPIRAN

- 1 : Surat Izin Penelitian
- 2 : Master Tabel Hasil penelitian
- 3 : Hasil Perhitungan Uji *Chi Square*
- 4 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Asfiksia adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Hal ini disebabkan karena hipoksia (kekurangan oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir. Hipoksia dapat menghambat adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar rahim ibu. Sekitar 9,8% dari seluruh kematian bayi baru lahir disebabkan oleh asfiksia yang terjadi waktu lahir (Maryunani, 2013). Di Indonesia, prevalensi asfiksia sekitar (3%) kelahiran atau setiap tahunnyasekitar 144/900 kelahiran dengan asfiksia sedang dan berat (Rukiyah, 2009). Asfiksia di sebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah ketuban pecah dini. (Winjosastro, 2014).

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Kejadian ketuban pecah dini di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, angka tersebut meningkat setiap tahunnya hal ini yang harus diperhatikan oleh tenaga medis agar angka kejadian ketuban pecah dini dapat dikendalikan. (Jumiarni, 2011). Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan

mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS atau *Respiratory Distress Syndrom*) yang terjadi pada 10-40 % bayi baru lahir. Ketuban pecah dini dapat mengakibatkan asfiksia pada bayi baru lahir dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. (winkjosastro, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kematian bayi (AKB) menjadi indikator kesehatan pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak pada saat ini serta merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Hal ini sesuai dengan program kesehatan yang dicanangkan dalam *Millenium Development Goals*(MDGs) 2015 pada butir ke 4 dalam rangka menurunkan angka kematian bayi (AKB) 24 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2013). Angka kematian bayi akibat asfiksia neonatorum di dunia sebesar 11% (WHO, 2015).

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

(23,53%), kurangnya oksigen dalam rahim (hipoksia intra uterine) (21,24%) dan kegagalan bernafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (asfiksia neonaturum) yaitu sebesar (29,23%) dan masalah kesehatan lainnya selama periode perinatal (Depkes RI, 2010).

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

Angka kematian bayi (AKB) di Sulawesi Tenggara berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2013 terjadi 586 kasus *Asfiksia* (1,1%) dari 48.029 kelahiran, tahun 2014 terjadi 401 kasus *Asfiksia* (0,8%) dari 47.553 kelahiran dan tahun 2015 terjadi 322 kasus *Asfiksia* (0,6%) dari 46.049 kelahiran. (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, 2016).

Hasil data awal yang dilakukan di RSUD Kota Kendari pada tahun 2015, persentase jumlah bayi yang lahir asfiksia sebanyak 78 bayi (10,4%) dari 750 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari dan pada tahun 2016 terjadi peningkatan tercatat 132 (13,44%) yang lahir asfiksia dari 682 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari. Pada tahun 2017 dari bulan januari sampai oktober tercatat jumlah bayi yang

mengalami asfiksia sebanyak 112 (24,32 %) dari 460 bayi yang lahir di RSUD Kota Kendari sedangkan untuk kejadian penyulit kehamilan dan persalinan lainnya pada tahun 2015 terdapat 142 (18,93 %) dari 750 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari dan kejadian ketuban pecah dini pada tahun 2016 terdapat 89 (13,04 %) dari 682 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari sedangkan pada tahun 2017 terjadi peningkatan kasus ketuban pecah dini sebesar 119 (25,86%) dari 460 ibu yang melahirkan di RSUD Kota Kendari (Data rekam medik RSUD Kota Kendari, 2017).

Oleh karena itu pada bayi baru lahir dengan asfiksia merupakan masalah penting yang menyangkut kualitas kesehatan, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017”?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mengetahui hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

### **2. Tujuan khusus**

- a) Mengetahui distribusi frekuensi kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
- b) Mengetahui distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
- c) Menganalisis hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Tenaga Kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bidan tentang ketuban pecah dini dan asfiksia, sehingga tenaga kesehatan lebih memperhatikan masalah AKB yang di sebabkan oleh ketuban pecah dini maupun asfiksia neonatorum.

## 2. Bagi ibu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan bagi ibu-ibu tentang ada hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi penelitian selanjutnya.

### **E. Keaslian penelitian**

1. Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Yona Desni Sagita (2014) dengan judul “ Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dan Persalinan Section Caesarea Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir”. Jenis penelitian analitik dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan data yang digunakan yaitu simpel random sampling. Analisis univariat dan bivariat digunakan dalam penelitian ini. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya yaitu variabel *independent* yang diteliti, waktu, lokasi penelitian serta jenis penelitian. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian *case control*.
2. Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Widyastuti (2012) dengan judul “ Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum”. Teknik sampling menggunakan Simple Random Sampling. Pengumpulan data menggunakan data sekunder yaitu

didapatkan dari data register persalinan. Data diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang kemudian dianalisis menggunakan uji *Chi Square*. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya yaitu waktu, lokasi penelitian serta jenis penelitian. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian *case control*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Tinjauan Umum Tentang Asfiksia Neonatorum**

###### **a. Pengertian**

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia atau asfiksia primer dan mungkin dapat bernafas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir atau asfiksia sekunder. (Fauziah, 2013).

Asfiksia pada bayi baru lahir adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh karena hipoksia (kekurangan oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir (Maryunani, 2013). Asfiksia berarti hipoksia yang progresif, bila proses ini berlangsung terlalu jauh akan mengakibatkan kerusakan otak atau kematian. (winkjosastro, 2010). Selain itu menyebabkan mortalitas yang tinggi dan sering menimbulkan gejala sisa berupa kelainan neurologi. (Deslidel, 2012). Salah

salah satu penyebab utama kematian neonatus tersebut adalah asfiksia atau sindrom gawat nafas . (Manuaba, 2010).

#### **b. Penyebab asfiksia**

Beberapa kondisi tertentu pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah utero plasenter sehingga pasokan oksigen ke bayi menjadi berkurang. Hipoksia bayi di dalam rahim ditunjukkan dengan gawat janin yang dapat berlanjut menjadi asfiksia bayi baru lahir. Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir, diantaranya adalah faktor ibu, tali pusat dan bayi berikut ini.

##### a) Faktor ibu

- 1) Preeklamsia dan eklamsia.
- 2) Perdarahan abnormal (*plasenta previa* atau *solusio plasenta*).
- 3) Partus lama atau partus macet.
- 4) Ketuban pecah dini
- 5) Demam selama persalinan.
- 6) Infeksi berat (*malaria, sifilis, TBC, HIV*).
- 7) Kehamilan post matur.
- 8) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 9) *Gravida* empat atau lebih.

b) Faktor bayi

- 1) Bayi premature (sebelum 37 minggu kehamilan).
- 2) Persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, *ekstrasi* vakum, porsef).
- 3) Kelainan congenital.
- 4) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

c) Faktor tali pusat

- 1) Lilitan tali pusat.
- 2) Tali pusat pendek.
- 3) Simpul tali pusat.
- 4) Prolapsus tali pusat.

**c. Gejala dan tanda asfiksia**

1. Tidak bernafas atau nafas megap-megap atau pernafasan lambat (kurang dari 30 kali per menit).
2. Pernafasan tidak teratur, dengkur atau retraksi (pelekukan dada).
3. Tangisan lemah dan merintih.
4. Warna kulit pucat atau biru.
5. Tonus otot lemas dan ekstremitas terkulai.
6. Denyut jantung tidak ada atau lambat (bradikardia) (kurang dari 100 kali per menit).

#### **d. Dampak dari asfiksia**

Terjadinya berbagai permasalahan pada organ-organ vital, diantaranya adalah :

1. otak (hipokstik iskemik ensefalopati, edeme serebri, palsy selebralis)
2. jantung dan paru (hipertensi pulmonal persisten pada neonatorum, pendarahan paru, edema paru)
3. gastrointestinal (enterokolitis nekrotikans)
4. ginjal (tubular nekrosis akut).

(Maryunani, 2013).

#### **e. Klasifikasi Asfiksia**

- a) Skor APGAR 7-10.

Dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.

- b) *Asfiksia* sedang. Skor APGAR 4-6.

Pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100/menit, tonus otot kurang baik atau baik, *sianosis*,refleks *iritabilitas* tidak ada.

- c) *Asfiksia* berat. Skor APGAR 0-3.

Pada pemeriksaan finis ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100/menit,tonus otot buruk,*sianosis* berat dan kadang pucat,refleks-*iritablitas* tidak ada,*asfiksia* berat dengan henti jantung.

#### f. Penatalaksanaan asfiksia

Tujuan utama mengatasi *asfiksia* ialah untuk mempertahankan kelangsungan hidup bayi dan membatasi gejala sisa yang mungkin timbul di kemudian hari. Tindakan yang dikerjakan pada bayi lazim disebut *resusitasi* bayi baru lahir.

Prinsip dasar *resusitasi*:

- a) Memberikan lingkungan yang baik pada bayi dan mengusahakan saluran pernafasan tetap babas serta merangsang timbulnya pernafasan.
- b) Melakukan koreksi terhadap *asidosis* yang terjadi.
- c) Menjaga agar sirkulasi darah tetap baik.

Dalam Saifudin (2011) cara *resusitasi* terbagi atas tindakan umum dan tindakan khusus:

- a) Tindakan umum
  - 1) Pernapasan, suhu
  - 2) Pembersihan jalan nafas
  - 3) Rangsangan untuk menimbulkan pernafasan
- b) Tindakan khusus

Cara yang dikerjakan disesuaikan dengan beratnya *asfiksia* yang timbul pada bayi yang dimanifestasikan oleh tinggi rendahnya skor APGAR (Saifudin, 2011).

1) *Asfiksia* Berat (skor APGAR 0-3).

Langkah utama ialah memperbaiki *ventilasi* paru dengan memberikan O<sub>2</sub> dengan tekanan dan *intermiten*. Cara yang terbaik ialah dengan melakukan *intubasi endotrakeal*. Setelah kateter diletakkan dalam *trakea*, O<sub>2</sub> diberikan dengan tekanan tidak lebih dari 30 cm H<sub>2</sub>O. Tekanan positif ini dilakukan dengan meniupkan udara yang mengandung O<sub>2</sub> tinggi ke dalam kateter secara mulut ke pipa atau *ventilasi* kantong ke pipa. Usaha pernafasan (*gasping*) biasanya mulai timbul setelah tekanan positif diberikan 1-3 kali. Bila setelah 3 kali *inflasi* tidak didapatkan perbaikan pernafasan atau frekuensi jantung, *masase* jantung eksternal harus segera dikerjakan dengan frekuensi 80-100/menit. Tindakan ini dilakukan dengan diselingi *ventilasi* tekanan dalam perbandingan 1 : 3, yaitu setiap 1 kali *ventilasi* tekanan diikuti oleh 3 kali kompresi dinding *toraks*. *Asfiksia* berat dengan disertai henti jantung:

Tindakan yang dilakukan sesuai dengan penderita *asfiksia* berat, hanya dalam hal ini disamping pemasangan pipa *endotrakeal*, segera pula dilakukan *masase* jantung eksternal (Saifudin, 2011).

2) *Asfiksia sedang* (skor APGAR 4-6)

Bila dalam waktu 36-60 detik tidak timbul pernafasan spontan, *ventilasi* aktif harus segera dimulai. *Ventilasi* aktif yang sederhana, dapat dilakukan secara '*frogbreathing*'. Cara ini dikerjakan dengan meletakkan kateter O<sub>2</sub> *intranasalsian* O<sub>2</sub> dialirkan dengan aliran 1-2 l/menit. *Ventilasi* ini dihentikan bila setelah 1-2 menit tidak dicapai hasil yang diharapkan. Dalam hal ini segera dilakukan *ventilasi* paru dengan tekanan positif secara tidak langsung (Saifudin, 2006). *Ventilasi* ini dapat dikerjakan dengan 2 cara. yaitu *ventilasi* mulut ke mulut atau *ventilasi* kantong ke masker. *Ventilasi* dilakukan secara teratur dengan frekuensi 20-30 kali/menit dan diperhatikan gerakan pernafasan spontan yang mungkin timbul. Tindakan dinyatakan tidak berhasil bila setelah dilakukan beberapa saat terjadi penurunan frekuensi jantung atau perburukan *tonus* otot. *Intubasi endotrakeal* harus segera dikerjakan dan bayi diperlakukan sebagai penderita *asfiksia* berat (Saifudin, 2011).

### 3) *Asfiksia* ringan Nilai apgar 7-10

pada usia 1 menit Bayi dengan nilai apgar 7-10 jarang memerlukan tindakan resusitasi kecuali pengisapan jalan nafas.

## 2. Tinjauan Umum Tentang Ketuban Pecah Dini

### a. Teori ketuban pecah dini

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

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

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

2014).KPD sering kali menimbulkan konsekuensi seperti morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi terutama kematian perinatal yang cukup tinggi . Sebelum kematian janin yang dilahirkan akan mengalami asfiksia dan jika berlanjut akan mengalami kematian.

#### **b. Etiologi ketuban pecah dini**

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

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

- a) Infeksiyang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- b) Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
- c) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.

- d) Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- e) Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.  
(Nugroho,2012)
- f) Keadaan sosial ekonomi.

Faktor lain:

- 1) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- 2) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- 3) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
- 4) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C)

### **c. Tanda Dan Gejala**

- a) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- b) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.

- c) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
- d) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

#### **d. Cara Menentukan KPD**

Kadang-kadang agak sulit atau meragukan kita apakah ketuban benar sudah pecah atau belum, apabila pembukaan *kanalis serviks* belum ada atau kecil, cara menentukannya :

1. Adanya cairan berisi dan mekonium, *verniks caseosa*, rambut *lanugo* dan kadang-kadang berbau kalau sudah *infeksi*.
2. *Inspekulo* : lihat dan perhatikan apakah air ketuban keluar dari *kanalis servikalis* dan bagian yang sudah pecah.
3. *Lakmus (Limus)*
  - a. Jadi biru (basa) berarti air ketuban
  - b. Jadi merah (asam) berarti air kemih (urine)
4. Pemeriksaan Ph *forniks posterior*, pada PROM atau KPD Ph adalah basa (air ketuban)
5. Pemeriksaan *histopatologi* air (ketuban)
6. *Abrization* dan sitologi air ketuban

Prinsip ketuban pecah dini :

- a. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung
- b. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam *obstetrik* berkaitan dengan penyakit kelahiran *preamtur* dan terjadi yang *karioamnionity* sampai *sepsis* yang meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas perinatal* dan menyebabkan *infeksi* ibu.
- c. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan *membran* atau meningkatnya tekanan *intra uterin* atau oleh kedua faktor tersebut, berkurangnya kekuatan *membran* disebabkan oleh adanya *infeksi* yang dapat berasal dari *vagina* dan *serviks*.

**e. Komplikasi**

KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD *premature*

sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadi *koriamnionitis* (radang pada klorin dan amnion). Selain itu kejadian proplas atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD.

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

- 1) Infeksi Intrauterin
- 2) Tali pusat menumbung
- 3) Prematuritas
- 4) Distosia.

#### **f. Penatalaksanaan**

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelolah ketuban pecah dini akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan ketuban pecah dini masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan. Kasus ketuban pecah dini yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insiden besar *caesar*, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan *chorioamnionitis*.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS (*Respiratory*

*Distress Syndrom*), dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberi waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin.

Resiko yang lebih tinggi sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama angka kematian ibu dan bayi. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten.

Ada 2 faktor yang terdapat dalam penatalaksanaannya.

a). Konservatif

- 1) Rawat dirumah sakit
- 2) Beri antibiotika : bila ketuban pecah > 6 jam berupa :  
Ampisilin 4 x 500 gr atau Gentamycin 1 x 800 mg.

- 3) Umur kehamilan <32-34 minggu : dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
  - 4) Bila usia kehamilan 32-34 minggu ,masih keluar air ketuban,maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi premature)
  - 5) Nilai tanda infeksi ( suhu,leukosit, tanda infeksi intrauterine.
  - 6) Pada usia kehamilan 32-34 minggu,berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru paru janin.
- b) Aktif
- 1) Kehamilan > 35 minggu:induksi oksitosin,bila gagal dilakukan seksio sesaria. Cara induksi:1 ampul syntocinon dalam Dekrose 5%, dimulai 4 tetes per menit ,tiap ¼ jam dinaikan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/menit.
  - 2) Pada keadaan CPD,letak lintang dilakukan seksio sesaria.
  - 3) Bila ada tanda infeksi : beri antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

## **B. Landasan Teori**

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

segera setelah bayi lahir (Maryunani, 2013). Asfiksia neonatorum di pengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor tali pusat seperti lilitan tali pusat tali pusat pendek simpul tali pusat prolapsus tali pusat, ketuban pecah dini, persalinan lama atau partus macet,, faktor bayi dan faktor persalinan. Faktor ibu berupa preeklampsia dan eklampsia, pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta, demam selama persalinan infeksi berat (malaria, sifilis, tbc, hiv), kehamilan lewat waktu (sesudah 42 minggu kehamilan), faktor tali pusat berupa faktor bayi berupa Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan) Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep) Kelainan bawaan (kongenital) air ketuban bercampur mekonium yang berwarna kehijauan (Maryunani, 2013). Salah satu faktor yang menyebabkan asfiksia adalah ketuban pecah dini dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat (winkjosastro, 2014).

### C. Kerangka Teori



Gambar. 1 Maryunani Anik 2013

### D. Kerangka konsep

Bagan kerangka konsep





## **Gambar 2. Kerangka Konsep**

Keterangan :

Variabel bebas (*Independent*) : Ketuban Pecah Dini

Variabel terikat (*Dependent*) : Asfiksia Neonatorum

### **E. Hipotesis**

Ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian Asfiksia Neonatorum.

## BAB III

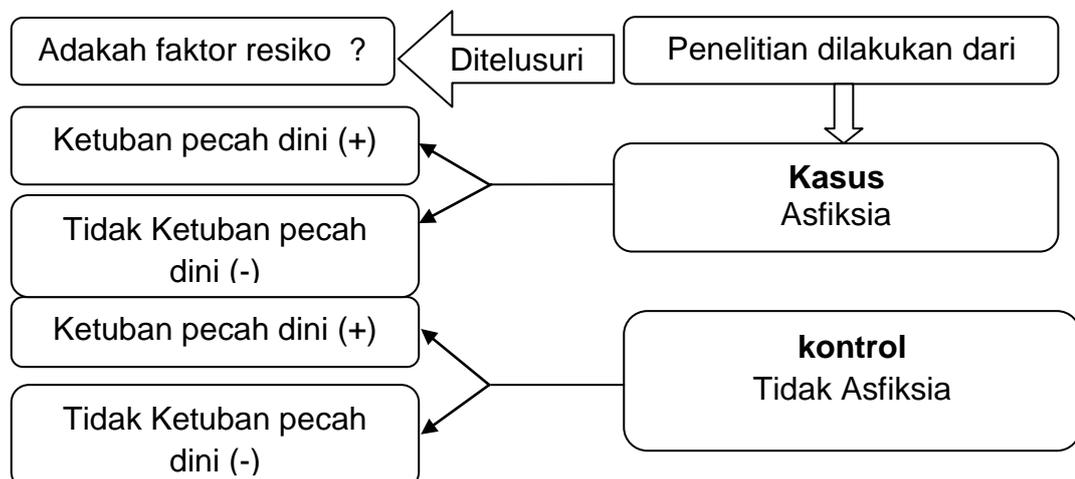
### METODE PENELITIAN

#### H. Jenis Penelitian Dan Rancangan Penelitian

##### 1. Jenis penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Analitik dengan menggunakan rancangan penelitian *case control* yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit, dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan ciri paparannya (Chandra, 2008). Studi kasus kontrol / *case control study* adalah salah satu studi analitik yang digunakan untuk mengetahui faktor resiko atau masalah kesehatan yang diduga memiliki hubungan erat dengan penyakit yang terjadi dimasyarakat.

##### 2. Rancangan penelitian



### **Gambar 3. Rancangan Penelitian *Case Control***

#### **I. Tempat Dan Waktu Penelitian**

1. Tempat penelitian 26

Penelitian dilaksanakan di ruang bersalin RSUD Kota Kendari provinsi Sulawesi tenggara.

2. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan November sampai Desember tahun 2017

#### **J. Populasi Dan Sampel**

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir diruang bersalin RSUD Kota Kendari tahun 2017 sebanyak 460 orang.

2. Sampel

a. Kasus: Seluruh bayi yang mengalami asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari tahun 2017 berjumlah 112 bayi dimana pengambilan kasus secara *total sampling*

b. Kontrol: Bayi yang tidak mengalami asfiksia di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017 berjumlah 348 bayi. Teknik pengambilang sampel

kontrol secara *Systematic Random Sampling*, dimana seluruh bayi yang tidak mengalami asfiksia di pilih memakai angka kelipatan yang di peroleh dari  $348 : 112 = 3$  sebagai sampel kontrol adalah setiap angka kelipatan 3 (Arikunto, 2010).

#### K. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Asfiksia neonatorum	Bayi baru lahir yang terdiagnosa asfiksia tercatat dalam buku register RSUD kota kendari berdasarkan nilai apgar score	Daftar ceklis	1. Asfiksia 2. Tidak Asfiksia	Nominal
2.	Ketuban pecah dini	Pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan yang sudah didiagnosa KPD oleh dokter dan tercatat dalam dalam buku register RSUD kota kendari	Daftar ceklis	1. KPD 2. Tidak KPD	Nominal

#### L. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari ruang bersalin RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017 yang meliputi data ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum.

#### M. Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan adalah lembar ceklis (√) tentang hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017.

## N. Pengolahan dan Analisa Data

### 1. Analisis univariabel

Data diolah dan disajikan kemudian dipresentasikan dan diuraikan dalam bentuk tabel dengan menggunakan rumus :

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

Keterangan

f : Variabel yang diteliti

n : Jumlah sampel peneliti

K : Konstanta (100 %)

X : Presentase hasil yang dicapai

### 2. Analisis bivariabel

Untuk mendeskripsikan hubungan antara *independent variable* dan *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square*. Adapun rumus yang digunakan untuk *chi-square* adalah :

$$X^2 = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

Keterangan

- $\Sigma$  : jumlah  
 $\chi^2$  : statistik *chi-square* hitung  
 O : Nilai frekuensi yang diobservasi  
 E : Nilai frekuensi yang diharapkan

Pengambilan kesimpulan dari pengujian hipotesa adalah ada hubungan jika  $p$  value  $< 0,05$  dan tidak ada hubungan jika  $p$  value  $> 0,05$  atau  $\chi^2$  hitung  $> \chi^2$  tabel maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan dan  $\chi^2$  hitung  $< \chi^2$  tabel maka  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima yang berarti tidak ada hubungan.

Untuk mendeskripsikan risiko *independent variabel* pada *dependent variabel*. Uji statistik yang digunakan adalah perhitungan *Odds Ratio* (OR). Mengetahui besarnya OR dapat diestimasi faktor risiko yang diteliti. Perhitungan OR menggunakan tabel 2x2 sebagai berikut:

**Tabel 1. Tabel Kontegensi 2 X 2 Odds Ratio Pada Penelitian  
*Case Control Study***

Faktor risiko	Kejadian Asfiksia		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Positif	a	b	a+b
Negative	c	d	c+d

Keterangan:

a : jumlah kasus dengan risiko positif

b : jumlah kontrol dengan risiko positif

c : jumlah kasus dengan risiko negative

d : jumlah kontrol dengan risiko negative

### **Rumus Odds Ratio**

*Odds case:*  $a/(a+c) : c/(a+c) = a/c$

*Odds control:*  $b/(b+d) : d/(b+d) = b/d$

Odds ratio :  $a/c : b/d = ad/bc$

Estimasi *confidence interval* (CI) ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95% dengan interpretasi:

Jika  $OR > 1$  :Faktor yang diteliti merupakan faktor risiko

Jika  $OR = 1$  :Faktor yang diteliti bukan merupakan faktor  
Risiko (tidak ada hubungan)

Jika  $OR < 1$  :Faktor yang diteliti merupakan faktor protektif

## **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, tepatnya di Kelurahan Kandai Kecamatan Kendari dengan luas lahan 3.527 M<sup>2</sup> dan luas bangunan 1.800 M<sup>2</sup>.

RSUD. Kota Kendari merupakan bangunan atau gedung peninggalan pemerintah Hindia Belanda yang didirikan pada tahun 1927 dan telah mengalami beberapa kali perubahan antara lain :

- 1) Dibangun oleh Pemerintah Belanda pada tahun 1927
- 2) Dilakukan rehabilitasi oleh Pemerintah Jepang pada tahun 1942 – 1945
- 3) Menjadi Rumah Sakit Tentara pada tahun 1945 – 1960
- 4) Menjadi RSU. Kabupaten Kendari pada tahun 1960 – 1989
- 5) Menjadi Puskesmas Gunung Jati pada tahun 1989 – 2001
- 6) Menjadi RSUKota Kendari pada tahun 2001 berdasarkan Perda Kota Kendari No.17 Tahun 2001

- 7) Diresmikan penggunaannya sebagai RSUD. Abunawas Kota Kendari oleh bapak Walikota Kendari pada tanggal 23 Januari 2003
- 8) Pada Tahun 2008 , oleh pemerintah Kota Kendari telah membebaskan lahan seluas 13.000 ha untuk relokasi Rumah
- 9) Sakit, yang dibangun secara bertahap dengan menggunakan dana APBD, TP, DAK dan <sup>32</sup>
- 10) Pada tanggal 9 Desember 2011 Rumah Sakit Umum Daerah Abunawas Kota Kendari resmi menempati Gedung baru yang terletak di Jl. Brigjen Z.A Sugianto No : 39 Kel Kambu Kec. Kambu Kota Kendari.
- 11) Pada tanggal 12 – 14 Desember 2012 telah divisitasi oleh TIM Komite Akreditasi Rumah Sakit ( KARS ), dan berhasil terakreditasi penuh sebanyak 5 pelayanan ( Administrasi & Manajemen, Rekam Medik, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Medik dan IGD )
- 12) Berdasarkan SK Walikota Kendari no 16 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 :

1. Gedung Anthurium ( Kantor )
2. Gedung Bougenville ( Poliklinik )

3. Gedung ( IGD )
4. Gedung Matahari ( Radiologi )
5. Gedung Crysant ( Kamar Operasi )
6. Gedung Asoka ( ICU )
7. Gedung Teratai ( Obgyn - Ponak )
8. Gedung Lavender ( Rawat inap penyakit dalam )
9. Gedung Mawar ( Rawat Inap Anak )
10. Gedung Melati ( Rawat Inap Bedah )
11. Gedung Tulip (Rawat Inap Saraf & THT)
12. Gedung Anggrek ( Rawat Inap VIP, Kls I dan Kls II )
13. Gedung Instalasi Gizi
14. Gedung Laundry
15. Gedung Laboratorium
16. Gedung Kamar Jenazah
17. Gedung VIP
18. Gedung ICU, Bedah Sentral, IGD, Apotek (Pembangunan Tahun 2016)
19. Gedung PMCC ( Private Medical Care Centre ) dalam proses pembangunan

Dalam menunjang pelaksanaan kegiatan,RSUD. Kota Kendari dilengkapi dengan 4 unit mobil ambulance, 1 buah mobil direktur, 11 buah mobil operasional dokter spesialis dan 10 buah sepeda motor.

### 3. KETENAGAAN

Jumlah tenaga kerja yang ada di RSUD. Kota Kendari pada tahun 2016 sebanyak 486( 198 PNS dan 288 Non PNS ) ,yang terdiri dari dari :

- 1) Tenaga medis
- 2) Tenaga paramedis Perawatan
- 3) Tenaga paramedis non perawatan
- 4) Tenaga administrasi

### 4. Visi, Misi, Fungsi, Nilai-Nilai Dasar, Motto,Tugas Pokok Dan Strategi

Dalam menjalankan Tugas dan fungsinya RSUD Kota Kendari mempunyai Visi dan Misi :

#### a. Visi

*“ RUMAH SAKIT PILIHAN MASYARAKAT ”*

#### b. Misi

- a) Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan menciptakan pelayanan yang bermutu, cepat, tepat serta terjangkau oleh masyarakat.
- b) Mendorong masyarakat untuk memanfaatkan RSUD Kota Kendari menjadi RS mitra keluarga.
- c) 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, Sabar dan empaty kepada setiap pengguna jasa Rumah Sakit

**d. Tugas Pokok**

- a) Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.
- b) Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.

**e. Fungsi**

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

- a) Menyelenggarakan pelayanan medis
- b) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis & non medis
- c) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d) Menyelenggarakan pendidikan dan latihan
- e) Menyelenggarakan administrasi dan keuangan

- f) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan

**f. Nilai-Nilai Dasar**

- a) Kejujuran
- b) Keterbukaan
- c) Kerendahan hati
- d) Kesiediaan melayani
- e) Kerja keras
- f) Kasih Sayang
- g) Loyalitas

**B. Analisis Univariabel**

Berdasarkan data yang terkumpul, jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 224 responden. Subjek penelitian terbagi menjadi dua kelompok yaitu kasus (112 bayi yang mengalami asfiksia) dan kontrol (112 bayi yang tidak mengalami asfiksia). Sampel yang diambil adalah kasus : kontrol (1:1). Hasil penelitian dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Bayi Asfiksia Neonatorum Di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

Asfisia	Frekuensi (N)	Presentase (%)
Asfisia	112	24 %
Tidak Asfiksia	348	76 %
Total	460	100 %

**Sumber : data sekunder diolah tahun 2017**

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa dari 460 bayi yang lahir di RSUD kota kendari terdapat 112 (24%) yang mengalami asfiksia dan 348 (76 %) yang tidak mengalami asfiksia.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini Di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

Ketuban Pecah Dini	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Ketuban Pecah Dini	119	53 %
Tidak Ketuban Pecah Dini	105	47 %
Total	224	100 %

**Sumber : data sekunder diolah tahun 2017**

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa dari 224 kasus terdapat 119 (53%) yang mengalami ketuban pecah dini dan 105 (47%) yang tidak mengalami ketuban pecah dini.

### C. Analisis Bivariabel

Tabel 4. Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

Variabel	Asfiksia		Tidak Asfiksia		Total	OR 95 % CI	P-Values
	n	%	N	%			
KPD	98	87,5	21	18,8	119	30,3	0,00
Tidak KPD	14	12,5	91	81,2	105		
Total	112	100	122	100	224		

Tabel 4 Menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan  $p$  value  $0,00 < 0,05$ . sedangkan hasil korelasi dengan OR nilainya sebesar 30,3 hasil ini menunjukkan  $OR > 1$  yang artinya bahwa ketuban pecah dini kemungkinan mengalami asfiksia 30,3 kali > dibandingkan dengan tidak ketuban pecah dini

### D. Pembahasan

## 1. Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari hasil penelitian setelah diuji *statistic* menunjukkan adanya hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara. Hasil analisis univariabel dan bivariabel menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia, dimana dari 112 bayi yang mengalami asfiksia terdapat 119 yang mengalami ketuban pecah dini dengan nilai  $OR = 30,3$  yang artinya ketuban pecah dini memiliki risiko terjadi asfiksia 30,3 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak ketuban pecah dini. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori winkjosastro (2014) bahwa salah satu penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir dikarenakan ketuban pecah dini (winkjosastro,2014)

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

RSUD Ambawa tahun 2014. Dari hasil uji juga diperoleh nilai Odds Ratio sebesar 12,158, ini artinya ibu dengan KPD berisiko mengalami asfiksia 12,158 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak KPD. (Komsianti, 2014)

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yona menunjukkan bahwa jumlah bayi baru lahir dengan kejadian KPD yang mengalami asfiksia sebanyak 80 (53.0%). Kejadian tidak KPD yang mengalami asfiksia sebesar 47 (39.5%). Berdasarkan hasil analisis hubungan Ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir melalui *chi-square* didapat nilai  $p$  value = 0.037 ( $p < 0,05$ ). Dapat disimpulkan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, maka ada hubungan antara KPD dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir. Hubungan Ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia dilihat dari nilai OR (1.726) yang artinya ketuban pecah dini mempunyai risiko 1.726 kali lebih berisiko dibandingkan dengan yang tidak KPD dengan bayi yang tidak asfiksia. (Yona, 2012)

Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa KPD merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia dan infeksi. Hipoksia pada janin yang menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir terjadi karena gangguan pertukaran gas transport gas  $O_2$  dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan  $O_2$  dan dalam menghilangkan  $CO_2$  (Prawirohardjo, 2007). KPD merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia, suatu hal penting untuk diperhatikan

terutama oleh tenaga kesehatan sehubungan dengan komplikasi yang dapat di timbulkan akibat dari ketuban pecah dini seperti infeksi pada ibu dan janin yang akan di lahirkannya,terjadinya prematuritas dan RDS(Respiration Dystres Syndrome),hal tersebut akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. (Winkjosastro, 2014).

KPD dapat dicegah dengan cara memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hamil tentang kehamilan, persalinan dan juga menganjurkan agar ibu hamil secara rutin melakukan ANC (*Ante Natal Care*) ke tempat pelayanan kesehatan selama kehamilan berlangsung,disamping itu ibu perlu hati-hati dalam beraktifitas sehari-hari sehingga persalinannya nanti bisa berjalan lancar dan tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Apabila ibu ada di rumah sakit maka petugas harus merawat dengan baik dan mengupayakan agar tidak terjadi infeksi yang membahayakan. Dalam penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia *gestasi*, adanya infeksi dan komplikasi pada ibu dan janin atau tanda-tanda persalinan (Saifudin, 2002).

Pada ketuban pecah dini jalan lahir sudah terbuka sehingga tidak boleh terlalu sering diperiksa dalam karena pada ketuban pecah dini dapat terjadi *infeksi intrapartum* (pada ketuban pecah 6 jam resiko infeksi meningkat satu kali, ketuban pecah 24 jam resiko infeksi meningkat dua kali lipat). Selain itu dapat dijumpai juga *infeksi puerpuralis* (nifas), *peritonitis*, *septicemia* dan *dry labor* atau partus

kering. Solusi lain yang bisa dilakukan oleh Rumah Sakit untuk mencegah terjadinya ketuban pecah dini adalah menjalin kerjasama lintas program dengan bidan desa agar lebih optimal dan lebih intensif dalam pelaksanaan *Ante Natal Care* pada ibu hamil sehingga bisa mengurangi resiko terjadinya Ketuban Pecah Dini. Pencegahan infeksi oleh tenaga kesehatan yang benar, melakukan penyuluhan tentang kebiasaan hidup sehat seperti tidak merokok, mengkonsumsi makanan yang sehat, minum yang cukup dan olahraga teratur. (Mochtar, 2008).

Asfiksia neonatorum di pengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor tali pusat seperti lilitan tali pusat tali pusat pendek simpul tali pusat prolapsus tali pusat, ketuban pecah dini, persalinan selama atau partus macet,, faktor bayi dan faktor persalinan. Faktor ibu berupa preeklampsia dan eklampsia, perdarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta, demam selama persalinan infeksi berat (malaria, sifilis, tbc, hiv), kehamilan lewat waktu (sesudah 42 minggu kehamilan), faktor tali pusat berupa faktor bayi berupa Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan) Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep) Kelainan bawaan (kongenital) air ketuban bercampur mekonium yang berwarna kehijauan (Maryunani, 2013).

Salah satu faktor yang menyebabkan asfiksia adalah ketuban pecah dini dimana dengan pecahnya ketuban mengakibatkan

oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban maka janin semakin gawat (winkjosastro, 2014). Pada ibu hamil, air ketuban berguna untuk mempertahankan atau memberikan perlindungan terhadap bayi dari benturan yang diakibatkan oleh lingkungannya diluar rahim. Selain itu air ketuban bisa membuat janin bergerak dengan bebas kesegala arah. Ada dua macam kemungkinan ketuban pecah dini yaitu *premature rupture of membrane* dan *preterm rupture of membrane*. Keduanya memiliki gejala yang sama, yaitu keluarnya cairan dan tidak ada keluhan sakit. Tanda-tanda khasnya adalah adanya keluaran cairan mendadak disertai bau yang khas, namun berbeda dengan air seni. Alirannya tidak terlalu deras keluar serta tidak disertai rasa mulas atau sakit perut. Namun adakalanya hanya terjadi kebocoran kantung ketuban. Tanpa disadari oleh ibu cairan merembes sedikit demi sedikit hingga cairan ini makin berkurang. Akan terdeteksi jika ibu baru merasakan perih dan sakit jika janin bergerak-gerak. Pecahnya selaput ketuban menyebabkan terbukanya hubungan intra uterin dengan ekstra uterin, dengan demikian mikro organisme dengan mudah masuk dan menimbulkan infeksi intra partum apabila ibu sering diperiksa dalam, infeksi puerpuralis, peritonitis dan sepsis. Ketuban pecah dini pada kondisi kepala janin belum masuk pintu atas panggul mengikuti aliran air ketuban, akan terjepit antara kepala janin dan

dinding panggul, keadaan sangat berbahaya bagi janin. Dalam waktu singkat janin akan mengalami hipoksia hingga kematian janin dalam kandungan (IUFD), pada kondisi ini biasanya kehamilan segera diterminasi. Bayi yang dilahirkan jauh sebelum aterm merupakan calon untuk terjadinya respiratory distress syndrome (RDS). Hipoksia dan asidosis berat yang terjadi sebagai akibat pertukaran oksigen dan karbondioksida alveoli kapiler tidak adekuat, terbukti berdampak sangat fatal pada bayi. (Nugroho, 2011).

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Dari 460 bayi yang lahir terdapat 112 (24%) bayi yang mengalami kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
2. Dari 224 sampel terdapat 119 (53%) bayi yang lahirdengan ketuban pecah dini di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
3. Ada hubungan antara ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai *P- Value*  $0,00 \leq 0.05$  Dengan nilai OR = 30.3 yang artinya ketuban pecah dini memiliki risiko terjadi asfiksia 30,3 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak ketuban pecah dini..

#### B. Saran

1. Pada pihak rumah sakit petugas harus merawat dengan baik dan mengupayakan agar tidak terjadi infeksi yang

membahayakan sehingga kegawatan pada bayi dapat diminimalkan

2. Agar ibu hamil sering memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan secara teratur untuk mendeteksi adanya kelainan yang membahayakan ibu dan bayi.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang mempengaruhi kejadian asfiksia perinatal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta
- BPS. (2016). Data Kematian Bayi. Badan Pusat Statistik
- Budiarto, Eko, 2012. *Biostatistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC
- Budiman, Chandra. 2008. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Data Rekam Medik RSUD Kota Kendari 2016
- Depkes (2014). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Desni Sagita Yona, 2012. *Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dan Persalinan Sectio Caesarea Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir*
- Deslidel, Dkk. 2012. *Buku Ajar: Asuhan Neonatus, Bayi Dan Balita*. Jakarta: EGC
- Dinkes. (2012). *Data Kematian Maternal Dan Neonatal*. Dinas Kesehatan Kota Kendari.
- Fauziah, Afroh. 2013. *Asuhan Neonatus*. Jakarta: EGC
- JNKP. 2008. *Pelatihan Asuhan Persalinana Normal*. Jakarta : Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.
- Jumiarni I. 2011. *Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. EGC

- Manuaba, I.G.B., 2010. *Kebidanan Dan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Hipokrates
- Maryunani, Anik. 2013. *Asuhan Bayi Baru Lahir Normal*. Jakarta: ETN
- Nugroho, T. 2012. *Buku Ajar : Obstetric Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Suhu Medika: Yogyakarta
- Rukiyah, A.Y. 201. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: TIM
- Saifuddin, AB. 2011. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Sujiyatini, dkk. 2009. *Asuhan 47 Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Widyastuti. 2011, *Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. Jurnal Ilmiah Kebidanan Komunitas Akademi Kebidanan Ar Rahmah Nomor 02 Tahun 2011 Bandung* ISSN: 2356-5454
- Winkjosastro, Hanifa.. 2014. *ilmu kebidanan*. Jakarta: YBP-SP
- Winkjosastro, Hanifa.. 2010. *Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal* . Jakarta: YBP-SP
- Wiradharma, Kardana I Md, 2013. *Resiko Asfiksia Pada Ketuban Pecah Dini* Vol.14 No.5

## MASTER TABEL

### HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKZIA NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGERA TAHUN 2017

NO	NAMA	ASFIKZIA		KETUBAN PECAH DINI	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
1	By. E	1		1	
2	By. K	1		1	
3	By. S	1		1	
4	By. G	1		1	
5	By. S	1		1	
6	By. F		2		2
7	By. H		2		2
8	By. H		2		2
9	By. J		2		2
10	By. I		2		2
11	By. M		2		2
12	By. M	1		1	
13	By. M	1		1	
14	By. N	1		1	
15	By. T	1		1	
16	By. B	1		1	
17	By. I	1			2
18	By. L	1			2
19	By. K	1			2
20	By. H		2		2

21	By. Z		2		2
22	By. F		2		2
23	By. P		2		2
24	By. W		2		2
25	By. K	1		1	
26	By. M	1		1	
27	By. B	1		1	
28	By. C	1		1	
29	By. B	1		1	
30	By. V	1		1	
31	By. K		2		2
32	By. C		2		2
33	By. a	1		1	
34	By. A	1		1	
35	By. A	1		1	
36	By. S	1		1	
37	By. K	1		1	
38	By. G		2		2
39	By. D		2		2
40	By. K		2		2
41	By. S		2		2
42	By. F		2		2
43	By. M		2		2
44	By. H	1		1	
45	By. H	1		1	
46	By. H	1		1	

47	By. S	1		1	
48	By. C	1		1	
49	By. K	1		1	
50	By. H	1		1	
51	By. w	1		1	
52	By. L	1		1	
53	By. D	1		1	
54	By. A	1		1	
55	By. S	1		1	
56	By. E	1		1	
57	By. T		2		2
58	By. I		2		2
59	By. P		2		2
60	By. D		2		2
61	By. L	1		1	
62	By. V	1		1	
63	By. S	1		1	
64	By. S	1		1	
65	By. O		2	1	
66	By. K		2	1	
67	By, L		2	1	
68	By. D		2	1	
69	By. V		2	1	
70	By. C		2	1	
71	By. M		2	1	
72	By. M		2	1	

73	By. N		2		2
74	By. T		2		2
75	By. P		2		2
76	By. A		2	1	
77	By. J		2	1	
78	By. U		2	1	
79	By. D		2	1	
80	By. I		2		2
81	By. P		2	1	
82	By. G		2	1	
83	By. K		2	1	
84	By. A		2	1	
85	By. S		2	1	
86	By. L		2		2
87	By. A		2		2
88	By. S		2	1	
89	By. Y		2	1	
90	By. U		2	1	
91	By. R		2	1	
92	By. V		2		2
93	By. F		2		2
94	By. P		2		2
95	By. F		2		2
96	By. A		2		2
97	By. K		2		2
98	By. O	1		1	

99	By. B	1		1	
100	By. C	1		1	
101	By. D	1		1	
102	By. T	1		1	
103	By. R	1		1	
104	By. y	1		1	
105	By. D	1		1	
106	By. L	1		1	
107	By. D	1		1	
108	By. A	1		1	
109	By. K	1		1	
110	By. S	1		1	
111	By. F	1		1	
112	By. M	1		1	
113	By. H	1		1	
114	By. H	1		1	
115	By. H	1		1	
116	By. S	1		1	
117	By. C	1		1	
118	By. K	1		1	
119	By. H	1		1	
120	By. w	1		1	
121	By. L	1		1	
122	By. D	1		1	
123	By. A	1		1	
124	By. S	1		1	

125	By. E		2		2
126	By. T		2		2
127	By. I		2		2
128	By. P		2		2
129	By. D		2		2
130	By. L		2		2
131	By. V	1		1	
132	By. S	1		1	
133	By. S	1		1	
134	By. O	1		1	
135	By. K	1		1	
136	By, L	1		1	
137	By. D	1		1	
138	By. V	1		1	
139	By. C		2		2
140	By. M		2		2
141	By. M		2		2
142	By. N		2		2
143	By. T	1		1	
144	By. P	1		1	
145	By. A	1		1	
146	By. J	1		1	
147	By. U	1		1	
148	By. D	1		1	
149	By. I	1		1	
150	By. P	1		1	

151	By. G	1		1	
152	By. K	1		1	
153	By. A	1		1	
154	By. S	1		1	
155	By. L	1		1	
156	By. A	1		1	
157	By. S	1		1	
158	By. Y	1			2
159	By. U		2		2
160	By. R		2		2
161	By. V		2		2
162	By. F		2		2
163	By. P		2		2
164	By. F		2		2
165	By. A		2		2
166	By. K		2		2
167	By. O		2		2
168	By. B		2		2
169	By. C		2		2
170	By. D		2		2
171	By. T		2		2
172	By. R		2		2
173	By. y		2		2
174	By. D		2		2
175	By. L		2		2
176	By. D		2		2

177	By. A		2		2
178	By. K		2		2
179	By. S		2		2
180	By. F		2		2
181	By. M		2		2
182	By. H		2		2
183	By. H		2		2
184	By. H		2		2
185	By. S		2		2
186	By. C		2		2
187	By. K		2		2
188	By. H		2		2
189	By. w		2		2
190	By. L		2		2
191	By. D	1		1	
192	By. A	1		1	
193	By. S	1		1	
194	By. E		2		2
195	By. T		2		2
196	By. I		2		2
197	By. P		2		2
198	By. D		2		2
199	By. L		2		2
200	By. V		2		2
201	By. S		2		2
202	By. S		2		2

203	By. O	1		1	
204	By. K	1		1	
205	By. L	1		1	
206	By. D	1		1	
207	By. V	1		1	
208	By. C	1		1	
209	By. M	1		1	
210	By. M	1			2
211	By. N	1			2
212	By. T	1			2
213	By. P	1			2
214	By. A	1			2
215	By. J	1			2
216	By. U	1			2
217	By. D	1			2
218	By. I	1			2
219	By. P	1			2
220	By. G		2		2
221	By. K		2		2
222	By. A		2		2
223	By. S		2		2
224	By. L		2		2

Keterangan :1. Asfiksia  
2. Tidak Asfiksia  
1. Ketuban Pecah Dini  
2. Tidak Ketuban Pecah Dini

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KPD * ASFIKSIA	224	100.0%	0	.0%	224	100.0%

**KPD \* ASFIKSIA Crosstabulation**

			ASFIKSIA		Total
			ASFIKSIA	TIDAK ASFIKSIA	
KPD	KPD	Count	98	21	119
		% within ASFIKSIA	87.5%	18.8%	53.1%
TIDAK KPD	TIDAK KPD	Count	14	91	105
		% within ASFIKSIA	12.5%	81.2%	46.9%
Total	Total	Count	112	112	224
		% within ASFIKSIA	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.063E2 <sup>a</sup>	1	.000		

Continuity Correction <sup>b</sup>	103.547	1	.000		
Likelihood Ratio	117.160	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	105.816	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	224				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 52.50.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KPD (KPD / TIDAK KPD)	30.333	14.560	63.195
For cohort ASFIKSIA = ASFIKSIA	6.176	3.766	10.129
For cohort ASFIKSIA = TIDAK ASFIKSIA	.204	.137	.302
N of Valid Cases	224		



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



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Arduamola, Kota Kendari*  
*Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes\_kendari@yahoo.com*

Nomor : DL.11.02/11/2017  
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 : Tria Yulanda Agustina  
NIM : P00312016098  
Jurusan/Prodi : D-IV Kebidanan/ Alih Jenjang  
Judul Penelitian : Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016

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

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

Kendari, 23 Oktober 2017

Direktur, /

Askrening, SKM., M.Kes  
NIP. 196909301990022001



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 26 Oktober 2017

Nomor : 070/3434/Balitbang/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada  
Yth. Direktur RSUD Kota Kendari  
di -  
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/2539/2017 tanggal 23 Oktober 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : TRIA YULANDA AGUSTINA  
NIM : P00312016098  
Prog. Studi : DIV Kebidanan/Alih Jenjang  
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 :

**"HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKZIA NEONATORUM DI RSUD KENDARI PROV. SULTRA TAHUN 2016".**

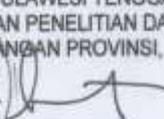
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 26 Oktober 2017 sampai selesai.

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

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undanganyang 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) exampilar 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 di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

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

  
**Ir. SUKANTO TODONG, 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 di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Kepala Prodi Kebidanan Poltekkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari;
6. Kepala Dinkes Kota 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  
Email [rsudabunawaskdi@yahoo.co.id](mailto:rsudabunawaskdi@yahoo.co.id)

**SURAT PENGANTAR PENELITIAN**

Kepada Yth.  
Kepala Ruangan/ Peth. Teratai  
Di \_\_\_\_\_  
Tempat \_\_\_\_\_

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : TRIA YULANDA AGUSTINA  
NIM : P00312016098  
Jurusan/ Prodi : D iy KEBIDANAN  
Institusi : POLTEKRES KENDARI  
Judul penelitian : HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN  
ASFIKSA NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI TAHUN 2016.

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

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 30/10/ 2017

An. Direktur  
Kasubid. Rawan, Umum dan Diklat





**PEMERINTAH KOTA KENDARI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI**  
*Jl. Z. A. Sugianto No. 39 Kendari, Sulawesi Tenggara, Telp (0401) 3005466*  
*Email: rsudabunawatifdi@yahoo.co.id*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

Nomor: 070/019

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Tria Yulanda A  
Jurusan/Program Studi : D IV Kebidanan  
NIM : P00312016098  
Institusi : Kemenkes Poltekes Kendari

Yang bersangkutan benar – benar telah melakukan penelitian di RSUD Kota Kendari dengan judul Penelitian ***"HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKZIA NEONATORUM DI RSUD KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2017*** dari tanggal 30 November s.d 31 Desember 2017.

Demikian surat keterangan penelitian ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 3 Januari 2018

