

HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN KETUBAN

PECAH DINI (KPD) DI BPM BIDAN HJ SRI RAHAYU

S.Tr.Keb TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh

Meli urita sahaya

NIM : 201614023

AKADEMI KEBIDANAN WIJAYA HUSADA BOGOR

TAHUN 2019

HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN KETUBAN

PECAH DINI (KPD) DI BPM BIDAN HJ SRI RAHAYU

S.Tr.Keb TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Ahli Madya Kebidanan di Akademi Kebidanan Wijaya Husada



Oleh

Meli urita sahaya

NIM : 201614025

AKADEMI KEBIDANAN WIJAYA HUSADA BOGOR

TAHUN 2019

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN

“Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber pustaka yang menjadi rujukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa karya Tulis Ilmiah ini merupakan hasil plagiat/ pemalsuan / penyuapan /pertukangan maka saya siap menerima sanksi yang berlaku di Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor dengan segala risiko yang harus saya tanggung”

Nama : Meli urita sahaya

Nim : 201614025

Tanggal : September 2019

Tanda Tangan :

Materai

HALAMAN PERSETUJUAN
HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI BPM BIDAN HJ SRI RAHAYU
S.Tr.Keb TAHUN 2019

Penyusun : Meli urita sahaya

Nim : 201614025

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui Untuk Diajukan Dihadapan
Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor

Bogor, September Tahun 2019

Dosen Pembimbing

(Salsalina Yuniarty.G.,SST.,M.K.M)

HALAMAN PENGESAHAN
HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI BPM BIDAN HJ SRI RAHAYU
S.Tr.Keb TAHUN 2019

Penyusun : Meli urita sahaya

Nim : 201614025

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji
karya tulis ilmiah Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor

Bogor, September 2019

Mengesahkan,

Dosen Pembimbing

Penguji

(Salsalina yuniarty.G.,SST.,M.K.M)

(Elpinaria girsang.,S.ST.,M.K.M.)

Mengetahui

Akademik Kebidanan Wijaya Husada Bogor

Direktur

(dr. Pridady, Sp. PD-KGEH)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. BIODATA

Nama : Meli Urita Sahaya
Tempat/Tanggal/Lahir : Lampung, 02 September 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Nim : 201614025
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Lampung, Indonesia
Status : Belum Kawin
Alamat : Lampung Pesisir Barat, Ngambur

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

TK USWATUN HASANAH BOGOR : LULUS TAHUN 2003

SDN 01 KEBON KALAPA BOGOR : LULUS TAHUN 2010

SMPN 4 CIBINONG BOGOR : LULUS TAHUN 2013

SMK KESEHATAN TRIPLE J BOGOR: LULUS TAHUN 2016

Program Studi Diploma III Kebidanan Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor, mulai Tahun 2016 sampai sekarang.

**“HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI BPM BIDAN HJ SRI RAHAYU
S.Tr.Keb TAHUN 2019”¹**

**Meli Urita Sahaya², Salsalina Yuniarty.G³
Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor**

ABSTRAK

Angka kejadian KPD di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di negara India antara 6% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di negara India antara 6% sampai 12%. Hasil studi yang dilakukan di BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diukur dengan lembar angket.

Diketahunya mengetahui hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb tahun 2019

Jenis penelitian ini menggunakan survei analitik dengan pendekatan *retrospektif*.

Dari 88 ibu bersalin didapatkan hasil paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) sebagai besar ibu multipara dengan kejadian tidak kpd sebanyak 35(33,1%) responden. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,676 yang artinya $p \geq 0,05$ jadi H_0 diterima dan H_A ditolak. Sehingga tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Bpm bidan Hj sri rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi petugas kesehatan untuk mengetahui hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Kata kunci	: Paritas, Kejadian ketuban pecah dini
Daftar pustaka	: Jurnal 6, 20 buku, 8 browsing internet
Jumlah Halaman	: 8 halaman, 5 tabel

¹ Judul

² Mahasiswa Akademi Kebidanan Wijaya husada Bogor

³ Dosen Pembimbing

**CORRELATION OF PARITY WITH THE EVENENCE OF
FERTILITY EARLY SPLIT (KPD) IN BPM BIDAN HJ
SRI RAHAYU S.Tr.Keb 2019 "**

**¹Meli Urita Sahaya², ²Salsalina Yuniarty.G³
Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor**

ABSTRACT

The incidence of KPD in Indonesia ranges from 4.5% to 7.6% of all pregnancies, while in the country of India between 6% to 7.6% of all pregnancies, while in the country of India between 6% to 12%. The results of studies conducted at BPM Midwife Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb 2019 were measured by questionnaire sheets.

Knowing the correlation between parity and the incidence of premature rupture of membranes at BPM Midwife Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb 20.

This type of research uses an analytic survey with a retrospective approach.

Of the 88 maternal women, parity results with the incidence of premature rupture of membranes (KPD) as a large number of multiparous mothers with non-untreated events were 35 (33.1%) respondents. Statistical test results obtained p value 0.676 which means that $p = ,00.05$ so H_0 is accepted and H_A is rejected. So there is no relationship between parity and the incidence of premature rupture of membranes at Bpm midwife Hj sri rahayu S.Tr.Keb 2019.

The results of this study are expected to provide information for health workers to determine the correlation of parity with the incidence of premature rupture of membranes (KPD) at Bpm Midwife Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb 2019.

Keywords : *Parity, incident premature rupture of membranes*
Bibliography : *6 journals, 20 books, 8 internet browsing*
Number og pages : *8 pages, 5 table*

¹ *Title*

² *Midwifery Diploma Students At Wijaya Husada Bogor*

³ *lecture*

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bismilahirrohmanirohim, Alhamdulillahirobil'alamin

Dengan kerendahan hati, saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini dengan mengucapkan syukur atas segala rahmat dan karunia Allah SWT, yang telah memberikan segala nikmat, kelancaran dan kemudahan sehingga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan dengan baik serta saya persembahkan juga karya tulis ilmiah ini kepada :

1. Kedua orang tua saya, untuk ayahanda Hayun dan ibunda Sardiah yang telah memberikan dukungan dan senantiasa memberikan semangat serta do'a kepada putrinya.
2. Adik saya Mira anggraini, Milarosa, viariska renata yang telah memberikan semangat dan semoga kita semua menjadi anak yang membanggakan kedua orang tua.
3. Kaka saya Rike Safitri Amd.Keb yang telah memberikan semangat dan bantuan dalam penyusunan karya Tulis Ilmiah ini semoga kita dapat menggapai cita-cita.
4. Ibu Salsalina Yuniarty.G.,S.SST.,M.K.M selaku pembimbing, terimakasih atas waktu, ilmu dan kesabarannya dalam membimbing hingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Elpinaria Girsang,S.ST.,M.K.M selaku penguji, terimakasih telah memberikan penilaian,bimbingan dan juga arahan atas Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Terimakasih sahabat tercinta Mila Sari, Euis ramdaniah, Kintan yunita, Martinah, Efa Farwati, Asma Hasanah, Rika Rahmawati, Dini meilani, Defrilesia yang senantiasa memberi semangat dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kita dapat sukses mencapai cita-cita, membahagiakan keluarga, dan terus menjaga tali silaturahmi serta persahabatan kita.

Serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT, senantiasa melindungi dan membalas amal baik kita semua.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunianya yang telah dilimpahkan kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “**Hubungan Paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di BPM Sri Rahayu, S.Tr. Keb Tahun 2019**”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan di AKBID Wijaya Husada.

Karya Tulis ilmiah ini dapat terselesaikan atas dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada:

1. dr. Pridady, Sp.PD-KGEH selaku Direktur AKBID WIjaya Husada Bogor
2. Salsalina Yuniarty.G.,SST.,M.K.M selaku Pembimbing dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan dan bimbingan serta semangat selama menjalani proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
3. Cokorda Istri Oke, S.Tr.Keb selaku wali kelas yang telah memberikan arahan dan masukan terhadap bidang Akademik maupun dukungan dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kedua Orang tua tercinta Bpk Hayun Ibu Sardiah dan Adik Ku mira anggraini, milarosa, via riska renata dukungan yang telah memberikan semangat dan do'a yang tiada henti-hentinya.

5. BPM Bidan Sri Rahayu, STr.Keb di Cisarua Kabupaten Bogor yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta membantu kelancaran dan ketersediaan waktu dan tempatnya.
6. Rekan-rekan Mahasiswa AKBID Wijaya Husada Bogor yang telah memberikan dorongan dan bantuan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu peneliti sangat mengharapkan masukan dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya harapan peneliti semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Bogor, Agustus 2019

Peneliti

Meli urita sahaya

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN KEASLIAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5

C. Tujuan penelitian.....	5
D. Manfaat penelitian.....	6
E. Ruang lingkup penelitian	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Paritas.....	11
1. Definisi paritas	11
2. Klasifikasi paritas.....	13
3. Faktor –faktor yang mempengaruhi paritas	14
4. Hubungan paritas dan KPD.....	16
B. Ketuban pecah dini (KPD)	16
1. Pengertian ketuban pecah dini	16
2. Etiologi.....	18
3. Faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini.....	20
4. Patogenesis ketuban pecah dini.....	26
5. Cara menentukan ketuban pecah dini (KPD).....	26
6. Pengaruh ketuban pecah dini (KPD).....	27
7. Komplikasi ketuban pecah dini (KPD)	28

8. Tanda dan gejalaa ketuban pecah dini (KPD).....	29
9. Penatalaksanaan ketuban pecah dini (KPD)	30
10. Penyebab ketuban pecah dini (KPD)	34
11. Mekanisme ketuban pecah dini	35
12. Kerangka teori	36
13. Tingkat Kepuasan.....	44
C. Kerangka teori.....	44

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian.....	37
B. Kerangka Konsep	37
C. Variabel Penelitian	38
D. Definisi Operasional.....	39
E. Hipotesis.....	40
F. Populasi dan Sampel	40
G. Tempat Penelitian.....	41
H. Metode Pengolahan Data dan Analisis Data	42

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian `	37
-----------------------------	----

1. Gambaran penelitian.....	37
2. Hasil Analisis Univariat.....	48
B. Pembahasan `	50
1. Analisa univariat	50
3. Analisa bivariat	55
4. Keterbatasan.....	56

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	58
B. Saran.....	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 3.1 Definisi Operasional	40
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Umur.....	49
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Pendidikan	49
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Paritas	50
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Ketuban Pecah Dini	51

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Tabel 2.1 Bagan kerangka Teori	36
Tabel 3.1 Bagan Kerangka Konsep.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Penelitian Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor

Lampiran 2 Surat balasan Penelitian BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr. Keb

Lampiran 3 Lembar permohonan menjadi responden penelitian (*inform consent*)

Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden penelitian (*inform consent*)

Lampiran 5 Lembar Angket

Lampiran 6 Master Tabel

Lampiran 7 Hasil Output SPSS

Lampiran 8 Dokumentasi

Lampiran 9 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban Pecah Dini 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 (Respiration Distress Syndrome). KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu, KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Taufan, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat di suatu negara, kematian ibu menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau 42 hari setelah melahirkan akibat semua sebab yang terkait dengan atau tidak diperberat dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO, 2015).

Salah satu komplikasi yang terjadi pada ibu bersalin adalah ketuban pecah dini, yaitu pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan, ketuban pecah dini terjadi pada pembukaan <4 yang pada usia kehamilan cukup atau kurang waktu. Ketuban pecah dini merupakan salah satu faktor resiko tinggi yang

dapat secara langsung menyebabkan kematian ibu atau bayinya. Faktor-faktor penyebab KPD adalah multiparitas, hidramnion, kelainan letak janin, *cephalopelvik disproporsi*, kehamilan ganda, perut gantung atau pendular abdomen (Manuaba,2012).

Menurut WHO, Selama kurun waktu 25 tahun yaitu 1990 sampai dengan 2015 memperkirakan 10,7 juta perempuan telah meninggal karena melahirkan. Sedangkan pada tahun 2015 sebanyak 303.000 kematian ibu terjadi di seluruh dunia (WHO, 2015). Pada tahun 2014 beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian wanita usia subur di negara miskin diperkirakan sekitar 25-50% penyebabnya adalah masalah kesehatan, persalinan, dan nifas (WHO, 2015).

Menurut data dari Kemenkes tahun 2015 menunjukkan bahwa dari 100.000 kelahiran hidup di Indonesia, 305 di antaranya berakhir dengan kematian sang ibu. Masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2015 yaitu mencapai 305/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015). Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2014 mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2016). Penyebab-penyebab angka kematian ibu di Indonesia adalah 30,3%, eklampsia 27,1%, infeksi 7,3%, komplikasi masa puerperium 8%, abortus 1,6%, partus lama atau partus macet

1,8%, lain-lain 40,8% (Kemenkes, 2016). Infeksi masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadi infeksi *chorioamnionitis* sampai sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu (Prawirohardjo, 2014).

Jawa Barat ternyata masih menjadi salah satu provinsi teratas sebagai penyumbang angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Menurut laporan Dinas Kesehatan Jawa Barat di tahun 2016 disampaikan bahwa jumlah kasus kematian Ibu melahirkan karena kehamilan, persalinan, dan nifas meningkat cukup tajam dari 748 kasus di tahun 2015 menjadi 823 kasus di tahun 2016 (Dinkes Jabar, 2016). Sedangkan berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2017 angka kematian ibu mengalami penurunan menjadi 780 kasus dibandingkan tahun 2016 (Dinkes Jabar, 2017).

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kota Bogor tahun 2017 angka kematian ibu sebanyak 6 kasus. Kematian ibu tersebut terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas, dengan penyebab kematian sebagai berikut : perdarahan pada persalinan 3 kasus (50%), hipertensi dalam kehamilan 1 kasus (16%) dan penyebab lainnya 2 kasus (33%) (Dinkes Kota Bogor, 2017).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum persalinan. Bila KPD terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut KPD pada kehamilan premature. KPD pada kehamilan premature sendiri disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari

vagina. KPD premature juga sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, dan solusio plasenta (Fadlun, 2012).

Risiko ketuban pecah dini dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun bagi janin. Bagi ibu dapat menyebabkan infeksi intrapartal (dalam persalinan), infeksi puerparalis (masa nifas), partus lama, perdarahan postpartum, morbiditas, dan mortalitas maternal. Sedangkan bagi bayi dapat menyebabkan prematuritas, prolaps *funiculli* (penurunan tali pusar, hipoksia, asfiksia sekunder, sindrom deformitas janin, morbiditas, dan mortalitas perinatal (Fadlun, 2012).

Faktor penyebab ketuban pecah dini belum diketahui atau tidak dapat ditemukan secara pasti (Nugroho, 2017). Namun, kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi antara lain adalah paritas, kelainan selaput ketuban, usia ibu <20 tahun atau >35 tahun, serviks yang pendek, indeksi, serviks inkompeten, trauma, gemeli, hidramnion, kelainan letak, alkohol, dan merokok (Harini, 2017).

Paritas merupakan banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2010). Paritas tinggi mempengaruhi terjadinya risiko *poor maternal* salah satunya ketuban pecah dini (Prawirohardjo, 2014). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Wulandari yang menyatakan bahwa paritas berhubungan dengan angka kejadian ketuban pecah dini dengan nilai $p=0,007$ (Wulandari, 2016).

Angka kejadian KPD di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di negara India antara 6% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di negara India antara 6% sampai 12%. Angka tersebut merupakan permasalahan yang masih belum terselesaikan, terutama di negara berkembang. Dampak ketuban pecah dini terhadap ibu akan menyebabkan infeksi inpartum terutama pada saat melakukan pemeriksaan dalam, infeksi nifas, peritonitis serta dry labor. Dampak KPD pada bayi dimana walaupun ibu belum nampak gejala-gejala infeksi akan tetapi janin mungkin telah terkena infeksi. Resiko yang akan terjadi adalah prematuritas, infeksi, malpresentasi, prolaps dan bahkan mortalitas perinatal (Prawirohardjo, 2011).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di BPM Bidan Sri Rahayu, S.Tr. Keb, data tahun 2018, Januari-desember jumlah ibu bersalin 112 orang dan kasus KPD berjumlah 36 orang dengan paritas multipara. Bidan Hj. Sri Rahayu S.Tr. Keb mengatakan bahwa kejadian KPD sering terjadi pada ibu hamil anak kedua atau lebih. Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian yaitu “Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Sri Rahayu, S.Tr. Keb Tahun 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian adalah “Adakah Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Hj Bidan Sri Rahayu, S.Tr. Keb Tahun 2019?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Sri Rahayu, STr. Keb Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Hj Sri Rahayu, STr. Keb Tahun 2019.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi Paritas di BPM Bidan Hj Sri Rahayu, S.Tr. Keb Tahun 2019.
- c. Diketuainya hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di BPM Bidan Hj sri rahayu, S.Tr.keb

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Akademi Kebidanan wijaya husada bogor

Dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bahan bacaan mata kuliah kebidanan dan untuk menambah pengetahuan kebidanan khususnya pada faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini.

2. Bagi Tenaga Kesehatan di BPM Bidan Hj Sri rahayu S.Tr.keb

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan pelayanan pada kejadian pecah dini di wilayah kerja BPM Bidan Hj S ri rahayu S.Tr.keb.

E. Ruang lingkup

1. Ruang Lingkup Materi : Materi dalam penelitian ini adalah materi ilmu kebidanan khususnya dalam mengetahui faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini.
2. Ruang Lingkup Responden : Responden dalam penelitian ini ibu dengan ketuban pecah dini diwilayah kerja BPM Bidan Sri Rahayu S.Tr.Keb.
3. Ruang Lingkup Waktu : Bulan juni dengan agustus 2019.
4. Ruang Lingkup Tempat : BPM Bidan Sri Rahayu S.Tr.Keb.

3. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
Budi Rahayu,	Hubungan faktor-faktor usia ibu	Menggunakan metode	Variabel Independen:	Hasil dari penelitian ini

2018	paritas umur kehamilan dan over distensi dengan kejadian ketuban pecah dini dirumah sakit yogyakarta	<i>Retrospektif</i> dengan pendekatan <i>case control</i>	Usia Ibu, Paritas, dan over distensi Variabel Dependen: Kejadian Ketuban Pecah Dini	adalah tidak ada hubungan dengan kejadian ketuban pecah dini karena dengan nilai $p=0,142. >0.05$, dengan nilai OR 0.814 nilai CI95% 0.619-1.071 yang artinya risiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh jumlah paritas 0.814 kurang dari 1 yang artinya bersifat protektif tidak bermakna
Aulia	Hubungan Paritas	Penelitian ini	Variabel	Hasil penelitian

Ulfa Raydian, 2018	Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung	menggunakan metode analisis observasional dengan rancangan cross sectional.	Independen: Paritas; Variabel Dependen: Kejadian Ketuban Pecah Dini	menunjukkan bahwa sebanyak 59 pasien (23,69%) mengalami kejadian KPD dan sebanyak 31 (12,44%) pasien yang mengalami KPD dengan multiparitas. Berdasarkan uji Chi-kuadrat, $p =$ 0,031 ($p < 0,05$) diperoleh.
Eki Yusdwi Kurnia, 2017	Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul	Metode penelitian yang digunakan adalah metode <i>survei analitik</i> dengan pendekatan <i>retrospektif</i> ,	Variabel Independen: Paritas; Variabel Dependen: Kejadian Ketuban Pecah Dini	Hasil Penelitian dari penelitian adalah ibu bersalin yang mengalami ketuban pecah dini berjumlah 140 (42,9%)

		<p>pengambilan data menggunakan data sekunder dari buku register ibu bersalin</p>		<p>dengan karakteristik terbanyak paritas primipara 77 (55,0%) , paritas multipara 55 (39,3%) dan yang terendah berjumlah 8 (5,7%). hasil uji statistik <i>chi square</i> dengan df 2 nilai X^2 hitung $>X^2$ tabel (11,608 > 5,991) dan nilai p 0,003 < 0,05.</p>
--	--	---	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Paritas

1. Definisi Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*). Jenis paritas bagi ibu yang sudah partus antara lain yaitu : a) Nullipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang mampu hidup; b) Primipara adalah wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup; c) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan dua janin viabel atau lebih; d) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lima anak atau lebih. Pada seorang grande multipara biasanya lebih banyak penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2014).

Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transport O₂ dari ibu ke janin yang akan menyebabkan asfiksia yang dapat dinilai dari *APGAR Score* menit pertama setelah lahir (Manuaba, 2012).

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup yaitu kondisi yang menggambarkan kelahiran sekelompok atau beberapa kelompok wanita selama masa reproduksi (BKKBN, 2011).

Penelitian Almeida et al menyatakan bahwa ibu dengan usia yang tua (lebih dari 41 tahun) mempunyai pengaruh yang tinggi terhadap keluaran perinatal. Namun pengaruh tersebut dapat dikurangi tergantung pada usia

kehamilan, paritas, dan terutama pada tingkat pendidikan wanita hamil. Untuk wanita hamil ≥ 41 , peningkatan risiko keluaran perinatal diidentifikasi untuk kelahiran prematur, untuk posterm (kecuali untuk wanita primipara dengan sekolah ≥ 12 tahun), dan untuk berat badan lahir rendah. Saat melakukan perbandingan antara umur tua dengan muda, tingkat pendidikan yang lebih tinggi memastikan risiko yang sama rendah pada Skor *APGAR* 1 menit pertama (untuk ibu primipara dan kelahiran aterm), skor *APGAR* rendah pada 5 menit (kelahiran aterm), makrosomia (untuk wanita non-primipara), dan asfiksia (Almeida, 2015).

Kata paritas berasal dari bahasa latin, pario yang berarti menghasilkan, secara umum, paritas didefinisikan sebagai keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 1998).

Ibu dengan usia yang tua lebih dari 41 tahun mempunyai pengaruh yang tinggi terhadap keluaran perinatal. Namun pengaruh tersebut dapat dikurangi tergantung pada usia kehamilan, paritas, dan terutama pada tingkat pendidikan wanita hamil. Untuk wanita hamil ≥ 41 , peningkatan risiko keluaran perinatal diidentifikasi untuk kelahiran prematur, untuk posterm (kecuali untuk wanita primipara dengan sekolah ≥ 12 tahun), dan untuk berat badan lahir rendah. Saat melakukan perbandingan antara umur tua dengan muda, tingkat pendidikan yang lebih tinggi memastikan risiko yang sama rendah pada Skor *APGAR* 1 menit pertama (untuk ibu primipara

dan kelahiran aterm), Skor APGAR rendah pada 5 menit (kelahiran aterm), makrosomia (untuk wanita non-primipara), dan asfiksia (Almeida, 2015).

Kehamilan yang berulang dengan rentang waktu yang singkat akan menyebabkan cadangan besi didalam tubuh ibu belum pulih dengan sempurna dan kemudian terkuras untuk keperluan janin yang dikandung (Depkes2008).

Jarak kehamilan juga merupakan hal penting untuk diperhatikan, jarak kehamilan yang optimal adalah lebih dari 36 bulan kehamilan sebelumnya, sedangkan jarak kehamilan yang dekat adalah kurang dari 2 tahun(varney2007).

Jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat mengurangi manfaat yang diperoleh dari kehamilan sebelumnya, seperti uterus yang sudah membesar dan meningkatnya aliran darah ke uterus, sedangkan jika jaraknya terlalu pendek akan membuat ibu tidak memiliki waktu untuk pemulihan, keruakan sistem reproduksi atau masalah postpartum (prawihardjo,2012).

2. Klasifikasi Paritas

a. Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.

b. Multipara

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali.

c. Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Mawaddah, 2016).

3. Faktor –faktor yang mempengaruhi paritas

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Beberapa segi positif adalah mendukung ekonomi rumah tangga. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik untuk keluarga dalam hal gizi, pendidikan, tempat tinggal, sandang, liburan dan hiburan serta fasilitas pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-sehari.

c. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

d. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rejeki.

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat

langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2010).

4. Hubungan Paritas dan KPD

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat, diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Mawaddah, 2016).

Penyebab KPD menurut Manuaba yaitu multiparitas. Multipara lebih besar kemungkinan terjadinya infeksi karena proses pembukaan serviks lebih cepat dari nulipara, sehingga dapat terjadinya pecahnya KPD. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Pada multipara, karena adanya riwayat persalinan yang lalu maka keadaan jaringan ikatnya lebih longgar dari pada nulipara. Pada multipara jaringan ikat yang menyangga membran

ketuban makin berkurang sehingga multipara lebih berisiko terjadi ketuban pecah dini dibandingkan nulipara (Mawaddah, 2016).

B. Ketuban Pecah Dini

1. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan pada saat belum menunjukkan tanda-tanda persalinan atau inpartu, bila diikuti satu jam kemudian tidak timbul tanda-tanda awal persalinan. Bila pecahnya selaput ketuban terjadi sebelum umur kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini preterm (Duff P, 2016).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2019).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Mansjoer, 2011).

Definisi ketuban pecah dini (KPD) adalah : pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/belum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (dr.Taufan Nugroho,2015).

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(Respiration Distress syndrome) (dr.Taufan Nugroho,2015).

2. Etiologi

Sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini antara lain:

a. Faktor maternal

- 1) Infeksi dari rahim, leher rahim, dan vagina seperti *Chlamydia*,
Gonorrhea.
- 2) Stress maternal
- 3) Malnutrisi (gizi buruk, kekurangan vitamin C)
- 4) Merokok
- 5) Telah menjalani operasi biopsi serviks
- 6) Memiliki riwayat KPD
- 7) Belum menikah
- 8) Status ekonomi rendah
- 9) Anemia
- 10) Trauma abdomen
- 11) Mengonsumsi narkoba
- 12) Genetik

b. Faktor uteroplasental

- 1) Uterus abnormal (misalnya septum uteri)
- 2) Plasenta abruption (cacat plasenta didefinisikan sebagai kegagalan fisiologi transformasi dari segmen miometrium arteriolae spiralis sering menyebabkan KPD dan pre-eklampsia)
- 3) Serviks insufisiensi
- 4) Peregangan uterus (hidramnion, kehamilan kembar)
- 5) Chorioamnionitis (infeksi intra ketuban)
- 6) Infeksi karena transvaginal USG
- 7) Peregangan uterus
- 8) Trombosis dan perdarahan desidua

c. Faktor fetal

- 1) Kehamilan kembar (WHO, 2011)

d. Etiologi

Penyebab kpd masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

- 1) Infeksi: infeksi yang terjadi secara langsung pada ketuban maupun asendren dari vagina atau infeksi pada ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

- 2) Servik yang inkompentensia, 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, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah .
- 6) Keadaan sosial ekonomi (dr.Taufan Nugroho,2015)

3. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini

a. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin. Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Hal ini dapat dijadikan pelajaran bagi ibu-ibu hamil agar selama masa kehamilan hindari/kurangi melakukan pekerjaan yang berat (Abdul, 2010).

Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi tiga jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini. Pekerjaan merupakan suatu yang penting dalam kehidupan, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya sebaiknya dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin (Abdul, 2010).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Huda yang menyatakan bahwa ibu yang bekerja dan lama kerja ≥ 40 jam/ minggu dapat meningkatkan risiko sebesar 1,7 kali mengalami KPD dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena pekerjaan fisik ibu juga berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi. Pada ibu yang berasal dari strata sosial ekonomi rendah banyak terlibat dengan pekerjaan fisik yang lebih berat (Huda, 2013).

b. Paritas

Multigravida atau paritas tinggi merupakan salah satu dari penyebab terjadinya kasus ketuban pecah sebelum waktunya. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik

lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi/ dicegah dengan keluarga berencana (Wiknjosastro, 2011).

Menurut penelitian Fatimah konsistensi serviks pada persalinan sangat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini pada multipara dengan konsistensi serviks yang tipis, kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini lebih besar dengan adanya tekanan intrauterin pada saat persalinan. konsistensi serviks yang tipis dengan proses pembukaan serviks pada multipara (mendatar sambil membuka hampir sekaligus) dapat mempercepat pembukaan serviks sehingga dapat beresiko ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap. Paritas 2-3 merupakan paritas yang dianggap aman ditinjau dari sudut insidensi kejadian ketuban pecah dini. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai resiko terjadinya ketuban pecah dini lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (satu), alat-alat dasar panggul masih kaku (kurang elastik) daripada multiparitas (Cunningham, 2013).

Paritas kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif lebih aman untuk hamil dan melahirkan pada masa reproduktif, karena pada keadaan tersebut dinding uterus belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum terlalu sering mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik (Cunningham, 2013).

c. Umur

Umur individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dengan bertambahnya umur seseorang maka kematangan dalam berfikir semakin baik sehingga akan termotivasi dalam pemeriksaan kehamilan untuk mencegah komplikasi pada masa persalinan (Abdul, 2013).

Umur dibagi menjadi 3 kriteria yaitu < 20 tahun, 20-35 tahun dan > 35 tahun. Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu usia 20-35 tahun. Pada usia ini alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi, kehamilan yang terjadi pada usia < 20 tahun atau terlalu muda sering menyebabkan komplikasi/ penyulit bagi ibu dan janin, hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Wiknjastro, 2011).

Sedangkan pada usia yang terlalu tua atau > 35 tahun memiliki resiko kesehatan bagi ibu dan bayinya. Keadaan ini terjadi karena otot-

otot dasar panggul tidak elastis lagi sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan. Salah satunya adalah perut ibu yang menggantung dan serviks mudah berdilatasi sehingga dapat

menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Wiknjosastro, 2011).

Umur ibu 35 tahun juga merupakan faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini karena pada usia ini sudah terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga mempengaruhi proses embryogenesis sehingga pembentukan selaput lebih tipis yang memudahkan untuk pecah sebelum waktunya (Cunningham, 2013).

d. Riwayat Ketuban Pecah Dini

Riwayat kejadian KPD sebelumnya menunjukkan bahwa wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. Keadaan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin dalam kandungan juga juga dapat meningkatkan risiko kelahiran dengan ketuban pecah dini. Preeklampsia/eklampsia pada ibu hamil mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas dan keadaan janin karena terjadi penurunan darah ke plasenta yang mengakibatkan janin kekurangan nutrisi (Cunningham, 2013).

Riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD aterm dan KPD preterm terutama pada pasien risiko

tinggi. Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2013).

e. Usia Kehamilan

Usia kehamilan pada saat kelahiran merupakan satu-satunya alat ukur kesehatan janin yang paling bermanfaat dan waktu kelahiran sering ditentukan dengan pengkajian usia kehamilan. Pada tahap kehamilan lebih lanjut, pengetahuan yang jelas tentang usia kehamilan mungkin sangat penting karena dapat timbul sejumlah penyulit kehamilan yang penanganannya bergantung pada usia janin. Periode waktu dari KPD sampai kelahiran berbanding terbalik dengan usia kehamilan saat ketuban pecah. Jika ketuban pecah trimester III hanya diperlukan beberapa hari saja hingga kelahiran terjadi dibanding dengan trimester II. Makin muda kehamilan, antar terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur. Semakin lama menunggu, kemungkinan infeksi akan semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal (Astuti, 2012).

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal,

persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden Sectio Caesaria, atau gagalnya persalinan normal. 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 (Astuti, 2012).

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya di evaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD

Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm, kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 (Nita Norma D- Mustika Dwi,2015)

- ✓ Infeksi intrauterin
- ✓ Prematuritas
- ✓ Tali pusat menumbung
- ✓ Distosia

4. Patogenesis Ketuban pecah dini (KPD)

Patogenesis KPD berhubungan dengan hal-hal berikut:

- a. Adanya hipermotilitis rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah dini. Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, sevisitis, dan vaginitis terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini.
- b. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban)
- c. Infeksi (amnionitis atau koroamnionnitis)
- d. Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah: multifara, malposisi, servik inkompeten, dan lain-lain.

Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), di mana berisi ketuban dipecahkan terlalu dini (Prawirohardjo, 2014).

5. Cara Menentukan Ketuban pecah dini (KPD)

Cara menentukan terjadinya KPD dengan: Memeriksa adanya cairan yang berisi mekoneum, verniks kaseosa, rambut lanugo atau bila telah terinfeksi berbau.

- a. Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis serviks dan apakah ada bagian yang sudah pecah.
- b. Gunakan kertas lakmus (litmus) : bila menjadi biru (basa) berarti air ketuban, bila menjadi merah (merah) berarti air kemih (urine).

- c. Pemeriksaan pH fornix posterior pada KPD pH adalah basa (air ketuban).
- d. Pemeriksaan histopatologi air ketuban (Prawirohardjo, 2014).

6. Pengaruh Ketuban pecah dini (KPD)

Pengaruh Ketuban pecah dini yaitu:

a. Terhadap janin

Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterin lebih dahulu terjadi (aminionitis, vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan, jadi akan meninggikan mortalitas dan morbiditas perinatal. Dampak yang ditimbulkan pada janin meliputi prematuritas, infeksi, mal presentasi, prolaps tali pusat dan mortalitas perinatal.

b. Terhadap ibu

Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartum, apa lagi terlalu sering diperiksa dalam, selain itu juga dapat dijumpai infeksi puerperalis (nifas), peritonitis dan seftikamia, serta dry-labor. Ibu akan merasa lelah karena terbaring ditempat tidur, partus akan menjadi lama maka suhu tubuh naik, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal-hal di atas akan meninggikan angka kematian dan angka morbiditas pada ibu. Dampak yang ditimbulkan pada ibu yaitu partus

lama, perdarahan post partum, atonia uteri, infeksi nifas. (Prawirohardjo, 2014).

7. Komplikasi Ketuban pecah dini (KPD)

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal (Mochtar, 2011).

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. Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonal (Mochtar, 2011).

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten (Mochtar, 2011).

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS) respiratory distress

syndrom, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir (dr.Taufan Nugroho,2015).

8. Tanda dan Gejala Ketuban pecah dini (KPD)

Tanda dan gejala ketuban pecah dini yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma ketuban berbau amis dan tidak berbau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering kerana terus diproduksi sampai kelahiran tetapi bila anda duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjai. Kebocoran untuk sementara, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat, merupakan tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2012).

Tanda dan gejala

- 1)Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- 2)Aroma air ketuban berbau manis dan tidak bau amoniak, mungkin cairan 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 anda 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 terjadi. (dr. Taufan Nugroho, 2015).

9. Penatalaksanaan Ketuban pecah dini (KPD)

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini meliputi:

a. Konserpatif

- 1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negativ beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.

- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

4) Bila skor pelvik > 5 , induksi persalinan, partus pervaginam (Prawirohardjo, 2014).

Penatalaksanaan Ketuban pecah dini adalah:

- a. Mempertahankan kehamilan sampai cukup bulan khususnya maturitas paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat.
- b. Terjadi infeksi dalam rahim, yaitu korioamnionitis yang menjadi pemicu sepsis, maningitis janin, dan persalinan prematuritas.
- c. Dengan perkiraan janin sudah cukup besar dan persalinan diharapkan berlangsung dalam waktu 72 jam dapat diberikan kortikosteroid, sehingga kematangan paru janin dapat terjamin.
- d. Pada umur kehamilan 24-32 minggu yang menyebabkan menunggu berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan, dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan.
- e. Menghadapi KPD, diperlukan penjelasan terhadap ibu dan keluarga sehingga terdapat pengertian bahwa tindakan mendadak mungkin dilakukan dengan pertimbangan untuk menyelamatkan ibu dan mungkin harus mengorbankan janinnya.
- f. Pemeriksaan yang penting dilakukan adalah USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru.
- g. Waktu terminasi pada kehamilan aterm dapat dianjurkan selang waktu 6-24 jam bila tidak terjadi his spontan (Manuaba, 2012).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini adalah :

Konservatif

- a. Rawat dirumah sakit
- b. Beri antibiotika : bila ketuban pecah > 6 jam berupa : Ampisillin 4x 500 mg atau gentamcyin 1x80 mg.
- c. Umur kehamilan <32-34 minggu: di rawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi premature).
- e. Nilai tanda tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda tanda infeksi intrauterine).
- f. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru paru janin.

Aktif

- a. Kehamilan > 35 minggu : induksi oksitosin, bila gagal dilakukan seksio sesaria.

Cara induksi : 1 ampul syntocinon dalam dektrose 5%, dimulai 4 tetes/menit.

- b. Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan seksio sesaria.
- c. Bila ada tanda tanda infeksi : beri antiobitkadosis tinggi dan persalinan di akhiri. (dr.Taufan Nugroho,2015).

10. Patofisiologi

Banyak teori, mulai dari defect kromosom, kelainan kolagen, sampai infeksi. Pada sebagian besar kasus ternyata berhubungan dengan infeksi (sampai 65%). *High virulensi* berupa *Bacteroides* *Low virulensi*, *Lactobacillus* *Kolagen* terdapat pada lapisan kompakta *amnion*, *fibroblast*, jaringan *retikuler* korion dan *trofoblas*. Sintesis maupun degradasi jaringan kolagen dikontrol oleh system aktifitas dan inhibisi interleukin -1 (iL-1) dan prostaglandin. Jika ada infeksi dan inflamasi, terjadi peningkatan aktifitas iL-1 dan prostaglandin, menghasilkan kolagenase jaringan, sehingga terjadi depolimerasi kolagen pada selaput korion/ amnion, menyebabkan ketuban tipis, lemah dan mudah pecah spontan (Prawirohardjo, 2014).

11. Penyebab Ketuban pecah dini (KPD)

Penyebab KPD meliputi antara lain:

- a. Serviks inkompeten
- b. Faktor keturunan
- c. Pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genitalia)
- d. Overdistensi uterus
- e. Malposisi atau malpresentase janin
- f. Faktor yang menyebabkan kerusakan serviks

- g. Riwayat KPD sebelumnya dua kali atau lebih
- h. Faktor yang berhubungan dengan berat badan sebelum dan selama hamil
- i. Merokok selama kehamilan
- j. Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat dari pada usia muda
- k. Riwayat hubungan seksual baru-baru ini (Prawirohardjo, 2014).

12. Mekanisme Ketuban Pecah Dini

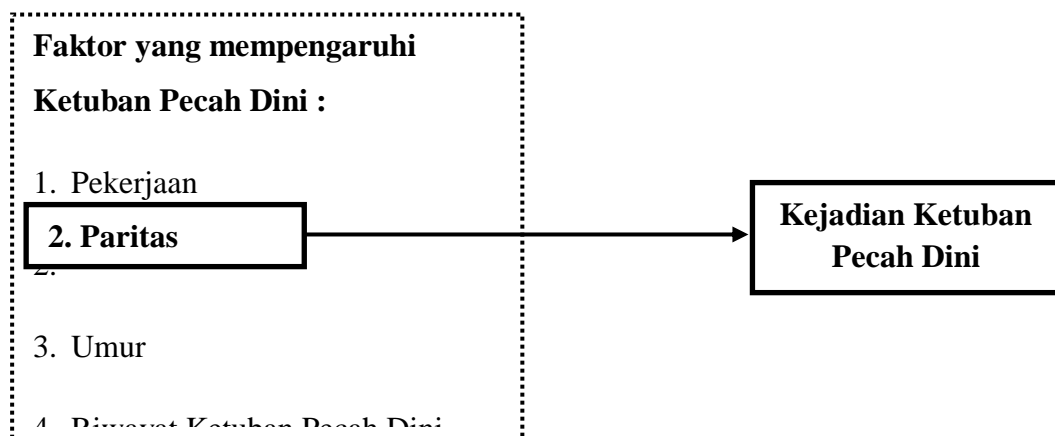
Ketuban pecah dini saat pembukaan servik sebelum waktunya (pembukaan prematur servik) serta membran terkait dengan pembukaan terjadi devaskularisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan. Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban semakin berkurang dan melemahkan daya tahan ketuba. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (Manuaba, 2012).

Secara umum ketuban pecah dalam persalinan disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregaangan yang berulang. Pada ketuban pecah dini terjadi berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen, serta berkurangnya tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal diantaranya akibat merokok (Prawihardjo, 2014).

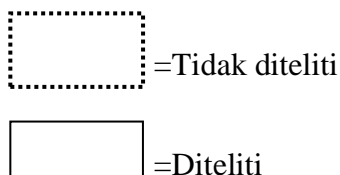
C. Kerangka Teori

Kajian pustaka pada dasarnya membahas atau mendefinisikan mengenai setiap variabel yang penting dalam penelitian secara individual dan rinci berdasarkan teori. Teori sangat penting agar penelitian mempunyai dasar dalam menjelaskan variabel-variabel dalam penelitian (Sugiyono, 2016).

Teori adalah seperangkat konstruk (konsep), definisi, dan proposisi yang berfungsi untuk melihat fenomena secara sistematis, melalui spesifikasi hubungan antara variabel, sehingga dapat berguna untuk menjelaskan dan meramalkan fenomena (Sugiyono, 2016). Kerangka teori dalam penelitian ini yaitu:



Bagan 2.1 kerangka teori



Sumber : Abdul (2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian ini adalah penelitian *survei analitik*, yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi.

Rancangan penelitian menggunakan desain penelitian dengan pendekatan *retrospektif*, yaitu rancangan penelitian yang melihat proporsi kejadian berdasarkan riwayat ada tidaknya paparan dengan melihat ke belakang dari suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti. Penelitian ini untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek resiko, cara pendekatan menggunakan metode observasi, atau melakukan pengumpulan data sekaligus (Notoatmodjo,2012).

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep- konsep atau variabel- variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan hasil studi kepustakaan dan kerangka teori, dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

Bagan 3.1 Kerangka Konsep



C. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

1. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel *independen* (variabel bebas) adalah variabel yang mempengaruhi (Nursalam, 2013). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah paritas.

2. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel *dependen* (variabel tergantung) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Nursalam, 2013). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian ketuban pecah dini.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang diteliti, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012). Definisi operasional variabel penelitian merupakan penjelasan dari masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian. Definisi operasional variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen						
1	Paritas	Seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (<i>viable</i>), Jumlah kelahiran yang menghasilkan bayi aterm(varney2010).	Angket	Mengisi Angket	1. Primipara 2. Multipara 3. Grandemulti para	Nominal
Variabel Dependen						

2	Kejadian Ketuban Pecah Dini	Pecahnya selaput sebelum terdapat , usia kehamilan dan sebelum tanda-tanda persalinan.	Angket	Mengisi Angket (Skala Guttman)	2 = Ya 1 = Tidak	Nominal
---	-----------------------------	--	--------	--------------------------------	---------------------	---------

E. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho : Tidak ada Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Sri Rahayu, STr. Keb Tahun 2019. Dengan nilai *P value* 0.676.

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di BPM Bidan Sri Rahayu S.Tr.Keb tahun 2018 yang berjumlah 112 orang. Teknik sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan cara *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara random atau acak (Notoatmodjo,2012).

2. Sampel

Besar sample dalam penelitian ini menggunakan rumus slovin dengan tingkat kesalahan 5% yaitu berjumlah 112 data ibu bersalin, sampel 36 orang yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) kemudian disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada tahun 2019.

Rumus Slovin :

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

Keterangan :

n = Total Sempel

N = Jumlah Populasi

e = persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan, misalnya 5%

Dengan kriteria *Inklusi* :

- a) Ibu yang bersalin
- b) Ibu dengan ketuban pecah dini (KPD)
- c) Ibu yang bersedia menjadi responden.

Dengan kriteria *Eksklusi* :

- a) Ibu yang tidak bersedia menjadi responden

G. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di BPM Bidan Sri Rahayu, Str.Keb dan waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni sampai Agustus Tahun 2019.

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu mendapatkan adanya rekomendasi dari institusi atau pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi atau lembaga penelitian. Setelah peneliti dapat izin barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi: (Sugiyono, 2013)

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti disertai judul penelitian. Bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak subjek.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi mencantumkan inisialnya saja.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. *Privacy*

Identitas responden tidak akan diketahui oleh orang lain, bahkan penelitian itu sendiri sehingga responden dapat secara bebas untuk menentukan jawaban dari kuesioner tanpa takut intimidasi.

I. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Alat pengumpulan data

- a) Angket merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan. Alat ukur ini digunakan bila responden jumlahnya besar dan dapat membaca dengan baik yang dapat mengungkapkan hal-hal yang bersifat rahasia. penelitian ini menggunakan angket yang dibagikan kepada ibu dengan KPD di BPM Bidan Sri Rahayu S.Tr.Keb kabupaten bogor yang berisikan beberapa pertanyaan.

1) Data *Primer*

Data *primer* adalah data yang diambil secara langsung oleh peneliti yaitu berupa jawaban persyaratan dari responden yang dituangkan dalam kuesioner pada saat peneliti yang meliputi data singkat *paritas*

2) Data *Sekunder*

Data *sekunder* adalah data penunjang yang diperoleh dari lingkungan peneliti yaitu data hasil dokumentasi dari hasil kegiatan selama penelitian, seperti dokumen yang dimiliki oleh data BPM Hj Sri rahayu S.Tr.Keb seperti data jumlah ibu dengan KPd tahun 2018.

1. Metode Pengolahan

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara atau rumus tertentu (Sugiyono, 2011)

Tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing adalah pengecekan atau pengoreksian data yang telah dikumpulkan karena kemungkinan data yang masuk atau data yang terkumpul itu tidak logis dan meragukan. Tujuan editing adalah untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan di lapangan dan bersifat koreksi.

b. *Coding*

Coding adalah pemberian atau pembuatan kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka-angka atau huruf-huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang dianalisis responden.

1) Paritas

1=Primipara

2=Multipara

3=Grandemultipara

2) Ketuban pecah dini

2= Ya

1= Tidak

c. *Tabulasi*

Tabulasi adalah membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan. Setelah proses tabulasi selesai kemudian data-data dalam tabel tersebut akan diolah dengan bantuan software statistik yaitu SPSS.

d. *Entry data*

Data yang telah dikode kemudian dimasukkan dalam program komputer untuk selanjutnya akan diolah.

e. *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah dimasukan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya. Data yang di *cleaning* dalam penelitian ini adalah data hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini.

2. Analisa Data

Analisa data untuk memudahkan interpretasi dan menguji hipotesis penelitian. Analisa dalam penelitian ini meliputi analisa Univariat dan Bivariat (Sugiyono, 2013).

1) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis tiap variabel yang dinyatakan dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik.

Analisis univariat ini digunakan untuk memperjelas bagaimana distribusi dan presentase serta untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel independen dan dependen.

Adapun rumus yang digunakan :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Persentase

F : Frekuensi

N : Jumlah Responden

2) Analisis Bivariat

Merupakan analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau korelasi yaitu hubungan paritas (variabel independent) dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) (variabel dependent). (Notoatmodjo2015).

Uji statistik yang digunakan adalah *cramer* yaitu karena pada penelitian ini didapatkan hasil ukur dengan skala nominal.

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{n(t-1)}}$$

X²= Statistik Khi-kuadrat

n = Ukuran Contoh total

t = Banyak baris atau kolom yang lebih kecil.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 27 sampai 28 Agustus 2019. Dan dilakukan pengambilan data responden. Dalam pelaksanaan pengumpulan data peneliti dibantu oleh pembimbing lahan yang diberi penjelasan terlebih dahulu, memberikan penjelasan *informed consent* untuk ditanda tangani oleh responden dalam pengambilan data, responden menerima atau menolak menjadi responden tanpa sanksi apapun, Jumlah responden sebanyak 88 responden, jenis penelitian ini adalah penelitian *survei analitik*, yaitu survei atau penelitian mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi desai penelitian menggunakan pendekatan *retrospektif*, yaitu rancangan penelitian yang melihat proporsi kejadian berdasarkan riwayat ada tidaknya paparan dengan melihat ke belakang dari suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti. Hasil penelitian ini di analisis secara univariat berdasarkan tabel 4.3 distribusi frekuensi paritas di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas diperoleh hasil paritas dari 88 responden menunjukkan bahwa sebagian besar termasuk paritas multipara 56 (63,6%).

Berdasarkan tabel 4.4 distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas, dari 88 responden

menunjukkan bahwa yang tidak mengalami KPD 52 (59,1%). Analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi yang meliputi paritas di BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb tahun 2019. Selanjutnya dianalisis bivariat guna mengetahui adanya hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb kab bogor tahun 2019.

B. Karakteristik Responden

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.1

Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No	Umur	Jumlah	Persentase %
1.	16-20 tahun	24	27,1 %
	21-25 tahun	15	17,4%
3.	26-30 tahun	19	21,5%
4.	Lebih dari 31 tahun	30	34%
	Total	88	100%

Sumber Olahan SPSS17

Berdasarkan tabel 4.1, distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur pada ibu hamil di Bpm Bidan Hj Sri

Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 dari 88 responden terdapat 30 (34%) responden yang memiliki usia lebih dari 31 tahun.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.2

Karakteristik Responden Berdasarkan pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase %
1.	SD	26	29,5%
2.	SMP	32	36,5%
3.	SMA	22	25%
4.	PT	8	9%
Total		88	100%

Sumber Olahan SPSS17

Berdasarkan tabel 4.2 distribusi frekuensi karakteristik responden pendidikan di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 dari 88 responden terdapat 32 (36,5%) responden yang memiliki pendidikan SMP.

C. Analisis univariat

a. Distribusi frekuensi paritas di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Tabel 4.3

Distribusi Frekuensi Paritas di BPM Bidan Hj Sri Rahayu,
S.Tr. Keb Tahun 2019.

No.	Paritas	Jumlah	Persentase %
1.	Primipara	24	27,3%
2.	Multipara	56	63,6%
3.	Grandemultipara	8	9,1%
	Total	88	100%

Sumber olahan SPSS17

Berdasarkan tabel 4.3 distribusi frekuensi paritas di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas diperoleh hasil paritas dari 88 responden menunjukkan bahwa sebagian besar termasuk paritas multipara 56 (63,6%).

**b. Distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm
Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tagun 2019.**

Tabel 4.4

Distribusi Frekuensi kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj
Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

No.	Kejadian KPD	Jumlah	Persentase %
1.	KPD	36	40,9%
2.	Tidak KPD	52	59,1%
	Total	88	100%

Sumber olahan SPSS17

Berdasarkan tabel 4.4 distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas, dari 88 responden menunjukkan bahwa terdapat ketuban pecah dini (KPD) 36 (40,9%), sedangkan yang tidak mengalami KPD 52 (59,1%).

D. Analisis bivariat

a. Distribusi Frekuensi Hubungan Paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Tabel 4.5

Distribusi Frekuensi hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Paritas	Kejadian KPD				Total	P value
	Tidak KPD		KPD			
	N	%	N	%		
Primipara	13	14,2	11	9,8	27,3	0.676
Multipara	35	33,1	21	22,9	63,6	
Grandemultipara	4	4,7	4	3,3	9,1	
Total	52	52,0	36	36,0	100%	

Sumber olahan SPSS1

Berdasarkan tabel 4.5 Distribusi Frekuensi paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 hasil dari tabulasi silang menunjukkan sebagian besar ibu multipara dengan kejadian tidak KPD sebanyak 35 (33,1%).

Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0.676 yang artinya $\rho = \geq 0,05$ jadi H_0 diterima dan H_A ditolak. Sehingga tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

E. PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian tentang Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

1. Hasil Penelitian Univariat

Penelitian ini dilakukan di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb dengan jumlah sampel 88 Responden, Pembahasan hasil penelitian ini diuraikan satu persatu di mulai dari variabel independent yaitu paritas, kemudian variabel dependent Ketuban pecah dini. Pembahasan penelitian dapat diuraikan sebagai berikut :

b. Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*). Jenis paritas bagi ibu yang sudah partus antara lain yaitu : a) Nullipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang mampu hidup; b) Primipara adalah wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup; c) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan dua janin viabel atau lebih; d) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lima anak atau lebih. Pada seorang grande multipara biasanya lebih banyak penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2014).

Faktor-faktor yang mempengaruhi paritas menurut Friedman, 2010 adalah pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berfikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang. Pekerjaan, Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan profesi masing-masing. Keadaan ekonomi, Keadaan ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup. Latar belakang, latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin

banyak rejeki. Pengetahuan, Pengetahuan merupakan domain dari perilaku akan lebih bersifat langgeng, dengan kata lain ibu yang tahu paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman,2010).

Berdasarkan tabel 4.3 distribusi frekuensi paritas di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas diperoleh hasil paritas dari 88 responden menunjukkan bahwa sebagian besar termasuk paritas multipara 56 (63,6%).

Hasil penelitian ini dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Budi Rahayu “Hubungan faktor-faktor usia ibu,paritas,umur kehamilan, dan over distensi dengan kejadian ketuban pecah dini di Rumah Sakit Yogyakarta pada tahun 2018” Daengan hasil penelitian adalah paritas tidak ada hubungannya dengan hasil penelitian adalah paritas tidak ada hubungannya dengan kejadian ketuban pecah dini karena nilai *P value* 0.142 ≥ 0.05 dengan nilai OR 0.814 nilai C195% 0.619-1.071 yang artinya risiko kejadian ketuban pecah dini yang diakibatkan oleh jumlah multiparitas 0.814 kurang dari 1 yang artinya bersifat protektif tidak bermakna.

Dari uraian diatas terdapat perbedaan antara teori dan peneliti. Paritas dengan kejadian ketuan pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Hasil ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, umur ibu, kurangnya pengetahuan ibu tentang ketuban pecah dini membuat ibu tidak mengetahui tanda bahaya persalinan sehingga menyebabkan ibu tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan untuk menangani dan mencegah terjadinya ketuban pecah dini /(KPD).

c. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Mansjoer, 2011).

Faktor –faktor yang mempengaruhi Kejadian ketuban pecah dini (KPD), pekerjaan, paritas, umur, riwayat ketuban pecah dini, usia kehamilan (Nita Norma D- Mustika Dwi,2015).

Berdasarkan tabel 4.4, tentang distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019, dari 88 responden menunjukkan bahwa terdapat yang tidak mengalami KPD 52 (59,1%).

Hasil penelitian ini dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aulia ulfa raydian,2018 “ dengan judul Hubungan Paritas Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung, Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 59 pasien (23,69%) mengalami kejadian KPD dan sebanyak 31 (12,44%) pasien yang mengalami KPD dengan multiparitas Berdasarkan uji Chi-kuadrat, paritas tidak ada hubungannya p value 0,031 ($p < 0,05$) diperoleh.

Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin. Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Hal ini dapat dijadikan pelajaran bagi ibu-ibu hamil agar selama masa kehamilan hindari/kurangi melakukan pekerjaan yang berat.

2. Hasil Penelitian Bivariat

Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*). Jenis paritas bagi ibu yang sudah partus antara lain yaitu : a) Nullipara adalah wanita yang belum pernah

melahirkan bayi yang mampu hidup; b) Primipara adalah wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup; c) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan dua janin viabel atau lebih; d) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lima anak atau lebih. Pada seorang grande multipara biasanya lebih banyak penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2014).

Faktor-faktor yang mempengaruhi paritas menurut Friedman,2010 adalah pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berfikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang. Pekerjaan, Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan profesi masing-masing. Keadaan ekonomi, Keadaan ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup. Latar belakang, latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak rejeki. Pengetahuan, Pengetahuan merupakan domain dari perilaku akan lebih bersifat langgeng, dengan kata lain ibu yang tahu paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman,2010).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Mansjoer, 2011).

Penyebab KPD yaitu multiparitas. Multipara lebih besar kemungkinan terjadinya karena proses pembukaan serviks lebih cepat daripada nulipara, sehingga dapat terjadi pecahnya ketuban lebih dini. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Pada multipara, karena adanya riwayat persalinan yang lalu maka keadaan jaringan ikatnya lebih longgar daripada primipara. Pada multipara jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang sehingga multipara beresiko terjadi ketuban pecah dini dibandingkan primipara. (Manuaba,2010).

Faktor –faktor yang mempengaruhi Kejadian ketuban pecah dini (KPD), pekerjaan, paritas, umur, riwayat ketuban pecah dini, usia kehamilan (Nita Norma D- Mustika Dwi,2015).

Berdasarkan tabel 4.5 hasil distribusi frekuensi paritas dengan kejadian ketuban pecah dini dari tabulasi silang menunjukkan bahwa dari 88 responden, responden paritas multipara 56 (63,6%) nilai *p value* $0,676 \geq 0,005$ yang mengalami ketuban pecah dini (KPD).

Dari hasil penelitian ini berdasarkan uji korelasi koefisien *V Cramer* didapatkan nilai jadi *p-value* 0,676 H_A diterima dan H_0 ditolak. Sehingga Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Pratiwi (2016) yang dilakukan di RSUD Muntilan bahwa tidak ada hubungan usia ibu dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD), didapatkan ibu hamil yang mengalami kejadian KPD tertinggi adalah ibu bersalin Multiparitas sebanyak 54 orang (60,67%) dari jumlah keseluruhan 89 responden yang mengalami abortus inkomplit. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,016$ ($p \geq 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan kejadian ketuban pecah dini (KPD).

F. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Penelitian menyadari bahwa dalam penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan-keterbatasan tersebut, antara lain :

1. Peneliti ini hanya meneliti satu faktor saja yang mempengaruhi paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD), sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini (KPD) banyak yang belum diteliti yaitu seperti yang belum diteliti yaitu seperti usia kehamilan, riwayat penyakit sebelumnya. Dan faktor provider kesehatan sehingga dibutuhkan penelitian lanjutan.
2. Peneliti yang digunakan yaitu survei analitik dengan pendekatan *retrospektif*, yaitu rancangan penelitian yang melihat ke belakang dari suatu kejadian yang berhubungan dengan kejadian kesakitan yang diteliti.

G. Implikasi Kebidanan.

Dibutuhkan program pendekatan tenaga kesehatan yang lebih menyeluruh lagi pada setiap posyandu baik per RT/RW. Dalam memberikan penyuluhan tentang ketuban pecah dini (KPD), Program penyuluhan seperti :

- a. Penanganan kejadian ketuban pecah dini.
- b. Pentingnya periksa kehamilan/Anc.
- c. Pengetahuan tentang kejadian ketuban pecah dini.

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb tahun 2019. Dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Diketahui distribusi frekuensi paritas di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas diperoleh hasil paritas dari 88 responden menunjukkan bahwa sebagian besar termasuk paritas multipara 56 (63,6%).
2. Diketahui distribusi frekuensi kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019 diatas, dari 88 responden menunjukkan bahwa terdapat ketuban pecah dini (KPD) 36 (40,9%), sedangkan yang tidak mengalami KPD 52 (59,1%).
3. Terdapat tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb tahun 2019 dari 88 responden menunjukkan bahwa terdapat lebih banyak yang tidak mengalami Kpd 52 (59,1%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p\ value = 0,094$ yang artinya $p\ value \geq 0,05$ jadi H_0 diterima dan H_A ditolak. Sehingga tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019.

B. SARAN

Dari kesimpulan hasil penelitian di atas, dapat dikemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor

Dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bahan bacaan mata kuliah kebidanan dan untuk menambah pengetahuan kebidanan khususnya pada faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini.

2. Bagi Tenaga Kesehatan Di Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan pelayanan pada kejadian pecah dini di wilayah kerja Bpm Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb

LAMPIRAN



AKADEMI KEBIDANAN WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 RT. 006/008, Sindang Barang, Bogor Barat 16117
Ph. (0251) 8327396, 8327399, 0852 1670 1658 E-mail : wijayahusada@gmail.com

Nomor : 041/AKBID/YWH/VII/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Penelitian

Bogor, 18 Juli 2019

Kepada :
Yth. Bidan Hj. Sri Rahayu, S.Tr.Keb
di
Tempat

Dengan hormat

Sehubungan dengan pembuatan KTI bagi mahasiswa tingkat III Semester VI Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor, dengan ini kami mohon izin untuk Uji Validitas, Studi Pendahuluan & penelitian di Bidan Praktek Mandiri Hj. Sri Rahayu, S.Tr.Keb Cisarua Bogor.

Adapun nama mahasiswa dan judul KTI sebagai berikut :

Nama : Meli Urita Sahaya
Nim : 201614025
Judul KTI : Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD) di BPM Bidan Hj. Sri Rahayu, S.Tr.Keb Tahun 2019.

Demikian permohonan dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor
Direktur


dr. Priddy, Sp.PD-KGEH



BIDAN PRAKTEK MANDIRI
HJ SRI RAHAYU S.Tr.Keb
JL.HANKAM NO.3 RT.04/02 DS.LEUWIMALANG
KEC.CISARUA

Hal : Balasan

Kepada Yth :
Direktur Akademi Kebidanan Wijaya Husada
dr. Pridady, Sp.PD-KGEH
Di Tempat

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb
SIPB : No/440/00095/SIPB/BPMPTSP/2016

Menerangkan bahwa,
Nama : Meli urita sahaya
NIM : 201614025

Telah kami setuju untuk melaksanakan penelitian pada tempat kami sebagai syarat penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

"Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini DI BPM Bidan Hj Sri Rahayu S.Tr.Keb Tahun 2019"

Demikian surat balasan ini kami sampaikan, dan atas perhatian dan kerjasamanya saya mengucapkan terima kasih.

Bogor, 27 Agustus 2019
Hormat kami,

Hj. Sri Rahayu S.Tr.Keb

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN AKBID WIJAYA HUSADA BOGOR

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Meli urita sahaya

NIM :201614025

Saya adalah mahasiswa program studi DIII Kebidanan AKBID Wijaya Husada Bogor, bermaksud akan melakukan penelitian tentang **“Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Bpm Bidan Sri Rahayu, S.Tr. Keb Tahun 2019”**.

Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Sri Rahayu, Str. Keb. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil yang berkunjung untuk melakukan pemeriksaan.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif. Peneliti juga menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan hanya untuk kepentingan penelitian.

Bapak/Ibu/Saudara/i dimohon untuk mengisi kuesioner yang peneliti berikan terkait dengan Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) sesuai dengan apa yang Bapak/Ibu/Saudara/i yakini dan ketahui.

Demikian penjelasan tentang penelitian ini, atas ketersediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i saya mengucapkan banyak terima kasih.

Bogor, Agustus 2018

Peneliti

Meli urita

**PROGRAM STUDI III KEBIDANAN
AKBID WIJAYA HUSADA BOGOR**

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat informasi dan penjelasan serta memahami maksud dan manfaat penelitian yang berjudul "Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM Bidan Sri Rahayu, Str. Keb Tahun 2019".

Dengan ini secara sukarela dan tanpa terpaksa saya menyetujui/bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.


Demikian pernyataan penelitian ini saya buat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pencatat



Meli urita sahaya

Yang Menyetujui,
Responden



*Nama dan tanda tangan
St Ila Hawat.*

Lembar Angket

**Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di BPM
Bidan Sri Rahayu, Str. Keb Tahun 2019**

No	Nama Responden	Usia	Pendidikan	Alamat	Paritas	Ketuban Pecah Dini (KPD)
1	Ny. S	25	JD	Josragan	G2P0A0	6 Agustus 2018
2	Ny. R	25	SI	Hankam	G1P1A0	9 Juli 2018
3	Ny. M	22	D3	Kopo	G1P1A0	15 Agustus 2018
4	Ny. R	30	SMP	Kopo	G2P1A1	11 September 2018
5	Ny. I	39	SMP	Hankam	G3P3A0	17 Juli 2018
6	Ny. T	39	SMA	Hankam	G2P3A0	16 Desember 2018
7	Ny. L	22	D3	Hankam	G2P1A0	31 Januari 2018
8	Ny. H	26	SMA	Hankam	G1P1A0	23 Maret 2018
9	Ny. D	19	SMP	Hankam	G1P1A0	2 Januari 2018
10	Ny. W	31	SMP	Cidareum	G4P3A0	9 Maret 2018
11	Ny. E	26	SMP	Cidareum	G1P0A0	7 Juni 2018
12	Ny. S	19	SMP	Cidareum	G5P3A0	19 Juni 2018
13	Ny. Y	32	SD	Cidareum	G1P2A0	29 September 2018
14	Ny. A	18	SMA	Ciburuan	G3P1A1	6 September 2018
15	Ny. N	18	SMP	Cidareum	G2P1A1	12 September 2018
16	Ny. F	20	SMA	Ciburuan	G2P0A1	30 Agustus 2018
17	Ny. B	38	SMP	Cidareum	G3P2A0	05 Juli 2018
18	Ny. M	20	SMA	Kopo	A1P0A0	23 September 2018

Keterangan :

- *Nama responden, usia, pendidikan, alamat diisi dengan kesesuaian data yang ada
- *Paritas, diisi dengan jawaban "Primipara, Multipara, dan Grandemultipara"
- *KPD diisi dengan jawaban jika Ya dengan jawaban "Ya", jika Tidak dengan jawaban "Tidak"

MASTER TABEL PARITAS PENELITIAN

No	Nama Responden	Usia	Pendidikan	Paritas	Coding
1	NY.S	25	SD	G2p2a0	2
2	NY.R	25	S1	G1p1a0	1
3	NY.P	27	D3	G1p1a0	1
4	NY.R	30	SMP	G2p1a1	2
5	NY.I	39	SMP	G3p3a0	2
6	NY.T	39	SMA	G3p2a1	2
7	NY.L	27	D3	G2p1a0	2
8	NY.N	26	SMA	G1p1a0	1
9	NY.D	19	SMP	G1p1a0	1
10	NY.W	37	SMP	G4p3a0	2
11	NY.E	20	SMP	G1p0a0	1
12	NY.S	19	SMP	G3p3a0	2
13	NY.Y	32	SD	G2p2a0	2
14	NY.A	18	SMA	G3p1a1	2
15	NY.N	18	SMP	G2p1a1	2
16	NY.F	20	SMA	G2p0a1	2
17	NY.B	38	SMP	G3p2a0	2
18	NY.M	20	SMA	G1p1a0	1
19	NY. I	33	SMP	G3p2a1	2
20	NY.T	34	SD	G4p2a1	2
21	NY.E	20	SMP	G1p0a0	1
22	NY.Y	19	SMA	G2p0a1	2
23	NY.R	38	SMP	G4p2a1	2
24	NY.H	17	SMP	G2p1a0	2
25	NY.S	34	SMA	G4p2a1	2
26	NY.M	18	SD	G1p1a0	1
27	NY.L	20	SMP	G3p2a0	2

28	NY.K	19	SMA	G1p0a0	1
29	NY.A	30	S1	G2p1a0	2
30	NY.R	38	S1	G6p5a1	3
31	NY.W	19	SMP	G1p0a0	1
32	NY.N	32	SMA	G4p3a1	2
33	NY.F	19	SD	G1p1a0	1
34	NY.S	17	SMA	G2p1a0	2
35	NY.E	18	SMP	G1p0a0	1
36	NY.G	20	SMP	G4p2a1	2
37	NY.R	39	SD	G4p3a0	2
38	NY.H	37	SD	G2p2a0	2
39	NY.S	30	SMP	G3p2a0	2
40	NY.S	38	SD	G4p3a0	2
41	NY.M	33	SMP	G3p2a0	2
42	NY.A	35	SD	G4p3a0	2
43	NY.R	34	SD	G5p4a1	3
44	NY.R	38	SMP	G3p2a0	2
45	NY.Y	32	SMP	G5p4a1	3
46	NY.B	33	SMP	G3p1a2	2
47	NY.K	31	SMP	G2p1a1	2
48	NY.B	38	SD	G3p2a0	2
49	NY.A	39	SD	G3p1a2	2
50	NY.C	28	SMP	G2p1a1	2
51	NY.L	41	SD	G6p5a1	3
52	NY.G	25	D3	G1p1a0	1
53	NY.W	19	SD	G1p1a0	1
54	NY.D	24	SD	G2p1a0	2
55	NY.X	23	SMP	G1p1a0	1
56	NY.P	20	SD	G1p0a0	1
57	NY.J	48	SD	G4p3a0	2

58	NY.O	28	SD	G4p3a0	2
59	NY.S	19	SMP	G1p0a0	1
60	NY.T	29	SMP	G3p2a0	2
61	NY.K	30	S1	G4p3a0	2
62	NY.N	22	SMP	G1p0a0	1
63	NY.Y	31	SD	G5p4a0	3
64	NY.Z	33	SMA	G3p2a1	2
65	NY.U	40	SMP	G5p4a0	3
66	NY.D	43	SD	G6p5a0	3
67	NY.E	28	SMA	G3p2a0	2
68	NY.M	24	SD	G3p2a0	2
69	NY.L	26	SMA	G4p3a0	2
70	NY.G	40	SD	G6p5a0	3
71	NY.S	23	SMP	G1p0a0	1
72	NY.B	18	SD	G1p0a0	1
73	NY.R	24	S1	G2p1a1	2
74	NY.E	26	SMA	G3p2a0	2
75	NY.C	19	SMP	G2p0a1	2
76	NY.O	22	SMA	G1p0a0	1
77	NY.A	26	SMP	G3p2a0	2
78	NY.Y	23	SMA	G1p0a0	1
79	NY.D	25	SMA	G2p1a0	2
80	NY.F	26	SMA	G3p2a0	2
81	NY.R	30	SD	G3p2a0	2
82	NY.M	28	SMP	G3p2a0	2
83	NY.D	23	SMA	G2p1a0	2
84	NY.T	30	SD	G3p2a0	2
85	NY.N	28	SMA	G4p3a0	2
86	NY.U	21	SMA	G1p0a0	1

87	NY.Z	18	SD	G1p0a0	1
88	NY.B	25	SMA	G2p1a0	2

MASTER TABEL KETUBAN PECAH DINI PENELITIAN

No	Nama Responden	Usia	Pendidikan	Paritas	Coding
1	NY.S	25	SD	G2p2a0	2
2	NY.R	25	S1	G1p1a0	2
3	NY.P	27	D3	G1p1a0	2
4	NY.R	30	SMP	G2p1a1	2
5	NY.I	39	SMP	G3p3a0	2
6	NY.T	39	SMA	G3p2a1	2
7	NY.L	27	D3	G2p1a0	2
8	NY.N	26	SMA	G1p1a0	2
9	NY.D	19	SMP	G1p1a0	2
10	NY.W	37	SMP	G4p3a0	2
11	NY.E	20	SMP	G1p0a0	2
12	NY.S	19	SMP	G3p3a0	2
13	NY.Y	32	SD	G2p2a0	2
14	NY.A	18	SMA	G3p1a1	2
15	NY.N	18	SMP	G2p1a1	2
16	NY.F	20	SMA	G2p0a1	2
17	NY.B	38	SMP	G3p2a0	2
18	NY.M	20	SMA	G1p1a0	2
19	NY. I	33	SMP	G3p2a1	2
20	NY.T	34	SD	G4p2a1	2
21	NY.E	20	SMP	G1p0a0	2

22	NY.Y	19	SMA	G2p0a1	2
23	NY.R	38	SMP	G4p2a1	2
24	NY.H	17	SMP	G2p1a0	2
25	NY.S	34	SMA	G4p2a1	2
26	NY.M	18	SD	G1p1a0	2
27	NY.L	20	SMP	G3p2a0	2
28	NY.K	19	SMA	G1p0a0	2
29	NY.A	30	S1	G2p1a0	2
30	NY.R	38	S1	G6p5a1	2
31	NY.W	19	SMP	G1p0a0	2
32	NY.N	32	SMA	G4p3a1	2
33	NY.F	19	SD	G1p1a0	2
34	NY.S	17	SMA	G2p1a0	2
35	NY.E	18	SMP	G1p0a0	2
36	NY.G	20	SMP	G4p2a1	2
37	NY.R	39	SD	G4p3a0	1
38	NY.H	37	SD	G2p2a0	1
39	NY.S	30	SMP	G3p2a0	1
40	NY.S	38	SD	G4p3a0	1
41	NY.M	33	SMP	G3p2a0	1
42	NY.A	35	SD	G4p3a0	1
43	NY.R	34	SD	G5p4a1	1
44	NY.R	38	SMP	G3p2a0	1
45	NY.Y	32	SMP	G5p4a1	1
46	NY.B	33	SMP	G3p1a2	1
47	NY.K	31	SMP	G2p1a1	1
48	NY.B	38	SD	G3p2a0	1
49	NY.A	39	SD	G3p1a2	1
50	NY.C	28	SMP	G2p1a1	1
51	NY.L	41	SD	G6p5a1	1

52	NY.G	25	D3	G1p1a0	1
53	NY.W	19	SD	G1p1a0	1
54	NY.D	24	SD	G2p1a0	1
55	NY.X	23	SMP	G1p1a0	1
56	NY.P	20	SD	G1p0a0	1
57	NY.J	48	SD	G4p3a0	1
58	NY.O	28	SD	G4p3a0	1
59	NY.S	19	SMP	G1p0a0	1
60	NY.T	29	SMP	G3p2a0	1
61	NY.K	30	S1	G4p3a0	1
62	NY.N	22	SMP	G1p0a0	1
63	NY.Y	31	SD	G5p4a0	1
64	NY.Z	33	SMA	G3p2a1	1
65	NY.U	40	SMP	G5p4a0	1
66	NY.D	43	SD	G6p5a0	1
67	NY.E	28	SMA	G3p2a0	1
68	NY.M	24	SD	G3p2a0	1
69	NY.L	26	SMA	G4p3a0	1
70	NY.G	40	SD	G6p5a0	1
71	NY.S	23	SMP	G1p0a0	1
72	NY.B	18	SD	G1p0a0	1
73	NY.R	24	S1	G2p1a1	1
74	NY.E	26	SMA	G3p2a0	1
75	NY.C	19	SMP	G2p0a1	1
76	NY.O	22	SMA	G1p0a0	1
77	NY.A	26	SMP	G3p2a0	1
78	NY.Y	23	SMA	G1p0a0	1
79	NY.D	25	SMA	G2p1a0	1
80	NY.F	26	SMA	G3p2a0	1

81	NY.R	30	SD	G3p2a0	1
82	NY.M	28	SMP	G3p2a0	1
83	NY.D	23	SMA	G2p1a0	1
84	NY.T	30	SD	G3p2a0	1
85	NY.N	28	SMA	G4p3a0	1
86	NY.U	21	SMA	G1p0a0	1
87	NY.Z	18	SD	G1p0a0	1
88	NY.B	25	SMA	G2p1a0	1

ANALISIS UNIVARIAT PARITAS

Statistics

PARITAS

N	Valid	88
	Missing	0
Mean		1.8182
Std. Error of Mean		.06164
Median		2.0000
Mode		2.00
Std. Deviation		.57825
Range		2.00
Minimum		1.00
Maximum		3.00
Sum		160.00

PARITAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PRIMIPARA	24	27.3	27.3	27.3
MULTIPARA	56	63.6	63.6	90.9
GRANDEMULTIPARA	8	9.1	9.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

DOKUMENTASI



LEMBAR KONSULTASI KTI/SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : MELI URITA SAHAYA
 NIM : 201614025
 PROGRAM STUDI : DIII KEBIDANAN TK.3/VI
 PEMBIMBING : SALSALINA YUNIARTY.G., SST.,M.K.M
 JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN
 KETUBAN PECAH DINI DI BPM BIDAN HJ.SRI RAHAYU STR.KEB TAHUN 2019.

NO	HARI/TGL KONSULTASI	MATERI KONSULTASI	CATATAN/ KETERANGAN	PARAF
1	18/07 -2019	Bab 1 dan 2	Revisi	JL
2	25/07 -2019	Bab 1, 2, dan 3	Revisi	JL
3	05/08 -2019	Bab, 1, 2 dan 3	Revisi	JL
4	12/08 -2019	Bab 1 2, 2, 3	Revisi	JL

LEMBAR KONSULTASI KTI/SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : MELI URITA SAHAYA
 NIM : 201614025
 PROGRAM STUDI : DIII KEBIDANAN TK.3/VI
 PEMBIMBING : SALSALINA YUNIARTY.G., SST.,M.K.M
 JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN
 KETUBAN PECAH DINI DI BPM BIDAN HL.SRI RAHAYU STR.KEB TAHUN 2019.

NO	HARI/TGL KONSULTASI	MATERI KONSULTASI	CATATAN/ KETERANGAN	PARAF
1	18/07 -2019	Bab 1 dan 2	Revisi	<i>[Signature]</i>
2	25/07 -2019	Bab 1, 2, dan 3	Revisi	<i>[Signature]</i>
3	05/08 -2019	Bab, 1, 2 dan 3	Revisi	<i>[Signature]</i>
4	12/08 -2019	Bab 1, 2, 3	Revisi	<i>[Signature]</i>

5.	30/8 - 2019	Proposa	Acc	Shaf
6.	30/8 - 2019	KTI	Revisi	Shaf
7.	31/8 - 2019	Proposa KTI	Revisi	Shaf
8.	02/9 - 2019	KTI	Acc	Shaf
9.	18/9/2019	Revisi KTI	Revisi	Shaf
10.	23/9/2019	Revisi KTI	Revisi	Shaf