HUBUNGAN MALPRESENTASI DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT X

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

ALYA FATMA PUTRI
030002100014

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, JANUARI 2025

Bidang ilmu: Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN MALPRESENTASI DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT X

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Alya Fatma Putri

NIM: 030002100014

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JANUARI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN MALPRESENTASI DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT X

Alya Fatma Putri
NIM: 030002100014

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 8 Januari 2025

Pembimbing

Dr. dr. Patwa Amani M.Kes.
NIK: 3609/USAKTI

PENGESAHAN SKRIPSI

Judul :
HUBUNGAN MALPRESENTASI DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT X

Nama Mahasiswa : Alya Fatma Putri
NIM : 030002100014

Telah disetujui dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Pada Hari Rabu, Tanggal 8 Januari 2025

Pembimbing
Nama : Dr. dr. Patwa Amani M.kes. (……..)
NIK : 3609/USAKTI

Penguji I
Nama : dr. Ronald Irwanto N, Sp.PD-KPTI, FINACIM. (……..)
NIK : 2604/USAKTI

Penguji II
Nama : dr. Partogi Napitupulu, Sp.Rad. (……..)
NIK : 3425/USAKTI

Jakarta, 8 Januari 2025
Dekan FK Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Alya Fatma Putri
NIM	: 030002100014
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi	: Jl. Onta no. 88, Sukamenanti, Kedaton, Bandar Lampung.
Telepon / mobile	: 081271511584
E-mail	: alyafatma02@gmail.com
Judul proposal skripsi	: Hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini di rumah sakit x

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 8 Januari 2025

Alya Fatma Putri
NIM 03002100014

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
PERSETUJUAN ..... **ii**
PENGESAHAN SKRIPSI ..... **iii**
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN ..... **iv**
DAFTAR ISI ..... **v**
DAFTAR TABEL ..... **viii**
DAFTAR GAMBAR ..... **ix**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **x**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2 Tujuan khusus 2
1.4 Hipotesis 2
1.5 Manfaat 3
1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan 3
1.5.2 Bagi profesi/institusi 3
1.5.3 Bagi masyarakat 3
BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI **4**
2.1 Ketuban pecah dini 4
2.1.1 Definisi 4
2.1.2 Epidemiologi 4
2.1.3 Etiologi 4
2.1.4 Faktor risiko 5
2.1.5 Patogenesis 6
2.1.6 Diagnosis 7
2.1.6.1 Anamnesis 7
2.1.6.2 Pemeriksaan spekulum 7

2.1.6.3 Pemeriksaan penunjang 7
2.1.7 Komplikasi 7
2.2 Malpresentasi 8
2.2.1 Definisi 8
2.2.2 Epidemiologi 8
2.2.3 Klasifikasi 9
2.2.3.1 Presentasi sungsang 9
2.2.3.2 Presentasi bahu 10
2.2.3.3 Presentasi wajah 10
2.2.3.4 Presentasi dahi 10
2.2.4 Etiologi dan faktor risiko 11
2.2.5 Komplikasi 12
2.3 Hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini 12
2.4 Ringkasan pustaka 14
2.5 Kerangka teori 16
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 17
3.1 Kerangka konsep 17
3.2 Variabel penelitian 17
3.2.1 Variabel bebas 17
3.2.2 Variabel tergantung 17
3.3 Definisi operasional 18
BAB IV METODE 19
4.1 Desain 19
4.2 Lokasi dan waktu 19
4.3 Populasi dan subjek 19
4.3.1 Populasi 19
4.3.1.1 Populasi target 19
4.3.1.2 Populasi terjangkau 19
4.3.1.3 Subjek 19
4.4 Bahan dan instrumen 21
4.5 Analisis statistik 21

4.5.1 Analisis univariat 21
4.5.2 Analisis bivariat 21
4.6 Alur kerja penelitian 22
4.7 Etika penelitian 22
4.8 Penjadwalan penelitian 23
DAFTAR PUSTAKA 24
LAMPIRAN 28

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka..... 14
Tabel 2. Definisi operasional .....**Error! Bookmark not defined.**
Tabel 3. Penjadwalan penelitian 23
Tabel 4. Frekuensi dan distribusi responden berdasarkan karakteristik klinis..... 28
Tabel 5. Hubungan Malpresentasi dan KPD..... 28

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Jenis-jenis malpresentasi 11
Gambar 2. Kerangka teori 16
Gambar 3. Kerangka konsep 17
Gambar 4. Alur kerja 22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table*..... 28

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya ketuban sebelum terjadinya proses persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi di akhir kehamilan atau setelah usia gestasi yaitu usia 37 minggu dan disebut KPD aterm dan sebelum dari usia gestasi 37 minggu yang disebut KPD preterm.[1] Ketuban pecah dini merupakan masalah dalam obstetri yang dapat menyebabkan meningkatnya risiko kesakitan serta kematian pada ibu dan bayi.[2]

Commented [af1]: Sudah di perbaiki

Commented [af2]: Sudah di perbaiki

Ketuban pecah dini terjadi pada 2-10% dari semua kelahiran secara global.[3] Ketuban pecah dini preterm terjadi pada 1% kehamilan, dengan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Sebanyak 30% kasus KPD menyebabkan kelahiran prematur.[4] Insiden KPD di Indonesia menurut *World Health Organization* (WHO) 2020 terdapat sebanyak 17.665 orang atau 65% dari seluruh kehamilan.[3] Pada KPD preterm, 10-40% bayi baru lahir dapat terjadinya sindrom distress pernapasan. Sedangkan pada KPD aterm dapat menyebabkan risiko infeksi, asfiksia dan hipoksia, prolapse atau keluarnya tali pusat, risiko kecacatan dan hipoplasia paru janin.[4] Faktor-faktor yang menyebabkan ketuban pecah dini antara lain seperti infeksi selama kehamilan, kelainan letak janin atau malpresentasi, kehamilan kembar, kelebihan cairan amnion (*polihidramnion*), infeksi korioamnionitis, inkompeten serviks, adanya riwayat melahirkan bayi prematur.[5]

Malpresentasi merupakan posisi abnormal janin di dalam rahim ibu yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Malpresentasi meliputi presentasi bokong, bahu, dahi serta wajah.[1] Pada penelitian yang dilakukan Duffy *et al.* pada tahun 2019 prevalensi kejadian ibu yang mengalami malpresentasi dalam persalinan caesar di global mencakup 63,6%. Prevalensi malpresentasi janin di Indonesia didapatkan 52,3% di tahun 2022.[6] Pada malpresentasi janin (selain letak kepala) terjadi tidak adanya bagian janin yang menutup pintu atas panggul (PAP) dengan rapat.[7] Bokong berukuran lebih besar dibandingkan kepala, sehingga bokong seharusnya menempati ruang yang lebih luas yaitu fundus uteri, sedangkan kepala

di ruangan yang lebih kecil yaitu segmen bawah uterus. Malpresentasi dapat membuat meningkatnya tegangan dari rahim yang bisa memicu selaput ketuban pecah dini atau pecah sebelum waktunya.[8]

Penelitian yang dilakukan oleh Sari pada tahun 2019 menyatakan bahwa adanya hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini dengan nilai P value = 0,000. Karena pada ibu hamil dengan malpresentasi, posisi janin tidak menekan PAP secara merata.[1] Berbeda dengan penelitian dari Ali RN *et al*. menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan dari malpresentasi dengan ketuban pecah dini dengan p value = 0,746.[5]

Dengan mempertimbangkan latar belakang yang sudah diuraikan, serta adanya penelitian yang hasilnya menunjukan perbedaan, maka penulis tertarik untuk membuktikan adanya hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini. Oleh karena itu, penulis memutuskan untuk mengambil topik dan judul tersebut.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit X?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk menurunkan angka kematian ibu dan janin akibat ketuban pecah dini

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menentukan hubungan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini di Rumah Sakit X

Commented [af3]: Sudah diperbaiki

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Diharapkan dengan adanya penelitian ini, dapat diketahui hubungan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini sehingga mendapatkan sumber tambahan baru untuk dijadikan bahan rujukan ilmu pengetahuan dalam penelitian selanjutnya.

1.5.2 Bagi profesi/institusi

Diharapkan menjadi sumber informasi yang bermanfaat bagi profesi kedokteran, sehingga dapat meningkatkan pelayanan pada ibu hamil.

1.5.3 Bagi masyarakat

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan masyarakat tentang dampak dari malpresentasi dengan ketuban pecah dini, serta memperbaiki angka mortalitas dan morbiditas ibu dan janin.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Ketuban pecah dini

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya membran amnion secara spontan dan keluarnya cairan ketuban sebelum waktunya persalinan.[9] Ketuban yang pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut sebagai ketuban pecah dini preterm sedangkan, ketuban yang pecah pada saat usia kehamilan lebih dari 37 minggu disebut sebagai ketuban pecah dini aterm.[10]

Commented [af4]: Sudah di perbaiki

2.1.2 Epidemiologi

Secara global KPD terjadi 2-10% dari semua kelahiran. Prevalensi KPD sendiri terbanyak ada di afrika yang mempengaruhi 5-15% dari kehamilan yang ada.[3] Secara umum prevalensi KPD pada kehamilan aterm mencapai 6-19% dan pada kehamilan preterm sekitar 2-5%. Berdasarkan beberapa referensi, kejadian KPD lebih banyak pada kehamilan aterm daripada kehamilan preterm.[9] Menurut WHO tahun 2020, insiden KPD di Indonesia terjadi sekitar 17.665 orang atau 65% dari seluruh kehamilan mengalami KPD.[3] Data dari RISKESDAS 2018 menyatakan Daerah Istimewa Yogyakarta menempati posisi teratas dalam kasus KPD di Indonesia dengan prevalensi mencapai 10,1%. Kemudian untuk urutan kedua yaitu provinsi Jawa Timur yang mencatat prevalensi KPD sebesar 8,3%. sedangkan untuk prevalensi terendah berada di provinsi Sumatera Selatan dengan angka 2,6%.[11]

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti dari KPD belum diketahui, namun ada beberapa hal yang dapat disebut menyebabkan kejadian KPD, antara lain karena serviks yang tidak bisa menahan tekanan kehamilan atau inkompetensi serviks, dan karena ketegangan rahim yang berlebihan seperti pada kehamilan ganda, polihidramnion, kelainan letak janin, kelainan bawaan pada selaput ketuban dan juga infeksi selama kehamilan. [12]

2.1.4 Faktor risiko

Faktor risiko dari KPD dibagi menjadi 3 kelompok yaitu faktor risiko maternal, faktor risiko uterus dan plasenta, dan faktor risiko neonatal. [13]

Faktor risiko maternal sendiri adalah faktor yang dibawa oleh ibu. Salah satu faktor risiko maternal adalah usia. Ibu dengan usia <20 tahun dan >35 tahun lebih banyak mengalami kejadian ketuban pecah dini dibandingkan dengan usia ibu 20-35 tahun karena ibu dengan usia <20 memiliki uterus yang kurang matur karena usianya yang masih terlalu muda untuk melahirkan sehingga meningkatkan kejadian KPD, kemudian ibu dengan usia <20 tahun sering kali kurang memeriksakan kandungannya karena mental yang belum siap sehingga meningkatkan terjadinya risiko kehamilan. Begitu juga dengan ibu usia >35 tahun memiliki risiko KPD yang tinggi karena usia yang terlalu tua untuk melahirkan karena pada usia ini sudah terjadinya penurunan fungsi organ-organ reproduksi.[14]

Selain usia, paritas juga menjadi faktor risiko maternal. Berdasarkan karakteristik ibu yang mengalami kejadian KPD, dari beberapa penelitian menyatakan bahwa ibu dengan kehamilan multigravida memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD. Hal ini disebabkan karena paritas yang tinggi berhubungan dengan kekuatan dan perkembangan selaput ketuban dalam menopang janin selama kehamilan. Kehamilan yang terlalu sering dapat mempengaruhi proses embriogenesis, membuat selaput ketuban lebih tipis dan rentan pecah sebelum waktunya. [15]

Status ekonomi rendah juga termasuk kedalam faktor risiko maternal dari KPD. Ibu dengan status ekonomi rendah memiliki kesulitan untuk datang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa kandungannya, yang menyebabkan tidak mudah menyadari faktor risiko dari komplikasi kehamilan.[13,15]

Faktor kedua yaitu faktor uterus-plasenta yang dapat memicu risiko dari KPD adalah solusio plasenta, serviks yang tidak kompeten, pemendekan serviks di trimester kedua, abnormalitas uterus, dan dilatasi uterus berlebihan.[13,15] Dilatasi uterus dapat menyebabkan uterus menegang berlebihan yang menimbulkan kontraksi sebelum persalinan dimulai atau pembukaan serviks secara sempurna. Hal ini diakibatkan karena malpresentasi janin, kehamilan ganda, dan

polihidramnion (*Amniotic Fluid Index* (AFI) >25 cm). [16] Sedangkan faktor risiko ketiga dari KPD adalah faktor neonatus atau janin itu sendiri. Faktor ini berupa kehamilan ganda, dan kelainan letak janin[15]

2.1.5 Patogenesis

Pecahnya selaput ketuban saat persalinan dapat terjadi karena melemahnya lapisan ketuban akibat kontraksi rahim dan peregangan yang terus-menerus. kekuatan peregangan ini dipengaruhi oleh keseimbangan antara pembentukan dan pemecahan komponen matriks ekstraseluler pada selaput ketuban. [17]

Pecahnya selaput ketuban berhubungan dengan perubahan biokimia dalam struktur kolagen pada matriks ekstraseluler korioamnion, serta proses apoptosis pada membran janin. Membran janin dan jaringan desidua merespons rangsangan, seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban, dengan menghasilkan mediator seperti prostaglandin yang bertindak merangsang kontraksi rahim, sitokin, dan hormon protein. Selain itu, *Matrix Mettaloproteinase* (MMP) mempengaruhi kekuatan dari membran sehingga bisa menyebabkan pecahnya membran.[17,18]

Pada awal kehamilan, selaput ketuban sangat kuat, namun kekuatannya menurun seiring bertambahnya usia kehamilan dan mencapai puncak kelemahan pada trimester ketiga. Penurunan kekuatan ini juga sering dikaitkan dengan gerakan janin yang aktif. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm adalah hal fisiologis. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen mengubah aktivitas kolagen dan memicu pecahnya selaput ketuban. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen yang dimediasi oleh (MMP) dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease, merupakan faktor risiko yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. [17]

Menjelang persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 (tissue inhibitor of metalloproteinase-1) mulai bergeser, memicu proses degradasi proteolitik pada matriks ekstraseluler dan membran janin. Aktivitas proteolitik ini meningkat secara signifikan seiring dengan semakin dekatnya waktu persalinan, yang memperlemah struktur membran ketuban. Pada ketuban pecah dini, kadar MMP cenderung meningkat dan ini dikaitkan dengan pelemahan struktur kolagen pada selaput ketuban.[17,18]

2.1.6 Diagnosis

2.1.6.1 Anamnesis

Tanda dan gejala dari KPD biasanya pasien mengeluhkan keluarnya cairan air ketuban melewati vagina. Cairan yang keluar biasanya merembes atau menetes, beraroma amis dan tidak seperti bau amonia. Kejadian ini bisa dipastikan melalui pemeriksaan spekulum serta pemeriksaan penunjang. [1]

2.1.6.2 Pemeriksaan spekulum

Pada pemeriksaan spekulum, didapatkan adanya cairan yang mengalir dari saluran serviks, cairan yang keluar tidak berwarna. kemudian juga pada saat dilakukan valsava maneuver, terlihat cairan keluar dari serviks.[19]

2.1.6.3 Pemeriksaan penunjang

Tes nitrazin atau tes kertas lakmus merupakan salah satu pemeriksaan yang dapat mendiagnosis KPD. Diagnosis KPD dapat dilihat dari kertas lakmus yang berubah menjadi biru, yang berarti menandakan bahwa pH vagina meningkat 6 hingga 6,2. Pada ibu hamil yang normal pH vagina berada diangka 4,5 hingga 5,5. Cairan amnion memiliki pH 7,0 – 7,5. Sedangkan jika selaput ketuban masih utuh, kertas nitrazin akan tetap berwarna merah. Pada pemeriksaan nitrazin dapat terjadi positif palsu , bisa karena darah dan infeksi dari vagina. Tes nitrazin ini sering digunakan, karena tesnya cepat, sederhana dan cukup untuk mendiagnosis KPD. [19,20]

Kemudian tes mikroskopik atau tes pakis, dengan cara air ketuban diteteskan di gelas objek. Lalu akan terlihat gambaran daun pakis. Selain itu, ada pemeriksaan USG, pada pemeriksaan USG didapatkan adanya cairan ketuban yang sedikit dibandingkan jumlah normal atau oligohidramnion. Pemeriksaan USG tidak hanya untuk mendukung diagnosis, melainkan bisa untuk melihat kesehatan dan kesejahteraan dari janin.[20]

2.1.7 Komplikasi

Salah satu komplikasi dari KPD adalah persalinan *premature*. Persalinan *premature* atau persalinan yang terjadi pada saat usia kehamilan <37 minggu atau bayi lahir dengan berat badan <2500gr. [16]

Komplikasi dari ketuban pecah dini meliputi komplikasi neonatal dan komplikasi dari maternal. Komplikasi neonatal banyak dikaitkan dengan KPD preterm, termasuk sindrom gangguan pernapasan, sepsis neonatal, bahkan hingga kematian janin. Komplikasi KPD pretem dari maternal yang paling umum adalah infeksi yang berupa korioamnitis dan endometritis. Sedangkan pada KPD aterm komplikasi maternal yang bisa terjadi berupa infeksi bakteri yang dapat menyebabkan kematian ibu, solusio plasenta, dan persalinan sectio caesarea, sepsis, endrometritis, sindrom asherman, keterlambatan menstruasi, inkompetensi serviks, gangguan persalinan, dan perdarahan postpartum. Komplikasi pada janin meliputi infeksi perinatal, kompresi tali pusat akibat oligohidramnion, penyakit membran hialin, perdarahan intraventrikular, sepsis, prolaps tali pusat, gawat janin hingga kematian neonatal. [13]

2.2 Malpresentasi

2.2.1 Definisi

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di bawah rahim selain belakang kepala.[8] Malpresentasi meliputi letak bokong, letak bahu, letak wajah, dan letak dahi. Kondisi ini dapat menghambat kelancaran proses persalinan dan meningkatkan risiko bagi ibu serta janin, kelainan letak janin atau malpresentasi dapat menyebabkan *sectio caesarea.* [1]

2.2.2 Epidemiologi

Menurut Duffy *et al.* pada penelitian tahun 2019 prevalensi kejadian malpresentasi yang mengalami *sectio caesarea* di global mencakup 63,6%. Angka ini berkisar antara 26,9% di Afrika dan 86,5% di Guatemala. Pada ibu bersalin yang mengalami malpresentasi 75,8% mengalami persalinan bedah sesar dan 11,8% mengalami partus terhambat, persalinan lama atau persalinan gagal maju. [6] Angka kejadian presentasi sungsang secara global dilaporkan sebesar 3-4% dari seluruh persalinan. Plasenta previa, kehamilan ganda, dan abnormalitas dari uterus dikaitkan sebagai penyebab dari presentasi sungsang. [21]

Prevalensi kejadian malpresentasi di Indonesia merupakan isu penting dalam kesehatan maternal dan neonatal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh

Zahrany *et al.* tahun 2022 malpresentasi janin merupakan salah satu indikasi paling umum untuk tindakan *sectio caesarea* dengan angka kejadian mencapai 52,3%. [22]

2.2.3 Klasifikasi

2.2.3.1 Presentasi sungsang

Presentasi sungsang atau presentasi bokong adalah presentasi yang tidak biasa, posisi janin terletak membujur dengan bagian terbawah janin adalah bokong. Diameter presentasi adalah *bitrokanterik* (10cm).[23] Presentasi ini terjadi pada sekitar 3% kehamilan aterm. Pada pertengahan trimester frekuensinya lebih jauh tinggi karena proporsi jumlah cairan ketuban yang lebih besar memfasilitasi pergerakan bebas janin.[24] Di Indonesia, insidensi presentasi sungsang adalah 3 hingga 4% dari semua kehamilan tunggal pada usia kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu). Kejadian terjadinya presentasi sungsang bertambah pada kasus kehamilan ganda, 25% pada kehamilan ganda untuk janin pertama dan 50% untuk janin kedua. [25] Penyebab terjadinya presentasi sungsang meliputi adanya plasenta previa, ukuran janin besar, *hidrosefalus*, *polihidroamnion*, *oligohidramnion*, tali pusat yang melilit dan kehamilan ganda. penyebab presentasi sungsang dari sisi ibu adanya pangul sempit, multiparitas, prematuritas, dan kelainan kongenital.[26] Ada empat jenis presentasi sungsang.

1. Sungsang dengan kaki memanjang (*frank breech*).
   Letak sungsang ini tampak dengan pinggul fleksi dan kaki yang memanjang di perut. Sebanyak 70% presentasi sungsang adalah jenis ini.
2. Sungsang lengkap (*complete breech*)
   Sikap dari janinnya adalah fleksi sempurna. Dimana pinggul dan kedua lutut fleksi dan kedua kakinya terselip di samping bokong.
3. Sungsang *Footling*
   Kejadian ini jarang terjadi. Sikap dari janinnya adalah salah satu atau kedua kaki turun karena pinggul maupul lutut tidak tertekuk sempurna. Yang membedakan jenis sungsang ini dengan sungsang lengkap adalah kaki lebih rendah dari bokong.
4. Presentasi lutut

Kejadian ini sangat jarang terjadi. Satu atau kedua pinggul direntangkan, dengan lutut ditekuk.[23]

2.2.3.2 Presentasi bahu

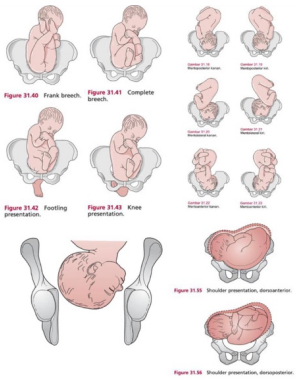
Ketika janin berada dengan sumbu panjangnya melintasi sumbu panjang rahim (letak melintang), bahu kemungkinan besar akan menjadi bagian terbawah janin. Tetapi kadang-kadang letaknya miring atau *oblique* tetapi hal ini tidak bertahan lama karena kontraksi uterus selama persalinan akan membuatnya berubah menjadi membujur atau melintang.[23] Letak lintang terjadi pada sekitar 0,3% kehamilan. [24]

2.2.3.3 Presentasi wajah

Hiperekstensi kepala janin dapat menyebabkan presentasi wajah. Panggul sempit, anensefalik, makrosomia janin berhubungan dengan presentasi muka. Presentasi muka ditandai dengan dagu janin berada dipaling bawah.[24] Pada presentasi wajah, sikap kepala ekstensi maksimal dan oksiput janin akan bersentuhan dengan tulang belakangnya yang menyebabkan wajah akan muncul. Kejadian persalinan presentasi wajah secara global berkisar kurang dari 1:500. Prsentasi wajah dibagi menjadi dua klasifikasi, presentasi wajah primer dan sekunder. Presentasi wajah primer adalah wajah sudah menjadi bagian terbawah janin sebelum mulainya persalinan, sedangakn presentasi wajah sekunder adalah perubahan dari presentasi verteks oksiput posterior. Diameter dari presentasi wajah adalah submentobregmantik (9,5 cm) dan bitemporal (8,2 cm). Ada enam posisi dalam presentasi wajah. [23,24]

2.2.3.4 Presentasi dahi

Presentasi dahi terjadi karena defleksi parsial kepala janin. Insiden kejadian presentasi dahi secara global mencakupi sekitar 0,07%. Lebih dari 50% persalinan presentasi dahi berubah menjadi presentasi bokong atau presentasi wajah. Janin tidak boleh ditangani melalui vagina untuk mencoba merubah presentasinya karena upaya tersebut berbahaya untuk janin dan juga ibu. Jika tidak ada perubahan spontan menjadi presentasi bokong atau belakang kepala maka persalinan diharuskan melalui bedah sesar. [24] Diameter pra-persalinannya adalah mentovertikal (13,5 cm) yang melebihi semua diameter pada panggul. [23]



Gambar 1. Jenis-jenis malpresentasi.[23]

2.2.4 Etiologi dan faktor risiko

Salah satu penyebab utama malpresentasi adalah faktor maternal, terutama berikatan dengan riwayat obstetrik. Ibu yang memiliki riwayat melahirkan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi mengalami malpresentasi. Penelitian memperlihatkan yakni kondisi otot perut yang lemah bisa berkontribusi pada malpresentasi.[27] Selain itu, kelainan anatomi pada rahim, seperti uterus bikornuat atau septate uterus juga dapat mengganggu posisi janin dan menyebabkan malpresentasi. Uterus yang abnormal dapat mengurangi ruang yang tersedia bagi janin untuk bergerak dan berputar ke posisi yang tepat untuk persalinan. [28]

Selain dari faktor maternal, adapun juga faktor fetal yang dapat menjadi penyebab dari malpresentasi. Ukuran janin yang besar atau makrosomia dapat menyebabkan kesulitan janin untuk bergerak ke posisi yang tepat untuk persalinan, sehingga meningkatkan risiko malpresentasi. Selain itu kondisi seperti hipotonia intrauterine yang dapat disebabkan oleh berbagai kelainan genetik atau neurologis, juga dapat menyebabkan malpresentasi dengan mengurangi gerakan janin dan menyebabkan cairan ketuban banyak atau polihidramnion.[29]

Kebiasaan hidup dan lingkungan dari maternal juga berkaitan dengan risiko dari malpresentasi. Terpaparnya asap rokok selama kehamilan telah diteliti sebagai faktor risiko yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi dari kehamilan

termasuk dari berat badan lahir rendah dan kelahiran premature yang dapat mempengaruhi posisi janin.[30]

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi dari janin yang mengalami malpresentasi salah satunya yaitu meningkatnya angka kelahiran caesar yang merupakan intervensi medis paling umum dalam kasus malpresentasi. Malpresentasi berkontribusi signifikan terhadap keputusan untuk melakukan operasi caesar yang dapat membawa risiko komplikasi bagi ibu yakni infeksi, perdarahan serta komplikasi anestesi.[31] Selain itu, komplikasi yang mungkin terjadi meliputi cidera pada bayi, seperti fraktur *clavicula,* dan kerusakan saraf serta risiko kematian yang lebih tinggi. [6]

2.3 Hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini

Malpresentasi atau presentasi janin yang bukan belakang kepala menyebabkan tidak adanya bagian janin yang dapat menutup PAP dengan rapat sehingga membuat tekanan yang besar pada selaput ketuban di sisi bawah dan memudahkan terjadinya robekan selaput ketuban pada janin.[7] Selain menyebabkan tekanan pada membran amnion, malpresentasi juga menyebabkan tekanan pada serviks sehingga memicu KPD.

Menurut penelitian Sari, mengungkapkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini. Pada penelitiannya disebutkan bahwa jika ibu yang mengalami malpresentasi menyebabkan permukaan yang tidak rata di PAP. Hal ini membuat tegangan yang berlebihan pada uterus yang membuat kemungkinan untuk mendesak selaput ketuban pecah sebelum persalinan. Untuk membuktikan hal tersebut, Sari melakukan penelitian pada 324 ibu bersalin dari 1 januari – 31 desember 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah Prabumulih. Hasilnya menyatakan bahwa kehamilan ganda dan juga kelainan letak janin memiliki hubungan yang bermakna pada ketuban pecah dini.[1]

Selain itu, Khofifah *et al*. melakukan penelitian terhadap 57 ibu melahirkan di RSI Siti Khadijah Palembang pada 2021. Hasil menunjukkan bahwa malpresentasi, kehamilan ganda, dan preeklamsia memiliki hubungan yang signifikan dengan KPD. [32]

Berbeda dengan Sari dan Khofifah, Salat mengungkapkan dalam penelitiannya tidak ada hubungan yang signifikan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini, dari penelitian tersebut, menurut Salat banyak faktor lain yang juga berpengaruh pada ketuban pecah dini. Berdasarkan data tabulasi silang dari 16 responden ibu melahirkan di RSI Garam Kalianget pada tahun 2016 dinyatakan bahwa hampir seluruhnya ibu yang mengalami KPD tidak mengalami malpresentasi.[7] Penelitian dari Ekawati *et al.,* menyatakan bahwa meskipun ada faktor-faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi KPD, tidak ada bukti yang cukup untuk mengaitkan malpresentasi secara langsung dengan kejadian KPD. Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor lain, seperti usia ibu dan paritas lebih berpengaruh terhadap kejadian KPD dibandingkan dengan posisi janin.[33]

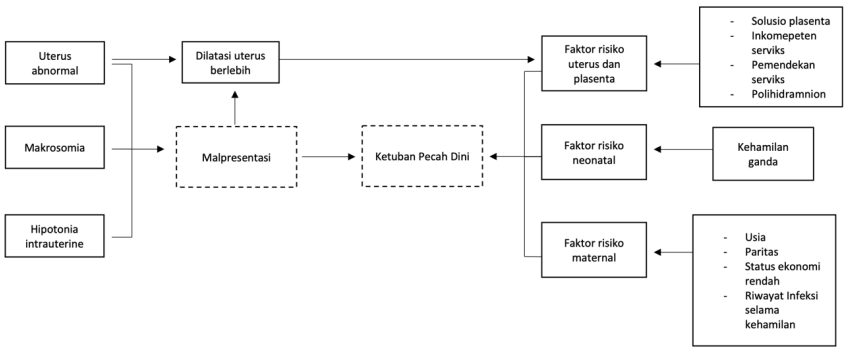
2.4 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & Waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama Studi	Hasil
Khofifah A, *et al.*[32]	RSI Siti Khadijah Palembang 2021	*Cross-sectional*	57 Ibu bersalin	Variabel bebas: kelainan letak janin, kehamilan ganda, dan preeklamsia Variabel tergantung: KPD	23-25 Agustus 2021	Adanya hubungan yang bermakna dari kelainan letak janin dengan KPD (p = 0,026). Kehamilan ganda memiliki hubungan bermakna dengan KPD (p = 0,026). Preeklamsia memiliki hubungan bermakna dengan KPD (p = 0.030)
Sari DSM.[1]	RSUD Kota Prabumulih 2019	*Cross-sectional*	324 Ibu bersalin	Variabel bebas: kehamilan ganda dan kelainan letak janin Variabel tergantung: KPD	September 2020	Terdapat hubungan yang bermakna antara kelainan letak janin (p= 0,000) dan terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan ganda dengan KPD (p= 0,000)
Salat SYS[7]	Madura, 2016	Observasional deskriptif	20 Ibu bersalin	Variabel bebas: paritas, kelainan letak janin Variabel tergantung: KPD	Oktober 2017	Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara malpresentasi dengan KPD dan terdapat hubungan antara paritas dengan KPD.

Ali RN, *et al.* [5]	RSUD DR MM Dunda Limboto Gorontalo, 2020	Survey analitik	181 Ibu bersalin	Variabel bebas: pekerjaan, kelainan letak janin, gamelli, dan BB janin Variabel tergantung: KPD.	September 2020	Tidak didapatkan hubungan yang signifikan dari kelainan letak janin dengan KPD (p= 0,746)

2.5 Kerangka teori



Gambar 2. Kerangka teori

Keterangan:

: Tidak diteliti

: Yang diteliti

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 3. Kerangka konsep

3.2 Variabel penelitian

3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas adalah Malpresentasi

3.2.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah Ketuban Pecah Dini

3.3 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
1. Ketuban Pecah Dini (KPD)	Pecahnya ketuban sebelum proses persalinan.	Rekam medis	Data sekunder	1. KPD 2. Tidak KPD	Nominal	Sari *et al.*[1]
2. Malpresentasi	Bagian terendah janin di bawah rahim selain belakang kepala.	Rekam medis	Data sekunder	1. Malpresentasi 2. Tidak malpresentasi	Nominal	Prihatini A *et al.* [8]
3. Usia	Lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan.	Rekam medis	Data sekunder	1. Berisiko (<20 dan >35 tahun) 2. Tidak berisiko (20-35 tahun)	Nominal	Hasifah *et al.*[14]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional* (potong lintang) untuk menilai hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini akan dengan mengambil data sekunder berupa rekam medis tahun 2023 di Rumah Sakit X. Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Januari hingga Juni 2025.

Commented [af5]: Sudah diperbaiki

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target pada penelitian ini adalah ibu bersalin.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah ibu bersalin yang ada di rumah sakit x.

4.3.1.3 Subjek

Subjek penelitian ini adalah ibu bersalin yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek

Kriteria inklusi

1. Ibu bersalin di Rumah Sakit X
2. Memiliki data rekam medis lengkap

Kriteria eksklusi

1. Ibu yang mengalami kehamilan ganda yang tercatat di dalam rekam medis

2. Ibu yang melahirkan dengan riwayat polihidramnion (AFI >25cm) yang tercatat di dalam rekam medis
3. Usia ibu melahirkan <20 dan >35 tahun

4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek

Jumlah sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus yang sudah ditetapkan. Pada penelitian ini metode pemilihan sampel akan dilakukan dengan cara *consecutive non random sampling*. Metode ini memasukan semua yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi hingga jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi.

4.3.1.3.3 Rumus populasi infinit

$$\mathbf{n_0} = \frac{(Z)^2 x\ p\ x\ q}{d^2}$$

$$\mathbf{n0} = \frac{(1{,}96)^2 x\ 0{,}042\ x\ 0{,}958}{0{,}0025}$$

$$= \mathbf{61{,}82}$$

$$\mathbf{=62}$$

Keterangan :

n_0 : Besar sampel optimal yang dibutuhkan

z : Pada tingkat kemaknaan 95% besarnya 1,96

p : Prevalensi ketuban pecah dini di Lampung (4,2% = 0,042)[11]

q : Prevalensi / proporsi yang tidak mengalami ketuban pecah dini(1 – 0,042) =0,958

d : Akurasi dari ketepatan pengukuran yakni 5%

4.3.1.3.4 Rumus populasi finit

$$\mathbf{n} = \frac{n_0}{(1+\frac{n_0}{N})}$$

$$\mathbf{n} = \frac{62}{(1+\frac{62}{756})}$$

$$\mathbf{n = 57{,}3 = 57}$$

Keterangan:

n : Besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi yang finit

n_0 : Besar sampel dari populasi infinit

N : Besar populasi ibu melahirkan di RSUD DR. H. Abdoel Moloek Bandar Lampung tahun 2023

Didapatkan jumlah populasi finit adalah 57 orang, kemudian ditambahkan dengan antisipasi *drop out* 15% maka:

n = 57 + 8

n = 65

Dengan demikian, pada penelitian ini sampel yang dibutuhkan adalah 65 orang.

4.4 Bahan dan instrumen

Bahan dari penelitian ini menggunakan data sekunder yang merupakan data rekam medis dari rumah sakit x bulan januari hingga desember 2023.

4.5 Analisis statistik

Analisis data dalam penelitian ini akan menggunakan uji *chi-square* dengan *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versi 30.

Commented [af6]: Sudah di perbaiki

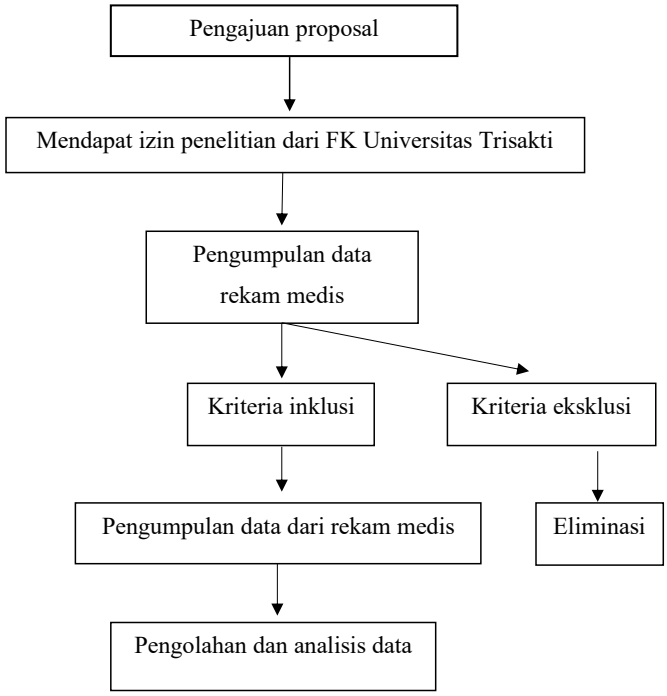
4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis setiap variabel secara terpisah dan yang dinilai adalah presentase dan distribusi frekuensi variabel. Penelitian ini diteliti variabel bebasnya malpresentasi dan variabel tergantungnya ketuban pecah dini.

4.5.2 Analisis bivariat

Untuk menilai ada atau tidaknya hubungan antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini. Uji statistiknya adalah uji *chi-square.* Batas kemaknaannya adalah sebesar 95% atau p value = 0,05 yang berarti jika nilai p < 0,05 berarti menunjukan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini. Sedangkan jika hasil didapatkan p > 0,05, berarti menunjukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara malpresentasi dengan ketuban pecah dini.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 4. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan penelitian

Kegiatan	WAKTU (2024 – 2025)										
	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
Persiapan dan perumusan judul											
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(**Pendahuluan**)**											
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (Tinjauan Pustaka, Ringkasan Pustaka, dan Kerangka Teori)											
Penyusunan dan penyelesaian BAB III (Kerangka Konsep dan Definisi Operasional)											
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(**Metode**)**											
Pengumpulan proposal dan berkas terkait											
Ujian seminar proposal											
Perizinan terkait kaji etik											
Pengambilan data ke Rumah Sakit											
Analisis data											

DAFTAR PUSTAKA

1. Sari DSM. Hubungan Kehamilan Ganda dan Kelainan Letak Janin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih Tahun 2019. Jurnal Kesehatan Abdurahman Palembang 2020;9. doi.org/10.55045/jkab.v9i2.114
2. Himpunan kedokteran Feto Maternal. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran, Ketuban Pecah Dini. 2016.
3. Muna N, Darmawati, Hermawati D. Study Kasus Post Sectio Caesarea Dengan Ketuban Pecah Dini dan Riwayat Trombositopenia Gestasional. Jurnal Penelitian Perawat Profesional [Internet] 2024;Available from: http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP
4. Rohmawati N, Fibriana AI. Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. Higeia Journal Of Public Health Research and Development [Internet] 2018;Available from: http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia
5. Ali RN, Hiola FAA, Tomahayu V. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD DR MM Dunda Limboto. Jurnal Health Sains 2021. doi: 10.46799/jhs.v2i3.130
6. Duffy CR, Moore JL, Saleem S, et al. Malpresentation in low- and middle-income countries: Associations with perinatal and maternal outcomes in the Global Network. Acta Obstet Gynecol Scand 2019;98(3):300–8. doi:10.1111/aogs.13502
7. Salat SYS. Hubungan Paritas dan Kelainan Letak Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin di RSI Garam Kalianget. Jurnal Ilmu Kesehatan 2017;2(2). doi:10.24929/jik.v2i2.547
8. Prihatini AR, Maesaroh M, Widiastuti F. Hubungan Antara Kelainan Letak Janin Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin di Kabupaten Indramayu. Jurnal Menara Medika 2022;2(3) doi:10.31869/mm.v4i2.3076
9. Indrapermana IGKF, Duarsa VSP, Duarsa IS. Hubungan durasi ketuban pecah dini dengan asfiksia neonatorum di RSUD Negara tahun 2020. Intisari Sains Medis 2021;12(1):47–51. doi: 10.15562/ism.v12i1.98i

10. Geethanjali CBS, Palli S, Dasari MM. Maternal and Fetal Outcome of Pre Labour Rupture of Membranes, A Prospective Study. International Journal of Contemporary Medical Research 2020;7(11) doi:10.21276/ijcmr.2020
11. Kementrian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. 2019.
12. Putri DN, Novelia S, Rahmawati Y. Factors Related to the Incident of Premature Rupture of Membrane among Maternity Women. HTechJ 2024;2(3)288-94 doi:10.53713/htechj.v2i3.205
13. Boskabadi H, Zakerihamidi M. Evaluation of Maternal Risk Factors, Delivery, and Neonatal Outcomes of Premature Rupture of Membrane: A Systematic Review Study. J Pediatri Rev 2018;77–88. doi:10.32598/jpr.7.2.77
14. Hasifah, Irnawati, Jumriah. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di RSUD Salewangang Maros. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis [Internet]2020 [cited 2024 Dec 4];15(3):291–5. Available from: https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/366
15. Khairi AH, Tawajjuh N, Dewi TTN. Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini: Survey Study. CARING, 2020;4(2) doi:10.36747/caring.v4i2.184
16. Novirianthy R, Safarianti S, Syukri M, et al. Profil Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala 2021;21(3). doi:10.24815/jks.v21i3.21299
17. Prawiroharjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustakan; 2016.
18. Darma IY, Idaman M, Zaimy S. Perbedaan Kadar Matrix Metalloproteinase-2 Serum Pada Ketuban Pecah Dini dan Kehamilan Normal. Jurnal Kesehatan Saintika Meditory 2021;4(1). doi:10.30633/jsm.v4i1.1030
19. Mohd A, Maharani CR, Hendrawan ER, et al. Ketuban Pecah Dini dan Tatalaksananya. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala 2019;19(3). doi:10.24815/jks.v19i3.18119
20. Lindo M, Wildan RD. Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm. JIKA [Internet] 2023 [cited 2024 Nov 7];1(2). Available from: https://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jika/article/view/3685

21. Coyle ME, Smith C, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023;2023(5). doi: 10.1002/14651858.CD003928.pub4
22. Zahrany TA, Agustin C, Saudi L, et al. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Penyulit Malpresentasi Janin di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok. Indonesian Journal of Nursing Scientific 2022;2(1):43–52. doi:10.58467/ijons.v2i1.18
23. Marshall J, Raynor M. Myles Textbook for Midwives. 16th ed. Edinburgh: Elsevier; 2014.
24. Olsen M. Malpresentation. In: Olsen M, Obstetric care . Cambridge: Cambridge Univeristy Press; 2017 p. 188-96.
25. Azizah M, Wigati DN, Untari S. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Sungsang Dengan Fokus Intervensi Posisi Knee Chest Untuk Mengubah Presentasi Janin di Puskesmas Purwodadi I. TSJKeb. 2023;8(1)
26. Dinda N, Saleha S, Haruna N. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Patologi dengan Persalinan Letak Sungsang (Literatur Review). Jurnal Midwifery 2021;3(2). doi: 10.24252/jmw.v3i2.24345
27. Mohamed MA, Mustafa FA, Ibrahem OHA. Risks of Pregnancy Above the Age of Forty. 2020;13(1)108-15 doi: 10.21608/mjmr.2022.221413
28. Akhtar MA, Saravelos SH, Li T, et al. Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies. BJOG. 2020;127(5) doi:10.1111/1471-0528.15968
29. Hu Y, Xue X, Fu J. Case Report: Clinical Analysis of Seven Neonates With Prader-Willi Syndrome and Review of the Literature. Frontiers Media S.A.; 2021. 2021;9 doi: 10.3389/fped.2021.633532
30. Chorunnisa A, Febriyana, Sari ETP, et al. Pengaruh Asap Rokok Pada Ibu Hamil: Studi Literature. Jurnal Kesehatan Tambusai 2022;3(2). doi:10.31004/jkt.v3i2.4597
31. Shahen MKH, Shahla KA. Fetal malposition and malpresentation: Mode of delivery and perinatal outcomes at Maternity Teaching Hospital in Erbil city. Zanco J Med Sci 2020;24(3):367–75. doi:10.15218/zjms.2020.044

32. Khofifah AA, Anggraini H, Indriani PLN. Hubungan Kelainan Letak Janin, Kehamilan Ganda dan Preeklamsia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSI Siti Khadijah Palembang Tahun 2021. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi. 2022;22(2):700. doi:10.33087/jiubj.v22i2.1866
33. Ekawati H, Martini DE, Maghfuroh L, et al. Factors Related to Prelabor Rupture of Membrane among Maternity Mother at Lamongan Regency, East Java, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2022;10(G):92–8. doi:10.3889/oamjms.2022.8331

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table*

Tabel 4. Frekuensi dan distribusi responden berdasarkan karakteristik klinis

Karakteristik	n	%
Ketuban Pecah Dini		
Ya		
Tidak		
Malpresentasi		
Ya		
Tidak		

Tabel 5. Hubungan Malpresentasi dan KPD

Variabel	**Hubungan malpresentasi dengan ketuban pecah dini**				**Jumlah**	***p-value***
	KPD		**Tidak KPD**			
	n	**%**	**n**	**%**		
Malpresentasi						
Ya						
Tidak						