

BAB I
PENDAHULUAN
A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa pada tahun 2010 angka kematian ibu diseluruh dunia telah mendekati angka yang ditargetkan oleh MDGs atau mencapai 99%. Rata-rata angka kematian ibu diseluruh dunia yaitu 287 per 100.000 kelahiran hidup. Sebagian besar kematian ibu terjadi di negara berkembang karena kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan, persalinan “dukun” disertai keadaan sosial ekonomi dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong rendah (WHO, 2012).

Di Indonesia angka kematian ibu masih tinggi dan merupakan masalah yang menjadi prioritas di bidang kesehatan. Di samping menunjukkan derajat kesehatan masyarakat dan tingkat kesejahteraan masyarakat. Menurut hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 359/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut menyatakan bahwa AKI meningkat dibandingkan data dari SDKI 2007 yaitu 228/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Indonesia menargetkan pada tahun 2015 AKI turun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup. Dalam upaya mempercepat penurunan AKI pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategi “Empat Pilar *Save Motherhood*” meliputi keluarga berencana, pelayanan antenatal, persalinan yang aman dan pelayanan obstetrik esensial. Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi yaitu sebesar 32 kematian per 1.000 kelahiran, 60% dari bayi tersebut meninggal pada usia 0 bulan atau sebanyak 19 bayi, sedangkan 40% meninggal pada usia 1-11 bulan atau sebanyak 13 bayi (SDKI, 2012). Di Indonesia penyebab dari kematian neonatus yaitu asfiksia (27%), bayi berat lahir rendah (BBLR) (29%), trauma lahir, tetanus neonatorum, kelainan kongenital dan infeksi (Depkes RI, 2009).

Jumlah kasus kematian ibu di DIY yang dilaporkan kabupaten/kota pada tahun 2011 mencapai 56 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2010 sebanyak 43 kasus. Tahun 2012 jumlah kematian ibu menurun menjadi sebanyak 40 kasus dan

kembali meningkat menjadi 46 kasus pada tahun 2013 sesuai dengan pelaporan dari Dinas kesehatan Kab/Kota (Dinas Kesehatan DIY, 2014). *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menyatakan ketuban pecah dini merupakan penyebab 1/3 dari kelahiran prematur. Kelahiran prematur secara khas berhubungan dengan lama antara pecahnya selaput ketuban dengan persalinan, sehingga dapat meningkatkan potensial terjadinya infeksi perinatal, dan kompresi tali pusat. Oleh karena itu *Preterm Premature Rupture Of Membrane* (PPROM) maupun *Term Premature Rupture Of Membrane* (TPROM) dapat menjadi penyebab yang berarti bagi kesakitan dan kematian bayi. Ketuban Pecah Dini merupakan masalah yang masih kontroversial dalam kebidanan. Penanganan yang optimal dan yang baku belum ada bahkan selalu berubah. Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal-perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya (ACOG, 2007)

Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini biasanya dapat disebabkan oleh *multi/grandemulti*, overdistensi (*hidroamnion*, kehamilan ganda), *disproporsio sefalo pelvis*, kelainan letak (lintang dan sungsang). Oleh sebab itu, Ketuban Pecah Dini memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong (bidan dan dokter) karena dapat menyebabkan bahaya infeksi intra uterin yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dengan demikian, akan menurunkan atau memperkecil resiko kematian ibu dan bayinya (Manuaba, 2008).

Banyak faktor yang menyebabkan KPD, baik yang berasal dari faktor ibu maupun janinnya. Faktor-faktor tersebut antara lain kelainan selaput ketuban, distensia uterus, infeksi vagina, stress janin, stress maternal, kehamilan kembar, dan tindakan medis (Fadlun, 2012).

SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) tahun 2013 yang diperoleh dari Dinas Kesehatan DIY, menyatakan bahwa Kabupaten Bantul berada pada peringkat pertama dengan kasus ketuban pecah dini yaitu 160 kasus atau 94,67%, kemudian kabupaten Gunung Kidul sebanyak 6 kasus atau 3,55% dan kabupaten Yogyakarta

sebanyak 3 kasus atau 1,77%. Rumah Sakit dengan kejadian KPD tertinggi adalah RSUD Panembahan Senopati Bantul, RSUD Wonosari diurutan kedua dan RSU Yogyakarta diurutan ketiga.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tanggal 4 februari 2014 didapatkan jumlah persalinan dengan ketuban pecah dini pada tahun 2012 sebanyak 12 persalinan dengan persentase 100% PPRM dan 0% TPROM. Sedangkan pada tahun 2013 didapatkan jumlah persalinan dengan ketuban pecah dini sebanyak 112 persalinan dengan persentase 52,25% PPRM dan 47,75% TPROM. Hasil Studi Pendahuluan ini menyatakan bahwa terjadi peningkatan kasus ketuban pecah dini dari tahun 2012 ketahun 2013 secara drastis serta ketuban pecah dini cenderung terjadi pada persalinan prematur dibandingkan dengan persalinan matur. Fenomena peningkatan angka kejadian ketuban pecah dini tersebut diperkirakan terjadi karena meningkatkannya kehamilan diusia dini yaitu pada usia kurang dari 20 tahun meningkat dari tahun 2012 ketahun 2013 sebanyak 10%.

Berdasarkan hal-hal yang sudah diungkapkan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui lebih jauh lagi tentang Angka Kejadian Ketuban Pecah Dini pada tahun 2013 di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka dirumuskan masalah penelitian adalah sebagai berikut: “Bagaimanakah Angka Kejadian Ketuban Pecah Dini Tahun 2013 Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui Angka Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui Prosentase Kejadian Ketuban Pecah Dini dilihat dari kehamilan kembar.
- b. Diketahui prosentase Kejadian Ketuban Pecah Dini dilihat dari polihidramnion.
- c. Diketahui prosentase Kejadian Ketuban Pecah Dini dilihat dari distensi uterus.
- d. Diketahui prosentase Kejadian Ketuban Pecah Dini dilihat dari Stress Fetal.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penelitian selanjutnya bagi mahasiswa STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

2. Manfaat Praktis

a. Peneliti Selanjutnya

Memberikan informasi dan menjadi sarana bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian terutama mengenai ketuban pecah dini.

b. Bagi keputakaan STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

Memberikan informasi kepada mahasiswa kebidanan khususnya informasi tentang persalinan Ketuban Pecah Dini.

c. Pelaksana Pelayanan Kebidanan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Memberikan informasi mengenai persalinan Ketuban Pecah Dini, sehingga dapat dilakukan pencegahan dan penatalaksanaan yang tepat sesuai penyebab terjadinya persalinan Ketuban Pecah Dini.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Nama	Judul	Jenis Penelitian	Teknik Analisis/Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
1	Deasy Trivia ny, 2012	Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES ES Kupang Tahun 2011	Retrospektif Bersifat Deskriptif Observasional	Observasional Rekam Medik / Total Sampling	Terdapat 272 kasus KPD Di RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES Kupang pada tahun 2011, paling banyak terjadi pada ibu usia 20-35 tahun, terutama pada ibu dengan jumlah paritas 1 dan ibu dengan pendidikan SMA.	Persamaan : Jenis penelitian retrospektif, Teknik Analisis dan cara pengambilan sampel. Perbedaan : Judul, Tempat, waktu dan hasil.
2	Fitri Amelia Siregar, 2011	Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Padangsidimpuan	Deskriptif	Total Sampling	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Ketuban Pecah Dini Di RSUD Padangsidimpuan adalah Infeksi Genitalia (70,2%), Paritas (63,8%).	Persamaan : Teknik pengambilan sampel. Perbedaan : Judul, Tempat, waktu dan hasil.
3	Kilpatrick SJ, Patil R, Connell J, Nicholas J, Stude	Risk factors for preivable premature rupture of membrane s or advanced cervical dilation: a	Diagnostik Retrospektif Case Kontrol	Dianalisis secara deskriptif. Axidental Sampling	Ada 102 wanita dengan PPRM, 56 wanita dengan pembukaan serviks, dan 316 subjek kontrol. Tobacco menggunakan riwayat dari inkompetensia	Persamaan : Jenis penelitian persamaan Perbedaan : Judul, teknik analisis/sampel,

e L.	case control study.	serviks, persalinan sebelumnya dengan PPRM, pengakhiran persalinan sebelumnya pada <20 minggu, dan riwayat PPRM sebelumnya berhubungan signifikan dengan PPRM atau pembukaan serviks lanjut membandingkan dengan masa subjek kontrol. ketika dikontrol dari paritas, usia, status pernikahan dan ras, variabel ini signifikan. bakteri vagina pada masa kehamilan berhubungan secara signifikan dengan dilatasi serviks lanjut saja tapi tidak PPRM membandingkan dengan subjek kontrol. riwayat dari clamidia lebih berpengaruh pada masa subjek kontrol (19,6%)	lokasi, waktu penelitian dan hasil penelitian.
------	---------------------	---	--