

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan disajikan hasil penelitian dan pembahasan. Hasil penelitian terdiri dari data umum, yang terdiri dari : gambaran lokasi penelitian dan karakteristik responden yang meliputi : usia ibu, pendidikan, pekerjaan, Sedangkan data khusus disajikan berdasarkan variabel penelitian yaitu tentang

4.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian pada tanggal 01 September – 22 september 2017 di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, telah diperoleh 31 responden.

4.1.1 Data Umum

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini di lakukan Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang terletak di JL. KH M. Mansyur 180-182 Surabaya, Jawa timur. Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dibangun di atas lahan seluas 2172 m². Lokasi penelitian dekat dengan RS Al-Irsyad surabaya, dimana RS Muhammadiyah merupakan rumah sakit umum kelas D yang diresmikan pada Ahad pagi tanggal 14 September 1924 resmu dibuka. Memiliki fasilitas pelayanan kesehatan meliputi: pelayanan rawat inap, rawat jalan, beserta pelayanan penunjang seperti laboratorium, USG, NST, UGD, poli klinik spesialis, klinik umum, klinik obgyn, klinik anak, klinik penyakit dalam, klinik syaraf, klinik gigi dan mulut, klinik mata, klinik THT, klinik paru, juga didukung oleh beberapa dokter spesialis. Diketahui rawat inap jumlah tempat tidurnya: 50 TT,

kelas VIP: 2 TT/2 kamar, kelas 1: 2 TT/1 kamar, kelas 2: 6 TT/2 kamar, kelas 3: 40 TT/ 5 kamar, HCU, OK, VK,. Penunjang media: Apotik, Farmasi, laboratorium klinik, Radiologi, USG, Gizi, Ambulance, NST. Penunjang umum: penampungan air, laundry, IPAL, ruang pertemuan umum, ruang pertemuan komite medis.

2. Karakteristik Responden

a. Umur Ibu

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi umur ibu.

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Ibu melahirkan dengan kejadian KPD di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya Pada bulan September 2017.

Umur	Jumlah Responden	Presentase %
15-18 tahun	3	9,7
19-22 tahun	4	12,9
23-26 tahun	2	6,4
27-30 tahun	10	32,3
31-34 tahun	8	25,8
35-38 tahun	4	12,9
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.1 di atas diketahui bahwa dari 31 responden yang paling banyak ialah responden berumur 27-30 tahun sebanyak 10 responden (32,3%) dan paling sedikit responden berumur 23-26 tahun sebanyak 2 responden (6,4 %).

Usia ibu yang < 20 tahun, termasuk usia yang terlalu muda dengan keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami ketuban pecah dini. Sedangkan ibu dengan usia >35 tahun tergolong usia yang terlalu tua

untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini (Cunningham, 2011).

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 semestinya. Selain itu, jaringan panggul dan otot-otot 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, resiko KPD dan komplikasi lainnya juga meningkat. Tingginya kejadian proporsi kejadian KPD pada usia beresiko dan tidak KPD pada yang tidak bersiko.

b. Pekerjaan Responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi pekerjaan responden.

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada bulan September di RS Muhammadiyah Surabaya

No	Pekerjaan	Jumlah Responden	Presentase %
1	IRT	15	48,4
2	SWASTA	13	41,9
3	PNS	3	9,7
	Total	31	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 di atas diketahui bahwa dari 31 responden pekerjaan yang paling banyak adalah ibu rumah tangga sebanyak 15 responden (48,9%) dan pekerja swasta sebanyak 13 responden (41,9%) serta yang paling sedikit yaitu PNS sebanyak 3 responden (9,7%).

Pekerjaan pada ibu rumah tangga dengan latar belakang pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi proses persalinan ,ibu dengan pengetahuan yang kurang tentang deteksi dini faktor resiko pada saat bersalin dengan ketuban pecah dini. Pekerjaan ibu rumah tangga dengan intensitas waktu yang padat dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kelelahan dan stresss sehingga berpengaruh pada saat proses persalinan (Wiknjosastro, H 2007).

c. Paritas Responden

Dapat diketahui distribusi paritas responden.

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Paritas Responden di RS Muhammadiyah Surabaya

Paritas	Jumlah Responden	Presentase %
Primipara	8	25,8
Multipara	23	74,2
Grandemulti	0	0
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.3 di atas diketahui bahwa dari 93 responden pekerjaan yang paling banyak adalah swasta sebanyak 80 responden (86,0%) dan sebagian kecil bekerja sebagai pegawai negeri (PNS) sebanyak 6 responden (6,5%). Jumlah anak atau

paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 (primipara) dan paritas tinggi (grandemulti) mempunyai angka kematian maternal atau memiliki resiko lebih tinggi. Lebih tinggi parotas lebih tinggi kematian maternal dikarenakan ibu mengalami komplikasi kehamilan seperti KPD (Cunningham, 2011).

Meskipun bukan faktor tunggal penyebab ketuban pecah dini namun faktor ini juga diyakini dapat berpengaruh terhadap terjadinya ketuban pecah dini. Yang didukung satu dan lain hal pada wanita tersebut, seperti keputihan, stress saat hamil dan hal lain memperberat kondisi ibu dan menyebabkan ketuban pecah dini (Cunningham, 2011).

Pada penelitian Lestari (2013) di RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal yang didapatkan hasil menunjukkan faktor paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin. Paritas multipara lebih besar kemungkinan terjadinya infeksi karena proses pembukaan serviks lebih cepat dari primipara, sehingga dapat terjadi pecahnya ketuban lebih dini. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingginya proporsi KPD pada primipara dan multipara.

d. Riwayat ketuban pecah dini

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi ketuban pecah dini

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian KPD di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya Pada bulan September 2017.

Riwayat kpd	Jumlah Responden	Presentase %
Pernah	16	51,6
Tidak pernah	15	48,4
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui bahwa dari 31 responden yang paling banyak ialah responden yang pernah mengalami riwayat ketuban pecah dini sebanyak 16 responden (51,6%) dan paling sedikit responden tidak pernah mengalami riwayat ketuban pecah dini responden (48.4%). Dengan riwayat ketuban pecah dini dapat beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Pathogenesis terjadinya ketuban pecah dini secara singkat ialah adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane, ketuban pecah dini preterm terutama pada pasien resiko tinggi. Wanita yang mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya wanita telah mengalami ketuban pecah dini akan lebih beresiko mengalami kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebelumnya, karena komposisi membrane yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2011).

e. Trauma responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi trauma

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan trauma pada ibu dengan kejadian KPD di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya Pada bulan September 2017.

Trauma	Jumlah Responden	Presentase %
<3 kali seminggu	4	12,9
>3 kali seminggu	9	29,0
Benturan (jatuh)	3	9,7
Kelelahan	15	48,4
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.6 di atas diketahui bahwa dari 31 responden yang paling banyak ialah responden yang melakukan hubungan suami-istri >3 kali dalam seminggu sebanyak 9 responden (29,0%), responden yang melakukan hubungan suami-istri <3 kali seminggu sebanyak 4 responden (12,9%). Terjadinya trauma yang menyebabkan tekanan intra uteri mendadak meningkat yaitu dengan berhubungan seksual, pemeriksaan dalam serta amniosintesis. Trauma yang diyakini berkaitan dengan ketuban pecah dini, trauma yang didapat misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih dari 3 kali seminggu, dengan posisi koitus yaitu suami diatas penetrasi penis sangat dalam sebesar 37,5% memicu terjadinya ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam maupun amnosintesis dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi (Sualman, 2009).

Menurut Reeder, 2011 bahwa trauma selama kehamilan dihubungkan dengan peningkatan resiko terjadinya abortus spontan, persalinan preterm, solusio plasenta.

Rupture uterus dan cedera janin secara langsung merupakan keadaan yang jarang terjadi, tetapi merupakan komplikasi trauma yang mengancam. Rupture uterus selain menyebabkan perdarahan juga menyebabkan pecahnya selaput ketuban.

Pada penelitian Alim (2016) di RS Bantuan Lawang yang didapatkan hasil bahwa dari 13 ibu hamil trimester 3 yang mengalami KPD sebagian besar mengalami trauma sebanyak 9 ibu hamil, dan hanya sebagian kecil ibu hamil trimester 3 yang tidak mengalami trauma sebanyak 4 ibu hamil. Faktor trauma merupakan faktor kedua yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil trimester 3 setelah faktor infeksi. Selain ibu hamil yang jatuh hingga mengeluarkan cairan yang merembes juga didapat sebagian ibu hamil trimester 3 dengan KPD telah melakukan hubungan seksual >2 kali dalam seminggu. Karena hormone prostaglandine yang ada pada sperma bisa menyebabkan pecahnya selaput ketuban pada ibu ibu hamil.

f. Infeksi responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi infeksi pada ibu

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan infeksi pada ibu dengan kejadian KPD di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya Pada bulan September 2017.

Infeksi	Jumlah Responden	Presentase %
Pernah	23	74,2
Tidak pernah	8	25,8
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.7 di atas diketahui bahwa dari 31 responden yang paling banyak ialah responden yang pernah mengalami keputihan akibat dari infeksi sebanyak 23 responden (74,2%) dan paling sedikit responden yang tidak pernah mengalami keputihan akibat infeksi sebanyak 8 responden (25,8%).

Pada wanita yang mengalami infeksi ini banyak mengalami keputihan saat hamil juga mengalami ketuban dini satu jam sebelum persalinan dan mengakibatkan berat badan lahir rendah (cunningham, 2011).

Keputihan dalam kehamilan sering dianggap sebagai hal yang biasa dan sering luput dari perhatian ibu maupun petugas kesehatan yang memeriksa kehamilan. Meskipun tidak semua keputihan tidak disebabkan oleh infeksi, beberapa keputihan dalam kehamilan dapat berbahaya karena dapat menyebabkan persalinan kurang bulan (premturitas), ketuban pecah sebelumnya atau bayi baru lahir dengan berat badan rendah (<2500 gram). Sebagian besar wanita tidak mengeluhkan keputihan karena tidak mengeluh sangat gatal, cairan berbau namun tidak berbahaya bagi hasil persalinan (Sualman, 2009).

g. serviks inkompeten responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dapat diketahui distribusi serviks inkompeten pada ibu

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan serviks inkompeten pada ibu dengan kejadian KPD di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya Pada bulan September 2017.

Serviks inkompeten	Jumlah Responden	Presentase %
Pernah	11	35,5
Tidak pernah	20	64,5
Total	31	100

Berdasarkan tabel 4.7 di atas diketahui bahwa dari 31 responden yang paling banyak ialah responden yang tidak pernah mengalami kelemahan otot-otot Rahim 20 responden (64,5%) dan paling sedikit responden yang tidak pernah mengalami kelemahan otot-otot Rahim sebanyak sebanyak 11 responden (35,5%).

Serviks inkompeten dengan istilah untuk menyebut kelainan otot-otot leher/ leher Rahim yang lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan dari janin yang semakin membesar. Serviks inkompeten ialah serviks dengan suatu kelainna anatomi yang nyata disebabkan laserasi sebelum melalui ostium uteri, merupakan kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadi dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua/ awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan problem selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (manuaba, 2009).

Dalam faktor resiko serviks inkompeten meliputi riwayat keguguran pada usia kehamilan 14 minggu/ lebih , adanya riwayat pada laserasi serviks menyusul kelahiran pervagina/ melalui operasi sesar adanya pembukaan serviks berlebihan disertai kala dua yang memanjang pada kehamilan sebelumnya, ibu mengalami

abortus elektif pada trimester pertama/ kedua atau sebelumnya ibu mengalami eksisi sejumlah besar jaringan serviks (varney, 2006).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Identifikasi faktor pekerjaan dengan kejadian KPD

Pada tabel 4.2 dengan faktor pekerjaan dalam kejadian ketuban pecah dini yang paling banyak 15 responden (48,4%) yaitu pekerjaan IRT. Menurut penelitian Abdullah (2012) pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan lama kerja melebihi 3 jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya *korion amnion* sehingga timbul ketuban pecah dini. Pekerjaan merupakan suatu yang penting dalam kehidupan, namun dalam masa kehamilan pekerjaan yang berat dapat membahayakan kehamilannya sebaiknya dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janinnya. Hasil penelitian Atia, et all (2015) didapatkan hasil pada wanita yang pekerjaannya sebagai IRT lebih rentan terjadi KPD hal ini disebabkan bahwa IRT memiliki pekerjaan fisik yang lebih berat daripada ibu yang bekerja.

Pekerjaan pada ibu rumah tangga dengan latar belakang pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi proses persalinan ,ibu dengan pengetahuan yang kurang tentang deteksi dini faktor resiko pada saat bersalin dengan ketuban pecah dini. Pekerjaan ibu rumah tangga dengan intensitas waktu yang padat dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kelelahan dan stresss sehingga berpengaruh pada saat proses persalinan (Wiknjosastro, H 2007).

Pada trimester pertama berlangsung sejak wanita dinyatakan positif hamil sampai 12 minggu, merupakan usia kehamilan yang paling rawan terutama sebelum usia kehamilannya mencapai 8 minggu, sebaiknya tidak terlalu banyak melakukan aktifitas tetapi kondisi setiap ibu hamil memang berbeda-beda ada yang kuat ada juga yang lemah. Kembali lagi pada kondisi masing-masing hanya dikhawatirkan apabila ibu hamil banyak melakukan aktifitas akan merasakan kelelahan. Akibat kelelahan biasanya timbul keluhan berupa sakit perut bagian bawah atau kontraksi yang bisa menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya (Susilowati,2010).

Pekerjaan merupakan aktifitas dalam sehari-hari, namun jika yang melakukan wanita hamil itu dapat membahayakan kehamilannya. Sedangkan pada umumnya wanita sudah ditakdirkan mengurus pekerjaan rumah atau biasa disebut ibu rumah tangga. Pada pekerjaan ibu rumah tangga dimana membutuhkan tenaga dan waktu yang banyak, aktifitas yang dapat mempengaruhi kehamilan ibu untuk menghadapi proses persalinan seperti halnya ibu melahirkan dengan ketuban pecah dini. Sehingga ibu yang hamil supaya mengurangi aktivitas yang berat- berat agar meminimalkan resiko terjadinya ketuban pecah dini, karena wanita hamil rentan kelelahan.

4.2.2 Identifikasi faktor paritas dengan kejadian KPD

Pada tabel 4.3 dengan faktor paritas dalam kejadian ketuban pecah dini , pada peneliti ini didapatkan hasil dengan paritas yang terbanyak terdapat 23 responden (74,2%) yaitu pada paritas *multipara* . Paritas *multipara* merupakan paritas yang dianggap aman yang ditinjau dari sudut insiden kejadian ketuban pecah dini. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai resiko terjadinya ketuban pecah

dini lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (satu), alat-alat dasar panggul masih kaku (kurang elastic) daripada multiparitas. Uterus yang telah melahirkan banyak anak (grandemulti) cenderung bekerja tidak efisien dalam persalinan (Cunningham,2006).

Menurut hasil penelitian Supriatiningsih (2014) menyatakan bahwa paritas tidak ada hubungan dengan kejadian KPD, faktor resiko paritas tidak menjadi faktor resiko utama kejadian ketuban pecah dini di RSKIA sadewa dan kemungkinan ada faktor penyebab lain yang lebih kuat yang menyebabkan ketuban pecah dini. Pada penelitian ini menyebabkan faktor paritas bukan merupakan faktor resiko terjadi KPD disebabkan karena penelitian ini banyak responden yang termasuk dalam kehamilan multipara. Responden yang termasuk dalam kehamilan multipara yaitu responden hamil yang kedua bukan merupakan kehamilan ketiga atau lebih sehingga uterus bekerja efisien dalam persalinan.

Pada penelitian Lestari (2013) di RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal yang didapatkan hasil menunjukkan faktor paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin. Paritas multipara lebih besar kemungkinan terjadinya infeksi karena proses pembukaan serviks lebih cepat dari primipara, sehingga dapat terjadi pecahnya ketuban lebih dini. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingginya proporsi KPD pada primipara dan multipara.

Kasus-kasus KPD meningkat pada multipara disebabkan karena serviks yang inkompeten sehingga selaput ketuban bagian bawah langsung menerima tekanan intra

uteri yang dominan. Ketuban pecah dini disebabkan karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterus oleh kedua faktor tersebut.

Ibu yang melahirkan beberapa kali akan beresiko mengalami ketuban pecah dini dikarenakan vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah secara spontan. Pada multipara dapat mempercepat pembukaan serviks sehingga dapat beresiko ketuban pecah sebelum lengkap paritas yang relative aman untuk hamil dan melahirkan yaitu paritas kedua dan ketiga. Sehingga kehamilan yang lebih dari 2 kali sebisa mungkin menjaga kehamilannya karena ibu yang melahirkan lebih dari 2 sangat beresiko mengalami ketuban pecah dini.

4.2.3 Identifikasi faktor umur dengan kejadian KPD

Pada tabel 4.1 dengan faktor umur pada kejadian ketuban pecah dini , pada peneliti ini didapatkan hasil dengan umur yang terbanyak terdapat 24 responden (77,4%) dengan umur 20-35 tahun. Umur 20-35 tahun memiliki resiko mengalami kejadian KPD.

Menurut hasil penelitian Kurniawati (2012) yang membuktikan bahwa umur ibu <20 tahun organ reproduksi belum berfungsi secara optimal yang akan mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi abnormal. Ibu yang hamil pada umur >35 tahun juga merupakan faktor presdisposisi terjadinya ketuban pecah dini karena umur ini sudah terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga mempengaruhi proses embryogenesis

sehingga pembentukan selaput lebih tipis yang memudahkan untuk pecah sebelum waktunya.

Hasil penelitian Agu Pu et all (2014) menyatakan bahwa kejadian KPD lebih banyak terjadi pada usia reproduktif yaitu umur 20-35 tahun. Jadi dapat disimpulkan dalam penelitian ini bahwa tidak sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa usia mempunyai pengaruh terhadap kejadian KPD. Terbukti dari hasil penelitian didapatkan bahwa usia reproduktif dan usia yang memiliki resiko tinggi sama-sama tidak mempengaruhi kejadian KPD.

Pada penelitian ini yang mengakibatkan angka kejadian umur <20 tahun, 20-35 tahun dan >35 tahun hasilnya sama dikarenakan pada kelompok umur bisa melakukan akses pelayanan kesehatan secara optimal sehingga kehamilannya bisa dilakukan monitoring secara tepat, disebabkan karna akses pelayanan kesehatan sudah termasuk dalam pembiayaan kesehatan nasional dimana pemeriksaan kehamilan sudah ditanggung dalam program tersebut sehingga semua umur bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

Hamil yang sehat dianjurkan paling muda pada umur 20 tahun karena pada umur 20 tahun alat kandungan sudah cukup matang. Kehamilan juga tidak boleh terjadi setelah usia 35 tahun, kemungkinan membuahkan anak yang tidak sehat. Komplikasi yang tidak dapat terjadi jika usia hamil beresiko antara lain: anemia, keguguran , prematuritas, BBLR, pre eklamsia-eklamsia, persalinan operatif perdarahan pasca persalinan, mudah terjadi infeksi dan ketuban pecah dini. Salah satu kesiapan fisik bagi seorang ibu hamil dan melahirkan bayi yang sehat adalah menyangkut faktor usia pada saat hamil (BKKBN, 2005).

Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua mempunyai resiko lebih besar untuk melahirkan bayi yang kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur <20 tahun dari segi biologis fungsi produksi seorang wanita belum berkembang secara sempurna untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental, dan emosional. Pada usia diatas 35 tahun dan sering melahirkan fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga dapat kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama ketuban pecah dini (Susilowati,2011).

Usia reproduksi yang aman untuk hamil dan melahirkan yaitu pada usia 20-35 tahun, karena pada usia itu alat kandungan sudah matang dan siap untuk dibuahi dan resiko ketuban pecah dini itu sangatlah kecil. Tetapi jika usia yang terlalu muda kurang dari 20 tahun menyebabkan komplikasi atau penyulit ibu dan janin. Hal ini disebabkan karena alat reproduksi belum matang, selaput ketuban pun belum matang, sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Diusia lebih dari 35 tahun juga pun beresiko ketuban pecah dini karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi, sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Ibu dengan usianya yang lebih dari 30 tahun agar bisa memikirkan resiko untuk kehamilan lagi karena dengan usia yang lebih dari 30 tahun otot panggul tidak elastis lagi, sehingga mudah menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

4.2.4 identifikasi faktor riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya

Pada tabel 4.4 dengan kejadian riwayat ketuban pecah dini, pada peneliti ini didapatkan hasil terbanyak terdapat 16 responden (51,6%) menunjukkan pernah memiliki riwayat KPD. Riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya KPD aterm dan KPD preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Riwayat kejadian KPD sebelumnya menunjukkan bahwa wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

Menurut penelitian Utomo (2013), riwayat kejadian KPD sebelumnya menunjukkan bahwa wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya, hal ini dikemukakan oleh Cunningham et al (2009). Keadaan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin dalam kandungan juga dapat meningkatkan risiko kelahiran dengan ketuban pecah dini.

Hasil penelitian Abdullah (2013) menunjukkan bahwa ibu yang mengalami KPD proporsinya lebih rendah (22,8%) pada ibu yang pernah mengalami KPD sebelumnya dibandingkan yang tidak pernah mengalami riwayat KPD (77,2%).

Pada wanita hamil dan melahirkan jika sebelum-sebelumnya sudah pernah mengalami kejadian ketuban pecah dini untuk kehamilan selanjutnya akan mengalami ketuban pecah dini kembali. Karena komposisi membrane yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan dengan riwayat

ketuban pecah dini. Untuk menghindari terjadinya resiko ketuban pecah dini maka sebaiknya ibu menjaga dengan cara minum vitamin, makan makanan yang sehat dan teratur serta istirahat yang cukup.

4.2.5 identifikasi faktor infeksi dengan kejadian KPD

Pada tabel 4.7 dengan faktor infeksi pada kejadian ketuban pecah dini, pada peneliti ini didapatkan hasil terbanyak terdapat 23 responden (74,2%) pernah mengalami infeksi. Pada kejadian infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD. Pada wanita yang mengalami infeksi ini banyak mengalami keputihan saat hamil juga mengalami ketuban pecah dini kurang dari satu jam sebelum persalinan dan mengakibatkan berat badan lahir rendah (Cunningham, 2006).

Keputihan dalam kehamilan sering dianggap sebagai hal yang biasa dan sering luput dari perhatian ibu maupun petugas kesehatan yang memeriksakan kehamilan. Meskipun tidak semua keputihan tidak disebabkan oleh infeksi, beberapa keputihan dalam kehamilan dapat berbahaya karena dapat menyebabkan persalinan kurang bulan (prematunitas), ketuban pecah sebelumnya atau bayi baru lahir dengan berat badan rendah (<2500 gram). Sebagian besar wanita tidak mengeluhkan keputihan karena tidak merasa terganggu padahal keputihan dapat membahayakan kehamilan, sementara wanita hamil mengeluhkan gatal yang sangat, cairan berbau namun tidak berbahaya bagi hasil persalinan (sualman, 2009).

Wanita lebih rentan terkena keputihan pada saat hamil terjadinya karena perubahan hormonal, biasanya keputihan dalam kehamilan itu dianggap biasa padahal itu dapat memicu persalinan premmatur KPD dan BBLR. Meskipun tidak semua keputihan disebabkan oleh infeksi, namun beberapa keputihan dalam kehamilan dapat membayakan dalam waktu hamil dan melahirkan. Untuk menjaga agar tidak terjadi infeksi dikarenakan keputihan ibu yang mempunyai riwayat ketuban pecah supaya bisa menjaga kebersihan. Dengan cara di saat selesai buang air kecil dan air besar supaya selalu membersihkan dari atas sampai bawah secara berulang-ulang.

4.2.6 Identifikasi faktor trauma dengan kejadian KPD

Berdasarkan faktor trauma, pada peneliti ini didapatkan hasil terbanyak terdapat 15 responden (48,4%) kejadian trauma dengan kelelahan. Trauma yang menyebabkan tekanan intra uteri mendadak meningkat, yang didapat misalnya berhungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi, kelainan atau kerusakan selaput ketuban.

Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih dari 3x seminggu, posisi koitus yaitu suami diatas dan penetrasi penis yang sangat dalam sebesar 37,5 % memicu terjadinya ketuban pecah dini dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi (Sualman, 2009).

Hasil penelitian Tahir (2012) di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Goa mendapatkan hasil bahwa hubungan seksual merupakan factor resiko yang berpengaruh pada KPD karena adanya penetrasi penis yang sangat dalam atau

benturan aktivitas seks yang berlebihan sehingga mengakibatkan trauma kandungan pada ibu, serta mengatakan bahwa pada kejadian ketuban pecah dini banyak terjadi dengan faktor infeksi serta trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis ataupun ibu dengan kelelahan bekerja.

Menurut Reeder, 2011 bahwa trauma selama kehamilan dihubungkan dengan peningkatan resiko terjadinya abortus spontan, persalinan preterm, solusio plasenta. Rupture uterus dan cedera janin secara langsung merupakan keadaan yang jarang terjadi, tetapi merupakan komplikasi trauma yang mengancam. Rupture uterus selain menyebabkan perdarahan juga menyebabkan pecahnya selaput ketuban.

Pada penelitian Alim (2016) di RS Bantuan Lawang yang didapatkan hasil bahwa dari 13 ibu hamil trimester 3 yang mengalami KPD sebagian besar mengalami trauma sebanyak 9 ibu hamil, dan hanya sebagian kecil ibu hamil trimester 3 yang tidak mengalami trauma sebanyak 4 ibu hamil. Faktor trauma merupakan faktor kedua yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil trimester 3 setelah faktor infeksi. Selain ibu hamil yang jatuh hingga mengeluarkan cairan yang merembes juga didapat sebagian ibu hamil trimester 3 dengan KPD telah melakukan hubungan seksual >2 kali dalam seminggu. Karena hormone prostaglandine yang ada pada sperma bisa menyebabkan pecahnya selaput ketuban pada ibu ibu hamil.

Pada hubungan seksual saat kehamilan tetap dianjurkan pada wanita hamil pada umumnya asalkan saja mereka dapat mengontrol atau mengendalikan dirinya untuk tidak berkontraksi. Keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3 kali seminggu ternyata tidak baik, dengan posisi suami harus tetap diatas

tetapi tidak menekan dinding perut, penetrasi penis tetap harus dalam tetapi secara pelan-pelan atau perlahan-lahan, dan ejakulasi sperma tetap dalam vagina tetapi tenang-tenang saja dan jangan terlalu agresif. Untuk mengurangi resiko terjadinya ketuban pecah dini bagi suami istri supaya mengurangi aktivitas yang menimbulkan terjadi ketuban pecah dini. Memang di anjurkan pada trimester ketiga untuk melakukan hubungan suami-istri jika terlalu sering akan mengakibatkan kerusakan selaput ketuban, jadi lebih baik melakukan hubungan suami-istri tidak lebih dari 3 kali.

4.2.7 Identifikasi faktor serviks inkompeten dengan kejadian KPD

Pada tabel faktor serviks inkompeten, pada peneliti ini didapatkan hasil terbanyak terdapat 20 responden (64,5%) tidak pernah mengalami serviks inkompeten. Dalam penelitian ini responden yang di dapat kebanyakan adalah paritas primipara yang belum pernah mengalami kejadian kelainan otot-otot rahim yang disebabkan diantaranya riwayat keguguran pada usia kehamilan 14 minggu/ lebih , adanya riwayat pada laserasi serviks menyusul kelahiran pervagina/ melalui operasi sesar adanya pembukaan serviks berlebihan disertai kala dua yang memanjang pada kehamilan sebelumnya, ibu mengalami abortus elektif pada trimester pertama/ kedua atau sebelumnya ibu mengalami eksisi sejumlah besar jaringan serviks.

Serviks inkompeten dengan istilah untuk menyebut kelainan otot-otot leher/ leher Rahim yang lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan dari janin yang semakin membesar. Serviks inkompeten aalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata

disebabkan laserasi sebelum melalui ostium uteri, merupakan kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadi dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua/ awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan problem selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (manuaba, 2009).

Menurut penelitian Senewe Felly P (2009) yang menyatakan bahwa dari kejadian persalinan dengan ketuban pecah dini prosentasenya 23,5% dimana salah satu yang menjadi faktornya yaitu responden memiliki riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk seperti riwayat keguguran pada usia kehamilan 14 minggu/ lebih , adanya riwayat pada laserasi serviks menyusul kelahiran pervagina/ melalui operasi sesar adanya pembukaan serviks berlebihan disertai kala dua yang memanjang pada kehamilan sebelumnya, ibu mengalami abortus elektif pada trimester pertama/ kedua atau sebelumnya ibu mengalami eksisi sejumlah besar jaringan serviks.

Dalam faktor resiko serviks inkompeten meliputi riwayat keguguran pada usia kehamilan 14 minggu/ lebih , adanya riwayat pada laserasi serviks menyusul kelahiran pervagina/ melalui operasi sesar adanya pembukaan serviks berlebihan disertai kala dua yang memanjang pada kehamilan sebelumnya, ibu mengalami abortus elektif pada trimester pertama/ kedua atau sebelumnya ibu mengalami eksisi sejumlah besar jarinagn serviks (varney, 2006).

Wanita hamil dan melahirkan yang mempunyai kelainan otot-otot leher Rahim atau biasa disebut dengan serviks inkompeten. Dengan riwayat keguguran pada usia kehamilan 14 minggu atau lebih, selain itu riwayat pada laserasi serviks

menyusul kelahiran pervaginam atau melalui operasi sesar dan ibu mengalami abortus pada trimester pertama atau kedua itu akan memicu pecahnya ketuban sebelum waktunya. Dengan adanya riwayat serviks inkompeten yang di alami oleh ibu, disarankan pada saat hamil supaya memperbanyak senam kehamilan dan istirahat yang cukup.