

SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMETASON TERHADAP
KEJADIAN ASFIKZIA BAYI BARU LAHIR PADA IBU
BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI USIA
KEHAMILAN \leq 36 MINGGU
DI RSUD SLEMAN**



**KRISTIANI
P07124216092**

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMETASON TERHADAP
KEJADIAN ASFIKZIA BAYI BARU LAHIR PADA IBU
BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI USIA
KEHAMILAN \leq 36 MINGGU
DI RSUD SLEMAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Kebidanan



**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

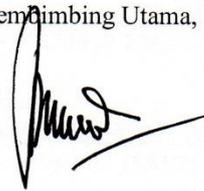
Skripsi
“PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMETASON TERHADAP KEJADIAN
ASFIKZIA BAYI BARU LAHIR PADA IBU BERSALIN DENGAN
KETUBAN PECAH DINI USIA KEHAMILAN \leq 36 MINGGU
DI RSUD SLEMAN”

Disusun oleh:
KRISTIANI
NIM. P07124216092

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal : 22-12-2017

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Sabar Santoso, S.Pd., APP., M.Kes
NIP. 19561007 198103 1 004

Pembimbing Pendamping,



Tri Maryani, S.ST., M.Kes
NIP. 19810329 200501 2 001

Yogyakarta,

Ketua Jurusan Kebidanan



Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP. 19801102200122002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMETASON TERHADAP KEJADIAN
ASFIKZIA BAYI BARU LAHIR PADA IBU BERSALIN DENGAN
KETUBAN PECAH DINI USIA KEHAMILAN \leq 36 MINGGU
DI RSUD SLEMAN”**

Disusun oleh:
KRISTIANI
NIM. P07124216092

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal: Desember 2017

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua Dewan Penguji
Suherni, S.Pd., APP., M.Kes
NIP. 19570419 198303 2 003

Anggota I
Sabar Santoso, S.Pd., APP., M.Kes
NIP. 19561007 198103 1 004

Anggota II
Tri Maryani, S.ST., M.Kes
NIP. 19810329 200501 2 001



[Handwritten signatures of the examiners]

Yogyakarta, Desember 2017

Ketua Jurusan Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta



Dyah Noviwati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP. 19801102200112202

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Kristiani
NIM : P07124216092
Tanda Tangan :



Tanggal : 29 Desember 2017

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kristiani
NIM : P07124216092
Program Studi : D-IV Alih Jenjang
Jurusan : Kebidanan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas Skripsi saya yang berjudul :

Pengaruh Pemberian Dekسامetason Terhadap Kejadian Asfiksia Bayi Baru Lahir Pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini Usia Kehamilan \leq 36 minggu di RSUD Sleman

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta Pada

Tanggal : 29-12-2017

Yang menyatakan

 Kristiani)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tugas penyusunan Skripsi dengan judul “Pengaruh Pemberian Deksametason Terhadap Kejadian Asfiksia Bayi Baru Lahir Pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini Usia Kehamilan \leq 36 minggu di RSUD Sleman”, dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, dan oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M. Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kebijakannya sehingga penyusunan penelitian ini dapat terlaksana.
2. Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT,M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakan dan arahnya sehingga penyusunan penelitian ini dapat terlaksana.
3. Yulianti Eka Purnamaningrum, SSiT., MPH selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakan dan arahnya sehingga penyusunan penelitian ini dapat terlaksana.
4. Sabar Santoso, S.Pd., APP., M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis
5. Tri Maryani, S.ST., M.Kes selaku dosen pembimbing pendamping yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis.
6. Suherni, S.Pd., APP., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan berbagai masukan dan saran yang bermanfaat dalam penelitian ini.

7. Sahabat serta teman-teman mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang selalu memberikan bantuan dan dukungan.
8. Keluarga tersayang atas dukungan material dan moril.
9. Kepala ruang serta bidan kamar bersalin RSUD Sleman yang telah membantu dalam pengambilan data penelitian.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berpartisipasi dalam penyusunan penelitian ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRACT	xiv
ABSTRAK	xv
BAB. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Ruang Lingkup Penelitian	7
F. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Teori	9
B. Kerangka Teori	27
C. Kerangka Konsep	28
D. Hipotesis	28
BAB III METODE PENELITIAN	29
A. Jenis Penelitian dan Desain Penelitian	29
B. Populasi Dan Sampel	30
C. Tempat dan Waktu Penelitian	31
D. Variabel Penelitian	32
E. Definisi Operasional Variabel	32
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	34
G. Instrumen dan Bahan Penelitian	34
H. Prosedur Penelitian	34
I. Manajemen Data	36
J. Etika Penelitian	40
K. Keterbatasan Penelitian	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil	42
B. Pembahasan	45

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	49
A. Kesimpulan	49
B. Saran	50
 DAFTAR PUSTAKA	 51
LAMPIRAN	53

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Keaslian Penelitian	7
Tabel 2. Apgar Skore	21
Tabel 3. Definisi Operasional Variabel	32
Tabel 4. Coding Variabel Penelitian	36
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden	42
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kejadian KPD Preterm Berdasarkan Lama Terjadinya KPD dan Kejadian Asfiksia.....	43
Tabel 7. Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir dari Ibu Bersalin yang mengalami KPD Umur Kehamilan \leq 36 minggu	43
Tabel 8. Pengaruh Pemberian Deksametason terhadap Kejadian Asfiksia	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori	27
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	28
Gambar 3. Desain Penelitian	29

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Jadwal Penelitian	53
Lampiran 2. Hasil SPSS	54
Lampiran 3. Persetujuan Komisi Etik	56
Lampiran 4. Ijin Penelitian	57
Lampiran 5. Surat Keterangan Selesai Penelitian	58

PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMETASON TERHADAP KEJADIAN
ASFIKSIA BAYI BARU LAHIR PADA IBU BERSALIN DENGAN
KETUBAN PECAH DINI USIA KEHAMILAN \leq 36 MINGGU
DI RSUD SLEMAN

Kristiani*, Sabar Santoso, Tri Maryani
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jl. Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta
Email : kristianikristin76@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya asfiksia neonatorum, dan kejadian asfiksia pada KPD preterm adalah sebesar 24%. Penyebab kematian perinatal di RSUD Sleman karena kelahiran preterm (66%) dan asfiksia (40,74%). Pengelolaan secara konservatif KPD Preterm memerlukan deksametason.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada bayi dari ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan \leq 36 minggu.

Metode penelitian : Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Sampel adalah ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan \leq 36 minggu yang bersalin di RSUD Sleman tahun 2015-2017 dan memenuhi kriteria inklusi. Penghitungan sampel dengan rumus besar sampel untuk dua kelompok independen, didapatkan 96 subjek yang terbagi menjadi : 48 subjek yang diberi deksametason dan 48 subjek yang tidak diberi deksametason. Analisis data menggunakan uji korelasi *chi square* dan *rasio prevalens*.

Hasil penelitian : Karakteristik ibu bersalin yang mengalami KPD preterm terbanyak yaitu pada primigravida usia \geq 20-35 tahun dengan umur kehamilan antara 28-34 minggu. Kejadian asfiksia pada kelompok yang tidak diberikan deksametason sebanyak 47 (98%), sedangkan pada kelompok yang diberi deksametason sebanyak 48 (100%). Uji statistik dengan *chi square* didapatkan *p-value* 0,315 $>$ 0,005 sehingga pada penelitian ini didapatkan tidak ada pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan KPD umur kehamilan \leq 36 minggu. Estimasi resiko relatif dengan penghitungan rasio prevalens didapatkan hasil 0,979 yang berarti bahwa pemberian deksametason merupakan faktor protektif bukan faktor risiko yang mempengaruhi efek.

Kesimpulan : Tidak ada pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan \leq 36 minggu.

Kata kunci : KPD Preterm, deksametason, asfiksia.

THE EFFECT OF DEXAMETHASONE ADMINISTRATION TO THE
INCIDENCE OF NEWBORN ASPHYXIA IN LABOURING WOMEN WITH
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE AND ≤ 36 WEEKS
GESTATIONAL AGE
IN RSUD SLEMAN

Kristiani*, Sabar Santoso, Tri Maryani
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jl. Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta
Email: kristianikristin76@gmail.com

ABSTRACT

Background: Premature Rupture of Membrane (PROM) is one of the factors causing neonatal asphyxia, and the incidence of neonatal asphyxia in preterm PROM is 24%. The cause of perinatal death in RSUD Sleman is 66% due to preterm birth and 40.74% due to asphyxia. Conservative management of preterm PROM requires administration of dexamethasone.

Aim : The aim of this study is to know the effect of dexamethasone administration to the incidence of asphyxia in new born infants from mothers with premature rupture of membrane and ≤ 36 weeks gestational age.

Methods: The type of this study is observational analytical study with cross sectional approach. The sampling method is using purposive sampling. The subjects are labouring women with PROM and ≤ 36 weeks gestational age in RSUD Sleman from 2015-2017 whom fulfil the inclusion criteria. The calculation of sample size is using formula for two independent groups, resulting in 96 subjects which is divided in to two groups: 48 subjects with dexamethasone administration and 48 subjects without dexamethasone administration. Data analysis is using chi-square test and prevalence ratio.

Result: The characteristic of labouring women with preterm PROM is dominant in primigravida, aged ≥ 20 -35 years old, with gestational age 28-34 weeks. The incidence of asphyxia in group without dexamethasone is 47 subjects (98%) while in group with dexamethasone is 48 subjects (100%). Statistical analysis using chi square resulted in p -value $0.315 > 0.005$ which means there is no effect of dexamethasone administration to the incidence of asphyxia in labouring women with PROM and ≤ 36 weeks gestational age. The estimation of relative risk from the calculation of prevalence ratio is 0.979, which means the administration of dexamethasone is a protective factor, not a risk factor.

Conclusion: The administration of dexamethasone has no effect to the incidence of asphyxia in labouring women with PROM and ≤ 36 weeks gestational age.

Keyword : Preterm PROM, dexamethasone, asphyxia.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 diantaranya adalah menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB) dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2025.¹

Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 point dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup.

Peningkatan akses dan kualitas pelayanan bagi bayi baru lahir (neonatal) menjadi prioritas utama agar target penurunan AKB pada

MDG's 2015 yaitu sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup dapat tercapai. Komitmen global dalam MDGs menetapkan target terkait kematian anak yaitu menurunkan angka kematian anak hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990- 2015. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak yaitu asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi.³

Asfiksia Neonatorum adalah kegagalan bayi baru lahir untuk bernapas secara spontan dan teratur sehingga menimbulkan gangguan lebih lanjut, yang mempengaruhi seluruh metabolisme tubuhnya. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir.⁴ Ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia neonatorum dan infeksi. Beberapa penelitian di rumah sakit menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara KPD dan kejadian asfiksia bayi baru lahir. Ketuban Pecah Dini (KPD) juga menjadi salah satu penyebab persalinan prematur. KPD pada kehamilan antara 28 – 34 minggu 50 % persalinan dalam 24 jam.

KPD adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. KPD Prematur (usia kehamilan < 37 minggu) terjadi pada 1 % kehamilan.⁵ Angka kejadian ketuban pecah dini antara 4,5% - 10%. Penyebab ketuban pecah dini secara pasti belum diketahui, namun ada beberapa faktor risikonya, antara lain riwayat ketuban pecah dini sebelumnya, perdarahan pervaginam, dan riwayat operasi saluran genitalia. Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi preterm adalah

sindroma gawat pernafasan yang disebabkan karena paru-paru belum matang.

Pengelolaan secara konservatif ketuban pecah dini pada kehamilan preterm memerlukan pemberian deksametason. Deksametason adalah preparat obat yang digunakan untuk mempercepat proses kematangan paru dengan mempercepat produksi surfaktan sehingga bayi yang lahir akan memiliki skor apgar yang lebih baik. Dengan hal ini maka risiko terjadinya sindroma gawat nafas bisa diperkecil. Prematuritas berhubungan dengan peningkatan risiko asfiksia. Risiko ini meningkat bila belum diberikan deksametason. Penelitian membuktikan bahwa kortikosteroid efektif digunakan pada KPD.⁶

Kortikosteroid yang diberikan pada kehamilan (*Antenatal Corticosteroid/ACS*) yang terancam kelahiran prematur efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian neonatal.⁷ Efektivitas ACS terbukti di negara berpenghasilan menengah ke atas yang mempunyai fasilitas RS dan neonatal care yang memadai, sedangkan di negara berpenghasilan menengah ke bawah (*LMIC/Low Middle Income Country*) baik di RS apalagi di faskes lain yang berbasis komunitas belum ditemukan hasil studi mengenai efektivitas dan efikasinya. Salah satu masalah penting penyebab kegagalan cakupan pemberian ACS yaitu pendeknya waktu antara masuk RS dengan kelahiran, sebesar 73 persen dari 79 orang pasien yang tidak mendapat ACS ternyata yang melahirkan kurang dari 2 jam.⁸

Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2012 di Indonesia adalah 34 per 1000 kelahiran hidup, di Daerah Istimewa Yogyakarta 25 per 1000 kelahiran hidup.² AKB di Kabupaten Sleman pada tahun 2015 adalah 3,61 per 1000 kelahiran hidup. Kematian bayi (0 – 11 bulan) di Kabupaten Sleman sebanyak 51 bayi.⁹ Jumlah persalinan di RSUD Sleman tahun 2016 berjumlah 1262. Persalinan dengan KPD berjumlah 138, dari kasus tersebut terdapat persalinan KPD dengan umur kehamilan < 34 minggu sebanyak 43 kasus (31 %). Hasil penelitian menyebutkan bahwa kejadian asfiksia pada KPD preterm adalah sebesar 24 %.¹¹

Kematian bayi di RSUD Sleman berjumlah 27 bayi pada tahun 2016, sekitar 18 (66%) penyebabnya adalah kasus preterm (28-36 minggu). Jumlah kejadian asfiksia di RSUD Sleman Tahun 2016 adalah 270 kasus (21,39%), dan jumlah kematian bayi akibat asfiksia tersebut berjumlah 11 dari 27 kasus kematian yang ada (40,74%). Penyebab kematian perinatal di RSUD Sleman adalah karena kelahiran preterm 66 % dan asfiksia 40,74 %, sedangkan kematian oleh karena persalinan KPD preterm 15 %. Penatalaksanaan KPD Preterm di RSUD Sleman adalah dengan pemberian injeksi deksametason 5 mg 1 x per 12 jam, diberikan 4 x (satu seri).¹⁰

Dengan penatalaksanaan KPD preterm diharapkan dapat menurunkan kematian bayi di RSUD Sleman. Isnia Rohani Roodhantia dalam penelitiannya tentang perbedaan skor apgar pada KPD usia < 34 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason di RSUP dr. Kariadi

Semarang tahun 2012, hasil analisis menunjukkan tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara skor apgar pada kejadian ketuban pecah dini dengan usia kehamilan kurang dari 34 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason.¹¹

Sejauh ini belum ada informasi di RSUD Sleman mengenai keberhasilan terapi deksametason terhadap kejadian asfiksia pada persalinan prematur dengan ketuban pecah dini. Berdasarkan data tersebut penulis ingin mengetahui keberhasilan terapi deksametason dengan membandingkan kejadian asfiksia pada persalinan KPD preterm yang diberi dan tidak diberi deksametason.

B. Rumusan masalah

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya asfiksia neonatorum, dan kejadian asfiksia pada KPD preterm adalah sebesar 24%. Penyebab kematian perinatal di RSUD Sleman adalah karena kelahiran preterm 66% dan asfiksia 40,74%. Pengelolaan secara konservatif KPD Preterm memerlukan deksametason. Sejauh ini belum ada informasi di RSUD Sleman mengenai keberhasilan terapi deksametason terhadap kejadian asfiksia pada persalinan prematur dengan ketuban pecah dini. Berdasarkan hal tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dari ibu bersalin dengan KPD yang

mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu di RSUD Sleman ?”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada bayi dari ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya karakteristik ibu bersalin (umur ibu, usia kehamilan dan jumlah kehamilan) yang mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan ≤ 36 minggu.
- b. Diketuainya kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dari ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason.
- c. Diketuainya peluang kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dari ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini usia ≤ 36 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi tentang pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia

pada bayi khususnya pada ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu.

2. Manfaat Praktis

Dapat menjadi masukan dalam upaya untuk menekan kejadian asfiksia bayi baru lahir terutama pada kehamilan preterm.

E. Ruang Lingkup

1. Lingkup Keilmuan

Lingkup keilmuan dalam penelitian ini adalah ilmu kebidanan.

2. Lingkup Sasaran

Ibu bersalin dengan ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu yang bersalin di RSUD Sleman tahun 2015- 2017.

3. Lingkup Waktu

Januari 2015 – Desember 2017

F. Keaslian penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Judul	Penulis	Design Penelitian	Hasil	Perbedaan
1.	Hubungan antara KPD dan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) di RSD Jombang	Ninik Azizah (2013)	Analitik dengan pendekatan cross sectional	Ada hubungan antara KPD dengan kejadian asfiksia pada BBL (x^2 hitung: 29,96, x^2 tabel: 3,841)	Populasi dari penelitian : semua ibu bersalin, tanpa memperhatikan umur kehamilan

2.	Perbedaan skor apgar pada KPD usia < 34 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametas on di RSUP dr. Kariadi Semarang	Isnia Rahmi Roodhantia (2012)	Observasional Retrospektif dengan pendekatan case control	Tidak didapatkan perbedaan skor apgar pada kejadian KPD dengan kehamilan < 34 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametas on (<i>p value</i> : 0,412)	Jenis Penelitian : case control. Populasi : ibu hamil dengan KPD usia kehamilan kurang dari 34 minggu yang bersalin di RSUP dr. Kariadi
3.	KPD dengan tingkat asfiksia Bayi Baru Lahir (BBL) di RSUD Wangajaya, Denpasar	I Dewa Ketut Surinati I Gusti Agung Oka Mayuni Ida Ayu Agung Maha Dewi (2013)	Analitik Korelasi dengan pendekatan cross sectional	Ada hubungan KPD dengan tingkat asfiksia BBL (<i>p value</i> : 0,002)	Jenis penelitian analitik korelasi. Subyek : ibu bersalin dengan KPD, usia kehamilan 37 – 42 minggu

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.¹²

KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan 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 (*Respiratory Distress Syndrome*).¹²

Dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam proses persalinan. Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila KPD terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut KPD pada kehamilan prematur.

Dalam keadaan normal 8 – 10 % perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. KPD prematur terjadi pada 1 % kehamilan.⁵

Pecah Ketuban Dini pra persalinan (PPROM) merupakan penyebab 40 % kasus kelahiran prematur dan dapat mengakibatkan mortalitas dan morbiditas neonatus yang signifikan. Jika PPRM terjadi antar usia gestasi 24 dan 34 minggu, 50% ibu akan melahirkan dalam 4 hari dan 70-80 % akan melahirkan dalam satu minggu. Tiga penyebab kematian neonatus yang berkaitan dengan PPRM adalah prematuritas, sepsis, dan hipoplasia pulmoner.¹³

Dari teori diatas dapat disimpulkan pengertian KPD adalah ketuban yang pecah sebelum adanya persalinan sedangkan KPD premature bila ketuban pecah pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu.

Angka *kesintasan* (tingkat kelangsungan hidup) bayi sangat prematur yang semakin tinggi diikuti dengan meningkatnya disabilitas. Studi EPICure pada tahun 1995 menemukan bahwa diantara bayi yang lahir antara usia gestasi 25 dan 26 minggu, separuh dari yang selamat diketahui mengalami disabilitas perkembangan psikomotor dan mental, disabilitas fungsi neuromotor, ataudisabilitas fungsi komunikasi dan sensori.¹³

b. Klasifikasi KPD

KPD Preterm atau disebut juga *Premature Rupture of Membranes (PROM)* terjadi pada usia kehamilan > 28 minggu dan < 37 minggu.

KPD preterm dibagi menjadi :¹⁴

- 1) Early PROM (terjadi kurang dari 12 jam)
- 2) Prolonged PROM (terjadi lebih dari 12 jam)

c. Penyebab / Etiologi

Faktor risiko yang diketahui untuk pecah ketuban preterm adalah riwayat kelahiran preterm sebelumnya (Guinn dkk, 1995), infeksi cairan amnion tersembunyi, janin ganda, dan solusio plasenta.¹⁵

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya.¹²

1) Infeksi.

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

2) Servik yang inkompetensia.

Kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage)

3) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.

- 4) Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- 5) Kelainan letak, misalnya sungsang, letak lintang.
- 6) Karena kelainan letak sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- 7) Keadaan sosial ekonomi.
- 8) Faktor lain :
 - a) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - b) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
 - c) Faktor multigraviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
 - d) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C).

Penyebab lain dari KPD Preterm : infeksi cairan ketuban, riwayat KPD Preterm sebelumnya, serviks yang pendek, perdarahan pada trimester 2 dan 3, Kurang Energi Kalori (KEK), status ekonomi yang rendah, dan merokok.¹⁶

d. Tanda dan Gejala

- 1) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

- 2) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan ketuban tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
- 4) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat, merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.¹²

e. Penegakkan Diagnosa

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

1) Anamnesa.

Ibu merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2) Inspeksi.

Pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3) Pemeriksaan dengan spekulum.

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver Valsalva, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

4) Pemeriksaan Dalam

- a) Di dalam vagina didapat cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.
- b) Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam, karena pada waktu pemeriksaan dalam jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa menjadi patogen.
- c) Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Cairan yang keluar perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pH-nya.

- b) Tes lakmus (nitrazin test), jika kertas lakmus berubah menjadi biru atau ungu menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).
 - c) Mikroskopis (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
- 2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG).
- a) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
 - b) Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada ibu dengan oligohidramnion.
- g. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesaria atau gagalnya persalinan normal.¹⁷

1) Persalinan Prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90 % terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28 – 34 minggu 50 % persalinan dalam 24 jam. Pada

kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

2) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada KPD. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada KPD prematur, infeksi lebih sering daripada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

3) Hipoksia dan Asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa keluaran janin dari persalinan KPD Preterm mengalami asfiksia. Penelitian ini melibatkan KPD Preterm umur kehamilan 34 minggu sampai 37 minggu.¹⁸

4) Sindrom Deformitas Janin

KPD yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonar.

h. Penatalaksanaan KPD

Upaya menghindari kelahiran ketika terjadi pecah ketuban preterm mempunyai dua pilihan utama :¹⁵

- 1) Penatalaksanaan nonintervensi atau menunggu, yakni hanya menunggu terjadinya persalinan spontan.
- 2) Intervensi yang mungkin meliputi kortikosteroid yang diberikan dengan atau tanpa agen tokolitik untuk menghentikan persalinan preterm supaya kortikosteroid mempunyai cukup waktu untuk menginduksi pematangan janin.

Penderita dengan kemungkinan KPD harus masuk rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika pada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien bisa pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi. Bila KPD pada kehamilan prematur, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan pasien KPD yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaannya bergantung pada usia kehamilan.¹⁷

Penanganan :

1) Konservatif

Rawat di rumah sakit, berikan antibiotik (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan < 32 – 34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban

tidak lagi keluar. Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu. Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin). Pada usia kehamilan 32 – 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2) Aktif

Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

3) Penelitian di Amerika dengan subyek penelitian wanita dengan persalinan preterm umur kehamilan 23 minggu sampai 36 minggu mendapatkan hasil bahwa terapi steroid pada kehamilan sangat efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian neonatal. Terapi steroid efektif bila diberikan antara 24 jam atau 48 jam setelah

pemberian atau bila persalinan terjadi lebih dari 7 hari setelah diberikan.⁷

4) Penanganan KPD Preterm di RSUD Sleman

- a) Jika tanpa indikasi maternal atau fetal untuk dilahirkan, dilakukan observasi secara ketat terhadap kontraksi uterus dan denyut jantung janin.
- b) Pemeriksaan serviks dikerjakan untuk menilai perubahan serviks.
- c) Pemberian kortikosteroid (deksametason injeksi) untuk pematangan paru janin dengan dosis 5 mg/12 jam diberikan 4 kali (satu seri).
- d) Pemberian tokolitik selama pemberian kortikosteroid.
- e) Bila dalam persalinan dilakukan monitoring kemajuan persalinan dan kondisi janin.

Meskipun ada banyak sekali literatur mengenai penatalaksanaan menunggu pada ketuban pecah preterm, baru sedikit penelitian acak yang telah dilakukan. Satu pengecualian adalah laporan oleh Garite dkk.(1981) yang meneliti 160 kehamilan dengan ketuban pecah preterm pada usia gestasi 28 – 34 minggu. Para ibu tersebut dibagi menjadi dua kelompok yaitu penatalaksanaan menunggu saja atau kortikosteroid plus tokolisis dengan etanol atau magnesium sulfat intravena. Para penulis tersebut menyimpulkan bahwa intervensi aktif

tidak memperbaiki hasil perinatal dan mungkin memperparah penyulit yang berkaitan dengan infeksi.¹⁵

i. Karakteristik ibu dengan KPD Preterm

Dalam sebuah studi terhadap 100 ibu hamil yang dilakukan di Benghazi, Libya didapatkan karakteristik ibu yang mengalami KPD Preterm diantaranya adalah :

- 1) Umur : kejadian KPD terbanyak pada usia 21 – 30 tahun sejumlah 61 kasus (61%).
- 2) Graviditas : kejadian KPD Preterm terbanyak pada primigravida sejumlah 48 kasus (48%).¹⁴

2. Asfiksia Neonatorum

a. Pengertian

Asfiksia neonatorum ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir.⁹ Asfiksia Neonatorum adalah kegagalan bayi baru lahir untuk bernapas secara spontan dan teratur sehingga menimbulkan gangguan lebih lanjut, yang mempengaruhi seluruh metabolisme tubuhnya. Asfiksia berarti terjadi hipoksia (kekurangan oksigen) yang menimbulkan metabolisme anaerob sehingga terjadi penimbunan karbondioksida, asidosis darah, dan cairan tubuh. Situasi yang berlangsung terus tanpa diselingi tambahan oksigen akan menimbulkan keadaan yang lebih berbahaya, yaitu gangguan metabolisme pada organ sehingga fungsinya mengalami gangguan sebagai kompensasi kekurangan

oksigen. Akibatnya, pernapasan makin cepat dan frekuensi jantung meningkat.⁴

b. Penyebab

Penyebab asfiksia atau depresi pernapasan bayi baru lahir adalah :⁴

- 1) Asfiksia intrauterin.
- 2) Bayi prematur.
- 3) Penyakit atau cacat bawaan bayi.
- 4) Hipoksia intrauterine.
- 5) Obat-obatan yang menekan spontanitas napas.

Hipoksia janin yang menyebabkan asfiksia neonatorum terjadi karena gangguan pertukaran gas serta transpor O₂ dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan O₂ dan dalam menghilangkan CO₂. Gangguan ini dapat berlangsung secara menahun akibat kondisi atau kelainan pada ibu selama kehamilan, atau secara mendadak karena hal-hal yang diderita ibu dalam persalinan.¹⁹

Faktor-faktor yang timbul dalam persalinan bersifat lebih mendadak dan hampir selalu mengakibatkan anoksia atau hipoksia janin dan berakhir dengan asfiksia bayi. Faktor-faktor tersebut adalah :

- 1) Faktor-faktor dari pihak janin, seperti :
 - a) Gangguan aliran darah dalam tali pusat karena tekanan tali pusat.
 - b) Depresi pernapasan karena obat-obat anestesia/analgetika yang diberikan pada ibu, perdarahan intrakranial, dan kelainan

bawaan (hernia diafragmatika, atresia saluran pernapasan, hipoplasia paru-paru, dll).

2) Faktor-faktordari pihak ibu, seperti :

- a) Gangguan his, misalnya hipertoni dan tetani.
- b) Hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan misalnya pada plasenta previa.
- c) Hipertensi pada eklampsia.
- d) Gangguan mendadak pada plasenta seperti solusio plasenta.

c. Penilaian asfiksia pada bayi baru lahir.

Penilaian yang digunakan adalah penilaian bayi menurut apgar.⁴Nilai APGAR bukan hanya dipakai untuk menentukan kapan kita memulai tindakan tetapi lebih banyak kaitannya dalam memantau kondisi bayi dari waktu ke waktu. Nilai APGAR menit pertama untuk menentukan diagnosa (asfiksia/tidak).²⁰

Evaluasi awal bayi baru lahir dilaksanakan segera setelah bayi lahir (menit pertama) dengan menilai dua indikator kesejahteraan bayi yaitu pernapasan dan frekuensi denyut jantung bayi. Evaluasi juga dapat dilakukan dengan nilai APGAR. Kata APGAR diambil dari nama belakang penemunya yaitu Dr. Virginia Apgar, seorang ahli anak sekaligus ahli anestesi. Skor ini dipublikasikannya pada tahun 1952. Pada tahun 1962, seorang ahli anak bernama Dr. Joseph Butterfield membuat akronim dari kata APGAR yaitu *Appearance* (warna kulit), *Pulse* (denyut jantung), *Grimace* (respons refleks), *Activity* (tonus otot), and *Respiration* (pernapasan).²¹

Tabel 2. Penilaian APGAR

Kriteria	0	1	2
<i>Appearance/</i> Warna Kulit	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruhnya merah
<i>Pulse/Frekuensi</i> Jantung (nadi)	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100x/menit
<i>Grimace/Reaksi</i> terhadap rangsangan	Tidak ada	Sedikit mimik meringis	Batuk/bersin
<i>Activity/Tonus</i> otot/ekstremitas	Lumpuh (flaksid)	Fleksi sedikit	Gerak aktif
<i>Respiratory/Napas</i>	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik dan segera menangis

Penilaian :

Apgar 0- 4 : Asfiksia berat

Apgar 5-7: Asfiksia sedang, ringan

Apgar 8-10 : Bayi normal

Menurut pengamatan diberbagai klinik, hanya sebagian kecil bayi yang memerlukan resusitasi sehingga pernapasan spontannya dapat dimulai dengan segera, memotong mata rantai metabolisme anaerob sehingga tidak akan terjadi timbunan karbondioksida dan hasil metabolisme lainnya yang akan mengganggu kelanjutannya. Timbunan karbondioksida dan hasil metabolisme akan menimbulkan keadaan asfiksia yang progresif dan berakhir dengan kematian.

Penilaian asfiksia yang lain adalah dengan penilaian segera bayi lahir. Dalam pelatihan *midwifery update* tahun 2016 untuk penilaian diagnosis

asfiksia tidak perlu menunggu nilai skor apgar, untuk semua bayi baru lahir lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan :²²

Sebelum bayi lahir :

- a. Apakah kehamilan cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?

Segera setelah bayi lahir :

- c. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap ?
- d. Apakah tonus otot baik/bayi bergerak aktif ?

3. Kortikosteroid.

Alveoli terdiri atas dua lapis sel epitel yang mengandung sel tipe I dan II. Sel tipe II membuat sekresi fosfolipid suatu surfaktan yang penting untuk fungsi pengembangan napas. Surfaktan yang utama ialah sfingomielin dan lesitin serta fosfatidil gliserol. Produksi sfingomielin dan fosfatidil gliserol akan memuncak pada 32 minggu, sekalipun sudah dihasilkan sejak 24 minggu. Pada kondisi tertentu, misalnya diabetes, produksi surfaktan ini kurang, juga pada preterm ternyata dapat dirangsang untuk meningkat dengan cara pemberian kortikosteroid pada ibunya. Steroid dan faktor pertumbuhan terbukti merangsang pematangan paru melalui suatu penekanan protein yang sama. Pada saat umur kehamilan 35 minggu paru telah matur.¹⁷

Hasil *Systemic Review* menyebutkan bahwa pemberian satu seri antenatal steroid untuk mematangkan paru janin bisa dijadikan penatalaksanaan untuk kasus persalinan preterm.⁶

Kortikosteroid seri tunggal harus diberikan \leq 34 minggu kepada ibu yang berisiko mengalami kelahiran prematur. Kortikosteroid antenatal mendorong pelepasan surfaktan paru di dalam paru-paru janin, mengurangi risiko sindrom gawat janin, hemoragi serebroventrikular, infeksi sistemik saat usia $<$ 48 jam, enterokolitis nekrotikan, dan kematian.⁶

Liggins dan Howie (1972) melakukan studi acak untuk mengevaluasi efek betametason yang diberikan pada ibu (12 mg secara intramuscular dalam dua dosis, selang 24 jam) untuk mencegah gawat napas pada bayi preterm yang kemudian dilahirkan. Bayi-bayi yang dilahirkan sebelum minggu ke-34 mengalami penurunan signifikan insiden gawat napas dan kematian neonatal akibat penyakit membran hialin bila kelahirannya ditunda sekurang-kurangnya 24 jam setelah selesai pemberian betametason 24 jam kepada ibu sampai 7 hari setelah selesai terapi steroid.¹⁵

Uji coba *Collaborative Group on Antenatal Steroid Therapy* yang disponsori oleh NIH (1981) bertujuan meneliti efek terapi kortokosteroid pada janin preterm pada 696 wanita yang berisiko untuk kelahiran preterm, dengan hasil hanya sebagian kecil bayi yang ibunya diberi deksametason mengalami gawat napas (13 versus 18 persen). Yang

penting lebih dari 80 persen kelompok studi tidak mengalami gawat napas.¹⁵

Penelitian berikutnya oleh Garite dkk. (1987) serta Nelson dkk. (1985) tidak berhasil memperlihatkan manfaat tokolisis, dengan atau tanpa terapi steroid. Morales dkk. (1989) meneliti 165 kehamilan dengan pecah ketuban preterm dan rasio lesitin : sfingomielin kurang dari dua. Mereka menyimpulkan bahwa ampicillin plus kortikosteroid lebih menguntungkan karena lebih sedikit menimbulkan penyakit pernapasan.¹⁵

Penelitian tersebut terus mendorong riset terhadap maturasi janin selama lebih dari 20 tahun, yang berpuncak tahun 1995 dengan pernyataan posisi tentang penggunaan kortikosteroid untuk terapi pada janin oleh the National Institutes of Health. Efek fisiologis glukokortikoid yang dilaporkan pada paru yang sedang berkembang antara lain peningkatan surfaktan alveolus, ketegangan (*compliance*) paru, dan volume paru maksimal.

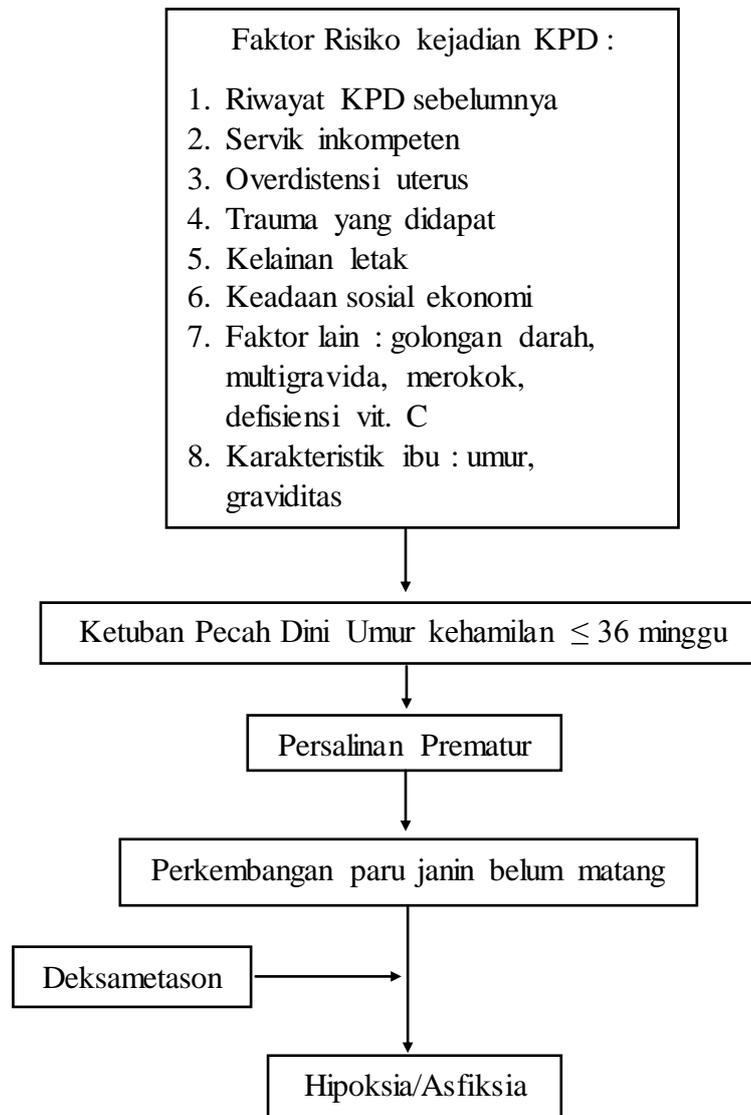
Pemberian *Antenatal Corticosteroid* (ACS) merupakan intervensi yang efektif untuk mencegah gangguan pernafasan pada bayi premature. Cakupan pemberian ACS diperkirakan hanya 10% dari yang dibutuhkan. Pemberian ACS pada umumnya diberikan pada kasus-kasus KPD dan Pre Eklamsia.

Penggunaan ACS	
bertujuan untuk menurunkan kejadian sindrom gagal nafas	yang
disebabkan kekurangan produksi	protein,
biosintesis fosfolipid dan surfaktan pada paru janin. Cakupan	ACS

masih sangat rendah,

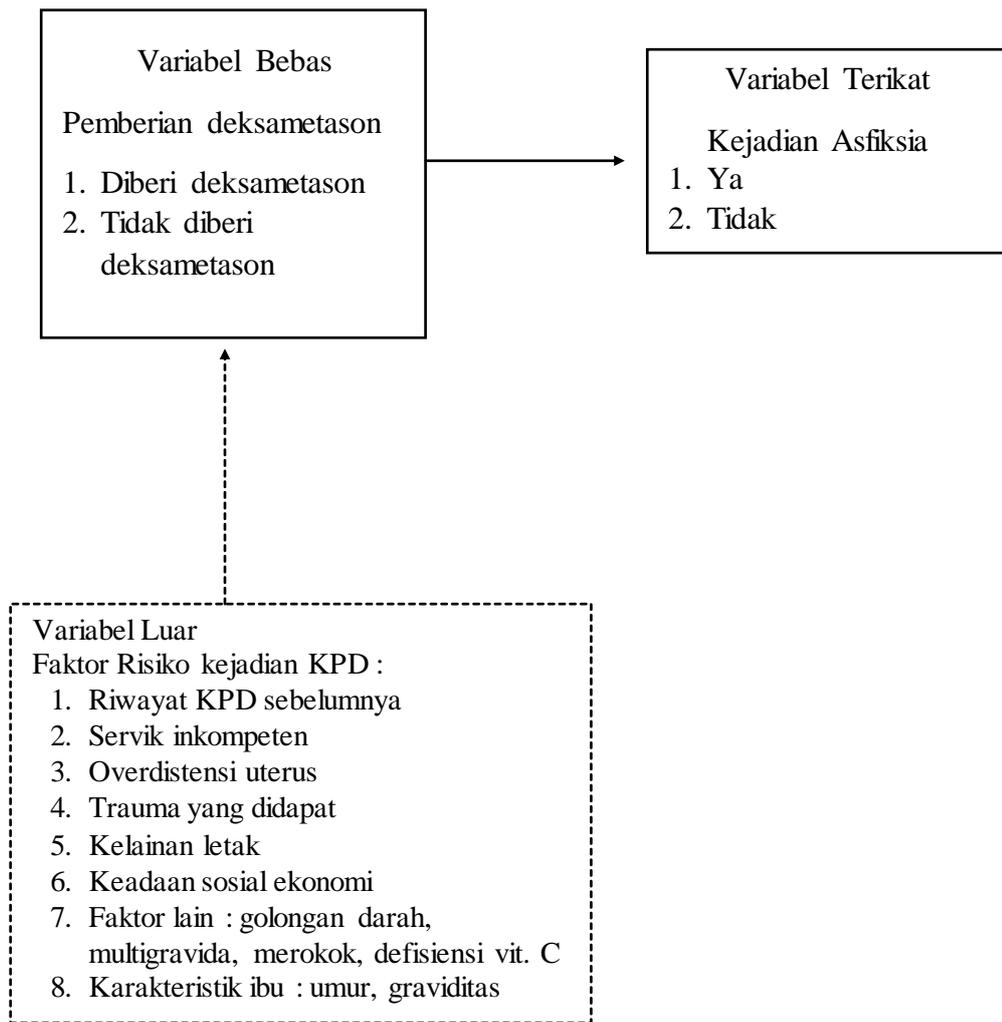
salah satu masalah penting penyebab kegagalan cakupan pemberian ACS yaitu pendeknya waktu antara masuk RS dengan kelahiran, sebesar 73 persendari 79 orang pasien yang tidak mendapat ACS ternyata yang melahirkankurang dari 2 jam.⁸ Terapi steroid efektif bila diberikan antara 24 jam atau 48 jam sebelum persalinan atau bila persalinan terjadi lebih dari 7 hari setelah pemberian terapi.⁷

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori faktor risiko dan efek persalinan prematur dengan KPD menurut Taufan Nugroho (2012) dan Gahwagi (2015)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini dengan umur kehamilan ≤ 36 minggu.

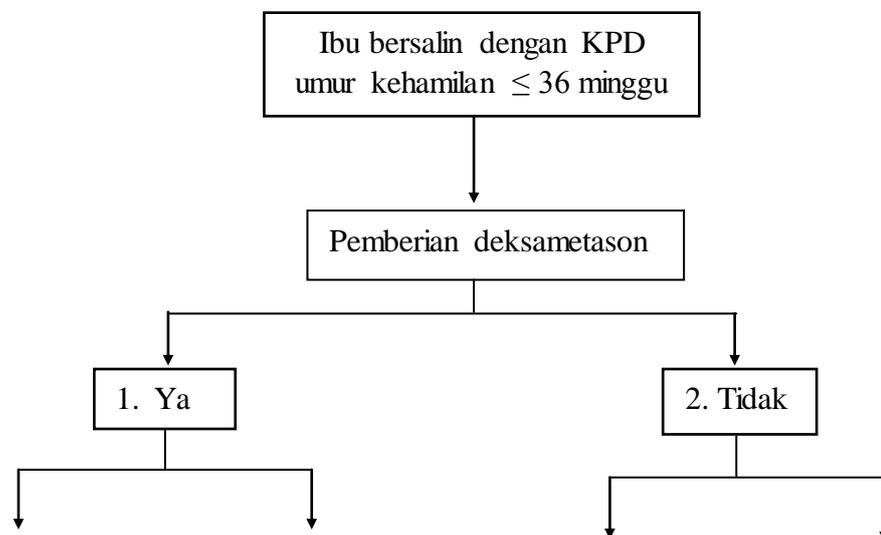
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional yaitu metode penelitian yang dilakukan untuk mencari hubungan antar variabel. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional*, dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu.²³

Dalam studi *cross sectional* variabel bebas dan variabel tergantung dinilai secara simultan pada satu saat, jadi tidak ada follow up. Peneliti mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung dengan pengukuran satu saat.





Gambar 3. Rancangan penelitian cross sectional

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi karakteristik yang ditentukan.²³ Populasi dari penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin pada usia kehamilan ≤ 36 minggu dengan KPD di RSUD Sleman tahun 2015-2017.

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dapat mewakili populasinya.²³ Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu.²⁴ Sampel dari penelitian ini adalah ibu bersalin usia kehamilan ≤ 36 minggu dengan KPD yang bersalin di RSUD Sleman dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi :

1. Persalinan spontan dengan KPD umur kehamilan ≤ 36 minggu.
2. Ibu tidak menderita penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dan diabetes.
3. Ibu tidak mengonsumsi obat-obat analgesia/anestesia.

Kriteria Eksklusi

1. Rekam medik yang tidak lengkap.
2. Kelainan kongenital pada janin.
3. Janin mati.

Besarnya sampel pada penelitian ini ditetapkan berdasarkan rumus besar sampel untuk data nominal dua kelompok independen seperti di bawah ini:

$$n_1 = n_2 = \frac{(z_\alpha \sqrt{2PQ} + z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Catatan : $P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2)$

Keterangan :

P_1 = proporsi efek standar (dari pustaka) = 0,24

P_2 = proporsi efek yang diteliti (clinical judgement) = 0,04

α = tingkat kemaknaan (ditetapkan) = 1,96

Z_β = power (ditetapkan) = 0,842

Maka,

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96 \sqrt{2(0,14 \cdot 0,84)} + 0,842 \sqrt{0,24 \cdot 0,76 + 0,004 \cdot 0,96})^2}{(0,2)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 43$$

Jadi, didapatkan sampel sebesar 43 untuk tiap kelompok. Untuk mengantisipasi nilai drop out adalah 10% dari jumlah sampel minimal, maka sampel keseluruhan sebesar 48 tiap kelompok.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di RSUD Sleman

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan November – Desember 2017

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah suatu variabel yang variasinya mempengaruhi variabel lain.²⁵

Variabel bebas dari penelitian ini adalah pemberian deksametason.

2. Variabel Terikat

Variabel terikat atau tergantung adalah variabel penelitian yang diukur untuk mengetahui besarnya efek atau pengaruh variabel lain.²⁴

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian asfiksia.

E. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Tabel 3. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pemberian deksametason	Pemberian deksametason adalah penatalaksanaan pada ibu hamil KPD preterm dengan pemberian injeksi deksametason 5 mg 1 x <i>per</i> 12 jam diberikan 4 x (satu seri), sesuai dengan catatan yang	Rekam Medik	1. Tidak 2. Ya	Nominal

	ada dalam rekam medik pasien			
Kejadian Asfiksia	Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernapas dengan spontan, yang ditandai dengan nilai Apgar menit pertama ≤ 7 , sesuai dengan catatan yang ada dalam rekam medik pasien	Rekam Medik	1. Tidak Asfiksia 2. Asfiksia	Nominal
Usia Ibu	Usia ibu dihitung sejak tanggal lahir sampai persalinan ini, sesuai dengan catatan yang ada dalam rekam medik pasien	Rekam Medik	1. < 20 Tahun 2. \geq 20-35 Tahun 3. > 35 Tahun	Nominal
Graviditas	Jumlah kehamilan yang dialami ibu, sesuai dengan catatan yang ada dalam rekam medik	Rekam Medik	1. Primigravida 2. Sekundigravida 3. Multigravida	Nominal
Umur kehamilan	Umur dari kehamilan dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir, sesuai dengan catatan yang ada dalam rekam medik	Rekam Medik	1. < 28 minggu 2. \geq 28-34 minggu 3. > 34-36 minggu	Nominal
Lama terjadinya KPD	Lama kejadian KPD dihitung sejak mulai	Rekam Medik	1. < 12 jam 2. \geq 12 jam	Nominal

pecah ketuban
sampai masuk
persalinan,
sesuai dengan
catatan yang
ada dalam
rekam medik

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, karena diambil dari catatan medik. Data diambil dari seluruh ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu, baik diberi ataupun tidak diberi deksametason dan bersalin di RSUD Sleman pada bulan Januari 2015 – Desember 2017.

G. Instrumen dan Bahan Penelitian.

Bahan yang digunakan pada penelitian ini adalah data dari rekam medik, kemudian data tersebut dimasukkan dalam formulir pengumpul data yang berisi :

1. Nomer Rekam Medik
2. Nama
3. Umur
4. Graviditas
5. Umur Kehamilan
6. Lama terjadinya KPD
7. Pemberian Deksametason (Ya/Tidak)
8. Asfiksia (Ya/Tidak)

H. Prosedur Penelitian

Langkah-langkah dalam penelitian ini adalah :

1. Tahap Persiapan Penelitian

- a. Pengumpulan artikel, studi pendahuluan, pembuatan proposal skripsi, konsultasi dengan dosen pembimbing.
- b. Melakukan seminar proposal, revisi, dan pengesahan proposal skripsi.
- c. Mengurus ijin penelitian ke RSUD Sleman.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

- a. Melakukan pengumpulan data ibu bersalin dengan KPD umur kehamilan ≤ 36 minggu dari register persalinan di kamar bersalin RSUD Sleman, kemudian mencatat nomor rekam mediknya.
- b. Mencari rekam medik kemudian melakukan pengumpulan data yang dibutuhkan yaitu : umur ibu, paritas, umur kehamilan, lama terjadinya KPD, diberi deksametason atau tidak dan terjadi asfiksia atau tidak pada bayi baru lahir.
- c. Memasukkan data yang sudah didapat ke dalam formulir pengumpul data.

3. Tahap pengolahan data dan analisis data

Data yang sudah dikumpulkan diperiksa lagi kelengkapannya, kemudian data diubah kedalam kode yang telah ditentukan agar mudah dianalisis dengan menggunakan komputer.

4. Teknik penyusunan dan penyajian data

Data yang telah dianalisis selanjutnya diuraikan dan disusun dalam bentuk tabel dan penjelasannya.

I. Manajemen Data

1. Pengolahan

Pengolahan data penelitian ini dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :²⁴

a. *Editing* (Penyuntingan)

Editing merupakan upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Data yang telah terkumpul dipastikan kelengkapannya, sampel yang memiliki data tidak lengkap tidak disertakan dalam analisis.

b. *Coding* (Pemberian Kode)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode pada semua variabel agar mempermudah pengolahan data. Pemberian kode ini dilakukan dengan mengubah data yang berbentuk angka atau huruf menjadi angka atau bilangan sesuai kriteria yang telah ditetapkan dalam definisi operasional.

Tabel 4. *Coding* Variabel yang Diteliti

No	Variabel	Kode	Arti
1.	Pemberian deksametason	1	Tidak
		2	Ya
2.	Kejadian asfiksia	1	Tidak asfiksia
		2	Asfiksia

c. *Entry Data* (Memasukkan Data)

Entry data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam program pengolahan data, yaitu SPSS (*Statistical Product for Service Solution*).

d. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Cleaning dilakukan dengan memeriksa ulang kelengkapan dan kesesuaian data yang terkumpul dengan data yang telah dimasukkan dalam program pengolahan data (SPSS).

e. *Tabulating*

Tabulating dilakukan dengan mengorganisasikan data yang terkumpul dalam bentuk tabel agar mudah dijumlah, disusun, ditata, disajikan, dan dianalisis.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis data univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap subyek penelitian. Analisis data univariat dilakukan melalui distribusi frekuensi. Melalui distribusi frekuensi diharapkan dapat diketahui gambaran tentang karakteristik ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason, dan luaran janin terjadi asfiksia atau tidak.

b. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat dengan menggunakan test kemaknaan berupa test X^2 (*Chi Square*) dengan derajat kepercayaan 95%. Hasil perhitungan statistik dapat menunjukkan ada tidaknya pengaruh yang signifikan antara variabel yang diteliti yaitu dengan melihat nilai p, bila dari hasil statistik nilai

$p < 0.05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan antara satu variabel dengan variabel lainnya.

Setelah diperoleh data akan dilakukan analisis secara statistik dengan perangkat komputer menggunakan *chi square*. Analisa data dilakukan untuk menguji hipotesis penelitian, yaitu menganalisis pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada persalinan ≤ 36 minggu dengan ketuban pecah dini.

Selain itu untuk melihat estimasi risiko relatif terjadinya outcome sebagai pengaruh adanya variabel bebas, dilakukan dengan perhitungan rasio prevalens. Rasio prevalens harus disertai dengan interval kepercayaan (*confidence interval*) yang dikehendaki untuk menentukan apakah rasio prevalens tersebut bermakna atau tidak.²⁴

Rasio prevalens dapat diukur dengan sederhana, yakni dengan menggunakan tabel 2x2 seperti di bawah ini :

Faktor Risiko (KPD ≤ 36 minggu)	Asfiksia		Jumlah
	Ya	Tidak	
Tidak diberi deksametason	A	b	a+b
Diberi deksametason	C	d	c+d
Jumlah	a+c	b+d	a+b+c+d

Rasio Prevalens (RP) = prevalensi efek pada kelompok dengan risiko dibagi prevalensi efek pada kelompok tanpa risiko.

$$RP = a / (a+b) : c / (c+d)$$

Estimasi *confidence interval* (CI) untuk rasio prevalens ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95%.

Interpretasinya adalah sebagai berikut :

- 1) Bila hasil rasio prevalens = 1, berarti variabel yang diduga merupakan faktor risiko tersebut tidak ada pengaruhnya untuk terjadinya efek, dengan kata lain bersifat netral.
- 2) Bila nilai rasio prevalens > 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor risiko untuk timbulnya penyakit tertentu.
- 3) Bila nilai rasio prevalens < 1, berarti faktor yang diteliti tersebut justru mengurangi kejadian penyakit, dengan kata lain variabel yang diteliti tersebut merupakan faktor protektif.
- 4) Bila nilai rasio prevalens mencakup angka 1, maka berarti pada populasi yang diwakili oleh sampel tersebut mungkin nilai prevalensnya = 1, sehingga belum dapat disimpulkan bahwa faktor tersebut merupakan faktor risiko.

J. Etika Penelitian

Peneliti melaksanakan penelitian setelah mendapatkan surat *Ethical Clearance* dari komite etik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Dalam

melaksanakan sebuah penelitian terdapat empat prinsip yang dipegang teguh²⁴, yakni:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden penelitiandengan memberikan kebebasan berpartisipasi atau tidak serta menjelaskan tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut dan mempersiapkan formulir persetujuan (*informconsent*). Karena penelitian ini tidak melibatkan pasien secara langsung sehingga tidak diperlukan persetujuan dari pasien.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subyek. Nama responden hanya diisi nama inisial, peneliti hanya menggunakan data untuk keperluan penelitian.

3. Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice an inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil juga perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefit*)

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat bagi petugas kesehatan dan juga subyek penelitian. Segala informasi yang diperoleh melalui penelitian ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta pada tanggal 21 November 2017 dengan nomor surat LB. 01.01/KE-01/XLVIII/975/2017

K. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah :

1. Penggunaan apgar skore sebagai tolak ukur penilaian kejadian asfiksia yang diambil dari data sekunder, sehingga data yang diambil hanya berdasarkan catatan rekam medik yang ditulis oleh petugas, dan setiap petugas kemungkinan mempunyai persepsi yang berbeda (subyektif) dengan peneliti dalam penilaian variabel yang dibutuhkan.
2. Pemberian kortikosteroid pada kehamilan dengan resiko persalinan preterm adalah untuk merangsang produksi surfaktan, sehingga risiko *Respiratory Distress Syndrom* (RDS) bisa dicegah. Oleh sebab itu perlu dikaji kejadian RDS setelah bayi baru lahir, bukan hanya sampai pada kejadian asfiksia yang dinilai pada menit pertama dengan apgar skore.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan dengan mengambil data dari rekam medik di RSUD Sleman. Pengambilan data dilakukan pada bulan November - Desember tahun 2017, meliputi data persalinan dengan KPD preterm periode Januari 2015- Desember 2017. Didapatkan 96 subjek ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) umur kehamilan \leq 36 minggu. Subjek tersebut terbagi menjadi 2 kelompok yang terdiri dari : 48 subjek diberikan deksametason dan 48 subjek tidak diberikan deksametason.

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden di RSUD Sleman

No.	Variabel	Frekuensi	%
1.	Umur		
	<20 tahun	7	7,3
	\geq 20-35 thn	69	71,9
	>35 tahun	20	20,8
	Jumlah	96	100
2.	Graviditas		
	Primigravida	44	45,8
	Sekundigravida	25	26,0
	Multigravida	27	28,1
	Jumlah	96	100
3.	Umur Kehamilan		
	<28 minggu	1	1,0
	\geq 28-34 minggu	57	59,4
	>34-36 minggu	38	39,6

Jumlah	96	100
--------	----	-----

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa ibu bersalin dengan KPD preterm berdasarkan umur yang terbanyak (71,9%) pada umur \geq 20-35 tahun. Graviditas terbanyak (45,8%) yang mengalami KPD Preterm adalah primigravida, sedangkan untuk umur kehamilan terbanyak (59,4%) terjadi pada umur kehamilan 28 – 34 minggu.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kejadian KPD Preterm Berdasarkan Lama Terjadinya KPD dan Kejadian Asfiksia di RSUD Sleman

No.		Frekuensi	%
1.	Lama terjadinya KPD		
	< 12 jam	57	59,4
	> 12 jam	39	40,6
	Jumlah	96	100
2.	Kejadian Asfiksia		
	Tidak	1	1,0
	Ya	95	99,0
	Jumlah	96	100

Berdasarkan Tabel 6 diketahui lama terjadinya KPD yang terbanyak (59,4%) adalah < 12 jam. Dari 96 persalinan dengan KPD preterm hampir seluruh bayinya(99%) mengalami asfiksia.

- Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir dari Ibu Bersalin yang Mengalami KPD Umur Kehamilan \leq 36 minggu.

Pada penelitian ini didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 7. Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir dari Ibu Bersalin yang mengalami KPD Umur Kehamilan \leq 36 minggu di RSUD Sleman

Pemberian Deksametason	Kejadian Asfiksia				Jumlah
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Ya	48	100	0	0	48

	Tidak	47	98	1	2	48
Jumlah		95		1		96

Berdasarkan tabel 7 diketahui dari ibu bersalin yang mengalami KPD umur kehamilan ≤ 36 minggu yang diberi deksametason kejadian asfiksia sebanyak 48 (100%) sedangkan yang tidak diberi deksametason sebanyak 47 (98%).

3. Pengaruh Pemberian Deksametason terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan analisis bivariat didapatkan hasil pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu sebagai berikut :

Tabel 8. Pengaruh Pemberian Deksametason terhadap Kejadian Asfiksia

Pemberian deksametason	Kejadian Asfiksia				Jumlah		P Value	C	RR	CI (95%)	
	Ya		Tidak		n	%				Lower	Upper
	n	%	n	%							
Ya	48	100	0	0	48	50	0,315	0,102	0,979	0,940	1,020
Tidak	47	98	1	2	48	50					

Berdasarkan tabel 8 didapatkan hasil dari 96 subjek penelitian yang tidak diberikan deksametason yang mengalami kejadian asfiksia sebanyak 47 (98%), sedangkan yang diberikan deksametason yang mengalami asfiksia sebanyak 48 (100%). Dari hasil uji *chi-square* didapatkan *p-value* 0,315 > 0,05 yang menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia, hal tersebut sesuai dengan hasil kontingensi koefisien C=

0,102 yang menunjukkan rendahnya keeratan hubungan antara pemberian deksametason dengan kejadian asfiksia. Nilai RR sebesar 0,979 artinya pada ibu bersalin dengan KPD umur kehamilan ≤ 36 minggu yang diberi deksametason atau tidak diberi deksametason memiliki peluang atau terjadinya risiko untuk asfiksia 0,979 kali. Pada penelitian ini didapatkan nilai *CI* 95% antara 0,940-1,020 sehingga pada selang kepercayaan tersebut tidak mengandung nilai RR 1 (0,979) yang artinya pemberian deksametason merupakan faktor protektif bukan faktor risiko yang mempengaruhi efek.

B. Pembahasan

Pada penelitian ini didapatkan subjek penelitian sebanyak 96 ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu selama periode Januari 2015- Desember 2017. Karakteristik subjek penelitian terbanyak pada usia ≥ 20 -35 tahun sebanyak 69 (71,9%), hal tersebut sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Gahwagi dkk di Benghazi, Libya yang mendapatkan hasil KPD terbanyak pada usia 21 – 30 tahun. Hal tersebut terjadi karena kisaran usia 20-35 tahun merupakan usia reproduktif, usia saat terjadinya kehamilan dan risiko KPD Preterm terjadi pada 1% kehamilan.⁵ Penyebab KPD pada kisaran usia tersebut masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah : infeksi, servik yang inkompeten, trauma yang didapat, keadaan sosial ekonomi, kebiasaan merokok dan defisiensi gizi.¹²

Kejadian persalinan KPD Preterm terbanyak pada penelitian ini pada kehamilan primigravida sebanyak 44 (45,8%), hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa multigravida merupakan faktor predisposisi terjadinya KPD Preterm.¹² Primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosional dan termasuk kecemasan akan kehamilan.¹⁵ Hasil studi di Benghazi, Libya juga mendapatkan hasil KPD Preterm terbanyak pada primigravida.¹⁴

Umur kehamilan KPD Preterm pada ibu bersalin dalam penelitian ini terjadi paling banyak pada umur kehamilan $\geq 28-34$ minggu. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa KPD preterm terjadi pada usia kehamilan > 28 minggu dan < 37 minggu.¹⁴ Lama terjadinya KPD pada penelitian ini yang terbanyak < 12 jam sebelum waktunya melahirkan sebanyak 57 (59,4%). Hal tersebut terjadi karena setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan, pada kehamilan antara 28-34 minggu 50 % persalinan dalam 24 jam.¹⁷

Berdasarkan hasil penelitian di atas didapatkan kejadian KPD preterm terbanyak pada primigravida dengan 60,5% datang ke rumah sakit saat sudah masuk fase persalinan. Bila dihubungkan dengan lama terjadi KPD > 12 jam terjadi pada 40,6% ibu, maka dalam hal ini deteksi dini KPD berupa pengenalan tanda dan gejala KPD perlu ditekankan pada ibu hamil terutama primigravida agar tidak terjadi keterlambatan dalam penanganan sehingga kejadian asfiksia pada bayi baru lahir bisa ditekan.

Penyulit jangka pendek yang sering terjadi pada bayi prematur antara lain gawat nafas (*respiratory distress syndrome*) atau asfiksia. Mayoritas bayi baru lahir pada ibu bersalin dengan KPD preterm dalam penelitian ini mengalami asfiksia yaitu sebanyak 95 (99%). Kejadian asfiksia terjadi baik pada ibu bersalin yang sudah diberikan deksametason maupun yang tidak diberikan deksametason. Pada Tabel 7 menunjukkan hasil uji *chi-square* didapatkan *p-value* $0,315 > 0,05$ yang menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia.

Hasil tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Isnia Rohani Roodhantia yang menunjukkan tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara skor apgar pada kejadian ketuban pecah dini dengan usia kehamilan kurang dari 34 minggu yang diberi dan tidak diberi deksametason. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya tentang maturasi paru-paru janin dengan kortikosteroid yang menunjukkan hasil hanya sebagian kecil bayi yang ibunya diberi deksametason mengalami gawat napas.¹⁵ Hal ini dapat disebabkan karena data sekunder untuk penilaian asfiksia yang digunakan menggunakan apgar skore, akan lebih baik bila dilakukan observasi dan pengukuran variabel secara langsung dengan menggunakan penilaian awal bayi baru lahir.²²

Penatalaksanaan KPD preterm adalah dengan pemberian deksametason untuk mematangkan paru janin.⁶ Hasil Systemic Review

menyebutkan bahwa pemberian satu seri antenatal corticosteroid untuk mematangkan paru janin bisa dijadikan penatalaksanaan untuk kasus persalinan preterm. Kortikosteroid mendorong pelepasan surfaktan paru di dalam paru-paru janin sehingga dapat mengurangi sindrom gawat janin, hemoragi serebroventrikular, infeksi sistemik saat usia < 48 jam, enterokolitis nekrotikan dan kematian.⁶

Asfiksia yang terjadi pada bayi baru lahir dari ibu bersalin dengan KPD preterm yang diberi dan tidak diberi deksametason pada penelitian ini diambil dari data apgar skor menit pertama bayi baru lahir, sedangkan kortikosteroid pada KPD preterm diberikan untuk merangsang produksi surfaktan yang penting untuk fungsi pengembangan nafas. Gangguan yang biasa terjadi pada bayi prematur adalah sindrom gawat nafas (respiratory distress syndrom/RDS) karena paru-paru belum sempurna untuk bisa memproduksi surfaktan. Meskipun hasil dalam penelitian ini mendapatkan hasil tidak ada pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia namun perlu dilakukan kajian lebih lanjut tentang kejadian RDS pada bayi-bayi tersebut untuk mengetahui efektifitas kortikosteroid yang diberikan pada ibu saat hamil.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Beberapa kesimpulan dalam penelitian ini adalah :

1. Karakteristik ibu bersalin yang mengalami KPD Preterm terbanyak yaitu pada primigravida usia $\geq 20-35$ tahun dengan umur kehamilan antara 28-34 minggu.
2. Ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu yang mendapatkan terapi deksametason seluruhnya mengalami asfiksia. Ibu bersalin dengan KPD usia kehamilan ≤ 36 minggu yang tidak mendapatkan terapi deksametason hampir seluruh bayinya juga mengalami asfiksia.
3. Tidak ditemukan adanya pengaruh pemberian deksametason terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu.
4. Pemberian deksametason pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini usia kehamilan ≤ 36 minggu merupakan faktor protektif, bukan faktor risiko yang mempengaruhi kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

B. Saran

1. Bagi bidan dan perawat di RS :

Penilaian bayi baru lahir tidak lagi menggunakan apgar skore, akan tetapi menggunakan penilaian awal bayi baru lahir.

2. Bagi Peneliti selanjutnya:

- a. Jenis dan desain penelitian agar menggunakan tingkatan yang lebih baik, data yang digunakan data primer.
- b. Penilaian asfiksia dengan menggunakan penilaian awal bayi baru lahir, bukan dengan apgar skore.
- c. Pengaruh terapi deksametason pada persalinan preterm dikaji dari kejadian sindrom gawat nafas (RDS) pada bayi baru lahir.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes No. 375/Menkes/SK/V/2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan tahun 2005 – 2025, 2009.
2. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, MEASURE DHS, 2013.
3. Balitbangkes. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, 2008.
4. Manuaba, Ida Ayu Chandranita, Ida Bagus Gde Fajar Manuaba, dan Ida Bagus Gde Manuaba. 2008. *Patologi Obstetri*. Jakarta : EGC.
5. Saifuddin, Abdul Bari. 2014. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta : PT Bina Pustaka.
6. D, Roberts and Dalziel S. 2007. *Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth*. Cochrane Database Syst Rev.
7. Kambafwile, Judith Mwansa, Simon Cousens...et al. 2010. *Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complication of preterm birth*. International Journal of Epidemiology. USA.
8. Yuniar, Yuyun, Sugiharti dkk. 2015. *Kajian Pemberian Antenatal Kortikosteroid untuk ibu hamil yang berisiko melahirkan bayi prematur*. Badan Litbangkes : Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat.
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2016*.
10. Panduan Praktik Klinik. 2015. *Penatalaksanaan KPD Preterm di RSUD Sleman*.
11. Roodhantia, Isnia. 2012. *Perbedaan Skor Apgar pada Ketuban Pecah Dini Usia Kurang dari 34 minggu yang Diberi dan Tidak Diberi Deksametason*. Laporan hasil penelitian, Semarang : Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
12. Nugroho, Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
13. Vicky Chapman & Cathy Charles. 2013. *The Midwife's Labour and Birth Handbook, 2nd*. Ed. Alih bahasa oleh dr. H. Y. Kuncara, editor : Eka Anisa Mardella. Jakarta : EGC.
14. Gahwagi, Milad M.M, Musa O Busaria, Mona Atia. 2015. *Premature Rupture of Membranes Characteristic, Determinants, and Outcomes of in Benghazi, Libya*. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 5, 494-504.
15. Cunningham, F Gary....et al. 2001. *Obstetri Williams*. Alih bahasa Andry Hartono, dkk. Jakarta : EGC.

16. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists.2016.*Premature Rupture of Membranes*.Practise Bulletin number 172.
17. Saifuddin, Abdul Bari, dkk.2002.*Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*.Jakarta : JNPKKR – POGI.
18. Van der Ham, David P, Jan G Nighuis...et al.2007.*Induction of Labour versus Expectant Management in Women with Preterm Prelabour Rupture of Membranes between 34 and 37 weeks*.BMC Pregnancy & Childbirth.doi:1186/1471-2393-7-11.
19. Wiknjosastro, Hanifa.2007.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
20. Yanti.2010.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*.Yogyakarta : Pustaka Rihama.
21. Sulistyawati, Ari dan Esti Nugraheny.2010.*Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*.Jakarta : Salemba Medika.
22. Dirjen Bina Gizi dan KIA.2012.*Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial : Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*.Jakarta : Kemenkes RI.
23. Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael.2014.*Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*.Jakarta : CV. Sagung Seto.
24. Notoatmodjo, Soekidjo.2012.*Metodologi Penelitian Kesehatan*.Jakarta : Rineka Cipta
25. Azwar,Saifuddin.2013.*Metode Penelitian*.Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Waktu (2017)																																				
		Juni				Juli					Agustus				September				Oktober					November				Desember										
		1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	Penyusunan proposal	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√																					
2	Seminar proposal																	√	√																			
3	Revisi proposal																		√	√																		
5	Persiapan penelitian																				√	√																
6	Pelaksanaan penelitian																					√	√															
7	Pengolahan data																						√	√														
8	Laporan Skripsi																							√	√													
9	Sidang Skripsi																								√	√												
10	Revisi laporan Skripsi																									√												

Hasil SPSS

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 tahun	7	7.3	7.3	7.3
	≥ 20-35 thn	69	71.9	71.9	79.2
	>35 tahun	20	20.8	20.8	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Graviditas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primigravida	44	45.8	45.8	45.8
	Sekundigravida	25	26.0	26.0	71.9
	Multigravida	27	28.1	28.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Umur.kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<28 minggu	1	1.0	1.0	1.0
	≥ 28-34 minggu	57	59.4	59.4	60.4
	>34-36 minggu	38	39.6	39.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Lama.terjadi.KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<12 jam	57	59.4	59.4	59.4
	>12 jam	39	40.6	40.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Pemberian.Dexa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	48	50.0	50.0	50.0
	ya	48	50.0	50.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Asfiksia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	1	1.0	1.0	1.0
	Ya	95	99.0	99.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pemberian.Dexa * Asfiksia	96	100.0%	0	0.0%	96	100.0%

Pemberian.Dexa * Asfiksia Crosstabulation

Count

		Asfiksia		Total
		tidak	Ya	
Pemberian.Dexa	tidak	1	47	48
	ya	0	48	48
Total		1	95	96

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance	Exact Significance (2- sided)	Exact Significance (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.011 ^a	1	.315	1.000	.500
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.397	1	.237		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.000	1	.317		
N of Valid Cases	96				

a. 2 cells (50.0%) exp < 5. Min exp = .50...

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.102	.315
N of Valid Cases		96	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Asfiksia = Ya	.980	.941	1.020
N of Valid Cases	96		



REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta

Telp./Fax. (0274) 617601

http://www.poltekkesjogja.ac.id e-mail : info@poltekkesjogja.ac.id



or : PP.07.01/3.3/ 1519/2017

l. : 1 bendel

25 September 2017

al : PERMOHONAN IJIN PENELITIAN

Kepada Yth :
Bupati Sleman
Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Sleman
Di

SLEMAN

Dengan hormat,

Sehubungan dengan tugas penyusunan SKRIPSI yang diwajibkan bagi mahasiswa Program Studi D-IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Tahun Akademik 2017/2018 sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin penelitian, kepada Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan ijin kepada :

Nama : Kristiani
NIM : P07124216092
Mahasiswa : Program Studi D-IV Kebidanan

Untuk melakukan penelitian di : RSUD Sleman

Dengan Judul : PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMITASON TERHADAP KEJADIAN ASFIKZIA PADA IBU BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI USIA KEHAMILAN \leq 36 MINGGU DI RSUD SLEMAN

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya kamu ucapkan banyak terima kasih.



Dyan Mulyawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP 1980110220021322002

an disampaikan Kepada Yth :
bermur Pemda DIY cq Kepala Badan Kesbangpol Pemda DIY
ektur RSUD Kabupaten Sleman
ip

Jurusan Analis Kesehatan : Jl. Ngadinegaran MJ III/62, Yogyakarta 55143 Telp./ Fax : 0274-374200
Jurusan Kebidanan : Jl. Mangkuyudan MJ III/304 Mantriheron Yogyakarta Telp/Fax : 0274-374331
Jurusan Keperawatan Gigi : Jl. Kyai Mojo No.56 Yogyakarta 55243 Telp./ Fax : 0274-514306



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511
Telepon (0274) 864650, Faksimilie (0274) 864650
Website: www.slemankab.go.id, E-mail : kesbang.sleman@yahoo.com

SURAT IZIN

Nomor : 070 / Kesbangpol / 3578 / 2017

TENTANG PENELITIAN

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

: Peraturan Bupati Sleman Nomor : 32 Tahun 2017 Tentang Izin Penelitian, Izin Praktik Kerja Lapangan, Dan Izin Kuliah Kerja Nyata.

: Surat dari Ket. Jur. Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Nomo : PP.07.01/3.3/1519/2017

Tanggal : 25 September 2017

Hal : Ijin Penelitian

MENGIZINKAN :

:
: KRISTIANI
IM/NIP/NIK : P07124216092
tingkat : D4
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Fasilitas/Perguruan Tinggi : Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden Gamping Sleman
Alamat : Cepit Harjobinangun Pakem Sleman
HP : 08158350827
: Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul
**PENGARUH PEMBERIAN DEKSAMITASON TERHADAP KEJADIAN
ASFIKZIA PADA IBU BERSALIN DENGAN KETUBAN PECAH DINI USIA
KEHAMILAN < 36 MINGGU DI RSUD SLEMAN**
: RSUD Sleman
: Selama 3 Bulan mulai tanggal 12 Oktober 2017 s/d 11 Januari 2018

tentukan sebagai berikut :

*laporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi
tersebut dapat petunjuk seperlunya.*

menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.

tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.

*menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan
kepada Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.*

izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non
pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan
setelah berakhirnya penelitian.

Dikeluarkan di Sleman

Pada Tanggal : 12 Oktober 2017

o.n. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Sleman (sebagai laporan)
Dinas Kesehatan Kab. Sleman
RSUD Sleman
Korresponden



Dr. Ahmad Yuno Nurkarvadi, M.M

**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA**

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisetik.poltekkesjogja@gmail.com



PERSETUJUAN KOMISI ETIK
No. LB.01.01/KE-01/XLVIII/975/2017

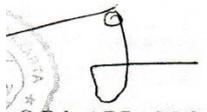
	:	Pengaruh Pemberian Deksamitason terhadap Kejadian Asfiksia pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini Usia Kehamilan \leq 36 Minggu di RSUD Sleman
Penelitian	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Peneliti	:	Kristiani
Ahli medis bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	21 November 2017
Lokasi penelitian	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib melaporkan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika diperlukan.

Surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


S.Pd, APP., M.Sc
02111986021002



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta. 55514
Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868312
Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com



Sleman, 14 Desember 2017

: 070/ 3534
: Penting
: 1 (satu) lembar
: Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Sdr. Kristiani
NIM : P07124216092
Program D IV Kebidanan Poltekkes
Kemenkes Yogyakarta
Di
Yogyakarta

Memperhatikan surat ijin Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Sleman nomor : 070/Kesbangpol/3578/2017 tertanggal 12 Oktober 2017, perihal Ijin Pengambilan Data pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada Saudara untuk melakukan penelitian di RSUD Sleman selama 3 (tiga) bulan, dengan judul penelitian "Pengaruh pemberian dexxamitason tethadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini usia kehamilan \leq 36 minggu di RSUDSleman".

Sebelum kegiatan dilaksanakan, menyelesaikan administrasi di Unit Diklat, mentaati ketentuan diklat yang berlaku, dan bersedia menyerahkan laporan hasil penelitian yang dilakukan ke RSUD Sleman.

Demikian untuk diketahui dan terima kasih.



Direktur Rumah Sakit Umum
Daerah Sleman
Wakil Direktur

dr. V. IDA WIDAYATI M.Kes
Pembina Tingkat I, IV/b
NIP 19600324 198710 2 003

san :
nstalasi Rekam Medik
Ruang Nusa Indah I
rd. Diklat Paramedik Keperawatan



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514
Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812
Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com



TATA TERTIB DIKLAT

- mahasiswa yang melaksanakan praktek / penelitian atau magang sanggup untuk menyelesaikan urusan administrasi sebelum kegiatan dilaksanakan.
- menggunakan tanda pengenal yang dikeluarkan oleh DIKLAT RSUD Sleman selama kegiatan penelitian, praktek kerja lapangan, dan atau magang.
- menggunakan pakaian yang rapi dan sopan sesuai dengan ketentuan dari institusi pendidikan dan atau dari RSUD Sleman.
- tidak menggunakan sandal, sepatu sandal, kaos, dan pakaian jeans, tanpa ijin
- bagi laki – laki tidak berambut panjang, bagi wanita yang berambut panjang tidak boleh jurai.
- tidak boleh merokok selama jam kegiatan dilaksanakan.
- menjaga kode etik profesi
- menjaga rahasia pasien, dengan dilarang memfoto pasien dan dokumen pasien, tanpa ijin,
- menjaga rahasia institusi (RSUD Sleman) , sehingga hasil kegiatan pendidikan dan penelitian di RSUD Sleman hanya untuk kepentingan pendidikan, tidak untuk kepentingan publik.
- after hadir terpenuhi 100%, jika berhalangan hadir harus menggunakan surat ijin dan menukar sejumlah hari ketidakhadiran, sedangkan jika tanpa ijin diwajibkan menukar 2 (dua) kali ketidakhadiran
- menjaga sopan santun antar sesama pengguna jasa layanan RSUD Sleman maupun dengan karyawan
- menyerahkan hasil penelitian / laporan praktik kerja lapangan ke RSUD Sleman setelah selesai pelaksanaan kegiatan praktik kerja lapangan/penelitian
- jika dikemudian hari terdapat kekeliruan pada tata tertib ini maka akan dilakukan sebagaimana mestinya. Apabila para pengguna jasa DIKLAT RSUD Sleman tidak menaati tata tertib ini maka, pihak RSUD Sleman berhak untuk meninjau kembali sampai mendapat ijin yang telah dikeluarkan serta menghentikan kegiatan yang sedang dilaksanakan



Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sleman

dr. JOKO HASTARYO, M.Kes



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514
Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812
Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com



SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/3746

Yang bertanda tangan di bawah ini :

nama : dr. Joko Hastaryo, M.Kes
NIP : 19610723 198803 1 007
pangkat /gol. : Pembina Utama Muda, IV/c
jabatan : Direktur RSUD Sleman

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

nama : KRISTIANI
NIM/NIP : P07124216092
pendidikan/institusi : PROGRAM D IV KEBIDANAN POLTEKKES
KEMENKES YOGYAKARTA

Yang bersangkutan benar telah melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh pemberian vitamin K1 terhadap kejadian asfiksia pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini usia kehamilan \leq 36 minggu di RSUD Sleman”, di RSUD Sleman yang berlangsung pada bulan November – Desember 2017

Surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Sleman

Pada tanggal : 28 Desember 2017

Direktur Rumah Sakit Umum
Daerah Sleman



dr. JOKO HASTARYO, M.Kes
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP 19610723 198803 1 007