

Luaran Bayi Baru Lahir Pada Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini di RS Wava Husada Keanjen Malang

Jana Asmara¹, Nadia Seftyandini², Tarsikah^{3✉}, Naimah⁴

¹ RS Wava Husada Keanjen Malang, Indonesia

^{2,3,4} Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia

✉ tarsikah@poltekkes-malang.ac.id

MAJORY
Malang Journal of Midwifery

Abstrak

Penyebab kematian bayi baru lahir yang disebabkan penyulit persalinan salah satunya karena ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan beberapa komplikasi pada bayi diantaranya adalah prematuritas, asfiksia, hipoksia, infeksi neonatal, morbiditas dan mortalitas. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi luaran bayi baru lahir dengan ketuban pecah dini di RS Wava Husada Keanjen Malang. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling dengan jumlah sampel 150 responden. Variabel penelitian yaitu gambaran bayi baru lahir pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini. Instrumen yang digunakan berupa rekam medis dan *checklist*. Analisa yang digunakan adalah analisis deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruhnya bayi lahir aterm (83,3%), memiliki berat badan bayi normal (86,7%), mengalami asfiksia ringan (99,3%), tidak ada satupun bayi yang mengalami infeksi bayi baru lahir (100%), ketuban pecah dini >12 jam (51,3%), persalinan dengan cara *section caesarean* (88,7%), dan ibu yang mengalami KPD tanpa disertai komplikasi lain (74%). Ibu hamil diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang KPD, upaya pencegahan, komplikasi yang disebabkan karena KPD, dan keadaan lain yang memperberat komplikasi tersebut.

Kata Kunci: Bayi Baru Lahir, Ketuban Pecah Dini

Abstract

One of the causes of newborn death due to complications in childbirth is premature rupture of membranes (PROM). Premature rupture of membranes can cause several complications in infants including prematurity, asphyxia, hypoxia, neonatal infection, morbidity and mortality. This study aims to identify the outcome of newborns with premature rupture of membranes at Wava Husada Hospital Keanjen Malang. The research design used is descriptive quantitative with a retrospective approach. The sampling technique used is total sampling with a sample size of 150 respondents. The research variable is the description of newborns in mothers giving birth with premature rupture of membranes. The instruments used are medical records and checklists. The analysis used is descriptive analysis. The results showed that almost all of the babies born at term (83.3%), had normal baby weight (86.7%), had mild asphyxia (99.3%), none of the babies had newborn infections (100%), premature rupture of membranes >12 hours (51.3%), delivery by caesarean section (88.7%), and mothers who experienced PROM without other complications (74%). Pregnant women are expected to increase knowledge about PROM, prevention efforts, complications caused by PROM, and other conditions that aggravate these complications.

Keywords: Newborn Baby, Premature Rupture of Membranes



PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) dan angkakematian bayi (AKB) mencerminkan tingkat pembangunan kesehatan dari suatu negara, serta kualitas hidup dari masyarakatnya. Angka kematian bayi (AKB) digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi program, serta kebijakan kependudukan dan kesehatan suatu negara. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018, angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, penyebab kematian ibu yaitu hipertensi, perdarahan, dan komplikasi non obstetrik. Ketuban pecah dini, merupakan salah satu bentuk dari komplikasi obstetrik. Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 angka kematian bayi di Indonesia sebesar 24/1000 kelahiran hidup, artinya setiap 24 anak yang lahir di Indonesia meninggal sebelum berusia satu tahun. Tempat kematian bayi terbanyak adalah di rumah sakit yaitu sebesar 62,8%. Menurut Kemenkes (2019) penyebab kematian bayi baru lahir, diurutkan pertama yaitu komplikasi kejadian intrapartum atau penyulit persalinan, salah satunya adalah ketuban pecah dini yaitu sebesar 28,3%, gangguan respiratori dan kardiovaskular sebesar 21,3%, berat badan lahir rendah (BBLR) dan prematur sebesar 19%, kelainan kongenital sebesar 14,8%, lain-lain sebesar 8,2%, infeksi sebesar 7,3%, dan yang terakhir adalah tetanus neonatorum 1,2%.

Ketuban pecah dini dapat menyebabkan beberapa komplikasi pada ibu dan bayi. Komplikasi pada bayi antara lain prematuritas, asfiksia, hipoksia, infeksi neonatal, morbiditas dan mortalitas (Fadlun, 2012). Insiden KPD didunia

berkisar antara 5% sampai 15% dari seluruh kehamilan. Di Indonesia insiden KPD berkisar antara 4,5% sampai 7,6%. KPD dapat terjadi pada usia kehamilan aterm dan preterm (Artha, 2020). Penelitian yang dilakukan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dilaporkan bahwa dari 3.810 persalinan di rumah sakit tersebut terdapat 59 kasus (1,54%) KPD (Syarwani, 2020). Menurut Kiswanti (2017) angka kejadian ketuban pecah dini di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang pada tahun 2016 yaitu 19,8%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Aisyah (2016) kejadian asfiksia neonatal lebih banyak terjadi pada ibu yang mengalami ketuban pecah dini 82,6%, dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini 17,4%. Menurut Mahayani (2019), ketuban pecah dini ≥ 12 jam beresiko 3 kali lebih besar terjadinya infeksi pada neonatus dibandingkan dengan ibu yang mengalami ketuban pecah dini ≤ 12 jam. Menurut Permenkes RI No 28 tahun 2017, dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara promotif dan preventif. Pada kasus ketuban pecah dini bidan mempunyai wewenang untuk melakukan penanganan awal dan rujukan, hal ini bertujuan agar komplikasi yang disebabkan oleh ketuban pecah dini baik pada ibu dan janin tidak terjadi.

RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang adalah rumah sakit rujukan pertama dari fasilitas kesehatan tingkat 1 seperti Puskesmas dan Praktik Bidan Mandiri (PMB). Berdasarkan studi pendahuluan yang bersumber dari data rekam medis kasus ketuban pecah dini di RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang pada



bulan Juli-Desember 2018 yaitu sebesar 452 kasus dari 1534 persalinan (29,4%), dan pada tahun 2019 sebanyak 586 kasus dari 1549 Persalinan (37,8%). Penyebab kematian bayi di RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang yaitu asfiksia sebanyak 8 bayi meninggal, BBLR sebanyak 4 bayi meninggal, dan 11 bayi meninggal karena penyebab lainnya. Pada bulan Januari-Juni 2019 bayi yang mengalami asfiksia sebesar 161 bayi, BBLR sebesar 44 bayi, dan 1 bayi mengalami sepsis. Dari data diatas diduga penyebab kematian bayi yaitu karena penyulit persalinan seperti ketuban pecah dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi luanan bayi baru lahir pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini di RS Wawa Husada, Kepanjen, Kabupaten Malang.

METODE

Penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh bayi baru lahir dari ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yang tercatat dalam rekam medis di RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang bulan Januari-Februari 2019 dengan jumlah 150 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Alat pengumpulan adalah rekam medis dan *checklist*.

Varibel penelitian adalah variabel tunggal yaitu luanan bayi baru lahir dengan ibu yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) yang meliputi: usia kehamilan, berat badan lahir, apgar score dan ada atau tidaknya infeksi. Definisi operasional variabel lama kehamilan: lama waktu kehamilan ibu yang terdiagnosa ketuban

pecah dini dan tercatat di dalam rekam medis pasien. Berat badan lahir adalah: berat badan bayi yang diukur setelah bayi lahir pada ibu bersalin yang terdiagnosa ketuban pecah dini dan tercatat dalam rekam medis pasien yang diklasifikasikan menjadi: berat badan lahir normal >2500-4000 gram, BBLR <1500- 2500 gram, BBLSR 1000-1500 gram.

Apgar Score adalah: metode penilaian pada satu menit setelah bayi lahir, lima menit setelah lahir, berdasarkan warna kulit, denyut nadi, refleks, tonus otot dan usaha bernafas pada ibu bersalin yang terdiagnosa ketuban pecah dini dan tercatat dalam rekam medis pasien. APGAR Score (AS) diklasifikasikan menjadi 3 yaitu: baik jika AS 7-10, ringan jika ringan AS 4-6, dan berat jika AS 0-3. Definisi operasional ada atau tidaknya infeksi: infeksi yang terjadi pada periode bayi baru lahir pada ibu yang terdiagnosa ketuban pecah dini dan tercatat di dalam rekam medis pasien.

Analisa data menggunakan deskriptif kuantitatif dengan menggunakan distribusi frekuensi. Penelitian ini sudah mendapatkan ijin penelitian dari Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Malang: Reg No 807/KEPK-Polkesma/2020 dan mendapatkan ijin dari RS Wawa Husada No 2111/JWB/RSWH/XI/2019.



HASIL PENELITIAN**Tabel 1. Karakteristik Responden**

| Karakteristik | f (%) |
|---------------------------------|------------|
| Usia (tahun) | |
| < 20 | 15 (10) |
| 20-35 | 113 (75,3) |
| > 35 | 22 (14,7) |
| Paritas | |
| Primipara | 81 (54) |
| Multipara | 67 (44,7) |
| Grandemultipara | 2 (1,3) |
| Lama Pecah Ketuban (jam) | |
| ≤ 12 | 73 (48,7) |
| > 12 | 77 (51,3) |
| Jenis Persalinan | |
| Pervaginam | 17 (11,3) |
| <i>Sectio Caesarean</i> | 133 (88,7) |

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu berada dalam rentang usia 20-35 tahun (75,3%), primipara (54%), mengalami ketuban pecah >12 jam (51,3%), dan dilakukan persalinan dengan *sectio caesarean* (88,7%).

Tabel 2. Komplikasi Lain yang Menyertai Ibu dengan KPD

| Komplikasi Lain | f (%) |
|------------------------------------|-----------|
| Malpresentasi | 6 (4) |
| Anemia | 17 (11,3) |
| Malpresentasi, dan Anemia | 1 (0,67) |
| <i>Cephalopelvic disproportion</i> | 4 (2,67) |
| Kista | 1 (0,67) |
| Lilitan Tali Pusat | 1 (0,67) |
| Sifilis | 1 (0,67) |
| Preeklampsia | 7 (4,68) |
| Tanpa komplikasi lain | 111 (74) |

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu mengalami

ketuban pecah dini tanpa disertai komplikasi lain.

Tabel 3. Luanan Bayi Baru Lahir pada Ibu Bersalin dengan KPD

| Luanan BBL | f (%) |
|------------------------------|------------|
| Usia Gestasi (minggu) | |
| < 37 | 18 (12) |
| 37-42 | 125 (83,3) |
| 42 | 7 (4,7) |
| Berat Badan lahir | |
| Normal | 130 (86,7) |
| BBLR | 20 (13,3) |
| Apgar Score | |
| Asfiksia ringan | 149 (99,3) |
| Asfiksia berat | 1 (0,7) |
| Infeksi | |
| Tidak infeksi | 150 (100) |

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa bayi lahir aterm (37-42 minggu) (83,3%), memiliki berat badan bayi normal (86,7%), mengalami asfiksia ringan (99,3%), tidak ada satupun bayi yang mengalami infeksi bayi baru lahir (100%)

DISKUSI

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab kematian pada ibu dan bayi secara langsung. KPD merupakan suatu keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu. Hasil penelitian menunjukkan hasil bayi baru lahir pada ibu dengan KPD hampir seluruhnya bayi lahir cukup bulan atau aterm (83,3%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria (2016), didapatkan hasil bahwa dari 50% ibu yang mengalami ketuban pecah dini, 46,8% terjadi pada usia kehamilan aterm. Pecahnya ketuban secara spontan, biasanya diinisiasi kontraksi yang



terjadi pada persalinan dengan usia kehamilan cukup bulan, namun ketuban pecah sebelum adanya kontraksi bisa terjadi pada 10 % kehamilan aterm, dan 40% pada kehamilan kurang bulan, sehingga bisa disimpulkan kekuatan kontraksi bukan merupakan factor tunggal yang menyebabkan ketuban pecah dini (Prajawati, 2017).

Ketuban pecah dini pada usia kehamilan aterm, mengisyaratkan adanya letak kepala yang masih tinggi pada primigravida (Coad, 2007). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang didapatkan sejumlah 4 kasus (3%) penyulit yang menyertai KPD adalah *cephalo pelvic disproportion* (CPD). Penelitian yang dilakukan oleh Ramadhita (2020) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara CPD dengan kejadian KPD dan penelitian oleh Turlina (2020) yang menyatakan bahwa CPD berisiko 6,201 kali lebih besar untuk terjadi KPD. Pada saat ada kontraksi air ketuban berfungsi untuk menyebarkan kekuatan kontraksi secara merata untuk membantu pembukaan serviks. Kegagalan fiksasi kepala bayi di pintu atas panggul, menyebabkan tekanan secara langsung kebagian selaput ketuban yang menutupi serviks, dengan akibat ketuban pecah walaupun pembukaan masih kecil.

Penurunan kekuatan membrane dikaitkan dengan terjadinya degradasi matrik yang melibatkan matriks metalloproteinase (MMP) dan apoptosis. Matrik Metaloproteinase-9 (MMP-9) adalah mediator utama degradasi kolagen dari membran ketuban, dimana mempunyai aktivitas proteolitik yang tinggi terhadap selaput ketuban (Artha, 2020). Apoptosis merupakan proses kematian sel secara

terprogram yang normal terjadi pada proses perkembangan dan penuaan jaringan tubuh. Daerah yang berdekatan dengan pecahnya selaput ketuban yang disebut dengan *paraservical weak zone*, didapatkan sel sel apoptosis. Pada mekanisme biomelekuler, matriks metalloproteinase MMP 9 memiliki peran penting dalam pecahnya selaput ketuban dan interaksi antara MMP 9 dan TNF alfa menginduksi apoptosis membrane dengan perantaraan protein proapoptosis (Rangaswamy, 2012). Menurut Futuoka yang dikutip oleh Prajawati (2017), pada masa kehamilan selaput ketuban tetap terjaga keutuhannya oleh karena aktivitas MMP yang rendah dan konsentrasi TIMP yang relatif lebih tinggi. Saat mendekati persalinan keseimbangan tersebut akan bergeser, kadar MMP yang meningkat dan penurunan TIMP akan menyebabkan terjadinya degradasi matrik ekstraseluler selaput ketuban. Degradasi dari jaringan kolagen matriks ekstraseluler dimediasi oleh MMP. Degradasi kolagen oleh MMP ini dihambat oleh *tissue inhibitor matrixmetalloproteinase* (TIMP). Penelitian lain yang dilakukan oleh Artha (2020) mendukung pendapat Futuoka dengan hasil penelitiannya menyatakan bahwa: ekspresi MMP-9 berhubungan dengan terjadinya ketuban pecah dini dengan rasio prevalensi sebesar 2,85 (IK 95% = 1,62-5,02; p = 0,001).

Ada banyak faktor sebagai penyebab ketuban pecah dini, namun faktor mana yang lebih dominan sulit untuk diketahui. Faktor pemicu KPD selain apoptosis, adalah: nutrisi, infeksi, mekanis dan hormone. Pada ketuban pecah dini terjadi perubahan seperti penurunan jumlah jaringan kolagen dan terganggunya struktur kolagen, serta peningkatan aktivitas



kolagenolitik. Daya regang selaput ketuban tergantung pada jenis kolagen yang membentuk ECM. Kolagen adalah komponen struktural utama selaput ketuban. Matriks ekstraseluler (ECM) terdiri atas protein struktural yang terdiri dari berbagai jenis kolagen dan non kolagen. Kecacatan dalam sintesis dan metabolisme ECM dan proses fisiologis dari pergantian ECM berkontribusi terhadap perubahan pada membran janin yang mendahului partus normal dan memberikan kontribusi pada kejadian patologis yang menyebabkan ketuban pecah dini. Sifat biokimia membran janin dari minggu 23-42 kehamilan, dan membran yang pecah sebelum waktunya dilaporkan kandungan kolagen menurun. Selain itu, pecahnya selaput ketuban sebelum adanya kontraksi atau sebelum in partu ditemukan adanya defek local. “*Restricted zone of extreme altered morphology*” merupakan area yang berdekatan dengan lokasi pecahnya ketuban ditemukan adanya tanda tanda pembengkakan dan kerusakan jaringan fibriler kolagen pada lapisan kompak, fibroblast dan lapisan berongga (Tency I, 2012).

Data penelitian menunjukkan bahwa terdapat 18 kasus (12 %) ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan < 37 minggu dan 20 kasus (13.3%) bayi yang dilahirkan dengan berat badan < 2500 gram. Menjadi hal yang menarik pada penelitian ini adalah, adanya 2 kasus (10%) bayi yang dilahirkan dari KPD pada kehamilan aterm, namun berat janin <2500 gram. Hal bisa terjadi karena pada kehamilan aterm yang terjadi KPD disertai dengan infeksi penyerta yang lain, sebagaimana pada table 2 yang menunjukkan bahwa ada kasus yang diikuti oleh komplikasi lain yaitu anemia

dan sifilis. Kadar Hb yang rendah selama kehamilan trimester III dapat berlangsung sampai dengan masa persalinan. Rendahnya kadar Hb menyebabkan hipoksia pada janin. Kondisi ini akan merangsang produksi korticotropin yang berpengaruh pada perkembangan plasenta dan menurunkan perfusi darah menuju janin (Aditianti, 2020). Hasil penelitian Haryanti (2019) menyatakan bahwa ibu hamil yang menderita anemia berpeluang 9 kali lebih berisiko untuk melahirkan BBLR. Kasus lain yang ditemukan pada ibu KPD dengan usia kehamilan aterm namun BBLR adalah kehamilan dengan sifilis. Penelitian Torres (2019), pada 268 wanita hamil yang terdiagnosa sifilis dan tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat, 25,9% mengalami persalinan premature, dan 13% pada ibu hamil mendapatkan pengobatan yang memadai.

Luanan bayi baru lahir dari ibu dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang berdasarkan APGAR skor hampir seluruh bayi mengalami asfiksia ringan yaitu sebanyak (99,3%). Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi baru lahir yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur dalam 1 menit setelah lahir. Menurut Yuliasari (2017) komplikasi ketuban pecah dini salah satunya adalah asfiksia neonatorum. Kejadian asfiksia ini bisa diperberat dengan komplikasi lain yang menyertai kasus KPD antara lain menyertainya seperti preeklampsia, prematuritas, malpresentasi janin, lilitan tali pusat, anemia, dan *post date* (table 2). Menurut Ulfa (2019), preeklampsia menyebabkan terjadinya vasopasme siklik yang akan menurunkan perfusi organ, sehingga menurunkan aliran darah ke plasenta. Hal ini dapat



menyebabkan aliran oksigen ke janin berkurang sehingga terjadi hipoksia dan asfiksia pada janin. Menurut Aprilia (2019), anemia pada kehamilan akan menurunkan transportasi oksigen dari paru-paru ke jaringan perifer, sehingga akan mengakibatkan transportasi oksigen pada janin tidak terpenuhi dan akan menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum. Menurut Sari (2019), lilitan tali pusat akan menimbulkan bradikardi dan hipoksia janin, dan apabila lilitan tali pusat erat akan menyebabkan gangguan pada pembuluh darah umbilical sehingga akan mengakibatkan hipoksia serta akan mengakibatkan asfiksia pada bayi baru lahir. Pada kehamilan post term, permasalahan yang terjadi adalah plasenta sudah mengalami penurunan struktural (spasme arteria spiralis) dan fungsional yg bisa menyebabkan gangguan pertukaran oksigen sehingga janin berpotensi asfksia dan kematian dalam rahim (Lismiati, 2017).

Pecahnya selaput ketuban memberikan celah pada penghalang yang melindungi janin dari luar. Pada keadaan ini, kuman dari vagina naik ke kavum uteri, melekat pada desidua (menimbulkan desidualitis), lalu terjadi penyebaran infeksi ke selaput khorion dan amnion (menimbulkan khorioamnionitis) dan berkembang menjadi khoriovaskulitis (infeksi pada pembuluh darah fetal) serta amnionitis. Apabila cairan amnion yang septik teraspirasi oleh janin akan menyebabkan pneumonia kongenital, otitis, konjungtivitis sampai bakterimia dan sepsis (Yuliasari, 2017).

Arisqan (2021) menyatakan bahwa bayi yang lahir dari ibu dengan ketuban pecah dini bersiko mengalami sepsis neonatorum 7 kali dibandingkan dengan

bayi yang lahir dari ibu yang tidak ketuban pecah dini. Dari beberapa faktor penyebab terjadinya infeksi bayi baru lahir, maka kejadian ini dapat dicegah dengan beberapa cara diantaranya adalah dengan memberikan antibiotik, meminimalkan melakukan pemeriksaan dalam, dan mengobservasi tanda-tanda infeksi seperti melakukan pemeriksaan DJJ setiap 30 menit, dan pemeriksaan suhu setiap 4 jam sekali.

Pada hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada satupun bayi baru lahir yang mengalami infeksi, kemungkinan hal ini dikarenakan pada kasus ketuban pecah dini hampir seluruhnya bayi lahir aterm dan ketuban pecah 48,7% terjadi ≤ 12 jam dan serta penatalaksanaan yang tepat pada kasus ketuban pecah dini. Menurut Oktavianti (2018), infeksi pada neonates pada ibu dengan KPD bisa terjadi apabila 18 jam sebelum masuk rumah sakit (OR 3,08), selama 15 jam selama rawat inap (OR 7,32), dan ketuban pecah selama 48 jam sampai lahir (OR 5,77). Risiko sepsis neonatorum lebih tinggi pada kehamilan preterm dengan usia kehamilan <37 minggu (OR 18,59).

Menurut Prawairohardjo (2014) penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan dan letak janin. Kesalahan dalam penanganan ketuban pecah dini akan mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penanganan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah induksi persalinan, namun apabila masih belum menunjukkan adanya kemajuan persalinan maka dilakukan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2014). Pada data penelitian disebutkan bahwa sebanyak 88,7% ibu bersalin dengan SC, bisa terjadi karena



kegagalan induksi persalinan dan terdapat komplikasi lain yang menyertainya seperti malpresentasi janin, CPD, anemia, sifilis, Preeklampsia, lilitan tali pusat, oligohidramnion, dll.

Prawirohardjo (2014), menyatakan bahwa penatalaksanaan ketuban pecah dini dengan ibu yang juga mengalami CPD, dan malpresentasi janin persalinan harus di akhiri dengan cara seksio sesarea. Penelitian yang dilakukan oleh Salmarini (2016), menyatakan bahwa presentasi jumlah kegagalan induksi persalinan pada kelompok kasus tertinggi terjadi pada ibu bersalin yang mengalami KPD yaitu sebesar 45,7%. Kegagalan induksi persalinan pada ibu dengan ketuban pecah dini kemungkinan disebabkan karena meningkatnya kecemasan ibu, kesakitan, dan kelelahan. Persalinan seksio sesarea dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan atau memiliki resiko tinggi terhadap ibu dan bayi.

PENUTUP

Luran pada bayi baru lahir pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini berdasarkan usia gestasi di Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang bulan Januari-Februari 2019 menunjukkan gambaran bahwa hampir seluruhnya 83,3% bayi lahir cukup bulan atau aterm, bahwa hampir seluruhnya 86,7% berat badan bayi normal yaitu 2500-4000 gram, hampir seluruhnya 99,3% bayi mengalami asfiksia ringan atau APGAR Skor <7, tidak ada satupun bayi yang mengalami infeksi bayi baru lahir. Pecahnya selaput ketuban memberikan celah pada penghalang yang melindungi janin dari luar, sehingga cairan amnion yang septik teraspirasi oleh janin akan berdampak pada keadaan bayi baru

lahir. Kesalahan dalam penanganan ketuban pecah dini akan mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang yang telah memberikan ijin untuk penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditianti, Sri Poedji Hastoety Djaima. Pengaruh Anemia Ibu Hamil Terhadap Berat Bayi Lahir Rendah: Studi Meta Analisis Beberapa Negara Tahun 2015 Hingga 2019. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 11(2), 2020
- Arisqan, Ferdian Syukri. Analisis Faktor Risiko Sepsis Neonatorum Di Indonesia. *Jurnal Medika Hutama Vol 02 (02) Januari 2021*
- Aprilia, Ni Putu Dian. dkk. 2019. Anemia Dalam Kehamilan Dengan Tingkat Asfiksia Neonatus. Tersedia dalam: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2439/>
- Artha, Ida Bagus Rendra Kurniawan, I Gede Putu Surya, Ketut Surya Negara, I Nyoman Hariyasa Sanjaya, Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, I Gede Mega Putra, Tjokorda Gde Agung Suwardewa, I Wayan Megadhana. *Hubungan ekspresi matriks metaloproteinase-9 (mmp-9) pada sel amnion dengan terjadinya ketuban pecah dini*. *Medicina*. Vol 51 (2). 2020
- Fadlun, Achmad Feryanto. 2012. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Haryanti, Susi Yunita. Dina Rahayuning Pangestuti, Apoina Kartini. Anemia



- dan KEK Pada Ibu Hamil Sebagai Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal) Vol 7: (1) Januari 2019*
- Jane Coad. Melvin Dunsall. 2007. *Anatomi Fisiologi Untuk Bidan*. Cet.1. Jakarta: EGC.
- Kiswanti, Endang. 2017. Hubungan bakterial Vaginosis Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Kamar Bersalin RSUD Kanjuruhan Kepanjen. *Skrripsi*. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang.
- Mahayani, Ida Ayu Made. 2019. Hubungan Antara Lama Ketuban Pecah Dini Aterm Dengan Kejadian Infeksi Pada Neonatus Periode 1 Januari S/D 31 Desember 2010 Di RSUD Provinsi NTB. Tersedia Dalam. <https://E-Journal.Unizar.Ac.Id/Index.Php/Kedokteran/Article/Download/56/45>
- Maria, Agatha. dan Utin Siti CS. Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Ibu Bersalin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Vokasi Kesehatan*. Vol. 2 (1).2016
- Lismiati. Hubungan Kehamilan Post term dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di RSUD Abdul Moelok. *Jurnal Kesehatan "Akbid Wira Buana" Volume 1 (1) April, 2017*
- Octaviani, Dwiyan, William Timotius Wahono. Risk Factors for Neonatal Sepsis in Pregnant Women with Premature Rupture of the Membrane. *J Pregnancy; Oct 1; 2018*
- Prajawati, Ni Luh Lany Cristina. Peran MMP 9 dan TNF α Pada Ketuban Pecah Dini. Sari Pustaka. Program Pendidikan Dokter Spesialis Bagian/SMF Obstetri Dan Ginekologi Fk Unud/RSUP Sanglah. Tersedia dalam: <http://erepo.unud.ac.id/id/eprint/11865/1/be8eeb8c80e4c54ec211a9a0c4dc3df1.pdf>
- Ramadhita, Indira, Darmawanti, Rusmilawaty. Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini Di RSD Idaman Banjarbaru Tahun 2018. *Jurnal Kebidanan Bestari, Volume 2 (1), Tahun 2020*
- Rangaswamy N, Mercer BM, Kumar D, Moore JJ, Mansour JM, Redline R, Moore RM. *Weakening and Rupture of Human Fetal Membranes. Biochemistry and Biomechanics*. INTECH Open Access Publisher. 2012
- Syarwani, Teuku I. Hermie M. M. Tendean, John J. E. Wantania. Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2018. *Medical Scope Journal (MSJ)*. 2020;1(2):24-29
- Sari, Puspita Erma. 2019. Hubungan Lilitan Tali Pusat, Partus Lama, dan Plasenta Previa Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *Jurnal Aisyiyah Medika*. Vol. 4, No. 3, hlm. 364-374.
- Tency I, Verstraelen H, Kroes I, Holtappels G, Verhasselt B, Vaneechoutte M. Imbalances between matrix metalloproteinases (MMPs) and tissue inhibitor of metalloproteinases (TIMPs) in maternal serum during preterm labor. *PLoS One*. 2012; 7(11): e49042.
- Torres, Rafael Garcia, Ana Laura Neves Mendonçal, Grazielle Cezarine Montes, Jacqueline Jácome Manzan João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet Vol. 41 (2)*. 2019



Turlina, Lilin. Ummah F. Sulistyowati.
Risk Factors for Premature Rupture of
the Membranes. *Midwiferia Jurnal
Kebidanan Vol 6 (2) Oktober 2020*
Yuliasari, Dewi. Hubungan Ketuban Pecah
Dini (KPD) dengan Kejadian Asfiksia

pada Bayi Baru Lahir di RSUD dr. H.
Abdoel Moeloek Provinsi Lampung.
*Jurnal Analis Farmasi Vol. 2 (2);
2017.*

