PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indicator untuk melihat derajat kesehehatan perempuan. Negara-negara didunia berusaha melanjutkan agenda pembangunan *millennium* (*Millenium Development Goals* / MDGs) yang diganti menjadi *Subtainable Development Goals* / SDGs. SDGs mengharapakan kematian ibu pada tahun 2020 turun menjadi 70/100.000 kelahiranhidup : NOL kematian bayi baru lahir hingga balita oleh penyebab yang dapat dicegah AKB juga diharapkan turun menjadi 12/1000 kelahiran hidup dan balita ditekan menjadi 25/1000 kelahiran hidup. Tentunya pencapaian ini dibutuhkan peranan dari masyarakat (GKIA, 2015)

Berdasarkan survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi besar 359/100.000 kelahiran hidup. Penyebab terjadinya kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 adalah perdarahan (30.3%), infeksi (7,3%), pre-ekslampsia dan eklampsia (27,1%) Angka tersebut masih sangat jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2016 yg sebenarnya sudah harus dicapai pada tahun 2015 yaitu AKI 102/100.000 KH dan AKB 34/1000 KH (kemenkes RI,2015).

Berdasarkan data profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan 2012 AKI di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 120/100.000 KH in di kerenakan berbagai macam masalah yang dapat

timbul kehamilan, persalinan maupun nifas.Penyebab terbanyak AKI adalahperdarahan (29%), Pre-ekslampsia dan ekslampsia (21%), komplikasi infeksi (7%), dan penyebab lainnya (42%).walapun pemerntah sudah menggalakkan berbagai macam program untukmenurunkan AKI dan AKB, namun hal ter sebut belum dapat di atasi sesuai dengan tujuan (dinkesprovinsi Kalimantan Selatan,2015).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan penyebab yang paling sering pada saatmendakati persalinan. Angka insidensi ketuban pecah dini pada tahun 2010 berkisar antara 6-10% dari semua kelahiran. Angka kejadian KPD yg paling banyak terjadi pada kehamilan cukup bulan yaitu 95%, sedangkan pada kehamilan prematur terjadi sedikit 34% (depskes,2010).

Menurut oxom.H (2010) insiden KPD terjadi sekitar 10%-12% dari semua kehamilan. Sedangkan insiden KPD menurut varney. H, Kriebs. J.M danGegor. C.L (2007) sekitar 2,7% - 17%, bergantung pada lama periode laten yang digunakan untuk menegakkan diagnosis. Menurutsaifudin, (2010) dalam keadaan normal 8 – 10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini prematur terjadi pada 1% kehamilan.Menurut Manuaba dan Morgan (2009) penyebab KPD meliputi antara lain serviks inkompeten, faktor keturunan, pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genetalia),

overdistensi uterus, malposisi atau malpresentasi janin, factor yang menyebabkan kerusakan serviks, riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih , factor yang berhubungan dengan berat badan sebelumnya dan selama hamil, merokok selama kehamilan, usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda , riwayat hubungan seksual baru-baru ini Paritas, Anemia, dan keadaan social ekonomi

BAHAN DAN METODE

Lokasi untuk melakukan penelitian ini adalah di Ruang VK Bersalin RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin.

Dalam penelitian ini populasi penelitian adalah semua ibu bersalin di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2015 yang berjumlah 4776 orang.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *case control* dengan pendekatan retrospektif. Studi kasus kontrol adalah rancangan studi yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan status paparannya (Yasril, 2009).

Teknik pengumpulan data menggunakan ceklist yang dipersiapkan sebelumnya. Berisi tentang data hubungan umur dan paritas ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini. Jenis data yang dikumpulkan berupa data sekunder yaitu data yang diperoleh dari pihak lain tidak langsung diperoleh oleh

peneliti dari subjek penelitian meliputi data ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini di Ruang VK Bersalin RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2015.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Hubungan Umur dan Paritas Ibu bersalin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Ruang VK Bersalin RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin tahun 2015.

a. Kejadian ketuban pecah

Tabel 1 Distribusi kejadian KetubanPecah Dini (KPD) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Januari 2015 - Desember 2015 dari seluruh populai

KPD	N	Persentase (%)
Ya	262	5,5 %
Tidak	4514	94,5 %
Jumlah	4776	100 %

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa dari 4776 populasi jumlah ibu bersalin yang terdiagnosa KPD tahun 2015 adalah 262 (5,5%) dan yang tidak KPD adalah 4514 (94,5%) . Angka kejadian KPD di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin periode Januari Desember 2015 adalah 5,5%.

b. Umur

Tabel 2Distribusi umur ibu bersalin di RSUD Dr. H . Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Januari 2015 - Desember 2015

Umur ibu bersalin	N	Persentase (%)
<20 tahun	180	34,3
20 – 35 tahun	189	36,0
>35 tahun	155	29,6
Jumlah	524	100

Berdasarkan tabel 2 dapatdilihat bahwa dari 524 sampel umur ibu bersalin < 20 180 ibu bersalin (34,3%) dan umur ibu bersalin > 35 tahun 155 (29,6%) kategori berisiko, sedangkan sampel dengan kategori tidak berisiko adalah untuk umur 20-35 sebanyak 189 orang (36,0%). Sampel yang memiliki umur berisiko jauh lebih banyak daripada sampel yang tidak berisiko.

c. Paritas Ibu

Tabel 3Distribusi paritas ibu bersalin di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Januari 2015 - Desember 2015

Paritas	N	Persentase (%)
1	172	32,8
2	107	20,4
3	104	19,4
>3	144	27,4
Jumlah	524	100

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa dari 524 sampel pada jumlah paritas 1 sebanyak 172 orang (32,8%) dan >3 144 (27,4%) kategori berisiko, sedangkan sampel dengan paritas 2 sebanyak 107 (20,4%) dan paritas 3 104 (19,4%) kategori tidak berisiko. Sampel yang memiliki paritas berisiko jauh lebih banyak daripada sampel yang tidak berisiko.

d. Hubungan umur dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD)

Tabel 4Distribusi Frekuensi KPD dengan umur yang bersalin di RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015

Umur Ibu	KPD				Jumlah	%	
	KPD		Tidak KPD				
	N	%	N	%			α = 0.05
Berisiko (< 20 dan > 35 tahun)	202	60,2	133	39,7	335	100	ρ = 0.000
Tidak berisiko (20 – 35 tahun)	60	31,7	129	68,2	189	100	or = 3,367 (2,311-4.095)

Pada perhitungan menggunakan uji *chi square* didapatkan nilai α = 0,05 dengan p = 0,000 , maka nilai p (0,000) > α, artinya hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis kerja (H_a) diterima. Hal ini berarti secara statistik ada hubungan antara umur ibu dengan

kejadian KPD di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin. Dan dari hasil OR didapatkan bahwa umur ibu berisiko (<20 dan > 35 tahun) 3,367 kali terjadi KPD daripada umur ibu tidak berisiko (20-35 tahun). Nilai 2,311 menunjukkan batas bawah, dan nilai 4.095 menunjukkan batas atas, yang artinya ibu dengan usia <20 dan >35 tahun paling rendah tidak terjadi KPD sebesar 2.311 kali dan paling tinggi terjadi KPD sebesar 4.095 kali.

e. Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD)

Tabel 5Distribusi Frekuensi KPD dengan paritas ibu yang bersalin di RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015

Paritas Ibu	**KPD**				**Jumlah**	**%**	
	KPD		Tidak KPD				
	N	%	N	%			α = 0,05
Berisiko (1 dan > 3)	185	59,1	128	40,8	313	100	ρ = 0,000
Tidak berisiko (1 – 3)	77	36,4	134	63,5	211	100	or = 2,403 (1,677 - 3,442)

Pada perhitungan menggunakan uji *chi square* didapatkan nilai α = 0,05 dengan p = 0,000 , maka nilai p (0,000) > α, artinya hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis kerja (H_a) diterima. Hal ini berarti secara statistik ada hubungan antara paritas ibu dengan kejadian KPD di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Dan dari hasil OR didapatkan bahwa paritas ibu berisiko (1 dan > 3) 2,403kali terjadi KPD daripada paritas tidak berisiko (2 - 3). Nilai 1,677 menunjukkan batas bawah, dan nilai 3,442 menunjukkan batas atas, yang artinya ibu dengan paritas 1 dan >3 paling rendah beresiko tidak terjadi KPD 1,677 kali dan paling tinggi terjadi KPD sebesar 3.442 kali.

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di ruang VK Bersalin RSUD

Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin tentang Hubungan Umur dan Paritas dengan kejadian ketuban pecah dini.

a. Hubungan umu dengan kejadian Ketuban Pecah DiniBerdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015 didapatkan angka kejadian KPD yang tertinggi berdasarkan umur kategori berisiko yakni sebanyak 202 orang (60,6%) dan pada umur yang tidak berisiko yang melahiDrkan KP adalah sebanyak orang 60 (31,4%). Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar KPD berisiko tidak hanya umur tidak aman (<20 tahun atau >35 tahun) tetapi juga pada umur aman (20 – 35 tahun). Hal ini dibuktikan oleh hasil uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95% (α = 0,05%) dudapatkan nilai p = 0,000. Dimana berarti secara statistik ada hubungan antara umur dengan kejadian KPD di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015.

Kesiapan seorang wanita untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yaitu kesiapan fisik, kesiapan mental/emosi/psikologi, dan kesiapan social/ekonomi. Secara umum seorang perempuan diakatakan siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya yaitu sekitar usia 20 tahun. Umur terlalu muda atau terlalu tua adalah salah satu risiko terjadinya KPD.Kehamilan usia < 20 tahun dapat menimbulkan masalah. Kehamilan dan

persalinan diusia tersebut meningkatkan terjadinya KPD daripada dengan wanita hamil dan bersalin di usia 20 – 35 tahun(Ruswana, 2006).

Penyebabnya adalah belum matangnya alat reproduksi dan pertumbuhan panggul, kurang siap secara mental dan kurangnya kesadaran untuk memeriksakan diri dan kandungannya serta karena kemampuan organ reproduksinya yang sudah berkurang menyebabkan kemampuan untuk menahan tekanan menjadi tidak kuat lagi. Umur ibu > 35 tahun juga merupakan umur yang tidak sehat / aman untuk bereproduksi. hal ini terkait dengan kemunduran fungsi organ reproduksi dan penurunan daya tahan tubuh serta kemunculan berbagai penyakit menyertai penuaan sehingga dapat membahayakan ibu yang hamil atau bersalin pada umur tersebut, selain itu memungkinkan terjadinya KPD dan juga karena komposisi membran yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya .

b. Hubungan paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015 didapatkan angka kejadian KPD yang tertinggi berdasarkan paritas kategori berisiko yakni sebanyak 185 orang (70,6%) dan pada paritas yang tidak berisiko yang melahirkan KPD adalah sebanyak 77 orang (29,3%). Hal ini menunjukan bahwa sebagian

besar kejadian KPD karena jumlah paritas.

Hal ini dibuktikan oleh hasil uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95% (α = 0,05%) ddapatkan nilai p = 0,000. Dimana berarti secara statistik ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Januari – Desember 2015. Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) lebih sering terjadi pada ibu yang mempunyai paritas tinggi (1 atau >3) dibanding dengan ibu paritas rendah (2 – 3). Hal ini disebabkan karena ibu hamil yang primigravida terkait dengan belum siapnya fungsi organ dalam menjaga kehamilan dan menerima kehadiran janin, keterampilan ibu utuk perawatan diri, serta faktor psikologis ibu yang belum stabil Wiknjosastro (2006), dan juga menurut teori Nugroho.T (2012) ,karena faktor infeksi, pekerjaan, trauma, kelainan letak, kehamilan ganda dan hidramnion. Dan pada paritas lebih dari 3 menurut teori Dr.Prasanthi (2009), disebabkan oleh motilitas uterus yang berlebih, perut gantung, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga daoat terjadi pembukaan servik, yang mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini. Dan juga bisa karena konsistensi servik yang tipis sehingga saat adanya tekanan intrauterin sehingga menyebabkan ketuban pecah sebelum inpartu (Manuaba, 2002).

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya sangat berterima kasih kepada Akademi kebidanan Sari Mulia Banjarmasin yang telah memberikan saya surat izin untuk

melakukan penelitian. Pembimbing I Sitti Khadijah,M.Pd dan pembimbing II Ibu Nur Lathifah,SST.,M.M yang telah banyak membantu dan saran dalam pembuatan KTI ini dan ucapan terima kasih kepada RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin yang telah memberikan izin dan bersedia untuk menjadi tempat penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

Akademi Kebidanan Sari Mulia. 2015. Panduan Tugas Akhir. Banjarmasin.

BKKBN, 2013. *Angka Kematian Ibu Melahirkan. Kesehatan*. Tersedia dalam[Internet]: http://www.menegpp.go.id/v2/indeks.phhp/datadaninformasi/kesehatan [di akses 02 Mei 2016].

Dinas kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. 2015. *Angka Kematian Ibu dan Bayi Provinsi Kalimantan Selatan*. Banjarmasin: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan.

Dyah. Nuswantari (Ed). 2008. *Kamus Saku Kedokteran Dorla, h.790nd, edisi 28*. Jakarta: EGC.

Hidayat,A. Aziz Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A Alimul. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Kasjono, H. S. dan yasril. 2009. *AnalisisMultivariat Untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press

Kemenkes RI. 2015. *Survei Demografi AKI dan AKB*. Jakarta: Keputusan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Diskess 24 maret 2016 dari http://www.depkes.go.id.

Oxorn Harry, William R Forte.2010.*Ilmu kebidanan patologi dan fisiologi persalinan human labour and birth*. Jakarta: Yayasan Essentia Medica.

Rahman, TA. 2015. *Uji Statistik Penelitian Kesehatan*. Bogor: In Media.

Riwidikdo, Handoko. 2008. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mita Cendikia Press.

Ruswana. 2006. *Ibu hamil resiko Tinggi*. Tersedia dalam [Internet]: http://medicastore.com/Penyakit/569/Kehamilan resiko Tinggi. html [Diakses tanggal 19 April 2011]

Varney Helen, Jan M Kriebs, Carolyn L Gegor.2007.*Perawatan prakonsepsi*. Dalam: Buku ajar asuhan kebidanan. Ed.4. Jakarta: EGC.

Wiknjosastro, Hanifa. 2006. *Ilmu Kebidanan, Edisi ketiga*. Jakarta: YBP-SP.

.