



Karakteristik pada Pasien Ketuban Pecah Dini di RSUP

Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Rafi Yasnova^{1*}, Bobby Indra Utama², Roslaili Rasyid³

^{1,2,3} Universitas Andalas Padang, Indonesia

Korespondensi penulis: rafiyasnova@gmail.com

Abstract. Premature rupture of membranes (PROM) is the rupture of the amniotic membranes that happen spontaneously before delivery. This can happen in early (premature) pregnancy or late pregnancy. PROM happens on high-risk pregnancies that are caused by the predisposing factors such as incompetent cervix, abnormal position, excess uterus, CPD and infection. The purpose of this study is to determine the pattern of bacteria that causes premature rupture of membranes in patients at M. Djamil Hospital Padang in 2022. This is a descriptive-based research with the total sampling method using secondary data in the form of a rekam medis. The sample of this study were PROM patients in 2022 that met the inclusion criteria with a total of 16 patients. The results of the study showed that the largest age group was aged ≥ 35 (56.25%) with most patients were high school graduates (56.25%) and employed (62.5%). The most types of bacteria were Gram positive *Staphylococcus aureus* with 5 samples (31.25%) and Gram negative bacteria *Acinetobacter baumannii* with 5 samples (31.25%). The results of the antibiotic sensitivity test showed that gentamicin was the most sensitive antibiotic (100%). Some antibiotics, such as cefazolin, ceftriaxone and cefepime, were resistant antibiotics (100%) while the antibiotics erythromycin and ciprofloxacin were intermediate antibiotics in some of the samples studied, with the respective percentages of antibiotics being 100% and 12.5%. The conclusion of this study is that the most bacteria found in PROM are the Gram-positive bacteria *Staphylococcus aureus* and the Gram-negative bacteria, namely *Acinetobacter baumannii*. The antibiotic susceptibility test showed the most sensitive antibiotics namely gentamicin, the most resistant antibiotics namely cefazolin, ceftriaxone and cefepime and intermediate antibiotics namely erythromycin and ciprofloxacin.

Keywords: Premature Rupture of Membranes, Bacteria, Antibiotics

Abstrak Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum persalinan. Ini bisa terjadi pada awal kehamilan maupun akhir kehamilan. KPD merupakan kehamilan risiko tinggi, hal ini disebabkan oleh faktor predisposisi seperti inkompeten serviks, posisi abnormal, kelebihan rahim, CPD, dan infeksi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik pada pasien kasus KPD pada pasien di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan *total sampling* menggunakan data sekunder berupa rekam medis. Sampel penelitian ini adalah pasien KPD pada tahun 2022 yang memenuhi kriteria inklusi dengan total 49 pasien. Hasil penelitian ini didapatkan distribusi karakteristik pasien KPD yaitu: kelompok usia terbanyak adalah ≤ 34 tahun (85,7%), paritas primipara 73%, usia gestasi preterm (≤ 37 minggu) 57%, pasien tanpa riwayat infeksi urogenital 53%. Kesimpulan penelitian ini adalah distribusi usia pasien KPD yang terbanyak yaitu ≤ 34 tahun, distribusi paritas pasien KPD terbanyak yaitu paritas primipara, distribusi usia gestasi pasien KPD terbanyak yaitu preterm (≤ 37 minggu, pasien KPD lebih banyak tidak memiliki karakteristik riwayat infeksi urogenital.

Kata kunci : Ketuban Pecah Dini, Bakteri, Antibiotik

1. LATAR BELAKANG

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah selaput ketuban yang pecah secara spontan sebelum persalinan. Ini bisa terjadi pada awal kehamilan (kehamilan prematur) maupun akhir kehamilan. KPD dibagi menjadi dua yaitu KPD *term* dan KPD *preterm*. KPD *term* adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan pada usia kehamilan ≥ 37 minggu sebelum awal kehamilan. Sedangkan KPD *preterm* merupakan pecahnya selaput ketuban secara spontan pada umur kehamilan ≤ 37 minggu dan terjadi sebelum inpartu. Kondisi ini merupakan masalah penting dalam kasus obstetri yang dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan anak, serta dapat

menjadi komplikasi serius yang meningkatkan risiko prematuritas, morbiditas dan mortalitas. (V, 2016)

KPD karena infeksi disebabkan oleh beberapa bakteri seperti *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae*, dan *Streptococcus beta-hemolytic grup B*. Pertumbuhan bakteri ini dikaitkan dengan peningkatan pH vagina dan dapat melemahkan penghalang lendir serviks serta menyebabkan kerusakan selaput membrane. (N & Fibriana A, ., 2018)

Tingkat pendidikan ibu bersalin berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan tentang KPD. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu bersalin, semakin tinggi pula tingkat pengetahuan tentang KPD. (D. Lestari S dan SA., 2011). Pada ibu yang bekerja >3jam/hari serta kelelahan atau melakukan aktifitas berat memiliki risiko 3 kali lebih besar mengalami KPD dibanding ibu yang bekerja <3 jam/hari dan tidak kelelahan. Riwayat KPD dan kehamilan prematur sebelumnya memiliki risiko 2-4 kali mengalami kejadian KPD lagi dikarenakan adanya penurunan askorbik sebagai kolagen dimembran yang akan memicu terjadinya KPD. (Wulansari & dkk, 2018)

KPD juga termasuk masalah penting di seluruh dunia. Menurut penelitian yang dilakukan *world health organization* (WHO) tahun 2014 meunjukkan sekitar 5% - 10% dari semua kelahiran. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran prematur. (N & Fibriana A, 2018). Menurut teori kejadian KPD aterm lebih sering terjadi, tetapi pada rumah sakit pusat rujukan lebih dari 50% kasus terjadi pada kehamilan prematur. Berdasarkan data dari penelitian di IGD RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2015 terdapat 262 kehamilan prematur dan 83 orang yang mengalami KPD. (T & G, 2016)

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator derajat kesehatan yang optimal dan KPD juga merupakan salah satu faktor penyebab meningkatnya AKI dan AKB. Berdasarkan Survey Demokrasi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003 AKI di Indonesia masih di angka 307 per 100.000 kelahiran, sedangkan AKI pada SDKI 2012 sebanyak 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada SDKI 2017 mencatat angka kematian bayi dan ibu saat persalinan mengalami penurunan. (Rambe, 2022)

2. KAJIAN TEORITIS

Ketuban Pecah Dini

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum permulaan persalinan. Ketuban pecah sebelum persalinan secara spontan pada usia kehamilan ≤ 37 minggu disebut sebagai KPD preterm dan ketuban pecah sebelum persalinan pada usia kehamilan ≥ 37 minggu disebut sebagai KPD

Aterm. (Pradana T, Surya G. 2016) Penatalaksanaan dipengaruhi oleh usia kehamilan dan adanya faktor penyulit, seperti infeksi klinis, solusio plasenta, persalinan, atau status janin yang tidak meyakinkan. Penilaian yang akurat tentang usia kehamilan dan pengetahuan tentang risiko ibu, janin, dan neonatus sangat penting untuk evaluasi, konseling, dan perawatan yang tepat. (Ehsanipoor R. 2016)

Etiologi

KPD dapat terjadi karena berbagai alasan. Walaupun kejadian ini terjadi akibat melemahnya ketuban secara fisiologis yang dikombinasikan dengan kontraksi berlebihan yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus. Susunan mekanisme patologis yang bekerja secara individual atau bersama-sama. Infeksi intraamniotik telah terbukti umumnya terkait dengan KPD, terutama pada tahap awal kehamilan. (Ehsanipoor R. 2016)

Patofisiologi

Pecahnya membran adalah fenomena yang kompleks dan *multifactorial*, akibat melemahnya membran secara progresif di bawah pengaruh faktor kimia, mekanik, dan infeksi, yang akan dimulai beberapa minggu sebelum bermanifestasi secara klinis oleh aliran cairan ketuban. Integritas dan ketahanan membran janin tergantung pada keseimbangan antara sintesis dan degradasi komponen matriks ekstraseluler, terutama kolagen. Degradasi ini dapat dipercepat karena penurunan konsentrasi penghambat jaringan *Matriks Metallo Proteinase* (MMP) dan peningkatan faktor yang merangsang sintesis dan aktivitas MMP (thrombin, apoptosis sel, stress oksidatif, bentuk reaktif oksigen). Peningkatan produksi prostaglandin E2 (PGE2) dan sitokin inflamasi (interleukin 1, interleukin 6 dan faktor nekrosis tumor (TNF α)), terkait dengan adanya kontraksi perubahan rahim dan serviks memiliki aksi sinergis pada kolagenolisis dan melemahnya membran.

Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang terjadi umumnya keluar cairan ketuban melalui vagina dengan aroma khas (amis) yang berbeda dengan aroma urin yang pesing dengan warna pucat. Warna pada cairan ketuban umumnya jernih dan kadang bercampur lendir serta darah. Cairan ketuban tidak akan pernah habis karena terus diproduksi sampai melahirkan. (Pradana T, Surya G. 2016)

Diagnosis klinis

Penegakan diagnosis KPD merupakan masalah yang kontroversial di bidang obstetri. Manajemen yang optimal dan terstandar belum ada dan terus berubah. KPD sering memiliki gejala sisa dan memiliki morbiditas dan mortalitas ibu dan anak sangat tinggi, terutama kematian perinatal. Angka kematian perinatal yang cukup tinggi ini, terutama tinggi pada

kematian bayi prematur dan infeksi non-progresif, jangka panjang dan persalinan buatan yang biasa ditemukan pada pengelolaan kasus KPD terutama pada penanganan konservatif. (Wang Y, 2015)

Cara Pencegahan dan Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Ada beberapa cara untuk mencegah KPD, tetapi tidak ada yang cukup efektif. Pada pasien KPD sangat disarankan untuk mengurangi aktivitas dan istirahat pada akhir trimester kedua atau awal trimester ketiga. Selain itu, disarankan untuk menghindari faktor predisposisi juga untuk menghindari KPD. Menempatkan tenaga medis terlatih ditengah masyarakat sebaiknya bersifat konservatif artinya mereka tidak banyak melakukan intervensi, jadi sikap tenaga medis yang paling penting adalah merujuk pasien sehingga penanganan kasus KPD mendapat tindakan yang tepat. (Maharrani T, 2017)

3. METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif untuk menilai karakteristik pada pasien Ketuban Pecah Dini di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dimulai bulan April - Desember tahun 2022 di bagian rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022.

Analisis data

Data dianalisis secara deskriptif dengan melihat karakteristik yang mempengaruhi kasus KPD. Analisis pada penelitian ini akan menghasilkan data berupa distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Telah dilakukan penelitian di Ruang Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan April – Desember 2022 dengan menggunakan data sekunder dari rekam medis pasien KPD dengan metode yang di ambil berupa *total sampling*. Total populasi pada penelitian ini berjumlah 49 sampel. Hasil pengolahan data yang diperoleh dapat dijelaskan sebagai berikut.

Distribusi Usia pada Pasien Ketuban Pecah Dini

Distribusi usia pasien KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Distribusi Usia Pasien Ketuban Pecah Dini

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
≤ 34 tahun	42	85,7
≥ 35 tahun	7	14,3
Total	49	100

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa pasien KPD pada penelitian ini di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 berdasarkan usia pasien diperoleh data yaitu rata-rata usia ≤ 34 tahun sebanyak 42 pasien (85,7%) dan usia ≥ 35 tahun sebanyak 7 pasien (14,3%).

Distribusi Paritas pada Pasien Ketuban Pecah Dini

Distribusi paritas pada pasien KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 2 Distribusi Paritas Penyebab Kasus Ketuban Pecah Dini

Paritas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Primipara: 0-1	36	73,4
Multipara: ≥ 2	13	26,6
Total	49	100

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa pasien KPD pada penelitian ini di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 berdasarkan paritas pasien diperoleh data rata-rata paritas primipara sebanyak 36 pasien (73,4%) dan paritas multipara sebanyak 13 pasien (26,6%).

Distribusi Usia Gestasi pada Pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Distribusi usia gestasi KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3 Distribusi Usia Gestasi pada Pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Usia Gestasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Preterm : ≤ 37 minggu	28	57
Aterm : ≥ 37 minggu	21	43
Total	49	100

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa pasien KPD pada penelitian ini di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 berdasarkan usia gestasi pasien diperoleh data yaitu rata-rata usia gestasi preterm sebanyak 28 pasien (57%) dan usia gestasi aterm sebanyak 21 pasien (43%).

Distribusi Riwayat Infeksi Urogenitalia pada pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Distribusi riwayat infeksi urogenital pada pasien KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 4 Distribusi Riwayat Infeksi Urogenitalia pada pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Riwayat Infeksi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ada	23	47
Tidak Ada	26	53
Total	49	100

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa pasien KPD pada penelitian ini di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada April - Desember tahun 2022 berdasarkan riwayat infeksi urogenital pasien diperoleh data yaitu pasien dengan riwayat infeksi urogenital sebanyak 23 pasien (47%) dan pasien tidak dengan riwayat infeksi urogenital sebanyak 26 pasien (53%).

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh mengenai Karakteristik Pada Pasien Kasus Ketuban Pecah Dini di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022, maka pembahasan sesuai dengan distribusi pada tujuan khusus penelitian dapat dijabarkan sebagai berikut.

Distribusi Usia Pasien Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data terbanyak kasus KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 berdasarkan usia yaitu pada pasien dengan rata-rata usia ≤ 34 tahun sebanyak 42 pasien (85,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian di RSUD Tugurejo Semarang dimana usia ≤ 34 tahun merupakan usia terbanyak yang ditangani di rumah sakit tersebut. Penelitian yang dilakukan di RSUD Salewangang Maros didapatkan hasil yang berbeda yaitu dengan usia ≥ 35 yang lebih banyak ditemukan. Namun pada penelitian di RSUD Salewangang Maros dan RSUD Labuang Baji Makassar ada sedikit perbedaan, yaitu usia pasien KPD yang terbanyak yaitu usia pasien ≤ 34 tahun yang terbanyak, diikuti usia pasien ≤ 20 tahun, dan usia pasien ≥ 35 tahun yang paling sedikit.

Penelitian dari Harger *et al*; juga mengenai kriteria pasien KPD menunjukan usia pasien ≤ 34 tahun sebagai usia terbanyak ditemui pada pkasus KPD. Pradana *et al*; menunjukan hasil yang sama dengan penelitian sebelum ini dengan rata-rata usia terbanyak pada pasien KPD yaitu usia ≤ 34 tahun. penelitian yang dilakukan Amelia *et al*, Ernawati *et al*, dan hastuti *et al*; juga menemukan hasil yang sama yaitu usia pasien ≤ 34 tahun merupakan usia terbanyak pada kasus KPD.

Usia sangat berpengaruh dikarenakan pasien yang hamil dibawah umur 20 tahun dan diatas usia 35 tahun memiliki risiko yang tinggi terhadap terjadinya KPD yang akan

membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janin. Umumnya pada wanita usia ≥ 35 tahun memiliki fungsi reproduksi yang mengalami degradasi dibandingkan fungsi reproduksi normal yang akan mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi tipis atau abnormal dan pada wanita usia ≤ 20 tahun rahim belum berkembang sempurna untuk menerima kondisi janin, belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moral, mental, dan emosi. Selain itu, usia ibu hamil dapat mempengaruhi proses *embryogenesis*, menurunkan kualitas sel telur yang menyebabkan perkembangan janin tidak normal, kelainan kongenital, dan komplikasi sebelum/pasca persalinan terutama KPD.

Distribusi paritas pasien Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data terbanyak kasus KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 berdasarkan paritas pasien yaitu pada pasien dengan paritas primipara sebanyak 36 pasien (73,4%). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyaningsih *et al*; menyebutkan dalam penelitian nya paritas primipara lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan paritas multipara dengan presentase paritas primipara 56,7%. Penelitian yang dilakukan Rismayani *et al* ; paritas primipara merupakan paritas paling banyak ditemukan pada pasien KPD. pada penelitian Ernawati *et al*; menghasilkan paritastas primipara lebih banyak menyebabkan KPD dibandingkan paritas multipara yakni 52,2%. Namun penelitian yang dilakukan oleh Maryuni *et al*; menyatakan paritas multipara yang lebih banyak ditemukan pada kasus KPD yakni 50,8% hanya selisih 0,2% dengan paritas primipara. penelitian Olinviana *et al*; juga menyatakan paritas multipara lebih banyak ditemukan pada kasus KPD yakni 50,7% hanya berselisih 0,3% dengan paritas primipara. Hasil yang berbeda dengan penelitian ini dikarenakan adanya perbedaan jumlah sampel dan usia pasien yang berbeda, namun karena selisih yang kecil peneliti masi berpatokan dengan hasil penelitian terdahulu dengan hasil yang sejalan.

Paritas primipara (0-1) dengan jumlah 36 pasien dikategorikan sebagai kehamilan baik. Hal ini dikarenakan ibu paritas rendah memiliki keinginan yang besar untuk memeriksa kehamilannya. Karena kehamilan ini merupakan sesuatu yang sangat diharapkannya dan keinginan menjaga kehamilannya dengan baik menjadi lebih tinggi, dan Ketika ditemukan masalah kehamilan langsung ditemukan. Pada paritas primipara usia ibu yang hamil biasanya berada pada usia yang masi muda, ini juga mempengaruhi dari kondisi kehamilan karna usia ibu hamil yang terlalu muda akan mempengaruhi kehamilan karena rahim belum berkembang sempurna untuk menerima kondisi janin, yang belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moral, mental, dan emosi. Kondisi ibu dalam tekanan emosi yang tidak baik akan mengganggu kondisi ibu karena kelenjar adrenal menghasilkan hormon kortisol yang

menyebabkan kondisi stress pada tubuh. Kondisi ini akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan ibu hamil rentan terkena infeksi yang berisiko pecahnya ketuban pada infeksi urogenital. Selain itu, juga mempengaruhi proses *embryogenesis*, menurunkan kualitas sel telur yang menyebabkan perkembangan janin tidak normal, kelainan kongenital, dan komplikasi sebelum/pasca persalinan terutama KPD. Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Widyaningsih *et al.* Pada paritas multipara juga mempengaruhi kejadian KPD, karena terlalu sering hamil akan mengakibatkan kondisi rahim menjadi lemah, serviks mengalami kerusakan pada saat persalinan. Keadaan ini meningkatkan risiko terjadinya kelahiran prematur, abortus dan KPD.

Distribusi usia gestasi pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data terbanyak kasus KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 berdasarkan usia gestasi pasien yaitu pada pasien dengan gestasi preterm, sebanyak 28 pasien (57%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rena *et al.*; menyatakan bahwa kasus KPD terbanyak yaitu pada pasien dengan usia kandungan ≤ 37 minggu yakni 77,8%. Penelitian yang dilakukan Olinviana *et al.*; menghasilkan kehamilan preterm lebih banyak (52%) dibanding kehamilan aterm. Penelitian yang dilakukan Mahayana *et al.*; menyebutkan usia kehamilan preterm (77%) lebih banyak dibanding kehamilan aterm.

Penelitian yang dilakukan Pricilia *et al.*; menyatakan hasil yang berbeda yakni kehamilan aterm (61%) lebih banyak dibanding preterm. walaupun terdapat perbedaan hasil, peneliti tetap menyelaraskan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yang hasilnya sejalan dan memperkuat hasil penelitian ini yaitu usia gestasi preterm lebih banyak dibanding usia gestasi aterm.

Pada kehamilan preterm kondisi janin sangat rentan yang menyebabkan risiko kehamilan sangat tinggi. Pada kondisi ini kemungkinan komplikasi kehamilan tinggi seperti pasien mengalami solusio plasenta, pendarahan pervaginam, dan korioamnionitis yang merupakan faktor penyebab dari KPD juga. Kondisi ini disebabkan karena beberapa faktor seperti ibu yang kurang gizi, faktor fisiologis, tingkat stress, dan aktifitas yang berat. Semakin muda kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur. Waktu yang diperlukan untuk menunggu kemungkinan infeksi semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal. Pada kondisi kehamilan preterm, pasien yang mengalami pendarahan antepartum, peningkatan iritabilitas uterus dan tekanan uterin bisa ditandai sebagai *marker* untuk KPD.

Pada kondisi kehamilan aterm risiko terjadinya pendarahan postpartum terutama pada kehamilan lebih dari 40 minggu. Pada *trimester* akhir selaput ketuban mudah pecah dikarenakan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin serta terjadi peningkatan *matrix metalloproteinase* yang biasa menyebabkan KPD. Pada penelitian ini dapat terlihat jelas gambaran dari usia gestasi pada pasien KPD yaitu usia gestasi preterm.

Distribusi riwayat infeksi urogenitalia pada pasien Kasus Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan data terbanyak kasus KPD di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 berdasarkan riwayat infeksi urogenital pasien yaitu pada pasien tidak ada riwayat infeksi urogenital sebanyak 26 pasien (53%). Penelitian yang dilakukan Priscilla *et al*; menyatakan riwayat infeksi urogenital lebih sering terjadi pada kasus sepsis, meningitis, dan infeksi saluran kemih. Untuk kasus KPD sendiri tidak terlalu banyak.

Kasus KPD yang disebabkan karena infeksi tidak terlalu banyak karena KPD sendiri lebih sering disebabkan oleh faktor fisiologis tubuh pasien tersebut. Infeksi yang menyebabkan KPD biasanya disebabkan oleh patogen yang memang berada di area genital pasien seperti *streptococcus aureus*, *escheria coli*, *dll*. Patogen ini paling sering ditemukan dalam cairan ketuban, patogen tersebut melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan kontraksi uterus adanya perubahan serta pelebaran serviks, dan juga pecahnya selaput ketuban. Selain itu, peningkatan tekanan secara tiba-tiba sering mengakibatkan peningkatan tekanan intraamnion dan refleks mengedan sering terjadi pada kontraksi uterus aterm atau preterm dapat menyebabkan pecahnya selaput ketuban. Peningkatan sitokin lokal atau ketidakseimbangan antara MMP dan TNF- α sebagai respons terhadap kolonisasi mikroba juga dapat menyebabkan KPD.

Penggunaan antibiotik dalam tatalaksana pasien KPD juga menekan angka kejadian KPD karena infeksi. Penelitian yang dilakukan oleh Revitalia *et al*, Aji *et al*, Bainuan *et al*, Rahman *et al*, dan Mahayana *et al* menyatakan pemberian antibiotik untuk kasus ibu hamil menekan dari angka KPD yang disebabkan oleh infeksi.

Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah peneliti tidak memasukan faktor lain yang dapat berperan sebagai faktor gambaran kasus KPD seperti HPHT, riwayat SC, tahapan asuhan persalinan normal, pekerjaan, dan pendidikan karena keterbatasan data yang didapat.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan mengenai “Karakteristik Pada Pasien Kasus Ketuban Pecah Dini di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022” maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Distribusi usia pasien KPD yang terbanyak yaitu ≤ 34 tahun.
2. Distribusi paritas pasien KPD terbanyak yaitu paritas primipara sebanyak 36 pasien (73,4%)
3. Distribusi usia gestasi pasien KPD terbanyak yaitu preterm (≤ 37 minggu) sebanyak 28 pasien (57%)
4. Pasien yang tidak memiliki riwayat infeksi urogenital lebih banyak dibanding pasien dengan riwayat urogenital pada pasien KPD.

Saran

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan terdapat beberapa saran yang diharapkan bisa bermanfaat dikemudian hari, yaitu:

1. Bagi peneliti selanjutnya diperlukan penelitian dengan sampel yang lebih besar untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal dan lebih mewakili populasi.
2. Memastikan kelengkapan data pasien saat dilakukan pemeriksaan pada pasien KPD

DAFTAR REFERENSI

- Aji, R. B. (2012). *Laporan hasil karya tulis ilmiah*. Universitas Diponegoro. Retrieved from http://eprints.undip.ac.id/37739/1/Raden_Bayu_Aji_G2A007141_Lap.KTI.pdf
- Alestari, R. O. (2022). Kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. *Jurnal Kesehatan*, 0–3.
- Amelia, P., Priharyanti, W., & Widyaningsih, T. S. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu melahirkan. *Jurnal Ners Widya Husada*, 8(2), 1–15.
- Andalas, M., Maharani, C. R., Hendrawan, E. R., Florean, M. R., & Zulfahmi, Z. (2019). Ketuban pecah dini dan tatalaksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 19(3), 188–192.
- Ayu, R. K. H., Winarsih, S., & Nooryanto, M. (2015). Pola bakteri dan uji kepekaan antibiotik pada preterm premature rupture of membranes di RSUD dr. Saiful Anwar Malang periode 2011–2013. *HRKA*, 1, 51–61.
- Ernawati, E. W. (2020). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan tahun 2020.

Bina Husana College of Health Sciences, Magister Health Study Program. Retrieved from <http://rama.binahusada.ac.id:81/id/eprint/195/1/ERNAWATI.pdf>

- Hanif, H., S. A., S., & Yani, F. F. (2017). Hubungan antara lama ketuban pecah dini dengan skor Apgar neonatus di RSUP dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(1), 1.
- Harger, J. H., Hsing, A. W., Tuomala, R. E., Gibbs, R. S., Mead, P. B., Eschenbach, D. A., et al. (1990). Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: A multicenter case-control study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163(1), 130–137.
- Irsam, M., Dewi, A. K., & Wulandari, E. (2017). Jumlah paritas dan anemia sebagai faktor prediktor kejadian ketuban pecah dini. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 5(2), 1–8.
- Lestari, D. A. (2020). Faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini pada kehamilan trimester III di Puskesmas Silo Kabupaten Jember. *Medical Journal Al Qodiri*, 5(1), 1–6.
- M. S., & Rahmawati, R. (2021). Faktor risiko usia dan paritas ibu hamil terhadap kejadian ketuban pecah dini. *Nursing Arts*, 14(2), 90–97.
- Maharrani, T. (2017). *Premature rupture of the membrane*. *Jurnal Kedokteran*, VIII(April), 102–108.
- Mahayana, S. A. S., Chundrayetti, E., & Yulistini, Y. (2015). Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian berat badan lahir rendah di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 664–673.
- Maryuni, & Kurniasih, D. (2017). Risk factors of premature rupture of membrane. *Kesmas*, 11(3), 133–137.
- Nurkhayati, E., Hasanah, R., & Faletehan, S. (2020). Gambaran faktor penyebab ketuban pecah dini pada ibu bersalin. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 18–24.
- Pradana, T., & Surya, G. (2016). Characteristics of mothers giving birth with premature rupture of membranes at Sanglah Hospital Denpasar Bali. *Jurnal Medika Udayana*, 9(7), 92–97.
- Pricilia, V. (2016). Gambaran kejadian infeksi bayi baru lahir di bagian perinatologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2012. *NERS J Keperawatan*, 9(1), 66.
- Rahman, F., & Riana, N. (n.d.). *Pemilihan antibiotik yang rasional*.
- Rambe, N. L. (2017). The relationship between labor premature rupture of membranes asphyxia neonatorum at public hospital. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(1), 315–316.
- Rohmawati, N., & Fibriana, A. I. (2018). Ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. *Higea Journal of Public Health Research and Development*, 1(1), 10. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>

- Sari, O. Y. (2016). Karakteristik ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Ilmu Kesehatan STIKES Duta Gama Klaten*. Retrieved from <https://www.e-journal.stikesdutagama.ac.id/index.php/e-journal/article/view/401>
- W. I. A., Febrianti, M., & Octaviani, A. (2019). Faktor yang berhubungan terhadap kejadian ketuban pecah dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar tahun 2019. *Jurnal Kesehatan*, 3(1), 52–61.
- Widayaningsih, S., & Erli, Z. R. (2018). Relationship of Kegel exercises in primigravid pregnant women with the event of perineal rupture in PMB working area of Puskesmas Telaga Sari. *Jurnal Kebidanan*, 8–13.