

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RST Tingkat II dr. Soedjono Magelang sebagai rumah sakit TNI AD dan pusat layanan rujukan kesehatan Angkatan Darat di wilayah Kodam IV/ Diponegoro, selain melayani pasien anggota TNI AD, rumah sakit ini juga melayani pasien dan kalangan masyarakat umum. Sejak didirikan tahun 1980 sampai tahun 1986 kondisi bangunan rumah sakit ini tidak banyak mengalami perubahan ataupun penambahan bangunan. Kalaupun ada sifatnya hanya pemeliharaan/perbaikan bangunan yang ada dan beberapa penambahan bangunan antara lain bangunan poliklinik tahun 1981 dan kamar bedah sentral tahun 1986.

RST dr. Soedjono Magelang tahun 2013 terletak di Jalan Urip Sumoharjo 48 Magelang. Luas bangunan RST dr. Soedjono tahun 2012 yaitu $\pm 13.250 \text{ m}^2$. Fasilitas yang ada di RST dr. Soedjono Magelang tahun 2013 meliputi: rawat jalan, rawat inap, penunjang diagnostic, haemodialisa, fisioterapi, instalasi farmasi, UGD 24 jam, dan pelayanan penunjang umum. Penelitian dilaksanakan di Ruang Kebidanan (R.Anggrek) Jumlah tenaga medis yang berada disana 18 bidan dan 4 dokter Obsgyn (Profil RST dr. Soedjono Magelang, 2011)

2. Karakteristik Responden

**Tabel 4.1 Karakteristik Responden
Ibu yang mengalami KPD di RST dr. Soedjono Magelang**

No	Karakteristik	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Umur Ibu		
	a. < 20 tahun	10	13.2
	b. 20 - 35 tahun	61	80.3
	c. > 35 tahun	5	6.6
	Total	76	100.0
2	Pendidikan		
	a. SD	9	11.8
	b. SMP	23	30.3
	c. SMA	30	39.5
	d. Perguruan Tinggi	14	18.4
	Total	76	100.0
3	Pekerjaan		
	a. IRT (Ibu Rumah Tangga)	40	52.6
	b. sBekerja	36	47.4
	Total	76	100.0
4	Paritas		
	a. Primigravida	49	64.5
	b. Multigravida	27	35.5
	Total	76	100.0

Sumber: Hasil Kuesioner Diolah, 2013

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa berdasarkan karakteristik umur ibu, mayoritas responden berusia 20 – 35 tahun sebanyak 61 orang (80,3%). Pada karakteristik pendidikan, mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 30 orang (39,5%). Berdasarkan karakteristik pekerjaan, mayoritas responden berstatus sebagai ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 40 orang (52,6%). Berdasarkan paritas, mayoritas responden masuk dalam kategori primipara sebanyak 49 orang (64,5%)

3. Hasil Uji Univariat

Tabel 4.2 Gambaran Penyebab KPD (Ketuban Pecah Dini) di RST dr. Soedjono Magelang Tahun 2013

No	Faktor Penyebab	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	DKP	24	31.6
2	Kehamilan Kembar	4	5.3
3	<i>Makrosomia</i>	20	26.3
4	Kelainan letak	22	28.9
5	Riwayat KPD	6	7.9
Total		76	100.0

Sumber: Hasil Kuesioner Diolah, 2013

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa mayoritas penyebab terjadinya KPD di RST dr. Soedjono Magelang adalah DKP sebanyak 24 orang (31,6%).

Secara rinci, apabila disusun berdasarkan prosentase tertinggi hingga terendah maka didapatkan faktor penyebab terbanyak kejadian KPD adalah sebagai berikut:

- a. DKP sebanyak 24 orang (31,6%)
- b. Kelainan Letak 22 orang (28,9%)
- c. *Makrosomia* sebanyak 20 orang (26,3%)
- d. Riwayat KPD sebanyak 6 orang (7,9%)
- e. Kehamilan Kembar sebanyak 4 orang (5,3%)

B. Pembahasan

1. Penyebab KPD berdasarkan DKP

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa faktor dominan penyebab KPD ialah disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu (DKP) sebanyak 24 (31,6%). Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat menurut Manuaba, 2012 *sepalopelvik disproporsi* yang didukung pendapat Mochtar (2002), bahwa mekanisme persalinan kala 1 dengan panggul sempit, kepala tidak masuk PAP maka pembukaan berlangsung lama, besar kemungkinan ketuban pecah

sebelum waktunya, kepala tidak mau turun. Setelah ketuban pecah, maka kepala tidak dapat menekan serviks, pembukaan lambat maka besar kemungkinan janin tidak dapat melewati panggul.

DKP sebagai faktor penyebab KPD disebabkan karena ukuran pelvis tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran per vaginam, sehingga bisa disebabkan karena panggul ibu sempit, janin yang besar berat janin 4000 gr ataupun kombinasi dari keduanya. Kondisi ini dapat terjadi sebagai akibat dari adanya kelainan faktor maternal (*passage, power, psyche*) atau kelainan faktor fetal (presentasi).

Dari hasil penelitian Kristina (2010) menyatakan faktor DKP termasuk kejadian KPD namun sebagian besar hasil menunjukkan bahwa kasusnya tidak dipengaruhi oleh faktor DKP karena dapat absolut dan relatif. Absolut apabila janin sama sekali tidak melewati jalan lahir, sedangkan relatif apabila faktor – faktor lain ikut berpengaruh, serta dapat dipengaruhi faktor panggul ibu yang memang sempit atau gangguan penyakit pada tulang sehingga kepala bayi sulit berdilatasi sewaktu persalinan. Faktor genetik, fisiologis, lingkungan, termasuk gizi memengaruhi perawakan seorang ibu. Perbaikan gizi dan kondisi kehidupan juga penting karena dapat mencegah terhadap pertumbuhan. Pembukaan yang lambat, maka besar kemungkinan janin tidak dapat melewati panggul.

2. Penyebab KPD berdasarkan Riwayat KPD

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa penyebab KPD ialah Riwayat KPD sebanyak 6 responden (7,9%). Menurut Cunningham, 2006 riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat adanya penurunan dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD aterm dan preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Wanita yang mempunyai riwayat KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh.

KPD tidak terlepas dari kondisi selaput ketuban yang mengalami penurunan kekuatan dalam melindungi ketuban pasca terjadinya KPD sebelumnya. Atau juga dapat dimungkinkan karena kondisi psikologis ibu yang mengalami trauma akibat KPD berdampak pada perubahan fisik dan fisiologis ibu selama masa kehamilan. Sehingga kekuatan selaput ketuban mengalami penurunan kualitas dalam melindungi cairan ketuban dan janin yang dikandungnya. Trauma oleh beberapa ahli disepakati sebagai faktor predisposisi atau penyebab terjadinya ketuban pecah dini. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, dan riwayat KPD (Sualman, 2009). Hasil penelitian ini juga mendukung temuan Juwita (2007) yang mengatakan bahwa riwayat KPD sebesar 18,75% merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian KPD. Tahir (2012) melaporkan bahwa riwayat KPD sebelumnya merupakan faktor risiko terjadinya KPD, dimana risiko KPD pada ibu yang riwayat KPD-nya berisiko tinggi adalah 4,7 kali lebih besar dibandingkan ibu yang riwayat KPD risiko rendah. Bukti empiris ini semakin memperkuat teori yang mengatakan bahwa riwayat KPD sebelumnya merupakan salah satu faktor penyebab KPD. Menurut Manuaba (2012) pada multigravida karena adanya riwayat persalinan sehingga keadaan jaringan ikatnya lebih longgar daripada primigravida. Pada multigravida jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang sehingga multigravida lebih berisiko terjadi ketuban pecah dini dibandingkan primigravida.

3. Penyebab KPD berdasarkan *Makrosomia*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *makrosomia* sebagai faktor penyebab terbesar ketiga terjadinya KPD yaitu sebanyak 20 (26,3%) disebabkan karena berat badan neonatus >4000 gram. Kehamilan dengan *makrosomia* menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membran menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2006).

Ketuban pecah dini dapat dimungkinkan karena besarnya ukuran janin melebihi ukuran pelvis sehingga mampu mengakomodasi sebagai jalan keluar janin, akibatnya janin memberikan tekanan terhadap selaput ketuban sehingga mudah pecah.

Hasil penelitian Bernadeta (2012) menyatakan bahwa aspek ibu bersalin dengan KPD dipengaruhi oleh *makrosomia*, namun hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar tidak dipengaruhi oleh faktor tersebut karena dapat dipengaruhi oleh faktor lain yaitu tingkat pendidikan mayoritas perguruan tinggi yang mampu berfikir kritis dan sistematis di bidangnya tetapi tidak selalu ibu memahami tingkat pengetahuan tentang reproduksi sehat atau kehamilan, persalinan, dan menyusui sehingga peran bidan atau tenaga kesehatan tetap dibutuhkan dalam edukasi dan pengetahuan tentang reproduksi sehat dan penanganan kegawatan atau pengenalan tanda - tanda bahaya secara dini, adanya kelainan sehingga risiko yang tidak diinginkan dapat segera teratasi. Sedangkan menurut Tahir, (2012) tingkat pendidikan ibu hamil yang mengalami KPD cukup banyak ditemukan ibu yang berpendidikan dasar (SD dan SMP) karena dipengaruhi oleh faktor ekonomi, orang tuanya tidak sanggup menyekolahkan mereka sampai ke jenjang yang lebih tinggi karena mereka menganggap bahwa pendidikan itu membutuhkan dana yang banyak. Selain itu, tidak sedikit ibu yang menikah dan hamil pada usia yang relatif muda. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut pendidikan tertinggi mayoritas SD atau SMP, Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor IRT karena dengan bekerja maka akan menguras energi dan tenaga sehingga sangat diperlukan dalam pembagian jam istirahat agar tidak terlalu lelah.

4. Penyebab KPD berdasarkan kelainan letak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelainan letak sebagai faktor penyebab terbesar keempat terjadinya KPD yaitu sebanyak 22 responden (28,9%) dapat dimungkinkan karena besarnya ukuran janin melebihi ukuran pelvis sehingga mampu mengakomodasi sebagai jalan keluar janin, akibatnya janin memberikan tekanan terhadap selaput ketuban sehingga mudah pecah. Kelainan letak janin dapat membuat ketuban bagian terendah langsung

menerima tekanan intrauterin yang dominan yaitu letak sungsang. Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus, pada kehamilan <32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga memungkinkan janin bergerak leluasa dan demikian janin dapat menempatkan diri dalam letak sungsang/lintang. Pada kehamilan TM III akhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relative berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar, letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya. Menurut Manuaba, 2012 kelainan letak janin (sungsang atau lintang) didukung pendapat Mochtar (2000), bahwa prognosis bagi ibu pada letak sungsang adalah kemungkinan robekan pada perineum lebih besar, juga karena dilakukan tindakan. Letak lintang biasanya menyebabkan ketuban cepat pecah, pembukaan lama dan tali pusat menumbung.

Dari hasil penelitian Bernadeta (2012) menyatakan bahwa salah satu faktor terjadinya KPD ialah kelainan letak, namun hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kasus KPD yang terjadi dengan presentasi kepala. Hal ini dapat terjadi dikarenakan oleh faktor lain yaitu faktor bekerja karena pekerjaan adalah suatu yang penting dalam kehidupan dengan bekerja kita bisa memenuhi kebutuhan, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari tetapi aktifitas harian ibu hamil tidak dianjurkan untuk tidak bekerja tetapi harus ada waktu istirahat karena aktifitas yang berlebih akan memengaruhi keselamatan ibu dan janin.

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Hal ini dapat dijadikan pelajaran bagi ibu-ibu hamil agar selama kehamilan menghindari melakukan pekerjaan. bekerja sepanjang hari demi untuk menunjang kehidupan diri dan keluarga, namun demikian pekerjaan sebagai pekerja dan sebagai Ibu rumah tangga (IRT) dapat menguras energi, oleh karena seorang ibu hamil harus bekerja sepanjang hari tanpa pamrih mengurus rumah tangga dan anaknya Marx, 2007. Ibu yang bekerja dan lama kerja ≥ 40 jam/minggu dapat meningkatkan risiko sebesar 1,7 kali

mengalami KPD dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena pekerjaan fisik ibu juga berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi. Pada ibu yang berasal dari strata sosial ekonomi rendah banyak terlibat dengan pekerjaan fisik yang lebih berat. Sedangkan menurut (Ratnawati 2010) yang menyatakan bahwa aktivitas berat (43,75%) merupakan faktor risiko terjadinya KPD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori di atas karena mayoritas sebagai pekerja. Sedangkan dari segi paritas menurut Siti (2012) menyatakan multigravida karena ibu yang melahirkan banyak anak sehingga rahimnya sudah sangat elastis dan membuat janin berpeluang untuk berputar hingga usia kehamilan 37 minggu dan seterusnya yang akhirnya dapat menimbulkan kelainan letak. Pada grandemultipara sering didapatkan perut gantung, akibat rengangan uterus yang berulang-ulang karena kehamilan dan longgarnya ligamentum yang memfiksasi uterus, sehingga uterus menjadi jatuh depan, disebut perut gantung. Perut gantung dapat mengakibatkan terjadinya gangguan his karena posisi uterus yang menggantung kedepan sehingga bagian janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung serta rapat dengan segmen bawah perut. Akhirnya janin dapat mengalami kelainan letak.

Hasil penelitian ini berbeda dengan Siti (2012) karena mayoritas yang mengalami KPD adalah primigravida. Menurut Manuaba, 2012 primigravida mempunyai angka kematian maternal ataupun komplikasi obstetrik (termasuk KPD) lebih tinggi. Paritas kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif lebih aman untuk hamil dan melahirkan pada masa reproduktif, karena pada keadaan tersebut dinding uterus belum banyak mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik Varney, 2008. Ibu yang melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD, oleh karena vakularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Cunningham, 2006).

5. Penyebab KPD berdasarkan kehamilan kembar

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa penyebab KPD ialah kehamilan kembar sebanyak 4 responden (5.3%). Sebagai faktor terkecil penyebab terjadinya KPD di RST dr. Soedjono Magelang dapat dimungkinkan karena prevalensi kehamilan kembar cukup kecil ditemukan pada ibu hamil. Kehamilan kembar merupakan suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin, 2007). Risiko KPD pada ibu yang kehamilan kembar risiko tinggi adalah 3,0 kali lebih besar dibandingkan ibu yang kehamilan kembar risiko rendah (Tahir, 2012). Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Wanita dengan kehamilan kembar berisiko tinggi mengalami KPD. Hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat sehingga sewaktu-waktu selaput ketuban dapat pecah secara tiba-tiba yang dapat diidentifikasi sebagai KPD (Varney, 2008). Kehamilan dengan janin kembar juga akan memengaruhi kenyamanan dan citra tubuh, kesiapan perawatan bayi dan keuangan, semua faktor ini akan menimbulkan stres dan hendaknya petugas kesehatan lebih banyak memberi konseling dan pendidikan kesehatan. Konseling tentang tanda-tanda KPD perlu diupayakan guna memberi perawatan kehamilan dengan janin kembar yang bermutu (Cunningham, 2006).

Hasil penelitian Irvani (2007) menyatakan bahwa kehamilan kembar merupakan faktor terjadinya KPD namun hasilnya sebagian besar dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa KPD dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor umur. Umur 20 – 35 tahun merupakan umur yang aman untuk persalinan karena organ – organ reproduksi dan hormon yang berhubungan dengan persalinan sudah matang. Dibandingkan dengan umur < 20 tahun

karena pada wanita usia muda organ reproduksinya belum sempurna dan fungsi hormonal yang berhubungan dengan persalinan juga belum sempurna belum lagi dari segi emosional, fisiologis, serta pengalaman yang belum pernah dialami sebelumnya sedangkan untuk umur > 35 tahun dengan kehamilan kembar merupakan resiko tinggi pada proses persalinan organ-organ reproduksi yang lemah, tenaga yang berkurang hal ini bisa membuat ibu sulit untuk mengejan apabila terjadi terlalu lama maka akan terjadi partus lama.

Penelitian ini juga didukung oleh Manuaba (2012), faktor kehamilan risiko tinggi yang mengarah ke komplikasi *obstetrik* yaitu umur <20 tahun atau >35 tahun. Sesuai dengan teori bahwa umur ibu <20 tahun, organ reproduksi belum berfungsi secara optimal yang akan memengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi abnormal. Ibu yang hamil pada umur >35 tahun juga merupakan faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini karena pada usia ini sudah terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya.

Dalam usia reproduksi sehat, usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Dari data di atas diperoleh kejadian ketuban pecah dini, secara reproduktif bahwa dalam umur 20-35 tahun dianggap kecil kemungkinan untuk terjadi komplikasi dalam kehamilan termasuk ketuban pecah dini. Hasil penelitian ini berbeda dengan teori tersebut dilihat sebagai faktor tunggal. Hasil penelitian ini memiliki persamaan dengan Irvani (2007) penelitian menyatakan kejadian KPD pada ibu bersalin terjadi pada umur 20-35 tahun, sehingga tidak menutup kemungkinan usia reproduksi sehat juga dapat mengalami KPD. Kemungkinan juga ada faktor lain yang memengaruhi.

C. Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, antara lain:

1. Keterbatasan Data Sekunder

Keterbatasan ini menyebabkan masih banyak aspek yang terkait dengan permasalahan pokok penelitian yaitu data yang diambil berdasarkan rekam medik sehingga data yang diperoleh kurang mendalam dan belum dikaji secara menyeluruh.

PERPUSTAKAAN
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA