

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai. KPD saat preterm (KPDP) adalah KPD pada usia <37 minggu. KPD memanjang merupakan KPD selama >24 jam yang berhubungan dengan peningkatan resiko infeksi (Hernawati, 2017: 128).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm (Prawirohardjo, 2010)

2. Etiologi

Penyebab dari Ketuban pecah dini masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan Ketuban Pecah Dini, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi menurut Morgan dan Hamilton, 2014 adalah :

a. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

b. Kelainan pada serviks atau alat genitalia seperti ukuran serviks (leher rahim) yang pendek (<25cm).

c. Paritas

d. Peningkatan tekanan yang mempunyai struktur yang lemah/selaput terlalu tipis.

e. Serviks yang inkompeten.

f. Kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan atau curettage).

- g. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemeli.
- h. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.
- i. Kelainan letak misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah menutupi pintu atas panggul (PAP) yang terdapat membrane bagian bawah.
- j. Anemia
- k. Faktor golongan darah
- l. Akibat golongan darah ibu dan janin tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- m. Polihidramnion (cairan ketuban berlebihan).
- n. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.
- o. Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Nugroho (2011) tanda dan gejala yang harus diwaspadai selama kehamilan adalah :

- a. Keluarnya cairan merembes melalui vagina (kemaluan).
- b. Timbul sebelum rasa mulas - mulas tanda dari awal persalinan. Cairan ketuban menjadi berwarna putih keruh mirip air kelapa, mungkin juga sudah berwarna kehijauan.
- c. Kontraksi $\geq 4x/jam$ (dapat dirasa sebagai nyeri abdomen, rasa kencang, nyeri, kram menstruasi, atau rekaan pada vagina)
- d. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- e. Keluar air ketuban warna putih keruh, jernih, kuning, hijau, atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak.
- f. Dapat disertai demam bila sudah ada infeksi.
- g. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi

sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya "menganjal" atau "menyumbat" kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

4. Prognosis

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah :

a. Prognosis ibu

1) Infeksi intrapartal / dalam persalinan

Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.

2) Infeksi puerperalis / masa nifas

3) Partus lama

4) Pendarahan postpartum

5) Meningkatkan tindakan operatif obstetric (khusus SC)

6) Morbiditas dan mortalitas maternal.

b. Prognosis janin

1) Prematuritas :

a) Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur

b) Diantaranya adalah respiratory distress syndrom, hipotermia, ventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (risiko terjadinya cerebral palsy), hiperbilirubinemia, anemia, sepsis.

2) Prolaps funiculi / penurunan tali pusat

3) Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)

4) Sindroma deformitas janin :

a) Terjadi akibat olihidramnion

b) Diantaranya terjadi hypoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat (PJT)

5) Morbiditas dan mortalitas perinatal .

(Prawiroharjo, 2010 : 679)

5. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Mamede dkk, 2012).

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagai suatu zona “restriced zone of exteme altered morfologi (ZAM)” (Rongaswamy, 2014).

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Mamede dkk, 2012).

6. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut Sunarti, (2017) yaitu:

- a. Prognosis Ibu Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.
- b. Prognosis Janin Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor

APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal.

7. Penatalaksanaan

Untuk pasien aterm yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) atau premature rupture of membrane, penatalaksanaan yang direkomendasikan adalah induksi persalinan segera karena dapat mengurangi risiko korioamnionitis. Di lain pihak, pada pasien yang belum aterm, penatalaksanaan bergantung pada klinis masing-masing pasien. Penatalaksanaan umum berdasarkan usia kehamilan.

Tabel 1
Penatalaksanaan KPD

Usia Kehamilan	Penatalaksanaan
Cukup bulan (37 minggu atau lebih)	Lahirkan bayi: induksi atau sectio caesarea sesuai indikasi Obati infeksi intraamniotik jika ada Profilaksis infeksi sesuai indikasi
<i>Late preterm</i> (34-36 minggu 6 hari)	Konservatif atau lahirkan bayi (induksi atau sectio caesarea sesuai indikasi) Obati infeksi intraamniotik jika ada Kortikosteroid: Jika belum diberikan sebelumnya dan bayi akan dilahirkan dalam waktu lebih dari 24 jam dan kurang dari 7 hari, serta tidak ada korioamnionitis Skrining dan profilaksis infeksi sesuai indikasi
Preterm (24-33 minggu 6 hari)	Konservatif Obati infeksi intraamniotik jika ada Antibiotik jika tidak ada kontraindikasi Kortikosteroid Lakukan swab vagina dan rektum untuk kultur patogen infeksi, lalu profilaksis infeksi sesuai indikasi Magnesium sulfat untuk neuroproteksi pada usia kehamilan <32 minggu, jika tak ada kontraindikasi
Periviabel (<24 minggu)	Konseling Konservatif atau induksi persalinan Antibiotik dapat mulai diberikan mulai dari usia kehamilan 20 minggu Profilaksis terhadap infeksi, kortikosteroid, tokolitik, dan magnesium sulfat tidak direkomendasikan sebelum bayi viable

Sumber : Rukiyah, 2010

B. Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Menurut Wika Wulandari, 2018), meliputi :

1. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkat resiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi system reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

2. Sosial Ekonomi (pendapatan)

Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

3. Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara (Prawirohardjo, 2009).

Klasifikasi Paritas antara lain :

- a. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.
- b. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali
- c. Grademultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2010).

4. Riwayat Ketuban Pecah Dini

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2- 4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah

dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

5. Serviks yang Inkompeten

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otototot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.

6. Tekanan Intra Uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- a. Trauma : Berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis
- b. Gemelli : Kehamilan kembar dalam suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Novihandari, 2016).

7. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh akan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume (30%) sampai (40%) yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri

lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterine, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, 14 persalinan premature, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena Antonia uteri. Bahwa anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi :

- a. Kadar Hb 10,00gr% -13,00 gr% disebut anemia ringan sekali.
- b. Kadar Hb 8,00 gr % -9,90gr% disebut anemia ringan.
- c. Kadar Hb 6,00 gr% -7,90 gr% disebut anemia sedang.
- d. Kadar Hb <6,00 gr% disebut anemia berat. (Maryunani, 2016: 79)

8. Letak Sungsang

Letak sungsang adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong) (Rukiyah, 2010: 239). Letak sungsang (presentasi bokong) dibagi menjadi 3, yaitu :

- a. Letak bokong Murni (frank breech): bokong yang menjadi bagian depan, kedua tungkai lurus keatas.
- b. Letak bokong kaki (complete breech): disamping bokong teraba kaki, biasa disebut letak bokong kaki sempurna jika disamping bokong teraba kedua kaki atau tidak sempurna jika disamping bokong teraba satu kaki.
- c. Letak lutut
- d. Letak kaki (incomplete breech presentation): presentasi kaki (obstetri patologi yang dikutip oleh Rukiyah, 2010: 239).

C. Hubungan Anemia, Kelainan Letak dan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

1. Hubungan Anemia Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Anemia pada kehamilan merupakan suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai normal (Rukiyah 2010: 114). Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil

mengalami hemodelusi atau pengenceran, penambahan darah tidak sebanding dengan penambahan plasma (Rukiyah, 2010: 115). Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan persalinan prematuritas, ancaman dapat mengakibatkan abortus, dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini. (Rukiyah, 2010: 116). Pada ibu hamil dengan anemia, kadar hemoglobin sebagai pembawa zat besi dalam darah berkurang, yang mengakibatkan rapuhnya beberapa daerah dari selaput ketuban, sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut (Elytasari dan R, 2020).

Penelitian Putri (2023) di RSIA Husada Bunda yang menyatakan bahwa ada hubungan anemia dengan ketuban pecah dini dengan p value 0,003. Ibu yang mengalami anemia tetapi tidak mengalami KPD disebabkan karena ibu tidak memiliki riwayat KPD. Jika ibu mengalami riwayat KPD maka akan mempengaruhi komposisi membran pada uterus sehingga menjadi rapuh yang mengakibatkan KPD. Sedangkan responden tidak anemia tetapi mengalami KPD disebabkan karena responden ada yang paritas >3 sehingga terjadi pembesaran uterus dan peregangan berulang sehingga mudah terjadi KPD.

2. Hubungan Kelainan Letak Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Insiden ketuban pecah dini lebih tinggi pada wanita dengan malpresentasi janin (Varney, 2007: 789). Pada kelainan letak menjadi salah satu faktor predisposisi ketuban pecah dini karena pada letak sungsang tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah (Oxorn, 2013: 196). Meskipun presentasi bokong dengan tungkai ekstensi dapat masuk dengan cukup tepat pada serviks, tidak begitu halnya dengan presentasi bokong sempurna dan selaput ketuban cenderung untuk pecah secara dini (Myles, 2009: 554). Pada letak lintang janin tidak dapat turun dan terjepit dalam rongga panggul. Lingkar bagian presentasi yang besar dan berbentuk tidak teratur tidak dapat masuk dengan tepat pada serviks. Oleh karena ini, selaput ketuban cenderung pecah spontan pada kala

awal persalinan dan kontraksi menjadi terkoordinasi. Pecahnya ketuban pada letak lintang dapat mengakibatkan prolaps tali pusat. (Myles, 2009: 563).

Penelitian Prihatini (2022), yang mengatakan bahwa secara deskriptif kejadian KPD lebih besar pada ibu bersalin yang janinnya mengalami kelainan letak (sungsang atau lintang) dibandingkan ibu bersalin yang letak janinnya normal atau tidak ada kelainan letak. Berdasar hasil uji *Chi Square* mendapatkan p-value = 0,001 yang artinya p value < $\alpha=0,05$ yang artinya bahwa ada hubungan signifikan antara kelainan letak janin dengan ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin di Puskesmas Tukdana Kabupaten Indramayu.

3. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Faktor yang menyebabkan pecahnya selaput ketuban ada hubungannya dengan adanya hipermortilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah, kelainan ketuban yaitu selaput ketuban terlalu tipis, faktor predisposisi seperti multipara, malposisi, disproporsi, serviks inkompetensi dan ketuban pecah dini artifisial. Yang menyebabkan kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi dalam selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Faal air ketuban saat kehamilan berlangsung adalah memberi kesempatan berkembangnya janin dengan bebas ke segala arah, menyebabkan tekanan bila terjadinya trauma, sebagai penyangga terhadap panas dan dingin, saat inpartu air ketuban dapat menyebarkan kekuatan his sehingga serviks dapat membuka, membersihkan jalan lahir karena mempunyai kemampuan sebagai disinfektan, dan sebagai pelicin. Selaput ketuban akan mengalami pematangan dan penipisan, keadaan ini akan menyebabkan selaput ketuban mudah pecah. Disamping itu usia kehamilan yang mendekati aterm ibu hamil sering mengalami kontraksi uterus atau yang disebut his pengiring, dalam hal ini ibu bersalin multipara yang kondisi serviksnya sudah membuka akan lebih mudah terjadinya ketuban pecah dini dibandingkan dengan ibu bersalin primipara yang kondisi serviksnya masih menutup. Ibu yang melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD, oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan

jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Leveno, 2009).

Ibu bersalin multipara hampir seluruhnya mengalami ketuban pecah dini. Pada multipara sebelumnya sudah terjadi persalinan lebih dari satu kali yang dapat mempengaruhi berkurangnya kekuatan otot uterus dan abdomen, keadaan ini mempengaruhi kekuatan membrane untuk menahan cairan ketuban sehingga tekanan intra uterin meningkat dan menyebabkan selaput cairan ketuban lebih rentan untuk pecah. KPD pada multipara juga disebabkan oleh beberapa faktor yang saling berkaitan yaitu pendidikan, usia, pekerjaan atau aktivitas (Raydian, 2017).

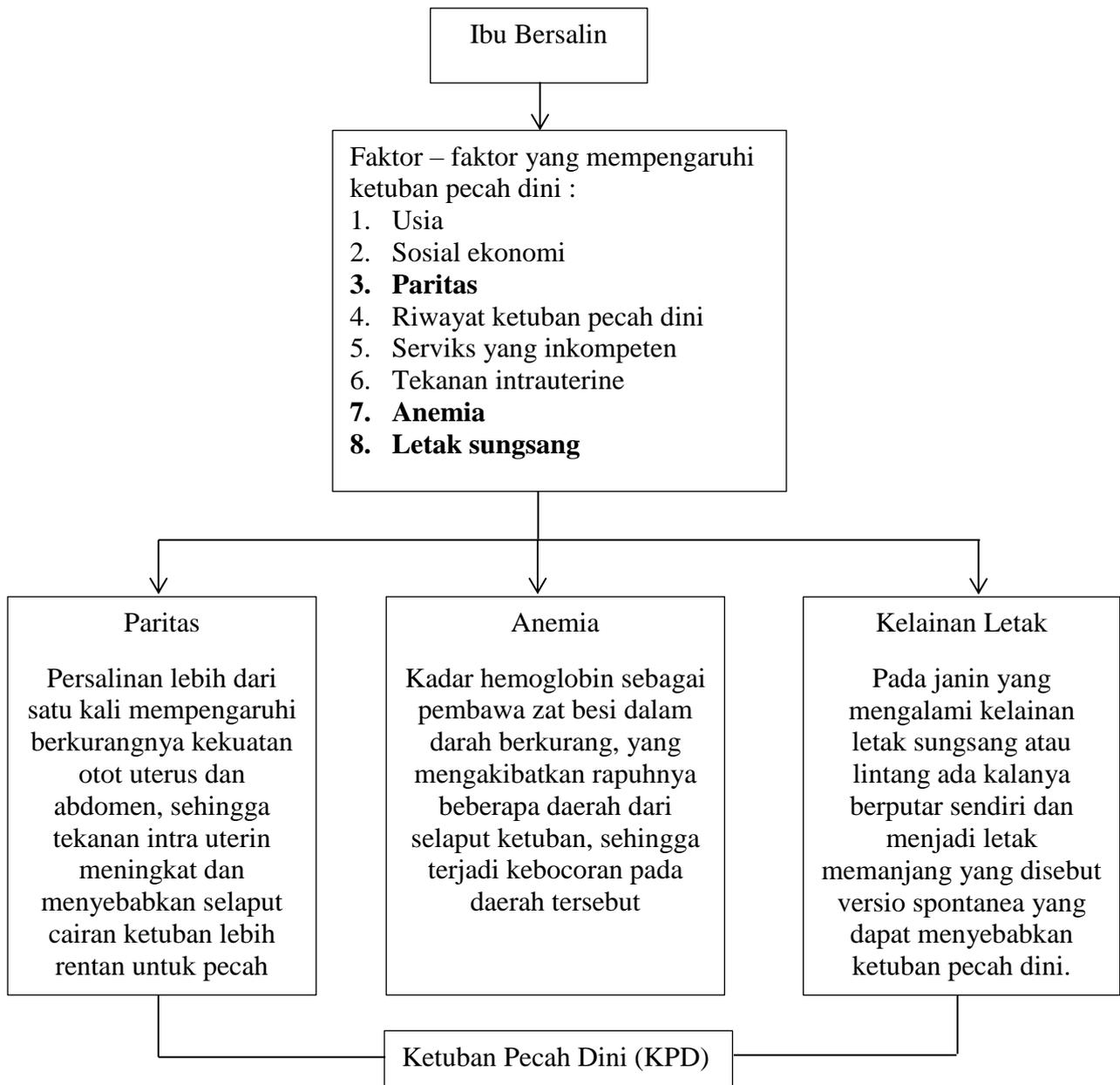
Ada beberapa pembagian paritas yaitu primipara, multipara dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seseorang wanita 13 yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan hasil kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali. Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kehamilan yang terlampau dekat diyakini lebih beresiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

Penelitian (Erwani, 2023) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada praktik mandiri bidan yang menunjukkan ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin dengan p value sebesar 0,049. Pada primipara bagian terendah janin turun ke rongga panggul masuk ke PAP pada akhir minggu kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulai persalinan. Sehingga pada multipara tidak ada bagian terendah janin yang menutupi PAP yang dapat mengurangi terhadap membran bagian bawah.

Penelitian oleh Ery dan Henny (2013) membuktikan ada hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini KPD di Puskesmas Balongsari Surabaya. Kejadian ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada paritas multipara,

grandemultipara kejadian KPD semakin besar hal ini bukan disebabkan oleh peningkatan aktivitas uterus melainkan dari kelemahan intrinsik uterus yang disebabkan oleh trauma sebelumnya pada serviks khususnya padatindakan riwayat persalinan pervaginam, dilatasi serviks, kuretase.

D. Kerangka Teori



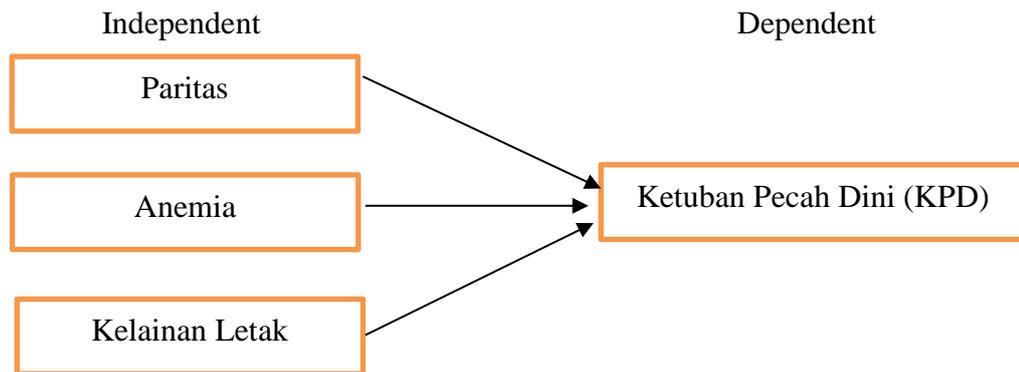
Gambar 1 Kerangka Teori

Keterangan : Yang dicetak tebal variabel yang diteliti

Sumber : Budi Rahayu, dkk., 2017

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini merupakan suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antar variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2 Kerangka Konsep

F. Variabel Penelitian

Variabel didefinisikan sebagai objek yang mempunyai variasi antara satu orang dengan yang lainnya. Pada penelitian ini yang akan dilaksanakan terdapat dua macam variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat yaitu :

1. Variabel bebas (variabel independent)

Variabel bebas yaitu variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah model menggunakan paritas, anemia dan kelainan letak.

2. Variabel terikat (variabel dependent)

Variabel terikat yaitu variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat dari variabel bebas, variabel terikat dalam penelitian ini adalah Ketuban Pecah Dini (KPD)

G. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara Faktor paritas dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)
2. Ada hubungan antara faktor anemia dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)
3. Ada hubungan antara faktor Kelainan Letak dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

H. Definisi Operasional

Tabel 2
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independent					
Paritas	Persalinan yang dialami seorang ibu yang melahirkan bayi yang dapat hidup yang tercatat di buku rekam medis	Data Rekam Medic	Dokumentasi/ Kuesioner	0 : Beresiko > 3 1 : Tidak beresiko ≤ 3	Ordinal
Anemia	Kondisi ibu hamil dengan kadar Hb < 11g% pada trimester I dan III sedangkan trimester II kadar Hb <10,5 g%	Data Rekam Medic	Pemeriksaan kadar Hemoglobin	0 = Anemia: Hb < 11g% 1 = Tidak anemia: Hb ≥11g%	Ordinal
Kelainan letak	Keadaan atau posisi dalam Rahim yang tidak sesuai dengan jalan lahir seperti adanya presentase bokong	Data Rekam Medic	Pemeriksaan USG	0 : Kelainan Letak 1 : Tidak Kelainan letak	Ordinal
Dependent					
Ketuban Pecah Dini (KPD)	Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dimulai seperti dorongan meneran, perenium menonjol, teknan anus, vulva membuka Pecahnya ketuban sebelum bayi lahir yang sudah diagnose di rekam medis	Data Rekam Medic	Dokumentasi/ Kuesioner	0 : KPD 1 : Tidak KPD	Ordinal