

HUBUNGAN FAKTOR-FAKTOR USIA IBU, PARITAS, UMUR KEHAMILAN, DAN OVER DISTENSI DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT YOGYAKARTA

RELATIONSHIP AGE, PARITY, GESTATIONAL AGE, AND OVERDISTENCE WITH INCIDENCE OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE IN YOGYAKARTA HOSPITAL

Budi Rahayu¹

*¹Program Studi Kebidanan (D-3) Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Kampus II Jl. Brawijaya Ring Road Barat Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta,
Email: budiaiyu_88@yahoo.co.id, Indonesia

ABSTRACT

Background: Premature rupture of membranes (PROM) is a rupture of membranes before any signs of labor and awaited before the labor occurs. The problem of PROM is a major obstetric issue, because the impact of PROM is an infection in the maternal and ends in an increased incidence of cesarean section due to a failed normal childbirth and neonatal. Factors that cause PROM itself is not known for certain, but if we know earlier about the predisposing factors of PROM preventive efforts will be more helpful and reduce maternal and neonatal morbidity and mortality.

Objective: Relationship of maternal age, parity, gestational age, and over distention with incidence of premature rupture of membranes in Yogyakarta Hospital.

Research Of Method: This research uses retrospective study approach with data focus case control approach. The case population in this research is all maternal mothers who experience premature rupture of membranes in RSUD Yogyakarta in 2017 obtained from medical record. Sampling technique is by total sampling with the number of 427 respondents. Data analysis used is bivariate analysis.

Result: Parity has nothing to do with the incidence of premature rupture of membranes due to the value of p value $0.142 > 0.05$, with the OR value of 0.814. Age of pregnant women has nothing to do with the incidence of premature rupture of membranes because the value of p value $0.671 > 0.05$, with the value of OR 1.062. Age pregnancy has nothing to do with the incidence of premature rupture of membranes because the value of p value $0.288 > 0.05$, with OR 1,207 nilai. Uterine overdistensi has nothing to do with the incidence of premature rupture of membranes due to the p value of $0.571 > 0.05$, with the value of OR 1.240.

Conclusion: There is no relationship between maternal age, parity, gestational age, and overdistence with premature rupture of membranes in Yogyakarta Hospital.

Keywords: Maternal age, Parity, Age of Pregnancy, Overdistence, and premature rupture of membranes (PROM)

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) memperkirakan, di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 ibu meninggal saat hamil atau bersalin. Salah satu penyebab kematian ibu tersebut adalah infeksi yang dapat disebabkan oleh KPD.¹ Ketuban pecah dini sendiri merupakan permasalahan, sebagai penyulit kelahiran

prematur dan terjadinya korioamnionitis, yang dapat menyebabkan sepsis, sehingga menyumbang peningkatan morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil, bersalin, maupun bayi yang dilahirkan.²

Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi kehamilan, 10% kehamilan aterm dan 4% kehamilan preterm. Angka kejadian KPD di dunia mencapai 12,3% dari total

persalinan. Sebagian besar KPD terjadi di negara berkembang Asia.¹

Menurut Manuaba (2008) Ketuban Pecah Dini merupakan masalah obstetrik yang masih diperdebatkan, karena penyebab pasti KPD belum diketahui, akan tetapi hal yang berhubungan dengan KPD yaitu Servik inkompeten, overdistensi uterus, faktor keturunan, pengaruh yang dapat melemahkan ketuban, dan masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi atau yang disebut dengan fase laten. Penyebab umum yang sering terjadi pada KPD yaitu *grandemulti*, *over distensi* (hidramnion, kehamilan ganda), disproporsi sefalopelvik, kehamilan letak lintang, sungsang atau pendular abdomen (otot-otot yang sudah kendur pada multigravida).³

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit Yogyakarta dengan jumlah kasus sebanyak 427. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dari faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian KPD.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah penelitian retrospektif dengan pendekatan data fokus *case control*. Penelitian ini dilakukan dengan data sekunder rekam medik pasien untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini. Analisis yang digunakan yaitu analisis bivariat. Populasi dibedakan menjadi kelompok kontrol dan kelompok kasus dengan masing-masing kelompok berjumlah

427 responden. Kelompok kasus adalah ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini dan untuk kelompok kontrol adalah ibu-ibu yang bersalin normal tanpa disertai ketuban pecah dini. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Yogyakarta.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut merupakan data yang menggambarkan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Yogyakarta.

Tabel 1. Hasil Analisis Chi Square, Usia, Umur Kehamilan, Over Distensi, dengan Kejadian Ketuban pecah Dini di RSUD Yogyakarta

Variabel Dependen	p value	OR	CI 95%	
			Lower	Upper
Paritas	0.142	0.814	0.619	1.071
Usia	0.671	1.062	0,805	1,401
Umur kehamilan	0.288	1.207	0,853	1,710
Overdistensi	0.571	1.240	0,589	2.610

Sumber: data sekunder 2017

Paritas tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini karena nilai p value $0.142 > 0.05$, dengan nilai OR 0.814 nilai CI95% 0.619-1.071 yang artinya risiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh jumlah paritas 0.814 kurang dari 1 yang artinya bersifat protektif tidak bermakna.

Usia ibu hamil tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini karena nilai p value $0.671 > 0.05$, dengan nilai OR 1.062 nilai CI95% 0.805-1.401 yang artinya resiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh usia ibu hamil 1.062 sama dengan 1 yang artinya netral tidak bermakna.

Umur kehamilan tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini karena nilai p value $0.288 > 0.05$, dengan nilai OR 1.207 nilai CI95% 0.853-1.710 yang artinya risiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh umur kehamilan 1.207 sama dengan 1 yang artinya netral tidak bermakna.

Overdistensi uterus tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini karena nilai p value $0.571 > 0.05$, dengan nilai OR 1.240 nilai CI95% 0.589-2.610 yang artinya risiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh overdistensi uterus sama dengan 1 yang artinya netral tidak bermakna.

Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Yogyakarta

Hasil dari olah data didapatkan bahwa tidak ada hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini. nilai p value $0.142 > 0.05$ Artinya status paritas bukan sebagai faktor utama penyebab persalinan KPD dan kemungkinan terjadinya KPD dikarenakan oleh faktor penyebab lain. Menurut Mochtar (2011) bahwa faktor predisposisi KPD adalah multipara, malposisi, disproporsi, dan *cerviks incompeten*.⁴

Teori yang dikemukakan Manuaba dan Varney mengatakan bahwa wanita yang telah melahirkan beberapa kali maka akan lebih berisiko tinggi, dan wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlalu dekat akan

lebih berisiko mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.^{5,6}

Pada primipara seharusnya tidak rentan terhadap kejadian KPD sebab ia belum pernah mengalami proses melahirkan atau mengalami peregangan pada uterusnya dan juga vaskularisasi serta jaringan ikat pada selaput ketuban juga masih kuat. Fakta di RSUD Yogyakarta kejadian KPD lebih banyak didominasi oleh multipara, hal ini disebabkan kondisi psikologis ibu yaitu emosi dan kecemasan dalam kehamilan.⁷

Penyebab KPD menurut Manuaba, 2010 yaitu multiparitas. Multipara lebih besar kemungkinan terjadinya karena proses pembukaan serviks lebih cepat daripada nulipara, 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.⁶ Pada multipara, karena adanya riwayat persalinan yang lalu maka keadaan jaringan ikatnya lebih longgar daripada nulipara. Pada multipara jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang sehingga multipara lebih berisiko terjadi ketuban pecah dini dibandingkan nulipara.⁶ Berdasarkan asumsi peneliti, konsistensi serviks pada persalinan sangat memengaruhi terjadinya ketuban pecah dini. Pada multipara dengan konsistensi serviks yang tipis, kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini lebih besar dengan adanya tekanan intrauterin pada saat

persalinan. Konsistensi serviks yang tipis dengan proses pembukaan serviks pada multipara (mendatar sambil membuka hampir sekaligus) dapat mempercepat pembukaan serviks sehingga dapat berisiko ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap.

Hubungan Usia Ibu Hamil dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Yogyakarta

Hasil olah data yang didapatkan bahwa Usia ibu hamil tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini. Menurut teori ibu hamil kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun termasuk dalam kategori risiko tinggi akan tetapi tidak berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini.

Seperti yang telah kita ketahui bahwa kehamilan selain dari status kesehatan ibu sendiri dipengaruhi juga oleh plasenta, karena plasenta adalah penghubung antara ibu dengan janin baik secara fungsional maupun secara mekanik.^{7,8} Penurunan fungsi plasenta dilihat dari pematangan dan lapisan dari plasenta berangsur-angsur terjadi pada umur kehamilan 34-36 minggu kehamilan. Dalam hal ini apoptosis atau kematian sel terprogram juga merupakan proses penting selama perkembangan janin, sehingga apoptosis ini berperan dalam proses penuaan plasenta yang pada akhirnya juga akan berpengaruh pada jumlah dan intensitas cairan ketuban.⁹

Hubungan Umur Kehamilan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Yogyakarta

Hasil dari olah data didapatkan bahwa tidak ada hubungan umur kehamilan dengan kejadian ketuban pecah dini. KPD dibagi menjadi dua kategori yaitu KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS.¹⁰

Kehamilan normal dengan umur kehamilan 37-42 minggu, dikenal sebagai hamil cukup bulan. Pada hamil cukup bulan, proses persalinan yang terjadi diawali dengan kontraksi otot uterus yang berulang kemudian diikuti dengan penipisan serviks dan keluar cairan lalu diikuti dengan fase dilatasi sebagai persiapan persalinan. Pada fase kritis awal proses persalinan seringkali terjadi selaput ketuban mengalami perobekan (*rupture*) terlebih dahulu sebelum adanya tanda persalinan (*before start of labor*), keseluruhan proses ini dikenal sebagai ketuban pecah dini atau *premature rupture of the membrane (PROM)*. Pada kehamilan cukup bulan, kejadian PROM berkisar

10%.^{2,11} Pada kehamilan kurang bulan (*preterm*), yaitu dibawah 37 minggu, dikenal sebagai *Preterm with premature rupture of the membrane (PPROM)* Kejadian PPRM dilaporkan 20% di antara kehamilan preterm.^{11,12} Penyebab kasus ketuban pecah dini, PPRM atau PROM hingga kini masih belum jelas. Salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan PROM, dan PPRM adalah infeksi bakteri pada traktus genitalis.¹³ Salah satu bakteri yang potensial yaitu: *Chlamydia trachomatis*, di mana infeksi bakteri ini pada kehamilan dapat memicu terjadinya abortus spontan, PPRM, PROM dan berat badan lahir rendah.¹⁴ Angka prevalensi pada kehamilan bervariasi antara 2–35%.¹⁵ Pada pemeriksaan prenatal ibu hamil di USA pada 28 negara bagian tahun 2002 didapatkan angka kejadian 10,1%, di Indonesia tahun 1996 didapatkan angka 8,2% dari ibu hamil tanpa bacterial vaginosis, dan 19,5% dengan bacterial vaginosis.^{16,17}

Hubungan Overdistensi Kehamilan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Yogyakarta

Dari data yang telah diolah maka didapatkan bahwa tidak ada hubungan overdistensi uterus dengan kejadian ketuban pecah dini. Overdistensi dalam penelitian ini di antaranya adalah kehamilan ganda, polihidramnion, menurut teori Varney (2008) menyatakan wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami KPD.⁵ Hal ini disebabkan oleh peningkatan massa

plasenta dan produksi hormon yang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat sewaktu-waktu selaput ketuban dapat pecah secara tiba-tiba yang dapat diidentifikasi sebagai KPD.⁵

Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lismawati (2012), penentuan jumlah sampel menggunakan teknik *accidental sampling* dengan sampel sebanyak 13 ibu hamil trimester III. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya KPD pada ibu hamil trimester III di RS Ban Lawang faktor gemeli sebanyak 4.83%.¹⁸ Karakteristik responden yang ada pada penelitian ini Ketuban pecah dini banyak terjadi pada uterus yang tidak mengalami overdistensi, sehingga overdistensi merupakan faktor perdisposisi.¹⁸ Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dewi (2007), berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 1093 persalinan ibu yang mengalami persalinan preterm sebesar 163 (14,9%) sedangkan ibu yang mengalami persalinan tidak preterm sebesar 930 (85,1%). Hampir sebagian ibu bersalin melahirkan dengan persalinan preterm atas penyebab ketuban pecah dini yaitu hidramnion sebanyak 8 (4,9%).¹⁹

KESIMPULAN

Tidak ada hubungan usia ibu, paritas, umur kehamilan, dan over distensi dengan kejadian ketuban pecah dini di Rumah sakit Yogyakarta. Saran perlu dilakukan penelitian

kualitatif untuk mencari fenomena-fenomena terjadinya KPD.

TERIMA KASIH

1. Kuswanto Hardjo, dr., M.Kes, Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, email: info@stikesayani.ac.id
2. Deby Zulkarnain Rahadian Syah, S.Kep.,Ns., MMR, Ketua PPPM Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, email: pppm@unjaya.ac.id

KEPUSTAKAAN

1. Saifudin, A. B. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo; 2010.
2. ACOG. Practice Bulletin No. 80: *premature rupture of membranes*. Clinical management guidelines for obstetrian-gynecologists. *Obstet Gynecol.* April 2007; Volume 4, Hal 109(4):1007-19.
3. Manuaba dkk. *Buku Ajar Patologi Obstetri*. Jakarta: EGC; 2008.
4. Mochtar, R. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC; 2011.
5. Varney Helen, Jan M. Kriebs. Carolyn L. Gregor. *Buku ajar asuhan kebidanan*, vol 2. Jakarta: EGC; 2008.
6. Manuaba. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC; 2010.
7. Lowdermikilk. *Maternity and women's healthy care* 8 ed. St Louis, Missouri: Mosby; 2004.
8. Kim YB, Kim JK, Hong SH, Won CH, Kee SJ, Hong CS, Ji IW, Jeong EH, Kim HS, 2001. Programmed cell death in Placenta. *Chungbuk Med. J.* November 2001; Volume 11(2), Hal. 105–116.
9. Straszewski-Chavez S, Abrahams VM, Mor G, 2005. The role of apoptosis in the regulation of trophoblast survival and differentiation during pregnancy. *Endocrine Reviews*. 2005; Volume 26, Hal. 877–897.
10. Susilowati, E: dan Astuti, L.D. Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang tahun 2009. *Jurnal Kebidanan Panti Wilasa*. 2010; Vol.1 No. 1.
11. Carson-DeWitt R. Premature rupture of membranes. *Gale Encyclopedia of Medicine*. *Gale research*. 1999; Hal. 1–4.
12. Parry S and Strauss JF, 1998. Premature rupture of fetal membranes. *New England J. Med.* 1998; Volume 338, Hal. 663–670.
13. Cunningham FG. *Preterm birth*. In: *William Obstetrics Text Book*. 21st. Ed. McGraw-Hill Medical Publishing Company; 689–725; 2001.
14. Korn AP. Chlamydia trachomatis infections in pregnancy. *Contemporary obgyn*. 2000; Volume 4, Hal. 65–75.
15. Savoia MC,. *Bacterial, fungal and parasitic disease*. In : *Medical Complications during Pregnancy (Burrow GN, Duffy TP, Copel JA, eds.)*. 6th ed. The Curtis Center, Philadelphia: 305–345. 2004.
16. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD, *Sexually transmitted diseases*. In: *Williams Obstetrics*. 22nd Ed. McGraw-Hill; Medical Publishing Company. 1301–1325; 2005.
17. Joesoef MR, Wiknyosastro G, Norojono W, Sumampouw H, Linnan MJ, Hansell SE,. Coinfection with chlamydia and gonorrhoea among pregnant women with bacterial vaginosis. *Int J STD AIDS*. 1996; Volume 7; Hal. 61–64.
18. Lismawati, Linda. 2012. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil Trimester III di Rumah Sakit Bantuan Lawang Poltekkes RS Dr. Soepraoen*. <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/file/abdbe934df5c895d7deebd756cc04c1.pdf>. 01 Agustus 2016.
19. Dewi, Purwana. 2007. *Faktor-Faktor yang Melatarbelakangi Kejadian Persalinan Pre term Di RSUD Dr. R. Koesma Tuban*. Akademi Kebidanan Tuban.