

## Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil di RSKDIA Pertiwi Makassar

Nur Indah Novianti, R  
Akademi Kebidanan Pelamonia Makassar

### Abstrak

Berdasarkan data di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2015, tercatat kejadian ketuban pecah dini sebanyak 28 orang dari 245 ibu hamil. Tahun 2016 sebanyak 31 kasus dari 151 ibu hamil, Data terakhir dari bulan Januari sampai April 2017 tercatat kejadian KPD sebanyak 22 orang dari 61 ibu hamil. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara umur ibu, paritas dan kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini pada ibu hamil di RSKDIA Pertiwi Makassar. Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional study*, Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berkunjung di RSKDIA Pertiwi Makassar dari Januari sampai April 2017 sebanyak 61 orang dan sampel pada penelitian ini sebanyak 61 orang dengan menggunakan tehnik *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk umur kehamilan diperoleh nilai  $P = 0.29 > \alpha = 0.05$  artinya tidak ada hubungan umur kehamilan terhadap kejadian ketuban pecah dini di RSKDIA Pertiwi Makassar, untuk variabel paritas di peroleh nilai  $P = 0.595 > \alpha = 0.05$  artinya tidak ada hubungan paritas terhadap kejadian ketuban pecah dini di RSKDIA Pertiwi Makassar, untuk variabel kehamilan ganda di peroleh nilai  $P = 0.26 < \alpha = 0.05$  artinya ada hubungan kehamilan ganda terhadap kejadian ketuban pecah dini di RSKDIA Pertiwi Makassar, Kesimpulan dari ketiga variabel umur, paritas dan kehamilan ganda hanya kehamilan ganda yang memiliki hubungan dengan terjadinya ketuban pecah dini di RSKDIA Pertiwi Makassar sehingga diharapkan kepada ibu yang memiliki kehamilan ganda agar lebih intensif memeriksakan kehamilannya demi mencegah secara dini terjadinya ketuban pecah dini.

**Kata Kunci : Umur, Paritas, Kehamilan Ganda, Ketuban Pecah Dini.**

### Pendahuluan

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm (Prawirohardjo, 2010). Insidensi KPD berkisar antara 8 s.d 10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6 s.d 19%. Sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh *prematunitas*. KPD berhubungan dengan penyebab kejadian *prematunitas* dengan insidensi 30 s.d 40% (Sualman, 2009).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, AKI di dunia mencapai angka 536.000 jiwa. Dimana terbagi atas beberapa Negara, antara lain Amerika Serikat mencapai 16,13 per 9300 jiwa, Afrika Utara mencapai 11,20 per 179.000 jiwa dan Asia Tenggara mencapai 17,14 per 16.000 jiwa.

Perempuan meninggal akibat persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang merupakan tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di 9 negara maju *World Health Organization* (WHO).

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, rata-rata AKI di Indonesia mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target yang akan dicapai. Angka kematian ibu menurun sangat lambat dalam beberapa tahun terakhir ini, dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab langsung utama morbiditas maternal termasuk perdarahan, infeksi, tekanan darah tinggi, aborsi yang tidak aman, dan partus macet. Diantara seluruh kematian neonatal, 75% terjadi pada minggu pertama kehidupan, dan dari jumlah kematian tersebut, 25-45% terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian neonatus adalah *prematunitas* dan berat badan lahir rendah, infeksi, asfiksia, trauma persalinan, dan abnormalitas kongenital. Penyebab-penyebab ini

terdapat pada 80% kematian di kelompok usia ini. Dua pertiga kematian neonatus dapat dicegah bila tersedia intervensi kesehatan yang umum dan efektif selama kehamilan, persalinan, dan minggu pertama kehidupan.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Timur sudah berada di bawah target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015, sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Secara rinci, data laporan kematian ibu Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota melaporkan tahun 2011 sebesar 101,4 per 100.000 kelahiran hidup; tahun 2012 sebesar 97,43 per 100.000 kelahiran hidup; dan tahun 2013 sebesar 97,39 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2013).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar Angka AKI mengalami fluaktasi selama 3 tahun terakhir yaitu pada tahun 2015 meningkat dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 16,27 per 100.000 kelahiran hidup dibanding tahun 2014 yaitu sebesar 8,32 per kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan, 2014).

Sedangkan data yang diperoleh dari *Medical Record* Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu Dan Anak Pertiwi Makassar pada tahun 2015, tercatat kejadian KPD sebanyak 28 orang dari 245 ibu hamil. tahun 2016, tercatat kejadian KPD sebanyak 31 orang dari 151 ibu hamil. Data terakhir dari bulan Januari sampai April 2017 tercatat kejadian KPD sebanyak 22 orang dari 61 ibu hamil. Meskipun kejadian ini tidak terlalu tinggi namun hal ini merupakan masalah dalam kehamilan yang memerlukan perhatian yang serius, karena KPD dapat mengakibatkan bayi lahir *prematuur*, meningkatnya risiko terjadinya retensio plasenta (sebagian atau semua plasenta tertinggal di dalam rahim), ologohidramnion (cairan ketuban terlalu sedikit), dan solusio plasenta (terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta dari dinding rahim sebelum proses persalinan terjadi). (Rekam Medik, diakses tanggal 10 Mei 2017).

### Hasil Penelitian

### Metode Penelitian

#### Jenis Penelitian

Jenis penelitian digunakan adalah jenis penelitian analitik dengan jenis penelitian *cross sectional Study* dimana untuk mengetahui hubungan antara umur ibu, paritas, dan kehamilan ganda pada ibu hamil di RSKDIA Pertiwi Makassar.

#### Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017.

#### Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang berkunjung di RSKDIA Pertiwi Makassar sebanyak 61 orang dari bulan Januari sampai April 2017.

#### Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang berkunjung di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2017. Dalam penelitian ini metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *Total sampling* yaitu pengambilan seluruh populasi sebagai sampel penelitian.

#### Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik "*Total Sampling*" yaitu pengambilan sampel dengan mengambil semua populasi dalam penelitian.

#### Pengolahan dan Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mencatat data di rekam medik, Sehingga data yang diperoleh adalah data sekunder Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi analisis data yang digunakan adalah analisis data univariat dan bivariat (*Chi-Square*) dengan nilai alfa sebesar 0,05(95%).

Tabel 1  
Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di RSKDIA Pertiwi  
Makassar tahun 2017

Umur	n	%
<20 tahun	14	23.0
20-35 tahun	30	49.2
>35 tahun	17	27.9
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 1 menunjukkan dari 61 orang (27,9), dan umur <20 tahun terdapat 14 responden, umur 20-35 tahun terdapat 30 orang (49,2), umur >35 tahun terdapat 17

Tabel 2

Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Di RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017

Pendidikan	n	%
SD	6	9.8
SMP	22	36.1
SMA	18	29.5
PT	10	16.4
Sarjana	5	8.2
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 2 menunjukkan dari 61 PT terdapat 10 orang (16,4), SD terdapat 6 orang (9,8), dan Sarjana terdapat 5 orang (8,2). orang (36,1), SMA terdapat 18 orang (29,5),

Tabel 3

Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2017

Pekerjaan	n	%
IRT	34	55.7
PNS	8	13.1
Karyawan swasta	16	26.2
Lainnya	3	4.9
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 3 menunjukkan dari 61 orang (26,2), PNS terdapat 8 orang (13,1), dan lainnya terdapat 3 orang (4,9). orang (55,7), Karyawan swasta terdapat 16

Tabel 4

Distribusi Responden Berdasarkan Diagnosa Ketuban Pecah Dini di RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017

Diagnosa Ketuban Pecah Dini	n	%
Terdiagnosa Ketuban Pecah Dini	22	36.1
Tidak terdiagnosa Ketuban Pecah Dini	39	63.9
Jumlah	61	100.0

Sumber : Data Sekunder 2017

Tabel 4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan diagnosa Ketuban Pecah Dini. Responden yang terdiagnosa Ketuban Pecah Dini sebanyak 22 orang (36,1%) dan yang tidak terdiagnosa Ketuban Pecah Dini sebanyak 39 orang (63,9%).

Tabel 5  
Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di RSKDIA Pertiwi  
Makassar Tahun 2017

Umur	n	%
Resiko Rendah	32	52.5
Resiko Tinggi	29	47.5
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 5 menunjukkan dari 61 responden berdasarkan umur ibu, Responden yang berumur resiko tinggi sebanyak 29 orang (47,5%), dan resiko rendah sebanyak 32 orang (52,5%).

Tabel 6  
Distribusi Responden Berdasarkan Paritas Di RSKDIA Pertiwi  
Makassar Tahun 2017

Paritas	n	%
Resiko Rendah	59	96.7
Resiko Tinggi	2	3.3
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 61 responden berdasarkan paritas, yang mengalami resiko tinggi sebanyak 2 orang (3,3%) dan resiko rendah sebanyak 59 orang (96,7%).

Tabel 7  
Distribusi Responden Berdasarkan Kehamilan Ganda di RSKDIA Pertiwi  
Makassar Tahun 2017

Kehamilan Ganda	n	%
Tidak	28	45.9
Ya	33	54.1
Jumlah	61	100.0

Sumber: Data Sekunder 2017

Tabel 7 menunjukkan bahwa dari 61 responden yang mengalami kehamilan ganda sebanyak 33 orang (54,1%) dan yang tidak mengalami kehamilan ganda sebanyak 28 orang (45,9%).

Tabel 8  
Analisis hubungan Umur ibu dengan Ketuban Pecah Dini di RSKDIA Pertiwi  
Makassar Tahun 2017

Umur Ibu	Ketuban Pecah Dini				Total		p
	Tergiagnosa		Tidak Terdiagnosa				
	n	%	n	%	n	%	
Resiko Rendah	10	16,4	22	36,1	32	52,5	.289
Resiko Tinggi	12	10,5	17	14,8	29	47,5	
Jumlah	22	36,1	39	63,9	61	100,0	

Sumber : Data Sekunder 2017

Tabel 8 menunjukkan dari 61 responden ibu yang terdiagnosa dengan resiko tinggi terdapat 12 orang (10,5), resiko rendah terdapat 10 orang (16,4). Sedangkanibu yang tidak terdiagnosa dengan resiko tinggi terdapat 17 orang (14,8), dan yang tidak

terdiagnosa resiko rendah terdapat 22 orang (36,1).

Tabel 9

Analisis hubungan paritas dengan kejadian Ketuban Pecah Dini di RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017

Paritas	Ketuban Pecah Dini				Total		p
	Tergiagnosa		Tidak Terdiagnosa		n	%	
	n	%	n	%			
Resiko Rendah	21	18,3	38	37,7	59	96,7	.595
Resiko Tinggi	1	1,6	1	1,6	2	3,3	
Jumlah	22	36,1	39	63,9	61	100,0	

Sumber : Data Sekunder 2017

Tabel 9 menunjukkan dari 61 responden ibu yang terdiagnosa dengan resiko tinggi terdapat 1 orang (1,6), resiko rendah terdapat 21 orang (18,3). Sedangkan yang

tidak terdiagnosa dengan resiko rentinggi terdapat 1 orang (1,6), dan yang tidak terdiagnosa resiko rendah terdapat 38 orang (37,7).

Tabel 10

Analisis hubungan Kehamilan Ganda dengan Ketuban Pecah Dini di RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017

Kehamilan Ganda	Ketuban Pecah Dini				Total		p
	Tergiagnosa		Tidak Terdiagnosa		n	%	
	n	%	n	%			
Resiko Rendah	6	9,6	22	36,1	28	45,9	.026
Resiko Tinggi	16	26,2	17	14,8	33	54,1	
Jumlah	22	36,1	39	63,9	61	100,0	

Sumber : Data Sekunder 2017

Tabel 10 menunjukkan dari 61 responden ibu yang terdiagnosa dengan resiko tinggi terdapat 16 orang (26,2), resiko rendah terdapat 6 orang (9,6). Sedangkan yang tidak terdiagnosa dengan resiko rentinggi terdapat 17 orang (14,8), dan yang tidak terdiagnosa resiko rendah terdapat 22 orang (36,1).

**Pembahasan**

**Hubungan umur ibu dengan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan hasil pengolahan data yang telah dilakukan menunjukkan dari 61 responden, umur ibu yang mengalami resiko tinggi 29 (47,5%) sedangkan yang berisiko rendah sebanyak 32 (52,5%) pada persalinan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar. Menurut pengetahuan yang ada termasuk dalam faktor penyebab kejadian KPD.

Dilain pihak peningkatan usia membuat kondisi dan fungsi rahim menurun. Selain itu jaringan rongga panggul dan otot-ototnyapun

melemah sejalan dengan bertambahnya usia. Hal ini membuat rongga panggul mudah menghadapi dan mengatasi komplikasi yang berat. Pada kondisi tertentu, kondisi hormonal tidak seoptimal usias sebelumnya. Itu sebabnya, resiko keguguran, kematian janin dan komplikasi lainnya juga meningkat, termasuk partus *premature*. Pada usia 30-35 tahun sebenarnya merupakan masa transisi, kehamilan pada usia ini masih bisa diterima asal kondisi tubuh, gizi, dan kesehatan wanita yang bersangkutan dalam keadaan baik.

Hasil penelitian berdasarkan distribusi frekuensi berdasarkan umur ibu, mengatakan bahwa KPD cenderung terjadi pada ibu dengan umur beresiko yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Sedangkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi Square diperoleh nilai  $P(0,289) > \alpha(0,05)$ . Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini tidak ada hubungan antara faktor resiko umur

ibu dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Purnawanti (2014) di RSUD Ungaran Tahun 2014, dari 732 ibu bersalin terdapat 88 orang yang dijadikan sebagai sampel, dominan umur ibu dengan resiko tinggi dapat mengalami kejadian KPD dengan nilai  $p$  (0,719) yang berarti  $h_0$  diterima dan  $h_a$  ditolak.

### **Hubungan Paritas Ibu dengan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan hasil penelitian data yang telah dilakukan dari 61 orang yang diteliti mengalami risiko tinggi sebanyak 2 (3,3%) sedangkan yang berisiko rendah sebanyak 59 (96,7%) pada persalinan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar.

Paritas tinggi merupakan paritas yang rawan karena banyak kejadian obstetriki patologi yang bersumber dari paritas tinggi. Ibu dengan paritas di atas 3, secara fisik sudah mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan, hal ini disebabkan karena pada ibu yang lebih dari satu kali mengalami kehamilan dan persalinan fungsi reproduksi telah mengalami kemunduran.

Setelah melakukan penelitian dengan pengolahan data diperoleh informasi mengenai hubungan antara paritas dengan KPD. Ibu dengan paritas dengan risiko tinggi 59 orang, yang terdiagnosa sebanyak 22 orang dan yang tidak terdiagnosa 38 orang. Sedangkan paritas dengan resiko rendah sebanyak 2 orang, yang terdiagnosa sebanyak 1 orang dan yang tidak terdiagnosa sebanyak 1 orang.

Dari hasil yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tidak selamanya paritas yang berisiko tinggi mengalami KPD kemungkinan terjadi karena disebabkan oleh faktor lain yaitu kemungkinan tingkat pendidikan yang rendah sehingga ibu tidak paham tentang pentingnya pemeriksaan pada saat hamil atau dilihat juga dari pekerjaan ibu yang tidak mempunyai biaya untuk memeriksakan kehamilannya. Sedangkan paritas yang berisiko rendah yang mengalami KPD disebabkan karena ketidakmampuan ibu pada saat hamil dalam menangani masalah yang terkait dengan *Antenatal care* atau karena ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan Chi-Square ditarik kesimpulan

bahwa  $h_0$  diterimakan dan  $h_a$  ditolak, dimana diperoleh nilai  $P$  (0,595)  $>$   $\alpha$  (0,05). Artinya secara statistik bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian KPD. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada penelitian tidak ada hubungan antara paritas dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Purnawanti (2014) di RSUD Ungaran Tahun 2014, dari 732 ibu bersalin terdapat 88 orang yang dijadikan sampel, dominan paritas dengan resiko tinggi tidak dapat mengalami KPD dengan nilai  $p$  (0,543) yang berarti  $h_0$  diterima dan  $h_a$  ditolak.

### **Hubungan Kehamilan Ganda dengan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan hasil penelitian data yang telah dilakukan dari 61 orang yang diteliti mengalami risiko tinggi sebanyak 33 (54,1%) sedangkan yang berisiko rendah sebanyak 28 (45,9%) pada persalinan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar.

Komplikasi pada ibu dan janin pada kehamilan ganda lebih besar dibandingkan pada kehamilan tunggal. Angka kematian *perinatal* pada kehamilan kembar cukup tinggi, dengan kembar monozigotik 2,5 kali angka kematian kembar dizigotik. Risiko terjadinya abortus pada salah satu fetus atau keduanya tinggi. Pada trimester pertama kehamilan reabsorpsi satu janin atau keduanya kemungkinan. (prawiroharjo, 2010).

Dari hasil yang telah dilakukan menunjukkan bahwa hubungan antara kehamilan ganda dengan KPD, ibu dengan kehamilan ganda dengan risiko tinggi sebanyak 33 orang, yang terdiagnosa sebanyak 16 orang dan yang tidak terdiagnosa sebanyak 17 orang. Sedangkan kehamilan ganda dengan risiko rendah sebanyak 28 orang, dan yang terdiagnosa sebanyak 6 orang, dan yang tidak terdiagnosa sebanyak 22 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* ditarik kesimpulan bahwa  $h_0$  diterima dan  $h_a$  ditolak, dimana diperoleh nilai  $P$  (0,026)  $<$   $\alpha$  (0,05). Artinya secara statistik bahwa ada hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian KPD. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ada hubungan antara kehamilan ganda dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar.



Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Purnawanti (2014) di RSUD Ungaran Tahun 2014, dari 732 ibu bersalin terdapat 88 orang yang dijadikan sampel, dominan kehamilan ganda dengan resiko tinggi dapat mengalami KPD dengan nilai  $P(0,039)$  yang berarti  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak.

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSKDIA Pertiwi Makassar pada bulan Mei tahun 2017, untuk mencari faktor-faktor yang berhubungan dengan KPD. Maka setelah diolah dan dibahas penulis menarik kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar dengan nilai  $P(0,289) > \alpha(0,05)$ , ini berarti  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar dengan nilai  $P(0,595) > \alpha(0,05)$ , ini berarti  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kehamilan ganda dengan KPD di RSKDIA Pertiwi Makassar dengan nilai  $P(0,026) > \alpha(0,05)$ , ini berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima.

### Saran

Memberikan informasi terkait faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini pada ibu hamil melalui pemberian spanduk atau poster di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Meningkatkan frekuensi pemberian penyuluhan baik secara personal maupun kelompok terkait penyulit-penyulit dalam kehamilan, dampak Ketuban Pecah Dini bagi ibu dan janin, faktor risiko yang dapat mempengaruhi terjadinya Ketuban Pecah Dini. Sehingga dapat menambah pengetahuan ibu tentang Ketuban Pecah Dini khususnya bagi ibu yang berpendidikan rendah. Bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lanjutan terkait kejadian Ketuban Pecah Dini bisa menggunakan faktor-faktor lain yang belum diteliti seperti status gizi, frekuensi penyakit ibu dan usia kehamilan.

### Daftar Pustaka

Sualman K. (2009). *Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini*.  
<http://www.medicastore.com> diakses tanggal 25 Oktober 2011

- Ayurai, 2010. Ketuban pecah dini. Diambil tanggal 23 Maret 2010 dari <http://ayurai.wordpress.com/2010/02/15/ketuban-pecah-dini/>
- Rukiyah, dkk, 2010, asuhan kebidanan 4 (patologi), Jakarta:C.V trans infomedika.
- Sujiyatini, S.Si.T., M.Keb, Muftililah, S.PD., S.Si.T., M.Sc., Asri Hidayat, S.Si.T.,M.Keb. 2009, [nuhamedika@gmail.com](mailto:nuhamedika@gmail.com) Asuhan patologi kebidanan Yogyakarta : Nuha Medika
- Linda Fitrianti, 2012 (Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil Di Rsud Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Mojokerto). <https://www.google.co.id/pdf+paritas+dengan+kejadian+ketuban+pecah+dini+pada+ibu+hamil+di+RSUD+Dr.++wahidin+sudirohusodo@oq=mobile-gws-lite>.
- Manuaba, I.B.G., 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita. 2010. "ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB". Jakarta : EGC
- Asrinah, ai.dkk. 2012. Asuhan persalinan Normal. Bandung: PT. Refika Aditama
- Suhartono, 2013, dan Ayurai, 2010, Asuhan patologi kebidanan (Ketuban Pecah Dini).
- Fadlun, S.ST., dr. Achmad Feryanto, Sp. OG, 2011, [info@penerbitsalemba.com](mailto:info@penerbitsalemba.com) Buku Asuhan Kebidanan Patologi, Jakarta :Salemba Medika. Sumber: Fadlun dkk, 2011
- Marmi, A. Retno Murti Suryaningsih, Ery Fatmawati, 2011, [pustakapelajar@yahoo.com](mailto:pustakapelajar@yahoo.com) Buku Asuhan Kebidanan Patologi, Yogyakarta 55167 : Pustaka Pelajar.\
- DINKES, 2014. *Profil Kesehatan Sulawesi Selatan 2014*. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2014/27\\_Sulawesi\\_Selatan\\_2014.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2014/27_Sulawesi_Selatan_2014.pdf)
- Icesmi Sukarni K- Margareth ZH, 2013, [Nuhamedika@gmail.com](mailto:Nuhamedika@gmail.com)-[nuhamedika@yahoo.com](mailto:nuhamedika@yahoo.com) Buka Kehamilan, Persalinan, dan Nifas, Yogyakarta : Nuha Medika.

- Rekam Medik, diakses tanggal 10 Mei 2017: RSKDIA Pertiwi Makassar.
- Yudin MH, Money DM. (2008). *Skrining dan Manajemen Bakteri Vaginosis Dalam Kehamilan*. JOGC; 211 : 702-6
- Prawirohardjo., 2010 dalam Suriani Tahir<sup>1</sup>, Arifin Seweng<sup>2</sup>, Zulkifli Abdullah<sup>3</sup>. 2010. *Faktor Determinan Ketuban Pecah Dini Di Rsud Syekh Yusuf Kabupaten Gowa*.
- Prawirohardjo S. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Edisi Keempat. YBP-SP. Jakarta
- Nita Norma D - Mustika Dwi S, 2013, *Asuhan Kebidanan : Patologi Teori Dan Tinjauan Kasus, Yogyakarta* : Nuha Medika.
- Williams Manual of pregnancy Complications, Kenneth J. Leveno, MD, 2016, [Nuhamedika@gmail.com](mailto:Nuhamedika@gmail.com)-[nuhamedika@yahoo.com](mailto:nuhamedika@yahoo.com) Buku komplikasi kehamilan : Buku Kedokteran.
- Ai Nurasih, S.ST., Ani Rukmawati, S.ST., Prof. Dr. Hj. Dewi Laelatul Badriah, M.Kes. ALFO, 2012, buku : *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, @refika-aditama.com, <http://www.refika-aditama.com> : Anggota Ikapi.
- Asrinah, 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Nurul Jannah, S.Si.T, 2015, Buku ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi, kedokteran EGC. <http://worldhealth-bokepzz.blogspot.co.id/2012/05/pengertian-paritas.html?m=1> diakses tanggal 13 juli 2016.
- Oxom dkk, 2010 *Ilmu Kebidanan: patologi Fisiologi Persalinan* Yogyakarta: C.Vandi offset.
- Wijayarini, maria, dkk. 2011. *Wijayarini, Modul Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : EGC [http://www.antarsulsel.com/berita/21796/angka-kematian-ibu--di-sulsel-rendah/diakses tanggal 25 Mei 2017](http://www.antarsulsel.com/berita/21796/angka-kematian-ibu--di-sulsel-rendah/diakses%20tanggal%2025%20Mei%202017).
- Sujiyatini, dkk, 2011 *Asuhan Kebidanan II(persalinan)*. Yogyakarta: Rohima press.