HUBUNGAN DKP DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI DI RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU

Dian Arsiana, Mariati, Yuniarti

Poltekkes Bengkulu Jurusan Kebidanan, Jl. Indragiri No. 3 Bengkulu, E-mail :
dian83rinjani@yahoo.com

Poltekkes Bengkulu, Jurusan Kebidanan Jl. Indragiri No.3 Bengkulu
Poltekkes Bengkulu, Jurusan Kebidanan Jl. Indragiri No.3 Bengkulu

Abstract : Earlier rupture at membrane case has a great contribution to perinatal mortality, one of which is caused by the DKP. Earlier rupture at membrane case at the Dr. M. Yunus hospital Bengkulu increases every year. In 2011, it is recorded Earlier rupture at membrane 482 case (21,5%). The purpose of this study is to recognize DKP correlation with the earlier rupture at membrane case in Dr M. Yunus hospital Bengkulu 2012. This study used case-control design where all in the space C1 maternal Midwifery in 2011 amounted to 2244 people, a sample is taken with a ratio of 1:1 ie 190 by systematic random sampling. The research was conducted in July to August 2012. Retrieval of data using secondary data obtained from maternal registers. Data were analyzed with univariate and bivariate analysis using chi square test. The results showed that a small percentage (3.7%) respondents with DKP, more than most (55.3%) of respondents with parity primiparous and grandemultipara, a small portion (12.6%) of respondents with gestational age preterm and post-mature and small proportion (14.2%) of respondents to the location of the abnormality. There is no significant relationship between the DKP, parity, gestational age, mal position and Earlier rupture at membrane cases. Medical officer, especially midwives, must increase the frequency of counseling about the prevention and treatment for mothers who have risky factors in midwifery polyclinic.

Abstrak : KPD mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal, salah satunya disebabkan oleh DKP. Kejadian KPD di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu meningkat setiap tahunnya. Tahun 2011 kejadian KPD sebanyak 482 (21,5%). Tujuan penelitian ini adalah diketahui hubungan DKP dengan kejadian KPD di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2012. Penelitian ini menggunakan desain *case control* dengan populasi adalah seluruh ibu bersalin di ruang C1 Kebidanan tahun 2011 berjumlah 2.244 orang, sampel diambil dengan perbandingan 1:1 yaitu 190 secara *systematic random sampling*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli s.d Agustus 2012. Pengambilan data menggunakan data sekunder, diperoleh dari register ibu bersalin. Data dianalisa dengan analisa univariat dan bivariat menggunakan *uji chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian kecil (3,7%) responden dengan DKP, lebih dari sebagian besar (55,3%) responden dengan paritas primipara dan grandemultipara, sebagian kecil (12,6%) responden dengan usia kehamilan prematur dan post matur dan sebagian kecil (14,2%) responden dengan kelainan letak. Tidak ada hubungan yang bermakna antara DKP, paritas, usia kehamilan dan kelainan letak dengan kejadian KPD. Saran bagi Rumah Sakit terutama bidan, perlu meningkatkan frekuensi penyuluhan tentang pencegahan dan penanganannya terutama kepada ibu-ibu yang memiliki faktor resiko di Poli Kebidanan.

Kata Kunci : DKP, Paritas, Usia Kehamilan, Kelainan Letak, KPD

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator sensitif untuk mengetahui derajat kesehatan suatu negara dan untuk mengukur tingkat kemajuan suatu bangsa. *World Health Organization* (1999) melaporkan hampir 585.000 ibu hamil dan ibu bersalin meninggal setiap tahunnya di seluruh dunia saat hamil atau bersalin, artinya setiap menit ada satu perempuan

yang meninggal. Di Negara maju AKI pertahunnya 27/100.000 kelahiran hidup. Di Negara berkembang termasuk Indonesia AKI rata-rata dapat mencapai 18 kali lebih tinggi pada tahun 2007 yakni 480.000 /100.000 kelahiran hidup Depkes RI (2004). Menurut hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2008 AKI di Indonesia menempati urutan

pertama di ASEAN yaitu 235 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini ditargetkan menjadi 125 per 100 000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2010 dan 102 per 100 000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2015 (Depkes RI, 2009). AKI di Propinsi Bengkulu pada tahun 2009 sebesar 53/100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2010 menjadi 45/100.000 kelahiran hidup dengan rincian jumlah kematian ibu adalah 45 orang, ibu hamil 9 orang (20%), ibu bersalin 33 orang (73,3%), ibu nifas 3 orang (6,6%) (Dinkes Propinsi Bengkulu, 2010).

Penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan (42%), preeklampsia (13%), infeksi (10%), komplikasi abortus (11%), partus lama (9%), penyebab lain (15%) SDKI (2008). Salah satu penyebab kematian ibu adalah infeksi yang dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas karena Ketuban Pecah Dini (KPD), Hal ini berarti jalan lahir telah terbuka untuk masuknya kuman penyebab infeksi yang akhirnya jika tidak ditangani dengan tepat dapat menimbulkan kematian. KPD adalah ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (Manuaba, 2007).

KPD mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal. Banyak faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi, serviks yang inkompetensia, tekanan intrauterine yang meningkat atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi* uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli, trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun *amniosintesis* menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi, kelainan letak, keadaan sosial ekonomi dan faktor lain : faktor golongan darah, faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu, faktor multigraviditas, merokok dan perdarahan ante partum, defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C) (Nugroho, 2010). Pre-

sentasi janin yang menyebabkan KPD banyak terjadi pada letak bokong dimana bokong menempati *servik uteri* dan pada usia kehamilan yang menyebabkan KPD lebih banyak usia kehamilan *prematum* (Winkjosastro, 2007).

Disproporsi Kepala Panggul (DKP) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. Pada panggul sempit ada kemungkinan kepala tertahan oleh pintu atas panggul, sehingga gaya yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus secara langsung menekan bagian selaput ketuban yang menutupi serviks, akibatnya ketuban dapat pecah pada pembukaan kecil (Cunningham, 2005). Hasil penelitian Arifa (2009) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara disproporsi kepala panggul dengan ketuban pecah dini.

Paritas merupakan jumlah anak yang dilahirkan oleh seseorang wanita Dorland (1999). Frekuensi ketuban pecah dini, akan lebih tinggi terjadi pada primigravida dan multigravida (Winjosastro, 2007), penelitian Siregar (2011), menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Padang Sidimpuan adalah infeksi genitalia (70,2%), paritas (63,8%). Penelitian Nora (2011), menunjukkan bahwa paritas/jumlah anak ibu paling banyak yaitu paritas 2-5 orang (75,4%).

Usia kehamilan terdiri dari : *Matur* (cukup bulan) adalah usia yang berlangsung kira-kira 40 minggu (280 hari) dan tidak lebih dari 42 minggu *Prematur* adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan 20-37 minggu Mansjoer (2006). Penelitian Sagitta (2008), menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami KPD dengan persalinan preterm lebih sedikit, dibandingkan dengan KPD dengan persalinan tidak preterm terdapat 43 (71,67%). Sedangkan ibu hamil tanpa KPD yang mengalami persalinan preterm adalah sebanyak 25 (41,67%), dan ibu hamil tanpa KPD dan

tidak mengalami persalinan preterm adalah sebanyak 35 (58,33%).

Kelainan letak adalah semua presentasi janin selain vertex dan posisi janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi Saifuddin (2006). Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah sehingga dapat menyebabkan KPD. Hasil penelitian Ningsih (2001) menunjukkan bahwa kejadian Ketuban Pecah Sebelum Waktu (KPSW) pada letak sungsang sebesar 8,80% dan pada letak melintang sebesar 7,1%.

RSUD dr. M. Yunus Bengkulu merupakan rumah sakit rujukan di seluruh wilayah Bengkulu dan tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan merupakan rumah sakit Swadana milik Pemda Propinsi Bengkulu dengan klasifikasi kelas B Pendidikan yang telah terakreditasi penuh tingkat lanjut pada 12 pelayanan. Adapun visi rumah sakit adalah "Menjadi Pusat Rujukan Medis Terbaik di Propinsi Bengkulu dengan Pelayanan Prima". Sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di Propinsi Bengkulu dan berusaha memberikan pelayanan prima bagi masyarakat, RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang lebih berkualitas dibandingkan dengan rumah sakit lain yang ada di Propinsi Bengkulu dan dapat dijadikan model asuhan klien bagi peserta didik yang belajar di rumah sakit tersebut.

Berdasarkan data yang ditemukan di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2009 dari 1.062 persalinan, jumlah kasus KPD sebanyak 239 (28,28%), tahun 2011 dari 2.244 persalinan jumlah kasus KPD sebanyak 482 (21,5%), persalinan sungsang 164 kasus (13%), letak lintang 11 kasus (0,5%), gamelli 21 kasus (0,9%), DKP 22 kasus (0,10%). Kejadian infeksi bayi karena KPD tahun 2011 berjumlah 11 kasus (0,47%). Survey awal yang dilakukan

peneliti pada tanggal Maret 2012 di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2012 diperoleh bahwa dari 20 orang yang menderita KPD dengan rincian 7 orang (35%) dengan DKP, 3 orang (15%) paritas grandemulti-para, 6 orang (25%) kelainan letak dan 4 orang (20%) dengan gamelli. Tujuan Penelitian penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KPD di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2012.

BAHAN DAN CARA KERJA

Jenis penelitian ini menggunakan survey analitik dengan pendekatan *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011 berjumlah 2.244 orang. Sampel kasus dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami KPD berjumlah 482 orang, berdasarkan rumus sehingga sebanyak 95 kasus diambil secara *systematic random sampling* yaitu pengambilan sampel secara sistematis dilakukan secara berurutan dengan interval tertentu, dengan kelipatan 23. Kelompok kontrol (ibu yang tidak mengalami KPD) yang diambil secara *systematic random sampling* dengan menggunakan perbandingan 1:1 setiap kelipatan 18. Analisa data dilakukan secara bertahap yaitu analisa univariat dan bivariat. Analisa bivariat menggunakan uji *Chi-Square* (X^2) dengan derajat kemaknaan (α) sebesar 5 %.

HASIL

Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi variabel penelitian yaitu DKP, paritas, usia kehamilan, kelainan letak sebagai variabel independen dan kejadian KPD sebagai variabel dependen

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan DKP, Paritas, Usia Kehamilan dan Kelainan Letak di Ruang C1 kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011

Variabel	Kasus (n = 95)		Kontrol (n = 95)		Frekuensi (n = 190)	Persentase (%)
	F	%	F	%		
DKP						
Iya	2	2,1	5	5,3	7	3,7
Tidak	93	97,9	90	94,7	183	96,3
Paritas						
Primipara dan grandemulti	57	60	48	50,5	105	55,3
Multipara	38	40	47	49,5	85	44,7
Usia Kehamilan						
Prematur dan post matur	14	14,7	10	10,5	24	12,6
Matur	81	85,3	85	89,5	166	87,4
Kelainan Letak Janin						
Kelainan letak	12	12,6	15	15,8	27	14,2
Tidak kelainan letak	83	87,4	80	84,2	163	85,8

Tabel 1. menunjukkan bahwa sebagian kecil (3,7%) responden dengan DKP, lebih dari sebagian besar (55,3%) responden dengan paritas primipara dan grandemultipara, sebagian kecil (12,6%) responden dengan usia kehamilan prematur dan post matur dan sebagian kecil (14,2%) responden dengan kelainan letak.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara DKP dengan kejadian KPD di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2011 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2. Hubungan DKP dengan Kejadian KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2011

Variabel DKP	KPD				<i>p value</i>	OR (95% CI)
	KPD		Tidak KPD			
	f	%	f	%		
DKP	2	2,1	5	5,3	0,444	0,387 0,073-2,047
Tidak DKP	93	97,9	90	94,7		
Jumlah	95	100	95	100		

Tabel diatas menunjukkan perbandingan ibu yang DKP pada kelompok KPD lebih kecil 45 kali lipat dibandingkan dengan ibu tidak DKP pada kelompok tidak BBLR. Dilihat dari sisi risiko berarti ibu yang DKP dan yang tidak DKP tidak ada perbedaan terhadap KPD diperoleh nilai OR 0,387 (95% CI : 0,073-2,047). Analisis bivariabel diperoleh nilai ($p = 0,444$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara DKP dengan kejadian KPD.

Tabel dibawah menunjukkan bahwa variabel paritas diperoleh hasil bahwa proporsi subjek yang KPD maupun yang tidak KPD sebagian subjek primi dan grandemultipara 60% ; 50,5%. Berdasarkan analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa

tidak terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian KPD ($p = 0,243$). Berdasarkan usia kehamilan diperoleh hasil bahwa sebagian kecil (14,7%) responden dengan usia kehamilan prematur dan postmatur mengalami KPD. Analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia kehamilan dengan kejadian KPD ($p = 0,513$). Kelainan letak diperoleh hasil sebagian kecil (12,6%) responden dengan kelainan letak mengalami KPD. Analisis bivariabel diperoleh bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ke-lainan letak dengan kejadian KPD ($p = 0,678$).

Tabel 3. Hubungan Paritas, Usia Kehamilan dan Kelainan Letak dengan Kejadian KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2011

Variabel	KPD				<i>p</i> <i>value</i>	OR (95% CI)
	KPD		Tidak KPD			
	(n = 95)		(n = 95)			
	f	%	f	%		
Paritas						
Primi dan grandemulti	57	60	48	50,5	0,243	1,469 (0,827-2,609)
Multipara	38	40	47	49,5		
Usia Kehamilan						
Prematur & Postmatur	14	14,7	10	10,5	0,513	1,469 (0,618-3,495)
Matur	81	85,3	85	89,5		
Kelainan Letak						
Kelainan Letak	12	12,6	15	15,8	0,678	0,771 (0,340-1,749)
Tidak Kelainan Letak	83	87,4	80	84,2		

PEMBAHASAN

Hubungan DKP dengan KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011

Hasil analisis uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara DKP dengan kejadian KPD, dengan nilai OR = 0,387 (95% CI : 0,073-2,047), artinya secara statistik bersifat profektif ibu yang DKP dan yang tidak DKP tidak ada perbedaan terhadap KPD. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang mengalami DKP sangat sedikit (2,1%) sehingga tidak dapat memberikan hubungan yang bermakna terhadap ketuban pecah dini. Banyak faktor lain yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini bukan karena DKP, diantaranya : kelainan bawaan, factor infeksi, hidramnion.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan Cuninggham (2005), pada panggul sempit ada kemungkinan kepala tertahan oleh pintu atas panggul, sehingga gaya yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus secara langsung menekan bagian selaput ketuban yang menutupi serviks. Akibatnya ketuban dapat pecah pada pembukaan kecil. Begitu juga dengan Oxorn (2010), apabila pada panggul sempit, pintu atas panggul tidak tertutup dengan sempurna oleh janin ketuban bisa pecah pada pembukaan kecil. Bila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal, akibatnya ketuban pecah dini lebih mudah terjadi.

Hubungan Paritas dengan KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian KPD, dengan nilai OR = 1,469 (95% CI : 0,827-2,609), artinya secara statistik bersifat profektif ibu dengan paritas primipara dan grandemultipara dan yang paritas multipara tidak ada perbedaan terhadap KPD. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden dengan paritas primipara, grandemultipara dan multipara yang mengalami KPD hampir sama banyak sehingga tidak dapat memberikan hubungan yang bermakna terhadap KPD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Saggita (2008), tidak ada hubungan antara KPD dengan persalinan preterm. Bertolak belakang dengan pendapat Mochtar (1998), bahwa primigravida berisiko untuk mengalami KPD. Hakimi (2000), primigravida cenderung memiliki periode laten yang lama. Menurut Roth, dkk (1985), kejadian terbanyak KPD pada paritas 0 dan 1 (62,67 %). Begitu juga Manuaba (2007), makin lama periode laten yang dialami oleh ibu hamil, maka makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan selanjutnya akan meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian karena KPD. Winjosastro (2007), frekuensi KPD, akan lebih tinggi terjadi pada primigravida dan multigravida, berdasarkan teori imunologik yang disampaikan oleh Sudhaberata (2005), bah-

wa pada kehamilan pertama terjadi pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen yang tidak sempurna. Selain itu, Angar D (2004), pada kehamilan pertama terjadi pembentukan human *leucocyte antigen protein* (HLA), yang berperan penting pada modulasi respon immune, sehingga terjadi ketidaksiapan ibu untuk mempertahankan kehamilan yang berimbas pada rentannya KPD.

Hubungan Usia Kehamilan dengan KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia kehamilan dengan kejadian KPD, dengan nilai OR = 1,469 (95% CI : 0,618-3,495), artinya secara statistik bersifat prospektif ibu dengan usia kehamilan premature dan postmatur dan yang usia kehamilan matur tidak ada perbedaan terhadap KPD. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang usia kehamilan prematur dan postmatur lebih kecil (14,7%) sehingga tidak dapat memberikan hubungan yang bermakna terhadap KPD. Banyak faktor lain yang dapat menyebabkan KPD bukan karena usia kehamilan, diantaranya : infeksi, servik yang inkompetensia, tekanan intra uterin.

Penelitian ini sejalan dengan Yancey (1999), angka kejadian KPD lebih banyak terjadi pada kehamilan yang cukup bulan dari pada yang kurang bulan, yaitu sekitar 95 %, sedangkan pada kehamilan tidak cukup bulan atau KPD pada kehamilan preterm terjadi sekitar 34 % semua kelahiran premature.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan pendapat David (2007), yang menyatakan bahwa hubungan usia kehamilan terhadap ketuban pecah dini adalah pada prematur dimana insiden ketuban pecah secara spontan sebelum usia gestasi 37 minggu karena penyebab infeksi (misalnya *streptokokus hemolitikus* grup B), polihidramnion atau defek kolagen Juga bisa disebabkan bila tubuh ibu kerdil dapat

mempengaruhi janin di rahimnya, yaitu tidak bisa mengembang dengan sempurna dan adapun masalah gizinya kurang sehingga menyebabkan pertumbuhan janin terhambat dalam waktu lama akan mempengaruhi kelahiran bayi sebelum waktunya. Kondisi servik uteri yaitu leher rahim yang lemah misalnya, setiap bayi berkembang besar, servik uteri ibu ingin membuka terus, sehingga bayi terpaksa lahir. Selain itu bias juga karena infeksi vagina disebut vaginosis bacterial, bakteri ini akan naik ke atas sehingga menyebabkan KPD. KPD secara singkat adalah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD dan KPD preterm terutama pada pasien resiko tinggi.

Hubungan Kelainan Letak dengan KPD di Ruang C1 Kebidanan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kelainan letak dengan kejadian KPD, dengan nilai OR = 0,771 (95% CI : 0,340-1,749), artinya secara statistik bersifat prospektif ibu dengan kelainan letak dan yang tidak kelainan letak tidak ada perbedaan terhadap KPD. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang mengalami kelainan letak lebih kecil (12,6%) sehingga tidak dapat memberikan hubungan yang bermakna terhadap KPD. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan Ningsih (2001) menyebutkan bahwa kejadian KPSW pada letak sungsang sebesar 8,80% dan pada letak melintang sebesar 7,1%.

Bertolak belakang dengan Manuaba (2007), kelainan letak (*malpresentase/malposisi*) merupakan factor predisposisi terjadinya KPD. Letak janin yang tidak normal yaitu letak lintang dan letak sungsang, sering mengakibatkan adanya tali pusat menumbung yang sebelumnya didahului dengan pecahnya selaput ketuban. Kelainan letak misalnya letak sungsang dan letak lintang dengan tidak adanya bagian terendah yang menutupi pintu atas

panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah sehingga dapat menyebabkan terjadinya KPD

Letak sungsang dimana bokong menempati servik uteri, dengan keadaan ini pergerakan janin terjadi dibagian terendah karena keberadaan kaki janin yang menempati daerah servik uteri sedangkan kepala janin akan mendesak fundus uteri yang dapat menekan diafragma dan keadaan ini yang menyebabkan rasa sesak pada ibu saat hamil. Hal tersebut akan menyebabkan meningkatnya tekanan intrauterine, dengan tekanan yang berlebihan ini vaskularisasi tidak berlangsung dengan lancar yang dapat mengakibatkan selaput ketuban kekurangan jaringan ikat, sehingga menyebabkan selaput ketuban tidak kuat atau lemah dan bila terjadi sedikit pembukaan servik saja maka selaput ketuban akan mudah pecah. Selain hal tersebut, pada letak bokong terdapat ruang atau rongga antara bokong dan selaput ketuban (bokong bagian lunak sehingga fiksasi tidak mantap) hal ini memungkinkan kaki

atau tangan menempati ruang tersebut sehingga dapat mempermudah pecahnya selaput ketuban Antonius (1999).

KESIMPULAN

Sebagian kecil responden dengan DKP, lebih dari sebagian besar responden dengan paritas primipara dan grandemulti-para, sebagian kecil responden dengan usia kehamilan prematur dan post matur, sebagian kecil responden dengan kelainan letak. Tidak ada hubungan yang bermakna antara DKP dengan kejadian KPD. Tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas, usia kehamilan dan kelainan letak dengan kejadian KPD

Saran bagi Pelayanan Kesehatan diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi Rumah Sakit terutama bidan, bahwa masih tingginya kejadian KPD, sehingga perlu dilakukan frekuensi penyuluhan tentang pencegahan dan penanganannya terutama kepada ibu-ibu yang memiliki faktor resiko di Poli Kebidanan.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Ariawan, I, 1998, *Besar dan Metode Sampel*, FKM Universitas Indonesia, Jakarta
- Arifa, 2009, *Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada DKP Dan Non DKP Ibu Hamil Aterm Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*, Skripsi Universitas Sebelas Maret
- Cunningham, 2005, *Obstetri Williams Edisi 21*, Jakarta, EGC
- Depkes RI, 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta
- Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu, 2010, *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu Tahun 2010*, Bengkulu
- Dorland, 1999, *Kamus Kedokteran*. Jakarta, EGC.
- Hakimi, 2000, *Ilmu Kebidanan Fisiologi dan Patologi Persalinan*. Yayasan Esentia Medica. Jakarta
- Mansjoer, 2006, *Kapita Selekta Kedokteran edisi III Jilid I*. Media Aesculapius. FKUI. Jakarta.
- Manuaba, 2007, *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*, EGC, Jakarta
- Mochtar, 1998, *Sinopsis Obstetri Patologi*. EGC. Jakarta.
- Nora, Nababan, 2011, *Gambaran Faktor Yang Menyebabkan Terjadinya Kematian Janin*
- Dalam Kandungan Di RSUD dr. Pirngadi Medan Tahun 2007*, diakses pada <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/23913>
- Notoatmodjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi Rineka Cipta. Jakarta.
- Nugroho, 2010, *Buku Ajar Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Sagitta. I, Wardhani, 2008, *Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini dengan Persalinan Preterm Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2007-2008*, diakses pada <http://etd.eprints.ums.ac.id/7142/>
- Saifuddin, 2006, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Samuel, P., Strauss Jerome.F, 1998, *Premature Rupture of the Fetal Membrane dalam The New England Jurnal of medicine*, Volume 338:663-670
- Siregar. A, Fitri, 2011, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Padangsidimpuan*, diakses pada

<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24515>

Sofoewan, 1999, *Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan*. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.

Wiknjosastro, 2007, *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta