

**HUBUNGAN USIA, PARITAS DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI PUSKESMAS
JAGIR SURABAYA**

Titi Maharrani
(Jurusan Kebidanan,
Poltekkes Kemenkes Surabaya)
Evi Yunita Nugrahini
(Jurusan Kebidanan,
Poltekkes Kemenkes Surabaya)

ABSTRAK

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam penyulit kelahiran yang menyebabkan meningkatnya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ada beberapa faktor penyebab dari KPD antara lain umur dan paritas ibu. Berdasarkan studi pendahuluan di VK Puskesmas Jagir Surabaya, KPD tahun 2010 sejumlah 22,7%, jauh dari harapan yaitu 5-8%. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya, melalui desain cross sectional. Subyek penelitian adalah 144 ibu bersalin yang dipilih dengan teknik Simple Random Sampling. Instrumen penelitian berupa lembar pengumpul data. Analisa data menggunakan uji khi kuadrat dari Yates untuk variabel usia dan uji khi kuadrat dari Pearson untuk variabel paritas dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Hasil penelitian didapatkan dari 144 ibu bersalin terdapat sebagian besar (53,47%) dengan usia beresiko dan sebanyak 64,93% terjadi KPD, ibu bersalin multipara yang sebagian besar (57,38%) terjadi ketuban pecah dini. dan pada ibu bersalin primipara sebagian besar (75,68%) tidak terjadi ketuban pecah dini. Hasil uji khi kuadrat dari Yates didapatkan pada variabel usia χ^2 hitung (91,514,38) > χ^2 tabel (3,84), dan pada variabel paritas χ^2 hitung (11,73) > χ^2 tabel (5,99), maka H_1 diterima. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin.

Kata kunci:
Umur, Paritas, Ketuban Pecah Dini

PENDAHULUAN

Ketuban pecah dini atau *premature rupture of the membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multi para kurang dari 5 cm (Mochtar, Rustam, 1998).

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktu melahirkan (Depkes, FKUI, 2008)

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu (Sarwono, 2008). Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2008).

Insidensi ketuban pecah dini terjadi 10% pada semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan cukup bulan, sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas, ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insidensi 30-40% (Sualman, 2009). Walaupun banyak publikasi tentang KPD, penyebabnya belum diketahui dan tidak dapat ditemukan secara pasti, maka tindakan preventif tidak dapat dilakukan kecuali dalam usaha menekan infeksi (Hidayat, 2009).

Faktor yang menyebabkan terjadinya KPD antara lain paritas, usia ibu, kelainan selaput ketuban, serviks yang pendek, infeksi, serviks inkompeten, trauma, gemeli, hidramnion, kelainan letak, alkohol dan merokok, kelainan selaput ketuban, CPD, usia, faktor golongan darah, defisiensi gizi. Paritas adalah banyaknya anak yang dimiliki oleh ibu dari anak

pertama sampai anak terakhir. Paritas meliputi primipara yaitu ibu yang melahirkan pertama kali, multipara yaitu ibu yang telah melahirkan beberapa kali, dan grandemultipara yaitu ibu yang melahirkan lebih dari 5 kali (Dorland, 2001). Umur individu adalah terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun terakhir (Pariani, Nursalam, 2001). Menurut Hanafi H (2004), usia reproduksi terbagi dalam masa menunda kehamilan yakni umur 20-30 tahun, masa menjarangkan kehamilan yakni umur 20-30 tahun, masa mengakhiri kehamilan yakni usia >30 tahun.

Pada paritas, resiko KPD banyak terjadi pada multipara dan grande multi para disebabkan motilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks. Sedangkan pada usia, bertambahnya usia wanita berhubungan dengan menurunnya fungsi dan kemampuan organ tubuh sehingga meningkatkan resiko timbulnya kelainan – kelainan (Anwar, 2007).

Di Indonesia dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,70% - 55,30% ibu melahirkan dengan proses ketuban pecah dini (Wahyuni, 2009).

Di Puskesmas Jagir Surabaya tahun 2010 dari 435 persalinan, terjadi KPD sebanyak 99 (22,7%). Kejadian KPD tersebut terjadi pada usia <20 tahun sebanyak 5%, usia 20-35 tahun sebanyak 53,5% dan pada kelompok usia >35 tahun sebanyak 40%. Sedangkan berdasarkan paritasnya, KPD dialami ibu primipara 5% namun meningkat kejadiannya pada ibu multipara sebanyak 51,5% dan ibu grandemultipara sebanyak 39,3%. Angka kejadian tersebut masih sangat tinggi dari angka kejadian KPD yang diharapkan yaitu sebesar 5-8% (Manuaba, 2007).

Berdasarkan latar belakang diatas masalah penelitian adalah tingginya kejadian ketuban pecah dini, dan tingginya kejadian KPD pada multipara dan usia 20-35 tahun. Sehingga peneliti hanya meneliti hubungan kejadian KPD dengan paritas dan usia ibu.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan *Cross Sectional*, karena kejadian ketuban pecah dini berdasarkan paritas hanya dilakukan observasi

sekaligus dalam waktu yang sama selama penelitian. Jenis dan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *analitik observasional cross sectional*, dimana populasinya adalah seluruh ibu bersalin di VK Puskesmas Jagir Surabaya tahun 2011, sedangkan sampelnya adalah sebagian dari populasi yaitu sebanyak 144 orang. Sebagai variabel penelitian adalah usia, paritas dan kejadian ketuban pecah dini. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji *chi-square* dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.

HASIL PENELITIAN

Usia Ibu Bersalin

Tabel 1. Distribusi Usia Ibu Bersalin di Puskesmas Jagir

No	Usia Ibu Bersalin	Jumlah	Persen
1.	Usia beresiko (<20 Th dan >35Th)	77	53,47
2.	Usia tidak beresiko 20-35 Th	67	46,53
Jumlah		144	100

Pada tabel 1 dapat dijelaskan bahwa dari 144 ibu bersalin, sebagian besar (51,38%) mempunyai usia beresiko yaitu >20 tahun dan <35 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Poedji Rochjati (2003), usia resiko tinggi dalam kehamilan adalah ≤ 20 tahun dan usia ≥ 35 tahun, menurut Hebert Hutabarat dan Ida Gede Bagus Manuaba usia ≤ 20 tahun dan usia ≥ 35 tahun merupakan salah satu faktor kehamilan yang beresiko tinggi.

Menurut Manuaba (2007) Usia kurang dari 20 tahun merupakan usia menunda kehamilan, dimana organ-organ reproduksinya belum berfungsi secara maksimal, jalan lahir belum bisa menyanggah bagian yang ada didalamnya secara sempurna. Organ reproduksi yang belum maksimal mengakibatkan kurang terbentuknya jaringan ikat dan vaskularisasi yang belum sempurna sehingga membentuk selaput ketuban yang tipis dan tidak kuat yang dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan Musbikin (2004) mengemukakan bahwa pada kehamilan diatas 35 tahun, biasanya penyakit – penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi atau diabetes melitus pada wanita lebih sering muncul. Semakin bertambah usia, penyakit degeneratif seperti gangguan pembuluh darah, biasanya lebih banyak muncul

dibandingkan dengan mereka yang usia muda. Penyakit degeneratif tersebut secara tidak langsung akan mempengaruhi ketuban pecah dini.

Peneliti berpendapat usia yang aman untuk melahirkan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Pada hasil penelitian ini ditemukan sebagian besar (51,38%) ibu bersalin dengan usia beresiko. Fenomena seperti ini dapat terjadi karena ada kebiasaan pada wanita untuk mengejar karir dan membelakangkan menikah pada usia reproduktif, sehingga banyak wanita yang hamil pada usia yang terlambat dan bersalin di luar usia yang aman. Sedangkan menikah pada usia muda biasanya banyak dilakukan untuk menghindari kehamilan di luar nikah. Padahal kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia beresiko yaitu dibawah usia 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-30 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 35 tahun. Pada usia <20 tahun organ reproduksi pada wanita belum terbentuk secara maksimal, ligamen-ligamen yang menyanggah uterus belum berfungsi secara kuat sehingga kemungkinan terjadinya abortus atau komplikasi kehamilan lainnya dapat terjadi. Pada usia diatas 35 tahun kehamilan biasanya diikuti dengan penyakit-penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi atau deabetes mellitus. Semakin bertambahnya usia, resiko penyakit degeneratif lebih banyak muncul dibandingkan dengan mereka yang usia muda. Penyakit degeneratif tersebut secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi proses kehamilan dan persalinan pada ibu maupun bayinya. Menunda usia kehamilan pada usia yang terlalu muda seperti mengikuti program keluarga berencana hingga mencapai usia yang reproduktif dan tidak menunda pernikahan dan kehamilan pada usia lanjut adalah salah satu upaya untuk mengurangi komplikasi pada kehamilan dan persalinan sehingga dapat mengurangi angka kematian maternal. Selain itu, komunikasi, informasi dan edukasi yang baik harus diberikan kepada ibu hamil secara tepat.

Paritas Ibu Bersalin di VK Puskesmas Jagir Surabaya

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa dari 144 ibu bersalin, bahwa hampir setengahnya 61 orang (42,36%) adalah

multipara. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Harry Oxorn (2010) dapat diketahui bahwa paritas dengan resiko tinggi dapat menyebabkan komplikasi selama masa kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Pada primipara sering terjadi komplikasi namun tidak seluruhnya ibu primipara beresiko mengalami komplikasi, tergantung kesiapan fisik dan psikologis ibu hamil.

Tabel 2. Distribusi Paritas Ibu Bersalin di Puskesmas Jagir Surabaya

No	Paritas	Jumlah	Persen
1.	Primipara	37	25,69
2.	Multipara	61	42,36
3.	Grandemultipara	46	31,95
Jumlah		144	100

Manurut Manuaba (2007) faktor yang berpengaruh dan mengancam adalah berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga bisa mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan seperti ketuban pecah dini, perdarahan dan eklamsia. Oleh karena itu, resiko lebih banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara yang disebabkan mortilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks, kemungkinan panggul sempit (CPD), perut gantung dan bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dapat juga berpengaruh. Jadi paritas yang aman untuk menjalankan kehamilan adalah 2-3 kali. Oleh karena itu ketuban pecah dini banyak yang dialami oleh ibu multiparitas.

Menurut peneliti, paritas 2-3 merupakan paritas paling aman bila ditinjau dari sudut kematian maternal. Kelahiran pertama dan jumlah paritas yang tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Pada ibu multipara dan grandemultipara sering terjadi komplikasi karena berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan, namun tidak seluruhnya ibu dengan kehamilan paritas tinggi beresiko mengalami komplikasi. Selain itu, banyak anggapan pada masyarakat yang berfikir bahwa banyak anak (paritas tinggi) akan membawa banyak rezeki. Pernyataan tersebut tidak sepenuhnya benar. Karena kenyataanya semakin banyak anak maka

semakin banyak kebutuhan yang harus dipenuhi sehingga menuntut semakin tingginya pemasukan untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari. Padahal seorang anak tidak hanya membutuhkan kebutuhan pangan saja, kebutuhan hidup dan pendidikan yang layak juga patut dipenuhi dengan baik. Hal ini dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana karena sebagian kehamilan dengan paritas tinggi adalah tidak direncanakan. Dengan program keluarga berencana ibu multipara dapat dicegah agar tidak terjadi kehamilan grandemulti. Sehingga resiko terjadinya komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dapat dikurangi. Asuhan kehamilan dan persalinan yang baik juga dibutuhkan, misalnya memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi saat antenatal care yang meliputi persiapan persalinan, proses persalinan dan pendamping saat bersalin.

Ketuban Pecah Dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Jagir Surabaya

No	Ketuban Pecah Dini	Jumlah	Persen
1	Ketuban pecah dini	70	48,61
2	Tidak ketuban pecah dini	74	51,39
Jumlah		144	100

Berdasarkan tabel 3 dapat dijelaskan bahwa dari 144 ibu bersalin sebagian besar 74 (51,38%) tidak mengalami ketuban pecah dini. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Rayburn (2001) bahwa insidensi KPD berkisar dari 4,5% sampai 7,5% dari seluruh kehamilan. KPD preterm terjadi pada kira-kira 1% kehamilan dan jelas merupakan problema yang sangat menantang untuk para dokter spesialis obstetric.

Menurut Nugroho (2010) menyebutkan bahwa insidensi KPD berkisar antara 8-10% dari semua kehamilan. Hal yang menguntungkan dari angka kejadian KPD yang dilaporkan, bahwa lebih banyak terjadi pada kehamilan yang cukup bulan daripada yang kurang bulan, yaitu sekitar 95%, sedangkan pada kehamilan tidak cukup bulan atau KPD pada kehamilan preterm terjadi sekitar 35% dari semua kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34

minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*). Sampai saat ini masih banyak pertentangan mengenai penatalaksanaan ketuban pecah dini yang bervariasi, dari tidak melakukan manipulasi apapun sampai pada tindakan yang berlebih – lebihan.

Menurut peneliti, ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Walaupun banyak publikasi tentang KPD, penyebabnya belum diketahui dan tidak dapat ditemukan secara pasti, maka tindakan preventif tidak dapat dilakukan kecuali dalam usaha menekan infeksi. Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya ketuban pecah dini. Namun ada banyak faktor predisposisi yang dapat mendukung terjadinya KPD seperti usia ibu, paritas, CPD, serviks yang inkompeten, trauma, hidarnion, gemeli, kelainan letak, kelainan selaput ketuban, alhokol dan merokok. Beberapa pencegahan ketuban pecah dini dapat dilakukan, namun belum ada yang cukup efektif. Mengurangi aktivitas dan istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga sangat dianjurkan. Selain itu menghindari faktor predisposisi juga disarankan untuk menghindari ketuban pecah dini.

Bidan sebagai medis terlatih yang ditempatkan ditengah masyarakat, sebaiknya bersifat konservatif artinya tidak terlalu banyak melakukan intervensi, maka sikap bidan yang paling penting adalah melakukan rujukan sehingga penanganan kasus ketuban pecah dini mendapat tindakan yang tepat. Kesalahan dalam mengelola ketuban pecah dini akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Oleh karena itu diperlukan pengawasan serta perawatan yang signifikan kepada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

Hubungan Usia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Pada tabel 4 dapat dijelaskan bahwa dari 116 ibu bersalin terdapat ibu bersalin dengan usia beresiko (<25 tahun dan > 35

tahun) yang mengalami KPD sebanyak 50 orang (64,93%) dan pada ibu bersalin dengan usia tidak beresiko (20-35 tahun) sebagian besar (70,14%) tidak mengalami ketuban pecah dini.

Tabel 4. Hubungan Usia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Jagir Surabaya

Usia	Kejadian Ketuban Pecah Dini				Jumlah	
	KPD		Tidak KPD		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Beresiko	50	64,93	27	35,07	77	100
Tidak beresiko	20	29,85	47	70,15	67	100
Jumlah	70	48,61	74	51,39	144	100

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori menurut Manuaba (2007) bahwa usia merupakan salah satu faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

Dr. Prasanthi (2009) menyebutkan ketuban pecah dini terjadi pada wanita hamil <20 tahun atau >35 tahun. Sedangkan menurut Saifuddin AB (2006) ketuban pecah dini dapat terjadi pada wanita hamil dengan umur <18 tahun atau >40 tahun.

Menurut Manuaba (2007) Usia kurang dari 20 tahun merupakan usia menunda kehamilan, dimana organ-organ reproduksinya belum berfungsi secara maksimal, jalan lahir belum bisa menyanggah bagian yang ada didalamnya secara sempurna. Organ reproduksi yang belum maksimal mengakibatkan kurang terbentuknya jaringan ikat dan vaskularisasi yang belum sempurna sehingga membentuk selaput ketuban yang tipis dan tidak kuat yang dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan Musbikin (2004) mengemukakan bahwa pada kehamilan diatas 35 tahun, biasanya penyakit-penyakit degeneratif seperti tekanan darah tinggi atau diabetes melitus pada wanita lebih sering muncul. Semakin bertambah usia, penyakit degeneratif seperti gangguan pembuluh darah, biasanya lebih banyak muncul dibandingkan dengan mereka yang usia muda. Penyakit degeneratif tersebut secara tidak langsung akan mempengaruhi ketuban pecah dini. Adanya gangguan pembuluh darah atau devaskularisasi dapat menyebabkan nekrosis pada jaringan sehingga jaringan ikat yang menyangga

membrane ketuban makin berkurang yang akhirnya mengakibatkan ketuban pecah dini.

Menurut peneliti, ketuban pecah dini dapat terjadi pada wanita hamil dengan umur <20 tahun atau > 35 tahun. Usia kurang dari 20 tahun merupakan usia menunda kehamilan, dimana organ – organ reproduksinya belum berfungsi secara maksimal, jalan lahir belum bisa menyanggah bagian yang ada didalamnya secara sempurna. Organ reproduksi yang belum maksimal mengakibatkan kurang terbentuknya jaringan ikat dan vaskularisasi yang belum sempurna sehingga membentuk selaput ketuban yang tipis dan tidak kuat yang dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini. Pasien yang memiliki faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini diperlukan pendeteksian dan penatalaksanaan sedini mungkin. Langkah preventif oleh tenaga kesehatan juga perlu ditingkatkan. Komunikasi, informasi dan edukasi yang baik dapat memberikan motivasi ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur sehingga dapat mendeteksi terjadinya komplikasi sedini mungkin.

Hubungan Paritas dengan Ketuban Pecah Dini

Tabel 5. Hubungan Paritas dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Jagir Surabaya

Paritas	Kejadian Ketuban Pecah Dini				Jumlah	
	KPD		Tidak KPD		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Primipara	9	24,32	28	75,68	37	100
Multipara	35	57,38	26	42,62	61	100
Grande multipara	26	56,52	20	43,48	46	100
Jumlah	70	48,61	74	51,39	144	100

Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa dari 144 ibu bersalin terdapat ibu bersalin multipara yang sebagian besar (57,38%) terjadi ketuban pecah dini. dan pada ibu bersalin primipara sebagian besar (75,67%) tidak mengalami ketuban pecah dini.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori menurut Manuaba (2007) yang mengatakan bahwa faktor prediposisi dari ketuban pecah dini salah satunya adalah multipara.

Menurut Geri Morgan dan Carole Hamilton (2009), paritas merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan ketuban pecah dini karena peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama kelahiran sebelumnya.

Manurut Manuaba (2007) faktor yang berpengaruh dan mengancam adalah berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga bisa mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan seperti ketuban pecah dini, peeradarahan dan eklamsia. Oleh karena itu, resiko lebih banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara yang disebabkan mortilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks, kemungkinan panggul sempit (CPD), perut gantung dan bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dapat juga berpengaruh. Jadi paritas yang aman untuk menjalankan kehamilan adalah 2-3 kali. Oleh karena itu ketuban pecah dini banyak yang dialami oleh ibu multiparitas.

Menurut peneliti, kettuban pecah dini sering terjadi pada multipara dan grandemultipara yang disebabkan hipermotilitas uterus dan kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks, namun tidak semuanya mengalami ketuban pevah dini, dan jika ketuban pecah dini terjadi pada primipara mungkin disebabkan oleh trauma, infeksi genetalia, serviks inkompeten, gemeli, hidramnion, disproporsi sefalopelvik, dan faktor predisposisi yang lain. Pasien – pasien yang memiliki faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini diperlukan pelaksanaan dan pendeteksian sedini mungkin dan juga sebagai langkah preventif hendaknya tenaga kesehatan lebih meningkatkan komunikasi, informasi, edukasi, dan motivasi pada ibu hamil agar melakukan pemeriksaan kehamilan antenatal care secara rutin untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dan persalinan serta memberikan informasi tentang tanda-tanda bahaya kehamilan dan tanda-tanda persalinan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya tahun 2011 terhadap sample

sejumlah 144 ibu bersalin, terdapat beberapa simpulan sebagai berikut : (a) Usia ibu bersalin di VK Puskesmas Jagir Surabaya separuhnya adalah dengan usia beresiko (<20 tahun dan >35 tahun). (b) Paritas ibu bersalin di VK Puskesmas Jagir Surabaya hampir setengahnya ibu bersalin multipara. (c) Ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya dialami hampir setengahnya ibu bersalin. (d) Ada hubungan usia, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di VK Puskesmas Jagir Surabaya.

Sehingga disarankan: (a) Bidan sebagai tenaga medis terlatih yang ditempatkan di Puskesmas, sebaiknya dapat lebih meningkatkan keikutsertaanya dalam memberikan konseling kepada ibu tentang usia reproduktif dan paritas yang baik bagi kehamilan dan persalinan untuk mengurangi bahaya dari kehamilan dan persalinan dengan usia beresiko dan paritas tinggi. Selain itu, penekanan terhadap informasi tanda bahaya kehamilan bagi ibu hamil dan bersalin untuk pencegahan komplikasi kehamilan terutama kasus ketuban pecah dini .(b) Bagi Peneliti Selanjutnya Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya mengenai hubungan umur, paritas dengan kejadian ketuban pecah dini dengan waktu dan responden yang lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2007. Manajemen Penelitian. Jakarta : Rineka Cipta
Arikunto, S. 2006. Prosedur Penelitian edisi Revisi VI. Jakarta : Rineka Cipta
Bobak, dkk. 2004. Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC
Cunningham, FG. 1998. Obstetri William. Jakarta : EGC
Dorland. 2002. Kamus Saku Kedokteran Dorland. Jakarta : EGC
Hicker, Neville F. 2001. Esensial Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : Erlangga
Hidayat, Asri, dkk. 2009. Asuhan Patologi Kebidanan. Jogjakarta : Nuha Medika
Hidayat, A.A. 2008. Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika
Hidayat, A.A. 2007. Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data . Jakarta : Salemba Medika
Liu, David TY. 2008. Manual Persalinan. Jakarta : EGC

- Manuaba, Ida Ayu C. 2009. Buku Ajar Patologi Obstetri. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gede, dkk. 1998. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta : EGC
- Mitayani. 2009. Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta : Salemba Medika
- Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis Obstetri Jilid I. Jakarta : YBSP
- Morgan, Geri dan Hamilton Carole. 2009. Obstetri & Ginekologi. Jakarta : Hipokrates
- Norwitz, Errol and John Schorge. 2008. At a Glance Obstetri & Ginekologi. Jakarta : PT Gelora Aksara Pratama
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. Metode Penelitian Kesehatan Edisi Revisi. Jakarta : Rinepka Cipta
- Nogroho, Taufan. 2010. Buku ajar Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan. Yogyakarta : Muha Medika
- Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Oxorn, Harry dan William R Forte. 2010. Ilmu Kebidanan : Patologi dan Fisiologi Persalinan. Jakarta : Yayasan Esaentia Medika
- Rayburn, William F. 2001. Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : Widya Medika
- Saifuddin, AB. 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta : YBPSP
- Varney, Hellen. 2001. Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : EGC
- Wahyuni, Ningrum. 2010. Ketuban Pecah Dini.
<http://ningrumwahyuni.wordpress.com>
- Wiknjosastro, H. 2007. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.