

**KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI
KETUBAN PECAH DINI DI
RSUD UNGARAN
TAHUN 2010**

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu persyaratan mencapai
derajat Ahli Madya Kebidanan



Disusun Oleh:
TRIJATA AJENG RAHMAJAYATI
NIM. 81.206.0195

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 09 Agustus 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya
Tulis Ilmiah Program Studi Diploma II Kebidanan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 30 Agustus 2010

Dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang 30 Agustus 2010



Iwan Ardian, SKM
NIK : 210 997 003

Dewi Ratnawati, S.SiT
NIK : 210 106 108

ABSTRAK

Trijata Ajeng Rahmajayati
Karakteristik Ibu Yang Mengalami Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Umum
Daerah Ungaran tahun 2010

Jumlah Halaman 42 lembar, jumlah tabel 1, jumlah Bagan 3, jumlah Diagram 3
dan jumlah lampiran 8.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik dari ibu yang berpotensi mengalami Ketuban Pecah Dini agar ibu hamil yang berpotensi mengalami KPD dapat lebih waspada agar tidak terjadi komplikasi yang lebih buruk. Adapun data yang ada di RSUD Ungaran jumlah kasus KPD tahun 2007 sebesar 91 kasus, kemudian meningkat di tahun 2008 sebesar 106 kasus dan di tahun 2009 menjadi 108 kasus, selain itu kasus KPD merupakan kasus penyulit persalinan terbanyak di RSUD Ungaran yaitu sebesar 10%.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan metode dokumentasi, dengan jumlah sampel sebanyak 108 ibu yang mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2009.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa KPD banyak terjadi pada ibu dengan multiparitas yaitu sebanyak 56 (51%) ibu, selain itu ibu hamil dengan presentasi kepala juga berpotensi mengalami KPD yaitu sebanyak 78 (75%) ibu hamil yang mengalami KPD hamil dengan presentasi kepala dan KPD juga dialami oleh sebagian besar ibu yang mengalami KPD dengan janin tunggal yaitu sebanyak 104 (96%).

Diharapkan bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi ibu yang beresiko tinggi terhadap terjadinya KPD sehingga dapat diketahui prognosis kehamilannya. Bagi ibu hamil diharapkan melakukan persiapan prenatal agar kehamilannya tidak mengalami gangguan sehingga ibu dan janin sehat pada saat kehamilan maupun saat persalinan.

Kata kunci : Karakteristik, Ketuban Pecah Dini
Refrensi : 29, 1994 - 2009

ABSTRACT

Trijata Ajeng Rahmajayati
Characteristics of Women Who Had Premature Rupture of Membranes District
General Hospital in 2010 Ungaran

Total Pages 42 sheets, the number of table 1, the number of Exhibit 3, the
number 3 and number of attachments Diagram 8.

Premature rupture of membranes (KPD) is the rupture of the membranes before inpartu is when opening on the primi less than 3 cm and in multiparous less than 5 cm, the purpose of this study was to investigate the characteristics of potential mothers who experienced premature rupture of membranes to potentially pregnant women experiencing premature rupture can be more vigilant to prevent worse complications. The existing data on the number of cases of premature rupture Ungaran General Hospital in 2007 amounted to 91 cases, then rose in 2008 and amounted to 106 cases in 2009 to 108 cases, in addition, cases of rupture is highest in cases of childbirth complications Ungaran hospitals that is equal to 10%.

This research is descriptive research method documentation, with the total sample of 108 women who had premature rupture of hospitals, bus in 2009

The results of this study indicate that the rupture occurs in many women with multipanty as many as 55 (51%) mothers, pregnant women in addition to the presentations KPD chief also potentially have as many as 78 (75%) pregnant women have become pregnant with a presentation by the head of the KPD and KPDalso experienced by most women who experience premature rupture with a single fetus that is counted 104 (96%).

Desirable for health workers to identify women at high risk for the occurrence of rupture so that can know the prognosis of pregnancy. For pregnant women are expected to perform prenatal preparation for pregnancy interruption mengalmi not so healthy mother and fetus during pregnancy or during delivery.

Keywords: Characteristics, premature rupture of membranes
Refrensi: 29, 1994-2009

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati
Tempat/Tanggal Lahir : Blak, 09 Juli 1986
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Asrama Yonkav II/Tank Ambarawa
Kabupaten Semarang



Riwayat Pendidikan:

1. Tahun 1992 s/d 1998 : SD Negeri Gumilir 01 Cilacap
2. Tahun 1998 s/d 2001 : SMP N 01 Wonosobo
3. Tahun 2001 s/d 2004 : SMA N 05 Semarang
4. Pendidikan terakhir saat ini di Prodi D-III Kebidanan FIK Unissula Semarang, masuk tahun 2006, pada tahun 2010 masih terdaftar sebagai mahasiswa Prodi D-III Kebidanan FIK Unissula Semarang, tingkat III semester VI

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini aku persembahkan untuk :

Allah SWT yang senantiasa memberi kemudahan dan keselamatan
disetiap langkahku.....

Suamiku yang selama ini telah mendukung dan mendoakan aku
agar cepat menyelesaikan studi ini, untuk Bunda tersayang dan Papa
yang turut mendukung, untuk saudara-saudaraku Aak, oci, dr.andi dan
fadi dan tak lupa untuk little star yang menjadi semangat dan harapanku,
terimakasih banyak atas cinta yang telah kalian berikan dan juga tak lupa
kumohon maaf atas segala kesalahan dan kerepotan yang telah
kulakukan.

Tak lupa ucapan terimakasih untuk sahabatku mbak lina, meilina
dan teman-teman seperjuanganku yang tak bisa kusebutkan satu-
persatu yang selalu menyayangiku dan mendukungku, terimakasih
banyak atas segala yang telah kalian berikan padaku dan tak lupa
kumohon maaf apabila dalam kebersamaan kita banyak salah yang
kulakukan.

MOTTO

Takkan ditemukan sebuah benua apabila hanya termenung
melihat keindahan pantai, takkan didapatkan impian apabila
hanya menunggu keajaiban datang.



KATA PENGANTAR

Puji syukur Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Karakteristik Ibu yang Mengalami Ketuban Pecah Di' di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran tahun 2010". Karya Tulis Ilmiah ini dibuat untuk memenuhi persyaratan gelar Ahli Madya Kebidanan.

Karya Tulis Ilmiah ini bukanlah semata-mata jerih payah penulis sendiri, namun banyak pihak yang turut membantu dalam mengatasi kesulitan yang penulis hadapi sejak dimulai pembuatan sampai akhir pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, terutama kepada :

1. Prof. Dr. H. Laode M Kamaludin, M.Sc, M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Rr. Catur Leny Wulandari, SSiT, selaku Kepala Program Studi D-III Kebidanan FIK Unissula Semarang dan selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, arahan, petunjuk dan pengetahuan kepada penulis selama masa perkuliahan.
4. Dewi Ratnawati, SSiT selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, petunjuk dan pengetahuan kepada penulis dari awal pembuatan sampai selesainya penelitian ini.
5. Emi Sutrisminah, SSiT, selaku Pembimbing II dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan kritik dan saran dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini

6. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran yang telah memberikan ijin penelitian di RSUD Ungaran
7. Bapak dan ibu dosen pembimbing serta staf Program Studi D-III Kebidanan FIK unissula Semarang
8. Suami, Bapak, Bunda serta saudara-saudara tercinta yang telah memberikan seluruh cinta kasih, dorongan material, mental dan spiritual yang tiada hentinya sebagai sumber terbesar dalam terseleskannya Karya Tulis Ilmiah ini
9. Teman-teman yang telah membantu, mendukung dan memberi motivasi selama menyelesaikan masa study ini.
10. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu terimakasih atas dukungan dan motivasinya.

Penulis menyadari dalam penyusunan KTI ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun, semoga KTI ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca. Amin

Semarang, Agustus 2010

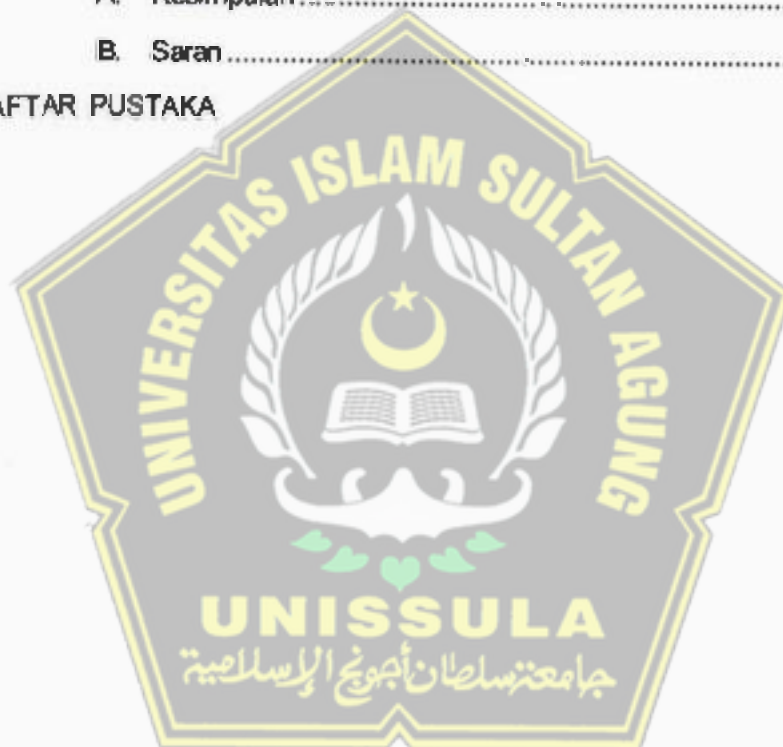
Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMA PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
HALAMAN MOTTO.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Manfaat.....	5
F. Sistematikan Penulisan.....	6
 BAB II TINJAUAN TEORI.....	 7
A. Ketuban Pecah Dini.....	7
1. Pengertian.....	7

2. Etiologi	8
3. Faktor Predisposisi	8
4. Patofisiologi	12
5. Diagnosis	13
6. Komplikasi	15
7. Prognosa	17
8. Penatalaksanaan	18
B. Karakteristik	23
1. Paritas Ibu	23
2. Presentasi Janin	24
3. Jumlah Janin Dalam Kehamilan Ibu	25
C. Kerangka Teori	25
BAB III METODE PENELITIAN	26
A. Kerangka Konsep	26
B. Jenis, Metodologi dan Tahap-tahap Penelitian	26
1. Jenis Penelitian	26
2. Metode Penelitian	27
3. Tahap-tahap Penelitian	28
C. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	28
D. Populasi dan Sampel Penelitian	30
1. Populasi	30
2. Sampel	31
E. Teknik Sampel	31
F. Metode Pengumpulan Data	32
G. Instrumen Penelitian	33
H. Pengolahan data	33
I. Analisis Data	34

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Gambaran Umum RSUD Ungaran.....	36
B. Hasil Penelitian.....	37
C. Pembahasan	39
1. Partas.....	39
2. Presentasi Janin dalam Kehamilan Ibu.....	39
3. Jumlah Janin dalam Kehamilan Ibu.....	40
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	41
A. Kesimpulan.....	41
B. Saran	41
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Tata Laksana Ketuban pecah Dini Preterm.....	21
Bagan 2.2	Tata Laksana Ketuban Pecah Dini Aterm.....	22
Bagan 2.3	Kerangka Teori Karakteristik Ibu yang Mengalami KPD.....	25
Bagan 3.1	Kerangka Penelitian Karakteristik Ibu yang Mengalami KPD.....	26



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Bishop Skor	20
--------------------------------------	----



DAFTAR GRAFIK

Diagram 4.1	Distribusi Frekuensi Paritas Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2008.....	37
Diagram 4.2	Distribusi Frekuensi Presentasi Janin Dalam Kehamilan Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2008.....	38
Diagram 4.3	Diagram Distribusi Frekuensi Jumlah Janin Dalam Kehamilan Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2008.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Checklist Rekam Medis ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran
- Lampiran 2. Tabel Master Data Penelitian
- Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4. Surat Jawaban Ijin Penelitian
- Lampiran 5. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 6. Lembar Konsultasi
- Lampiran 7. Berita Acara Proposal
- Lampiran 8. Berita Acara Ujian Karya Tulis Ilmiah



BABI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian, kendati sulit diperoleh merupakan indikator yang sensitif untuk mengetahui tingkat kesehatan ibu (Varney, 2006). Selain itu Angka kematian ibu dan perinatal merupakan ukuran penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di suatu negara. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi yaitu sekitar 390/100.000 persalinan hidup. Jika perkiraan persalinan di Indonesia sebesar 5.000.000 orang maka terdapat sekitar 19500-20.000 kematian ibu atau kematian setiap 26-27 menit. Jumlah kematian perinatal sekitar 56/1000 atau sejumlah 28000 orang atau setiap 18-20 menit sekali (Manuaba, 1998). Di negara sedang berkembang, kematian maternal dan perinatal merupakan masalah besar yaitu sekitar 98 - 99%. Sedangkan di negara maju hanya 1 - 2 % (Manuaba, 2007).

Penyebab kematian ibu merupakan suatu yang cukup kompleks yang dapat digolongkan pada faktor-faktor antara lain : faktor reproduksi, faktor komplikasi obstetri, faktor pelayanan kesehatan dan faktor sosial ekonomi (Wiknjosastro, 2005). Faktor yang menjadi penyebab tingginya Angka Kematian Ibu berpangkal dari keadaan sosial, budaya, politik, ekonomi yang kurang terutama kesejahteraan dan lingkungan yang diciptakan oleh masyarakat itu sendiri terhadap wanita, dimana wanita kurang mendapatkan perhatian dan penghargaan (Manuaba, 2007).

Hampir 90% penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetrik yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya (Saiffudin, 2002). Penyebab langsung kematian ibu antara lain komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yaitu perdarahan 60%, infeksi 25%, gestosis 15%, penyebab lain 5% (Manuaba, 2007). Sedangkan penyebab kematian perinatal yang pertama yaitu prematuritas dan terdapat pula faktor-faktor lain seperti kelainan kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran, dll (Wiknjosastro, 2005).

Ketuban Pecah Dini merupakan masalah penting dalam bidang kesehatan yang berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, serta menyebabkan infeksi pada ibu yang menyebabkan meningkatnya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Puspasari dkk, 2009). Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya ketuban sebelum persalinan dimulai (Saiffudin, 2002). Pada umumnya ketuban akan pecah saat inpartu, menjelang pembukaan lengkap, yang selanjutnya diikuti oleh tekanan langsung pada fleksus Frankenhausen, sehingga parturien akan mengejan secara refleks (Manuaba, 2007). Ketuban Pecah Dini kemungkinan besar menimbulkan resiko tinggi infeksi dan bahaya kompresi tali pusat, maka dalam penatalaksanaan perawatannya dianjurkan untuk pemantauan ibu dan janin dengan ketat (Puspasari dkk, 2009).

Sebab-sebab terjadinya KPD antara lain infeksi, faktor sosial, faktor keturunan, faktor obstetri dan tidak diketahui sebabnya (Manuaba, 2007). Insiden KPD lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, gemeli atau infeksi vagina. Hubungan yang signifikan juga telah ditemukan antara keletihan bekerja dan peningkatan

KPD sebelum cukup bulan diantara wanita nulipara (tetapi bukan wanita multipara) (Varney, 2006).

Karakteristik ibu yang mengalami KPD diantaranya paritas ibu, presentasi janin dan jumlah janin dalam kehamilan ibu. Dalam Fraser (2009) menyebutkan lemahnya otot abdomen dan uterus merupakan penyebab yang paling sering ditemukan pada multigravida, terutama mereka yang mempunyai paritas tinggi. Pada kelainan letak, ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan (Manuaba, 2007) sehingga dapat terjadi KPD. Wiknjosastro (2005) mengemukakan pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan, serta komplikasi pada kehamilan kembar yaitu Ketuban Pecah Dini.

Berdasarkan survey pendahuluan, data yang diperoleh di RSUD Ungaran tahun 2007 jumlah kasus persalinan dengan KPD sebanyak 91 kasus, kemudian kasus KPD meningkat pada tahun 2008 yaitu sejumlah 106 kasus dan di tahun 2009 meningkat menjadi 108 kasus. Adapun data jumlah ibu bersalin dalam satu tahun terakhir yaitu bulan Januari 2009 sampai dengan bulan Desember 2009 jumlah ibu bersalin sebanyak 1008 kasus, dengan persalinan spontan sebanyak 747 (74,1%), kasus persalinan dengan KPD sebanyak 108 (10%), kasus persalinan dengan letak sungsang sebanyak 63 (6,25%), kasus persalinan dengan serotinus sebanyak 41 (4,06%), kasus persalinan dengan prematurus 26 (2,57%) persalinan dengan panggul sempit 6 (0,59%) persalinan dengan preeklamsi 8 (0,79%) dan persalinan dengan penyulit lainnya 9 (0,89%).

Hal inilah yang mendorong penulis ingin mengetahui "Karakteristik Ibu yang Mengalami Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran tahun 2010"

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas masih ditemukan kasus KPD erat hubungannya dengan faktor paritas ibu, presentasi janin, jumlah janin, pekerjaan, infeksi, adanya panggul sempit dan faktor keturunan diantaranya serta kelainan genetik, disamping itu terjadi kenaikan kasus KPD dari tahun ke tahun serta tercatat 10% kasus KPD di RSUD Ungaran, maka penulis ingin mengetahui "Bagaimana Karakteristik Ibu yang Mengalami Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran?".

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran penyebab Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan paritas ibu
- b. Untuk mengetahui gambaran kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan presentasi janin
- c. Untuk mengetahui gambaran kejadian Ketuban Pecah Dini berdasarkan jumlah janin dalam kehamilan ibu

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup Keilmuan

Bidang ilmu yang diteliti adalah ilmu kebidanan yang berhubungan dengan penyulit persalinan pada masa kehamilan dan persalinan.

2. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah ibu bersalin dengan riwayat Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran.

3. Lingkup Tempat

Tempat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.

4. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan dalam kurun waktu antara bulan Mei sampai Juli 2010.

E. Manfaat Penulisan

1. Bagi Ibu Bersalin dengan KPD

Dapat memberikan informasi mengenai beberapa faktor yang menyebabkan Ketuban Pecah Dini agar ibu dapat mengetahui bagaimana mencegah terjadinya Ketuban Pecah Dini.

2. Bagi Prodi DIII Kebidanan FIK Unissula

Dapat memperbanyak referensi dan dapat memberi informasi keilmuan tentang beberapa faktor yang menyebabkan Ketuban Pecah Dini.

3. Bagi Rumah Sakit Umum daerah Ungaran

Dapat memberikan informasi mengenai beberapa faktor yang menyebabkan Ketuban Pecah Dini.

4. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam melaksanakan penelitian serta mengaplikasikan ilmu dan teori yang telah diperoleh selama perkuliahan.

5. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini terhadap masalah Ketuban Pecah Dini serta masyarakat dapat memahami dan mengerti karakteristik ibu yang mengalami KPD.

F. Sistematika Penulisan

Karya Tulis ini terdiri dari 5 BAB, yaitu :

BAB I Pendahuluan

Berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori

Berisi ulasan teori tentang pengertian Ketuban Pecah Dini, etiologi, faktor predisposisi, patofisiologis, diagnosis, komplikasi dan prognosa, ulasan mengenai karakteristik faktor penyebab KPD serta kerangka teori mengenai faktor penyebab Ketuban Pecah Dini.

BAB III Metodologi Penelitian

Berisi kerangka penelitian serta ulasan mengenai jenis, metode dan tahap – tahap penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran, populasi dan sampel penelitian, metode pengumpulan data, instrument penelitian, pengolahan data, dan analisis data.

BAB IV Hasil dan Pembahasan

BAB V Penutup

Berisi simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Dari beberapa sumber didapatkan beberapa pengertian Ketuban Pecah Dini diantaranya Ketuban Pecah Dini atau *spontaneous/early/premature rupture of the membrane (PROM)* adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 1998).

Menurut Fraser (2009) Kondisi ini terjadi sebelum kehamilan mencapai usia gestasi 37 minggu ketika ketuban pecah terjadi tanpa awitan aktivitas uterus spontan yang menyebabkan dilatasi serviks.

Sedangkan menurut Varney (2006) Ketuban Pecah Dini dapat secara teknis didefinisikan sebagai ketuban pecah sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi. Namun, dalam praktik dan dalam penelitian, pecah ketuban dini didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai awitan persalinan.

Manuaba (2007) mengungkapkan bahwa pengertian dari Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya.

2. Etiologi

Penyebab dari PROM tidak atau masih belum jelas, maka preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi (Mochtar, 1998).

3. Faktor Predisposisi

Sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini dapat dijabarkan sebagai berikut :

a. Faktor Umum

1) Faktor yang melemahkan ketuban

Menurut Cunningham (2005) penyebab ruptura selaput ketuban ini jarang diketahui, tetapi infeksi setempat makin sering terlihat dalam tahun-tahun belakangan ini, misalnya infeksi cairan amnion yang menyebabkan korioamnionitis disebabkan oleh sejumlah mikroorganisme mungkin dapat menjelaskan banyak penyebab ruptura membran. Varney (2006) juga berpendapat infeksi intrauterine (korioamnionitis) sebagai faktor predisposisi KPD.

Sedangkan menurut Manuaba (2007) infeksi STD (*Sexual Transmitter Disease*) merupakan faktor predisposisi KPD. Varney (2006) mengemukakan faktor predisposisi KPD diantaranya infeksi vagina atau serviks, misalnya vaginosis bakterial, trikomonas, klamidia, gonore, streptokokus grup B. Terdapat hubungan yang kuat antara KPD dan kolonisasi vagina maternal dengan mikroorganisme yang berpotensi patogen (Fraser, 2009).

Dalam Krisnadi (2009) infeksi intrauterin menjadi faktor predisposisi pecahnya selaput ketuban melalui beberapa

mekanisme, semuanya menyebabkan degradasi dari matriks ekstraseluler. Beberapa organisme yang biasanya terdapat dalam flora vagina, termasuk *streptococcus group B*, *staphylococcus aureus*, *trichomonas vaginalis*, dan bakteri penyebab vaginosis bakterialis akan menghasilkan protease yang dapat menurunkan kadar kolagen dan melemahkan selaput ketuban. Respon inflamasi ibu terhadap infeksi bakteri menghasilkan mekanisme potensial lain untuk terjadinya pecahnya selaput ketuban.

- 2) Faktor sosial diantaranya perokok, peminum, keadaan sosial ekonomi rendah (Manuaba, 2007). Dalam Wiknjosastro (2008) kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.
- b. Faktor keturunan menurut Manuaba (2007) yaitu kelainan genetik dan faktor rendahnya Vitamin C dan Ion Cu dalam serum. Dalam Wiknjosastro (2008) perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah, hal ini terjadi karena berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen.
- c. Faktor Obstetrik, antara lain :
 - 1) Overdistensi uterus

Menurut Cunningham (2005) uterus yang overdistensi, hidramnion khususnya kalau bersifat akut atau mencolok atau keberadaan dua janin atau lebih akan meningkatkan resiko KPD yang mungkin disebabkan oleh overdistensi uterus. Sedangkan Krisnadi (2009) menyebutkan peregangannya uterus yang berlebihan

seperti pada polihidramnion, kehamilan ganda dan berat badan bayi besar dapat menyebabkan regangan selaput ketuban dan meningkatkan resiko KPD.

Wiknjosastro (2005) mengemukakan pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan serta komplikasi pada kehamilan kembar yaitu Ketuban Pecah Dini. Manuaba (2007) juga menyebutkan faktor predisposisi KPD adalah kehamilan kembar.

Wiknjosastro (2005) mengemukakan bahwa hidramnion menyebabkan uterus regang dan Fraser (2009) menyebutkan komplikasi dari polihidramnion diantaranya KPD.

2) Inkompetensi serviks

Inkompetensi serviks adalah suatu istilah yang digunakan untuk keadaan obstetrik yang agak tegas yang ditandai dilatasi serviks tidak nyeri tanpa darah selama trimester kedua kehamilan. Meskipun tidak ada aktivitas uterus dan perdarahan, servik menjadi mendatar dan berdilatasi, dan selaput ketuban menonjol melaluinya. Selaput ketuban yang menonjol mengalami ruptur, dan kelahiran janin menjadi tindakan berlangsung cepal dan agak kurang nyeri (Taber, 1994), sedangkan menurut Varney (2006) diagnosis serviks inkompeten, ditegakkan ketika serviks menipis dan membuka tanpa disertai rasa nyeri pada trimester kedua atau awal trimester ketiga kehamilan. Secara tradisi, diagnosis inkompetensi serviks ditegakkan berdasarkan peristiwa yang sebelumnya terjadi, yakni minimal dua kali keguguran pada pertengahan trimester tanpa disertai awitan persalinan dan kelahiran.

Dalam Fraser (2009) inkompetensi serviks adalah dilatasi tanpa nyeri pada trimester kedua atau awal trimester ketiga yang menyebabkan menonjolnya membran, melewati tulang serviks masuk kedalam vagina. Keguguran atau kelahiran prematur dapat terjadi jika membran tersebut ruptur.

3) Terdapat sefalopelviks disproporsi

Disproporsi sefalopelvik (*Cephalopelvic Disproportion*, CPD) adalah disproporsi antara ukuran janin dan ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervaginam (Varney, 2006).

Akibat dari sefalopelviks disproporsi yaitu kepala janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) (Manuaba, 2007). Apabila pada panggul sempit Pintu Atas Panggul (PAP) tidak tertutup dengan sempurna oleh kepala janin, ketuban bisa pecah pada pembukaan kecil (Wiknjosastro, 2005).

4) Kelainan letak janin

Manuaba (2001) menyebutkan faktor predisposisi KPD yaitu letak lintang dan letak sungsang. Pada kelainan letak, ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan (Manuaba, 2007). Fraser (2009) menyebutkan malpresentasi akibat polihidramnion dapat menyebabkan KPD.

5) Pendular abdomen

Manuaba, 2007 mengemukakan faktor predisposisi KPD diantaranya perut gantung. Dalam Wiknjosastro (2002) perut gantung terdapat pada multipara karena melemahnya dinding perut

ibu, terutama multipara yang gemuk. Uterus membengkok ke depan sedemikian rupa, sehingga letak fundus uteri dapat lebih rendah daripada simpisis. Selain itu perut gantung menghalangi kepala masuk kedalam panggul, sehingga sering terjadi kelainan letak anak, seperti letak sungsang dan letak lintang.

6) Multipara/Grandemultipara

Manuaba (2001) mengemukakan sebab umum KPD diantaranya multi/grandemultipara.

Dalam Fraser (2009) menyebutkan lemahnya otot abdomen dan uterus merupakan penyebab yang paling sering ditemukan pada multigravida, terutama mereka yang mempunyai paritas tinggi. Sedangkan pada PWS MA (2003) menyebutkan karena semakin banyak anak maka otot uterus semakin melemah sehingga faktor komplikasi persalinan juga meningkat.

d. Hubungan yang signifikan juga telah ditemukan antara keletihan karena bekerja dan peningkatan resiko ketuban pecah dini sebelum cukup bulan diantara wanita multipara (tetapi bukan wanita multipara) (Varney, 2006).

e. Tidak diketahui sebabnya (Manuaba, 2007)

4. Patofisiologi

Menurut Manuaba (2008) mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dimulai dengan terjadinya pembukaan prematur serviks. Ketuban yang terkait dengan pembukaan mengalami devaskularisasi, nekrosis, dan dapat diikuti pecah spontan. Jaringan ikat yang menyangga ketuban

makin berkurang. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (enzim proteolitik, kolagenase).

Dalam Wiknjosastro (2008) mekanisme pecahnya selaput ketuban oleh karena kontraksi uterus dan peregangan berulang, selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Taylor dkk dalam Mochtar (1998) telah menyelidiki hal ini ternyata ada hubungannya dengan hal-hal berikut :

- a. Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah. Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, sevisitis dan vaginitis terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini
- b. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan selaput ketuban)
- c. Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis)
- d. Faktor-faktor lain yang merupakan faktor predisposisi ialah : multipara, malposisi, disproporsi, cervix incompeten dan lain-lain.
- e. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), dimana ketuban dipecahkan terlalu dini.

5. Diagnosis

Diagnosis Ketuban Pecah Dini didasarkan atas:

- a. Riwayat pengeluaran cairan dalam jumlah besar secara mendadak atau sedikit demi sedikit pervaginam (Manuaba, 2007). Memeriksa adanya cairan berisi mekoneum, verniks kaseosa, rambut lanugo, atau apabila telah terinfeksi berbau (Mochtar, 1998).

b. Menurut Manuaba (2007) untuk menegakkan diagnosis dapat diambil pemeriksaan inspekulo untuk pengambilan cairan pada fornik posterior yaitu:

- 1) Pemeriksaan lakmus yang akan berubah menjadi biru sifat basa
- 2) Fern test cairan amnion
- 3) Kemungkinan infeksi dengan memeriksa: beta-sterptokokus, clamydia trachomatis, neisseria gonorrhea.

c. Menurut Manuaba (2007) pemeriksaan USG untuk mencari :

- 1) Amniotic fluid index (AFI)
- 2) Aktivitas janin
- 3) Pengukuran BB janin
- 4) Detak jantung janin
- 5) Kelainan kongenital atau deformitas

d. Menurut Manuaba (2007) membuktikan kebenaran ketuban pecah dengan jalan :

- 1) Aspirasi air ketuban untuk dilakukan
 - a) Kultur cairan amnion
 - b) Pemeriksaan interleukin 6
 - c) Alfa fetoprotein

Seluruhnya digunakan untuk membuktikan adanya kemungkinan infeksi intrauterin.

- 2) Penyuntikan indigokarmin kedalam amnion serta melihat keluarnya pervaginal

e. Pemeriksaan hispatologi air (ketuban) (Mochtar, 1998)

f. Aborization dan sitologi air ketuban (Mochtar, 1998)

6. Komplikasi

Komplikasi dari ketuban pecah dini dapat terjadi pada maternal dan perinatal.

a. Komplikasi pada maternal

1) Antepartum

- a) Infeksi intrauterin (Varney, 2006)
- b) Korioamnionitis 30-60 % (Manuaba, 2007)
- c) Solusio placenta (Manuaba, 2007)

2) Intrapartum

Menurut Manuaba (2007) komplikasi intrapartum diantaranya trauma persalinan akibat induktif/operatif.

Sedangkan Moore (2001) mengungkapkan komplikasinya adalah :

- a) Karena jalannya telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartum.
- b) Dapat terjadi partus kering.
- c) Ibu akan merasa lebih lelah karena berbaring ditempat tidur.
- d) Partus akan menjadi lama.
- e) Suhu badan akan menjadi naik.
- f) Nadi cepat.

3) Postpartum menurut Manuaba (2007) yaitu :

- a) Trauma tindakan operatif
- b) Infeksi masa rifas
- c) Perdarahan postpartum

b. Komplikasi pada perinatal

- 1) Persalinan dan kelahiran prematur (Varney, 2006)

- 2) Kelahiran prematur dapat terjadi pada ibu dengan Ketuban Pecah Dini dikarenakan kekuatan membran pada selaput ketuban yang berkurang karena faktor infeksi. Juga sering terlihat kematangan paru janin pada usia kehamilan yang relatif muda pada ibu dengan Ketuban Pecah Dini dan jika serviks telah membuka maka ancaman terjadinya partus prematur akan semakin besar (Moore, 2001)
- 3) Komplikasi akibat prematuritas menurut Manuaba (2007) antara lain:
 - a) Mudah infeksi
 - b) Mudah terjadi trauma akibat tindakan persalinan
 - c) Mudah terjadi aspirasi air ketuban dan menimbulkan asfiksia sampai kematian
- 4) Komplikasi postpartum menurut Manuaba (2007) diantaranya :
 - a) Penyakit RDS/ hialin membrane
 - b) Hipoplasia paru dengan akibatnya
 - c) Tidak tahan terhadap hipotermia
 - d) Sering terjadi hipoglikemia
 - e) Gangguan fungsi alat vital
- 5) Komplikasi akibat oligohidramnion menurut Manuaba (2007) antara lain :
 - a) Gangguan tumbuh kembang yang menimbulkan deformitas
 - b) Gangguan sirkulasi retroplasenter yang menimbulkan asfiksia, asidosis
 - c) Retraksi otot uterus yang menimbulkan solusio placenta

6) Komplikasi akibat ketuban pecah

- a) Prolaps bagian janin terutama talpusat dengan akibatnya (Manuaba, 2007)
- b) Kompresi tali pusat akibat prolaps tali pusat atau oligohidramnion (Varney, 2006)
- c) Tali pusat menumbung.

Pada ibu dengan Ketuban Pecah Dini dikhawatirkan akan terjadi talpusat menumbung apabila letak kepala masih tinggi, jadi diharapkan janin harus berpresentasi verteks dan serviks harus tertutup untuk meminimalkan terjadinya talpusat menumbung (Moore, 2001).

- d) Mudah terjadi infeksi intrauterine dan neonatus (Manuaba, 2007)
- e) Fetal distress

Cairan ketuban sebagai salah satu pelindung janin, jadi pengurangan cairan ketuban yang dikemukakan pada penderita Ketuban Pecah Dini dapat menimbulkan berbagai perlambatan jantung janin yang menyebabkan fetal distress (Moore, 2001).

f) IUFD

Pada penderita Ketuban Pecah Dini yang terinfeksi dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim. Hal ini disebabkan karena adanya infeksi pada selaput amnion (Moore, 2001).

7. Prognosa

Menurut Mochtar (1998), prognosis ditentukan oleh cara penatalaksanaan dan komplikasi-komplikasi yang mungkin timbul serta umur kehamilan.

Menurut Azzahra (2009) prognosa untuk janin tergantung pada :

- a. Maturitas janin. Bayi yang beratnya di bawah 2500 gram, mempunyai prognosa lebih jelek dibanding yang lebih besar.
- b. Presentasi: presentasi bokong menunjukkan prognosa yang lebih jelek khususnya kalau bayinya prematur.
- c. Infeksi intra uterin meningkatkan mortalitas janin. Semakin lama kehamilan berlangsung dengan ketuban yang pecah.

8. Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2008) masalah berat dalam menghadapi ketuban pecah dini adalah apabila kehamilan kurang dari 26 minggu karena untuk mempertahankannya memerlukan waktu lama. Bila berat janin sudah mencapai 2000 gram, induksi dapat dipertimbangkan. Kegagalan induksi disertai dengan infeksi yang diikuti histerektomi.

Dalam mempersiapkan penatalaksanaan, ingat bahwa 80-85% wanita pada semua usia gestasi yang mengalami ketuban pecah dini, akan mengalami persalinan dalam 24 jam, sedangkan 10% lainnya mengalami persalinan dalam waktu 72 jam. Sementara sisanya yaitu 5% wanita akan mengalami periode laten yang lebih lama dari 72 jam (Varney, 2006)

Penanganan Ketuban Pecah Dini menurut Saifuddin (2002) yaitu :

- a. Rawat di Rumah Sakit
- b. Jika ada perdarahan pervaginam dengan nyeri perut, pikirkan solusi placenta
- c. Jika ada tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), berikan antibiotika sama halnya jika terjadi amnionitis

d. Jika tidak ada infeksi dan kehamilan <37 minggu:

- 1) Berikan antibiotika untuk mengurangi morbiditas ibu dan janin, ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari ditambah eritromisin 250 mg per oral 3 kali per hari selama 7 hari
- 2) Berikan kortikosteroid kepada ibu untuk memperbaiki kematangan paru janin :
 - a) Betametason 12 mg IM dalam 2 dosis setiap 12 jam, atau
 - b) Deksametason 6 mg IM dalam 4 dosis setiap 6 jam.

Catatan : Jangan berikan kortikosteroid jika ada infeksi

- 3) Lakukan persalinan pada kehamilan 37 minggu
- 4) Jika terdapat his dan darah lendir, kemungkinan terjadi persalinan preterm

e. Jika tidak terdapat infeksi dan kehamilan >37 minggu:

- 1) Jika ketuban telah pecah > 18 jam, berikan antibiotika profilaksis untuk mengurangi resiko streptokokus grup B:
 - a) Ampisilin 2 g I.V setiap 6 jam
 - b) Penicilin G 2 juta unit I.V setiap 6 jam sampai persalinan
 - c) Jika tidak ada infeksi pascapersalinan hentikan antibiotika

2) Nilai serviks:

- a) Jika serviks sudah matang, lakukan induksi persalinan dengan oksitosin
- b) Jika serviks belum matang, matangkan serviks dengan prostaglandin dan infus oksitosin atau lahirkan dengan seksio sesaria

Menurut Saifuddin (2002) penanganan Amnionitis pada Ketuban Pecah Dini antara lain:

a. Berikan antibiotika kombinasi sampai persalinan:

- 1) Ampisilin 2 g i.v setiap 6 jam ditambah gentamicin 5 mg/kgBB i.v setiap 24 jam
- 2) Jika persalinan pervaginam, hentikan antibiotic pasca persalinan
- 3) Jika persalinan dengan seksio sesaria, lanjutkan antibiotika dan berikan metronidazole 500 mmmmmmmg i.v setiap 8 jam sampai bebas demam selama 48 jam.

b. Nilai serviks:

- 1) Jika serviks matang, lakukan induksi persalinan dengan induksi persalinan dengan oksitosin
- 2) Jika serviks belum matang, matangkan dengan prostaglandin dan infus oksitosin atau lakukan seksio sesaria

c. Jika terdapat metritis (demam, cairan vagina berbau), berikan antibiotika

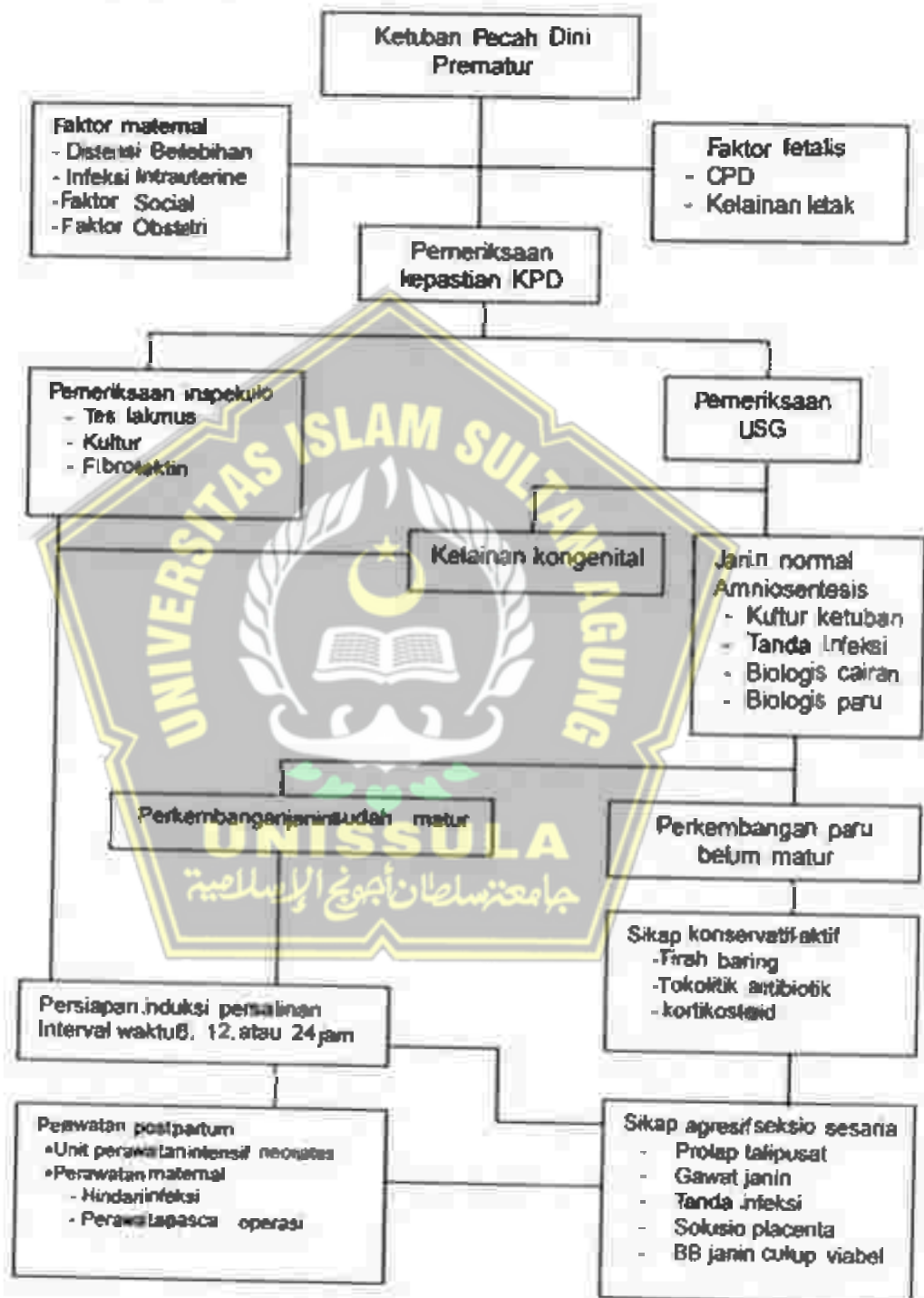
d. Jika terdapat sepsis pada bayi baru lahir, lakukan pemeriksaan kultur dan berikan antibiotika

Penilaian Bishop skor menurut Manuaba (1998) yaitu :

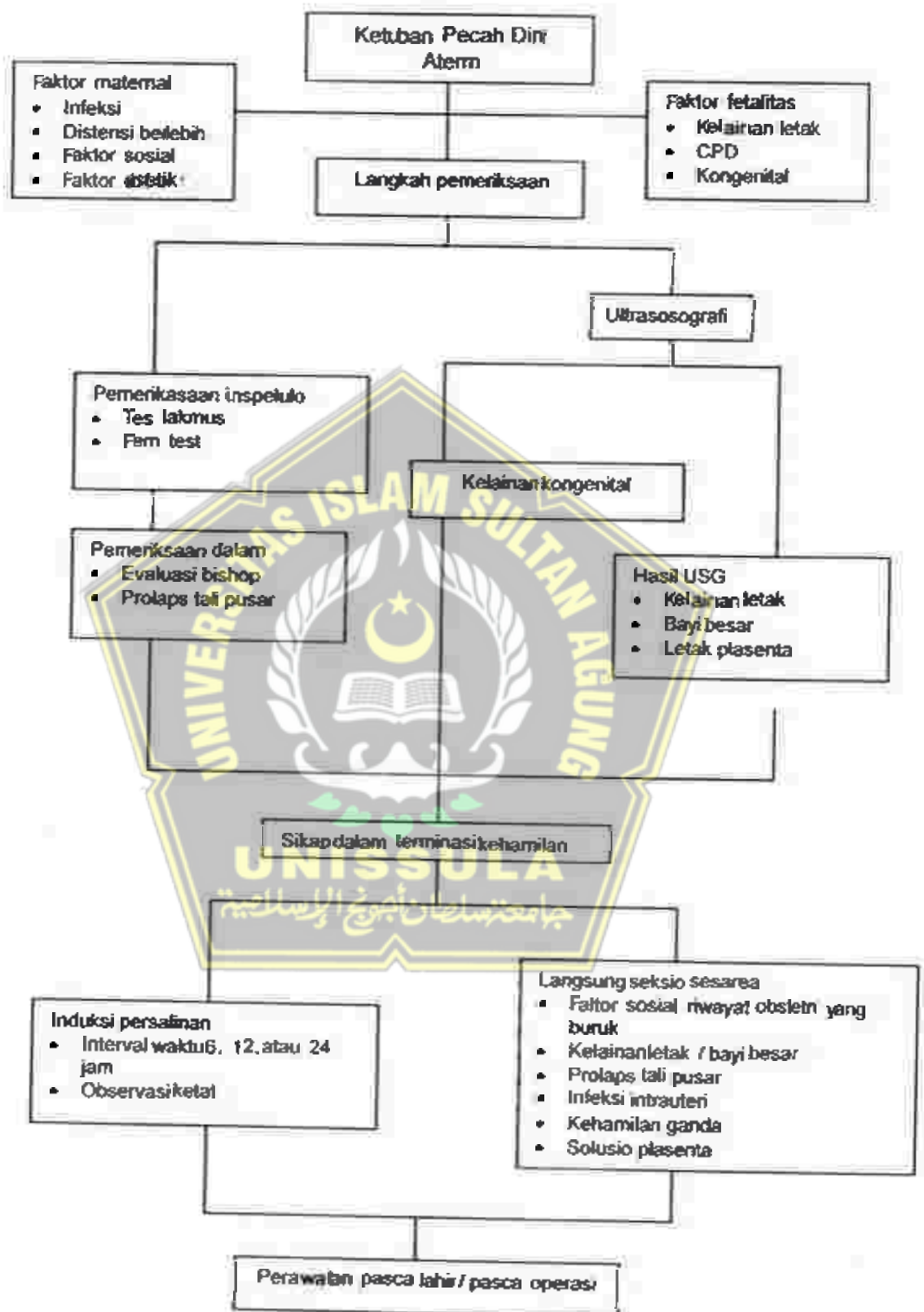
Keadaan Fisik	Nilai
Pembukaan serviks 0 cm Perlunakan 0-30% Konsistensi serviks kaku Arah serviks ke belakang Kedudukan bagian terendah -3	0
Pembukaan 1-2 cm Perlunakan serviks 40-50% Konsistensi serviks sedang Arah serviks ke tengah Kedudukan bagian terendah -2	1
Pembukaan 3-4 cm Perlunakan 60-70% Konsistensi serviks lunak Kedudukan bagian terendah -1-0	2
Pembukaan diatas 5 cm Perlunakan 80% +	3

Tabel 2.1 Kriteria Bishop Skor

Sedangkan penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini menurut Manuaba (2007) dapat dijabarkan sebagai berikut :



Bagan 2.1 Tata laksana ketuban pecah dini prematur



Bagan 2.2 Tata laksana ketuban pecah dini aterm

B. Karakteristik

Karakteristik adalah ciri-ciri dari individu yang terdiri dari demografi seperti jenis kelamin, umur, serta status sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, status ekonomi dan sebagainya. Demografi berkaitan dengan struktur penduduk, umur, jenis kelamin dan status ekonomi sedangkan data kultural mengangkat tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, adat istiadat, penghasilan dan sebagainya (Hapsari, 2008). Sedangkan menurut Dorland (1998) karakteristik adalah tanda khas suatu individu atau kenyataan lainnya.

Karakteristik ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini antara lain:

1. Paritas ibu

Menurut Maryunani (2009) Paritas adalah banyaknya anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu. Sedangkan menurut Wiknjosastro (2008) para adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*).

Primipara adalah seorang wanita yang pernah hamil satu kali dan melahirkan anak yang dapat hidup, multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk beberapa kali, dan grandemultipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan sebanyak 5 kali atau lebih (Ramali, 2003).

Menurut Manuaba (2001), multi/grandemultipara merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya Ketuban Pecah Dini. Dalam Fraser (2009) lemahnya otot abdomen dan uterus merupakan penyebab yang paling sering ditemukan pada multigravida, terutama mereka yang mempunyai paritas tinggi.

2. Presentasi janin

Presentasi adalah bagian dari bayi yang lebih rendah dalam panggul ibu dan merupakan bagian yang akan keluar lebih dahulu bila tidak ada gangguan atau bagian janin yang memasuki pelvik pertama kali, apakah itu sefalik (kepala), sungsang atau bahu (Maryunani, 2009). Dalam Fraser (2009) mengatakan presentasi adalah bagian janin yang terletak di pintu atas panggul atau kutub bawah uterus.

Sedangkan menurut Wiknjastro (2008) presentasi dipakai untuk menentukan pada pemeriksaan dalam bagian janin yang ada dibagian bawah uterus. Jika kepala ditempat tersebut dinamakan presentasi kepala. Jika bokong dinamakan presentasi bokong dan jika janin letak mengolok, maka bahu biasanya berada di bagian bawah uterus dan dalam hal ini dinamakan presentasi bahu.

Fraser (2009) menyebutkan puncak kepala, wajah dan dahi, semuanya merupakan presentasi kepala atau presentasi sefalik. Sedangkan presentasi bokong adalah janin terletak longitudinal dengan bokong pada kutub bawah uterus. Kemudian pada presentasi bahu jika janin terletak dengan aksis panjang yang melintang pada aksis panjang uterus (letak lintang), bahu cenderung menjadi bagian presentasi janin.

Faktor penyebab Ketuban Pecah Dini diantaranya kelainan letak janin, yaitu letak lintang dan letak sungsang (Manuaba, 2001). Pada presentasi bukan kepala ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan (Manuaba, 2007).

3. Jumlah janin dalam kehamilan ibu

Menurut Maryunani (2009) jumlah janin adalah jumlah bakal bayi (yang dalam kandungan) umumnya kira – kira 3 bulan sampai lahir.

Wiknosastro (2002) mengemukakan kehamilan kembar adalah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Sedangkan kehamilan tunggal adalah satu kehamilan dengan satu janin di dalam rahim.

Menurut Manuaba (2007), kehamilan kembar merupakan faktor penyebab Ketuban Pecah Dini. Komplikasi potensial dari kehamilan kembar diantaranya persalinan disfungsi, yang disertai dengan peregangan uterus yang berlebihan (Taber, 1994). Wiknosastro (2005) mengemukakan pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan, serta komplikasi pada kehamilan kembar yaitu Ketuban Pecah Dini.

C. Kerangka Teori

Bagan 2.3 Kerangka Teori Karakteristik Ibu yang Mengalami Ketuban Pecah Dini

- Sebab terjadinya Ketuban Pecah Dini
1. Serviks inkompeten
 2. Overdistensi uterus (hidramnion, hamil ganda)
 3. Faktor keturunan
 - a. Serum ibu Cu rendah
 - b. Vitamin C rendah
 - c. Kelainan genetik
 4. Pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban
 - a. Infeksi genitalia
 - b. Meningkatnya enzim proteolitik
 5. Multi grandemulti
 6. Sefalopelvik disproporsi
 7. Kelainan letak (letak lintang/sungsang)
 8. Pendular abdomen
 9. Pekerjaan

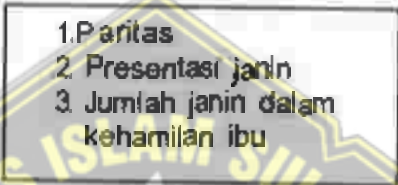
Sumber :Manuaba (2001) dan Varney (2006)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Bagan 3.1 Kerangka penelitian karakteristik ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini

- 
- A rectangular box containing a numbered list of three items. The box is superimposed on a large, faint watermark of the Universitas Islam Sultan Agung logo, which features a crescent moon and star above an open book, surrounded by the university's name in Indonesian and Arabic.
1. Paritas
 2. Presentasi janin
 3. Jumlah janin dalam kehamilan ibu

B. Jenis, Metodologi dan Tahap – tahap Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2003)

Dalam melakukan penelitian ini peneliti memakai jenis penelitian deskriptif. menurut Notoatmodjo (2005) metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan/analisis data, membuat kesimpulan dan laporan.

Menurut Nursalam (2003) penelitian deskriptif meliputi mengidentifikasi peristiwa, variabel, mengembangkan teori dan operasional definisi dari variabel, dan memungkinkan menginterpretasi makna suatu teori yang ditemukan dan populasi yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

2. Metode Penelitian

Metode disini diartikan sebagai suatu cara atau teknis yang dilakukan dalam proses penelitian. Sedangkan penelitian itu sendiri diartikan sebagai upaya dalam bidang ilmu pengetahuan yang dijalankan untuk memperoleh fakta-fakta dan prinsip-prinsip dengan sabar, hati-hati dan sistematis untuk mewujudkan kebenaran (Mardalis, 2003).

Penelitian ini menggunakan metode dokumentasi yaitu merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, dan film dokumenter (Hidayat, 2009).

Dalam metode dokumentasi obyek yang diperhatikan (ditatap) dalam memperoleh info adalah dengan memperhatikan tiga macam sumber, yaitu tulisan (*paper*), tempat (*place*), kertas atau orang (*people*). Dalam mengadakan penelitian yang bersumber pada tulisan inilah yang disebut penelitian dengan menggunakan metode dokumentasi. Dokumentasi berasal dari kata dokumen yang artinya barang-barang tertulis. Dalam melaksanakan metode dokumentasi, peneliti meneliti benda-benda tertulis seperti buku, majalah, dokumen, dan lain-lain (Arikunto, 2006).

3. Tahap-tahap Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui beberapa tahap:

- a. Melakukan ijin ke Kepala Prodi DIII Kebidanan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, untuk mengambil data ke Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.
- b. Melakukan survei pendahuluan ke Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran
- c. Menyusun proposal penelitian dan melakukan seminar proposal.
- d. Melakukan revisi proposal.
- e. Melakukan ijin ke Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sebelum penelitian dilaksanakan.
- f. Melakukan penelitian.
Peneliti mengambil data di bagian Rekam Medis untuk mendapatkan data pasien pada status pasien khususnya ibu yang mengalami KPD dengan melihat dan mencatat data dari catatan rekam medik pasien yang pernah dirawat di bagian Obstetri dan Ginekologi yang tercatat di bagian Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran tahun 2009, kemudian melakukan pengisian check list dari dokumen pasien atau status pasien.
- g. Melakukan pengolahan data.
- h. Seminar hasil.
- i. Penyusunan laporan penelitian.

C. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional yaitu batasan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variable-variable yang diamati atau diteliti (Notoatmojo, 2005).

Sedangkan menurut Hidayat (2009) definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya.

Menurut Azwar (2007) definisi operasional adalah suatu definisi mengenai variabel yang dirumuskan berdasarkan karakteristik-karakteristik variabel tersebut yang dapat diamati. Variabel tersebut diantaranya :

1. Paritas

Paritas adalah menyangkut jumlah persalinan yang pernah dialami oleh ibu yang mengalami Keluhan Pecah Dini.

Dikategorikan menjadi :

- a. Primipara adalah seorang wanita yang pernah hamil satu kali dan melahirkan anak yang dapat hidup.
- b. Multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup 2 sampai 4 kali.
- c. Grandemultipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan sebanyak 5 kali atau lebih.

Skala : Ordinal

2. Presentasi janin

Presentasi adalah menyangkut bagian dari bayi yang lebih rendah dalam panggul ibu dan merupakan bagian yang akan keluar lebih dahulu bila tidak ada gangguan atau bagian janin yang memasuki pelvik pertama kali.

Dikategorikan menjadi :

- a. Presentasi kepala adalah bagian janin yang terletak dipintu atas panggul dapat berupa puncak kepala, wajah dan dahi.
- b. Presentasi bokong adalah janin yang terletak longitudinal dengan bokong pada kutub bawah uterus.
- c. Presentasi bahu adalah janin dengan letak aksis panjang yang melintang pada aksis panjang uterus (letak lintang), bahu cenderung menjadi bagian presentasi janin.

Skala : Nominal

3. Jumlah janin dalam kehamilan ibu

Jumlah janin dalam kehamilan ibu adalah menyangkut jumlah bakal bayi yang dikandung ibu.

Dikategorikan menjadi :

- a. Kehamilan tunggal merupakan satu kehamilan dengan satu janin didalam rahim
- b. Kehamilan kembar apabila dalam rahim ibu terdapat lebih dari satu janin

Skala : Nominal

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono dalam Hidayat, 2009). Menurut Notoatmodjo, (2005) keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut adalah populasi penelitian atau

universe. Sedangkan menurut Nursalam (2003) populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan.

Menurut Sastroasmoro dan Ismail (1995) dalam Nursalam (2003) populasi dibagi menjadi 2 yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah populasi yang memenuhi sampling kriteria dan menjadi sasaran akhir penelitian. Sedangkan populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya.

Dalam hal ini populasi targetnya adalah seluruh ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran, dan populasi terjangkau adalah seluruh ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran pada periode 1 Januari-31 Desember 2009 menurut data pada rekam medis yaitu sebanyak 108 ibu.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2009). Menurut Notoatmodjo (2005) sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi ini disebut sampel penelitian. Sedangkan menurut Azwar (2007) sampel adalah bagian dari populasi, karena ia merupakan bagian dari populasi, tentulah ia harus memiliki ciri-ciri yang dimiliki oleh populasinya.

3. Teknik Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah suatu cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan

obyek penelitian (Nursalam, 2003). Hidayat (2009) mengungkapkan bahwa teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada.

Dalam penelitian ini cara pengambilan sampel menggunakan teknik *Non Probability Sampling* yaitu sampling jenuh. Cara pengambilan sampel ini adalah dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel, atau istilah lain adalah sensus (Hidayat, 2009). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami KPD di RSUD Ungaran pada tanggal 01 Januari sampai dengan 31 Desember 2009 yang berjumlah 108, dan populasi tersebut diambil seluruhnya untuk dijadikan penelitian. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 108 ibu.

E. Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan data sekunder, yaitu data *Rekam Medis* Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran khususnya ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini pada tanggal 01 Januari-31 Desember 2009 dengan melakukan pengisian check list, sehingga penulis tinggal memberi tanda check (✓) pada lembar check list sesuai dengan catatan pada dokumen pasien/status pasien.

Dalam mengumpulkan data di RSUD Ungaran peneliti meminta ijin kepada kepala rekam medis untuk mengambil data dengan menunjukkan surat ijin penelitian. Kemudian pihak rumah sakit memberikan data ibu yang

mengalami KPD dengan memberikan *Rekam Medis* ibu yang mengalami KPD kepada peneliti.

F. Instrumen Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2005) yang dimaksud dengan instrumen penelitian adalah alat – alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan pencatatan dengan menggunakan alat observasi check list terhadap *Rekam Medis* Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran khususnya ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini pada tanggal 01 Juli-31 Desember 2009 sebanyak 108 status.

Check list adalah suatu daftar pengecek, berisi nama subyek dan beberapa gejala atau identitas lainnya dari sasaran pengamatan. Pengamat tinggal memberikan tanda check (√) pada daftar tersebut yang menunjukkan adanya gejala/ciri dari sasaran pengamatan (Notoatmodjo, 2003).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan check list untuk mencari variabel yang sudah ditentukan yaitu paritas ibu, presentasi janin, dan jumlah janin dalam kehamilan ibu.

G. Pengolahan Data

Dalam melakukan analisis data terlebih dahulu data harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh (Hidayat, 2009), diantaranya:

a. Editing

Editing adalah mengoreksi kesalahan-kesalahan yang ditemui dengan cara peneliti melakukan pengecekan kelengkapan data yang ada, jika ditemui data yang salah pengisiannya maka data tidak diperlukan.

Dalam penelitian ini peneliti mengoreksi kelengkapan data yang dibutuhkan pada *Rekam Medis*.

b. Coding

Teknik ini dilakukan dengan memberikan tanda pada masing-masing lembar *cek list* dengan kode berupa angka, selanjutnya dimasukkan ke dalam tabel kerja untuk melakukan pengolahan.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan angka untuk tiap variabel yang diteliti, misalnya primipara diberi angka 1, multipara diberi angka 2 dan seterusnya.

c. Entri Data

Tahap ini dilakukan pemasukan data sesuai variabel yang ada dalam komputer

d. Tabulating

Sebelum data dikelompokkan menurut kategori yang telah ditentukan, selanjutnya data ditabulasikan dengan melakukan penentuan data sehingga diperoleh frekuensi dari masing-masing variabel penelitian, kemudian memindahkan data ke dalam tabel yang sesuai dengan kriteria.

H. Analisa Data

Dalam tahap ini data diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu.

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah *Analisis Univariat*.

Analisis Univariat ini dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian.

Pada umumnya pada analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2005). Analisis ini dilakukan terhadap semua variabel penelitian deskriptif yaitu penyebab Ketuban Pecah Dini (paritas ibu, presentasi janin, dan jumlah janin dalam kehamilan). Penyebab KPD dan kejadian KPD yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan grafik.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

1. Gambaran Umum

Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran adalah milik Pemerintah Daerah Ungaran merupakan unit pelayanan kesehatan yang melayani masyarakat sekitar dan merupakan rumah sakit rujukan di Ungaran dan sekitarnya.

2. Lokasi dan Status Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran terletak di jalan Diponegoro No125 Ungaran Desa/Kelurahan Genuk Kecamatan Ungaran Kabupaten Semarang, dengan luas areal 6.130 m² dan luas bangunan 1657 m².

3. Fasilitas Rumah Sakit

Dalam menunjang kegiatan rumah sakit didukung oleh tenaga kerja dokter dan tenaga medis 23 orang, paramedik perawatan 51 orang, paramedik non perawatan 34 orang, tenaga non medik 41 orang. Sarana pelayanan yang ada di RSUD Ungaran antara lain:

- a. Pelayanan Rawat Inap
- b. Pelayanan Rawat Jalan
- c. Pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
- d. Penunjang medik (Laboratorium, Radiologi, USG (Ultrasonography), CT (Computerised Tomografi) Scan, Fisioterapi)
- e. IBS (Instalasi Bedah Sentral)

- f. IGD (Instalasi Gawat Darurat)
- g. ICU(Intesive Care Unit)
- h. Pelayanan Gizi
- i. Pelayanan laundry
- j. Instalasi Jenazah
- k. Instalasi sarana Prasarana Rumah Sakit

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 25-28 Juni 2010 di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran dengan menggunakan data rekam medik ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini tahun 2008. Hasil penelitian menggambarkan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran pada tahun 2008 terdapat 108 ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini. Hasil penelitian yang didapatkan adalah sebagai berikut :

1. Distribusi Frekuensi Paritas Ibu yang mengalami Ketuban pecah Dini

Diagram 4.1 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2008



Diagram 4.1. Menunjukkan distribusi paritas ibu yang mengalami ketuban pecah dini mayoritas terjadi pada ibu multipara sebanyak 55 orang (51%), ibu primipara sebanyak 50 orang (46%) dan ibu grandemultipara sebanyak 3 orang (3%).

2. Distribusi Frekuensi Presentasi Janin Dalam Kehamilan Ibu Yang Mengalami Ketuban Pecah Dini

Diagram 4.2 Distribusi Frekuensi Presentasi Janin Dalam Kehamilan Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran tahun 2008



Diagram 4.2 Menunjukkan distribusi frekuensi presentasi janin dalam kehamilan ibu yang mengalami ketuban pecah dini lebih sebagian besar dialami pada presentasi kepala yaitu 78 kasus (75%), pada presentasi bokong sebanyak 18 kasus (18%) dan pada letak lintang sebanyak 7 kasus (7%).

3. Distribusi Frekuensi Jumlah Janin Dalam kehamilan Ibu yang mengalami Ketuban Pecah Dini

Diagram 4.3 Diagram Distribusi Frekuensi Jumlah Janin Dalam Kehamilan Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran th.2008



Diagram 4.3 Menggambarkan distribusi frekuensi jumlah janin dalam kehamilan ibu yang mengalami Ketuban pecah Dini banyak terjadi pada kehamilan tunggal yaitu sebanyak 104 kasus (96%)

sedangkan pada kehamilan kembar yang mengalami ketuban pecah dini sejumlah 4 kasus (4%).

C. Pembahasan

1. Paritas

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan distribusi paritas ibu mayoritas ibu yang mengalami KPD adalah ibu multipara yaitu sebanyak 51%.

Hal ini sependapat dengan Manuaba (2001) yang menyatakan multipara merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya Ketuban Pecah Dini. Dalam Fraser (2009) lemahnya otot abdomen dan uterus merupakan penyebab yang paling sering ditemukan pada multigravida, terutama mereka yang mempunyai paritas tinggi.

Melihat dari tabel hasil penelitian mayoritas ibu multipara yang mengalami KPD yaitu ibu yang pernah melahirkan 4 kali. Hal ini menunjukkan bahwa pada multipara mempunyai frekuensi lebih banyak mengalami ketuban pecah dini.

2. Presentasi Janin Dalam Kehamilan Ibu

Dari hasil distribusi presentasi janin dalam kehamilan, sebagian besar ibu yang mengalami KPD adalah presentasi kepala yaitu 75%.

Hal ini tidak sependapat dengan Manuaba (2001) yang menyebutkan faktor-faktor terjadinya KPD diantaranya disebabkan karena kelainan letak janin. Pada presentasi bukan kepala ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauterin yang dominan (Manuaba, 2007).

Dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa dari 108 ibu hamil yang mengalami KPD, 78 orang (75%) adalah ibu hamil dengan presentasi

kepala. Melihat hasil tersebut mungkin ada faktor lain yang ikut berpengaruh pada kejadian KPD yang dialami ibu hamil di RSUD Ungaran. Faktor-faktor tersebut diantaranya faktor obstetrik seperti serviks inkompeten, terdapat sefalopelvik disproporsi dan pendular abdomen (Manuaba, 2007). Hal ini menunjukkan pada presentasi kepala dapat terjadi Ketuban Pecah Dini.

3. Jumlah Janin Dalam Kehamilan Ibu

Dari hasil distribusi jumlah janin dalam kehamilan ibu, mayoritas yang mengalami KPD adalah kehamilan tunggal yaitu sebanyak 96%.

Melihat pada bagian sebelumnya telah disebutkan bahwa kejadian KPD diantaranya disebabkan karena kehamilan kembar (Manuaba 2001). Komplikasi potensial dari kehamilan kembar diantaranya persalinan disfungsional, yang disertai dengan peregangan uterus yang berlebihan (Taber, 1994). Wiknjosastro (2005) mengemukakan pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan, serta komplikasi pada kehamilan kembar yaitu Ketuban Pecah Dini.

Namun ternyata dalam penelitian ini diperoleh hasil 104 kasus (96%) adalah ibu hamil dengan janin tunggal yang mengalami KPD. Menilik hasil tersebut mungkin ada faktor lain yang juga ikut berpengaruh pada kejadian KPD yang dialami ibu hamil di RSUD Ungaran. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah faktor umum seperti infeksi STD, faktor sosial (perokok, peminum, keadaan sosial ekonomi rendah), faktor keturunan seperti kelainan genetik, dan overdistensi uterus akibat hidramnion. Hal ini menunjukkan pada kehamilan tunggal dapat terjadi Ketuban Pecah Dini.

BABV

KESIMPULAN DAN SARAN

A Kesimpulan

Berdasarkan pada hasil penelitian mengenai karakteristik ibu hamil yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Ibu yang mengalami KPD mayoritas terjadi pada ibu multipara yaitu sebanyak 55 orang (51%).
2. Sebagian besar KPD dialami pada ibu hamil dengan presentasi kepala yaitu 78 kasus (75%).
3. Mayoritas ibu yang mengalami KPD terjadi pada kehamilan tunggal yaitu sebanyak 104 kasus (96%).

B. Saran

1. Bagi tenaga kesehatan
 - a. Diharapkan bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi ibu yang beresiko tinggi terhadap terjadinya KPD sehingga dapat diketahui bagaimana prognosis kehamilannya.
 - b. Mengadakan penyuluhan kesehatan kepada ibu hamil mengenai faktor-faktor resiko terjadinya KPD.
2. Bagi ibu hamil
 - a. Setiap ibu hamil diharapkan melakukan persiapan prenatal agar kehamilannya tidak mengalami gangguan ataupun komplikasi.

sehingga ibu dan bayi sehat pada saat kehamilannya maupun saat persalinan. Pada saat ibu diketahui dirinya hamil, maka ibu harus memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama kehamilan.

- b. Setiap ibu hamil diharapkan mengatur jumlah anak dengan mengikuti metode KB.

3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Diharapkan lebih menambah literatur mengenai ibu hamil dengan resiko tinggi, terutama ibu hamil yang beresiko mengalami KPD.
- b. Diharapkan mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang berhubungan dengan KPD, misalnya hubungan antara beban kerja dengan kejadian KPD.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Azwar, Saifuddin, M.A. 2007. *Metode Penelitian*. Jakarta : Pustaka Pelajar.
- Azzahra, Ivadila. 2009. *Premature Rupture of the Membranes*. Diakses tanggal 8 Januari 2010.
- Cunningham, Mac Donald, Gant. 2005. *Obstetri Williams*. Edisi 18. Jakarta : EGC
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWSKIA)*. Jakarta : Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat dan Direktorat Kesehatan Keluarga.
- Dorland. 1998. *Kamus Saku Kedokteran*. Edisi 25. Jakarta : EGC.
- Fraser, Diane. M. Margaret A. Cooper. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Edisi 14. Jakarta: EGC.
- Hapsari Windi R. "Karakteristik Penderita Solusio Plasenta". (<http://Mediague/2008/Wordpress.com>). Tanggal Download: 10 Maret 2010
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Krisnadi, Sofie R, dkk. 2009. *Prematuritas*. Bandung: P.T. Refika Aditama
- Manuaba, dkk. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri dan Gynekologi dan KB*. Jakarta : EGC
- Manuaba, dkk. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk. 2008. *Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan keluarga Berencana untuk pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mardalis. 2003. *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*. Jakarta : Bumi Aksara
- Maryunani, Anik, dkk. 2009. *Kamus Saku Istilah dan Singkatan Kata-Kata dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri, jilid I*. Jakarta: EGC

- Moore Hacker. 2001. *Esensial Obstetri dan Ginekologi, Edisi 11*. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Ramali, Ahmad et al. 2003. *Kamus Kedokteran*. Jakarta : Djambatan.
- Puspasari, Dewi dkk. 2009. *Penatalaksanaan Perawatan Inpartu Klien KPD diruang bersalin RSUD Swadana Sumedang*. Di akses tanggal 8 januari 2010.
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta : JNPKR-POGI.
- Taber, Ben-Zion M.D. 1994. *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi, Edisi 2*. Jakarta:EGC.
- Varney, Helen. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Edisi 4 vol I*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, Hanifa, dkk. 2002. *Ilmu Kebidanan Ed. 3. Cet. 6* Jakarta: YBPSP.
- Wiknjosastro, Hanifa, dkk. 2005. *Ilmu Kebidanan, Edisi ketiga*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wiknjosastro, Hanifa, dkk. 2008. *Ilmu Kebidanan, Edisi ketiga*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Lampiran- lampiran



CHECKLIST REKAM MEDIS
IBU YANG MENGALAMI KPD
RSUD UNGARAN

•Nama

Umur

No. RM

1. Paritas

- a. ☐ Primipara
- b. ☐ Multipara
- c. ☐ Grandemultipara

2. Presentasi Janin

- a. ☐ Kepala
- b. ☐ Sungsang
- c. ☐ Lintang

3. Jumlah Janin Dalam kehamilan Ibu

- a. ☐ Tunggal
- b. ☐ Kembar



TABEL MASTER DATA PENELITIAN

No	Nama	Paritas					Presentasi Janin			Jumlah Janin	
		Primipara	Multipara			Grande multipara	Kepala	Bokong	Behu	Tunggal	Ganda
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Ny. S				✓		✓			✓	
2.	Ny. M			✓			✓			✓	
3.	Ny. T		✓				✓			✓	
4.	Ny. I	✓					✓			✓	
5.	Ny. R				✓		✓			✓	
6.	Ny. S	✓					✓			✓	
7.	Ny. U	✓					✓			✓	
8.	Ny. M	✓					✓			✓	
9.	Ny. F			✓			✓			✓	
10.	Ny. W	✓					✓			✓	
11.	Ny. E			✓			✓			✓	
12.	Ny. I	✓					✓			✓	
13.	Ny. M	✓					✓			✓	
14.	Ny. S	✓					✓			✓	
15.	Ny. I	✓					✓			✓	
16.	Ny. E	✓					✓			✓	
17.	Ny. L	✓					✓			✓	
18.	Ny. Z	✓					✓			✓	
19.	Ny. T	✓					✓			✓	
20.	Ny. Y	✓					✓			✓	
21.	Ny. C	✓					✓			✓	✓
22.	Ny. N	✓					✓			✓	
23.	Ny. E	✓					✓			✓	
24.	Ny. I	✓					✓			✓	
25.	Ny. H	✓					✓			✓	
26.	Ny. S	✓					✓			✓	
27.	Ny. D	✓					✓			✓	
28.	Ny. I	✓					✓			✓	
29.	Ny. R	✓					✓			✓	
30.	Ny. S	✓					✓			✓	
31.	Ny. E	✓					✓			✓	
32.	Ny. S	✓					✓			✓	
33.	Ny. S	✓					✓			✓	
34.	Ny. R	✓					✓			✓	
35.	Ny. T	✓					✓			✓	
36.	Ny. A	✓					✓			✓	
37.	Ny. U	✓			✓		✓		✓	✓	
38.	Ny. K		✓					✓		✓	
39.	Ny. S				✓		✓			✓	
40.	Ny. S	✓					✓			✓	
41.	Ny. J	✓					✓			✓	
42.	Ny. A		✓				✓			✓	
43.	Ny. R		✓				✓			✓	
44.	Ny. N			✓			✓			✓	
45.	Ny. F				✓		✓			✓	
46.	Ny. S				✓		✓			✓	
47.	Ny. D			✓			✓			✓	
48.	Ny. N				✓		✓			✓	
49.	Ny. D		✓					✓		✓	
50.	Ny. E	✓					✓		✓	✓	
51.	Ny. W	✓					✓			✓	
52.	Ny. P	✓					✓			✓	

[illegible]



UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Po Box. 1054 Telp. (024) 6583584 psu 266 6581278 Semarang 50112

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No. : 534/BID/ FIK-SA /XII/ 2009
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Survei Pendahuluan

Kepada Yth :
Kepala RSUD Ungaran
Di Ungaran

'Assalamu 'alaikum Wr.Wb.

Dengan ini kami hadapkan mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang:

Nama : Trijata Ajeng Rahmajati
NIM : 81.206.0195
Tingkat/Semester : III / V

Mohon diijinkan untuk mengambil data/melakukan survey pendahuluan di RSUD Ungaran untuk kepentingan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul " Studi Deskriptif Tentang Karakteristik Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran Tahun 2010".

Demikian surat ini kami buat dengan sebenarnya Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Wr.Wb.

Semarang, 29 Desember 2009

Ka. Prodi D-III Kebidanan
FIK Unissula



Emi Sutrisminah, S.SiT



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No. : 676/BID/FIK-SA/IV/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada Yth :
Direktur RSUD Ungaran
Di Ungaran

Assalamu 'alaikum W.r.Wb,

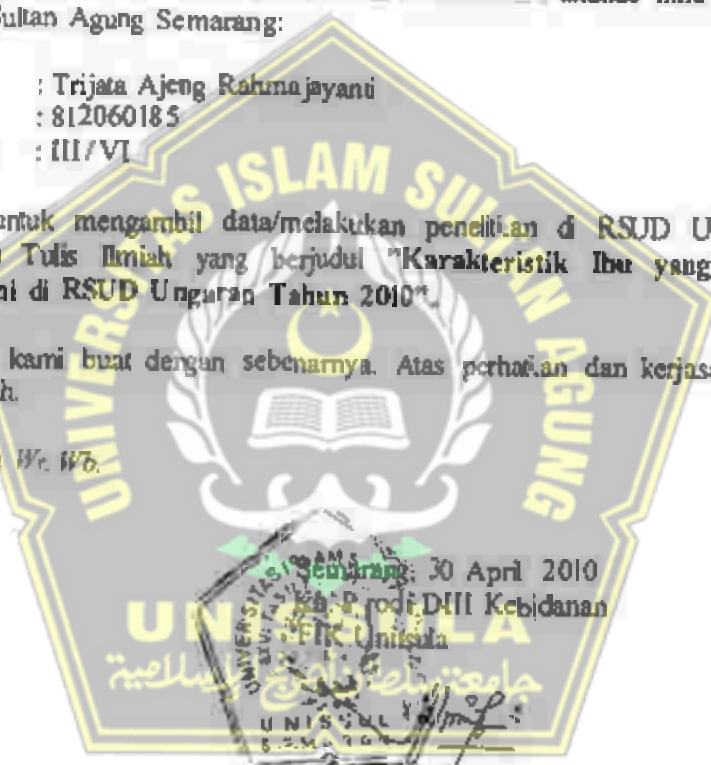
Dengan ini kami hadapkan mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang:

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayani
NIM : 812060185
Tingkat/Semester : III/VI

Mohon diijinkan untuk mengambil data/melakukan penelitian di RSUD Ungaran untuk kepentingan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Karakteristik Ibu yang Mengalami Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran Tahun 2010".

Demikian surat ini kami buat dengan sebenarnya. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum W.r.Wb.



Semarang, 30 April 2010
Kah. Prodi DIII Kebidanan
FIK Unissula
UNISSULA
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

Emi Sutrisminah, S.ST



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN

J. DIPONEGORO NO. 125 TELP. (024) 6921006- 6922910 UNGARAN 50512

Ungaran, 09 Januari 2010

No. : 4720 / 053

Kepada Yth.

Lampiran : -

Ketua Prodi DIII Kebidanan FIK
Unissila

Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Survei

Di

Pendahuluan

Tempat

Merindaklanjuti surat saudara tertanggal 29 Desember 2009 Nomor 554/BID/FIK-SA / XII / 2009 perihal Permohonan Ijin Survei Pendahuluan di RSUD Ungaran guna penyusunan skripsi oleh mahasiswa :

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati

NIM : 812060195

Pod/Semester : DIII Kebidanan / V (lima)

Judul : Study Diskriptif Tentang Karakteristik Kejadian
Ketuban Pecah Dini di RSUD Ungaran Tahun
2010

Pada prinsipnya permohonan tersebut dapat diterima sesuai jadwal yang saudara ajukan dengan ketentuan selama penelitian mahasiswa tersebut wajib mengikuti aturan yang berlaku di RSUD Ungaran, sedangkan informasi yang diperoleh hanya untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk dipublikasikan kepada pihak umum.

Demikian surat ijin ini diberikan agar dapat dipergunakan seperlunya.

a/n DIREKTUR RSUD UNGARAN
KEPALA BIDANG KEPERAWATAN
DAN PENUNJANG NON MEDIK



Dr. Rini Salsawati, M.Kes.MM

NIP. 19610506 198903 2 016

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Ruang terkait

2. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Non Medik

3. Arsip



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN

Jl. DIPONEGORO NO.125 TELP. (024) 6921006- 6922910 UNGARAN 50512

Ungaran, 19 Mei 2010

No. : 420 / 693

Lampiran :

Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Ketua Prodi D-III Kebidanan
Universitas Islam Sultan Agung
Semarang

Di

Tempat

Menindak lanjuti surat saudara tertanggal 30 April 2010 Nomor 676/BID/FIK-SA/IV./2010 perihal Permohonan Ijin Penelitian di RSUD Ungaran guna penyusunan skripsi oleh mahasiswa

Nama : Trijita Ajeng Rahmajayati

NIM : 812060195

Podi/Semester : D III Kebidanan

Judul : KARAKTERISTIK IBU YANG MENGALAMI
KETUBAN PECAH DINI DI RSUD UNGARAN
TAHUN 2010

Pada prinsipnya permohonan tersebut dapat diterima sesuai jadwal yang saudara ajukan dengan ketentuan selama penelitian mahasiswa tersebut wajib mengikuti aturan yang berlaku di RSUD Ungaran, sedangkan informasi yang diperoleh hanya untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk dipublikasikan kepada pihak umum.

Demikian surat ijin ini diberikan agar dapat dipergunakan seperlunya.

SA. DIREKTUR RSUD UNGARAN
KEPALA BIDANG KEPERAWATAN
DAN PENUNJANG NON MEDIK



Ali Imron, S.Kep. MM

NIP. 196305031959031014

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Ruang terkait

2. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik

3. Arsip

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dewi Ratnawati, SSiT

NIK : 210. 106. 108

Pangkat/ Golongan : IIIA/ Tenaga Pengajar

Pekerjaan : Dosen Tetap

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing I pembuatan Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-II Kebidanan FIK Unissula, sebagaiberikut:

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati

NIM : 81.206.0195

Judul KTI : "Karakteristik Ibu Yang Mengalami Ketuban Pecah Dini
Di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Tahun 2010"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Agustus 2009

Pembimbing


Dewi Ratnawati, S. SiT
NIK: 210106/108

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Emi sutrisminah, S.SiT

NIK : 210. 104. 088

Pangkat/ Golongan : IIIB / Asisten Ahli

Pekerjaan : Dosen Tetap

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing II pembuatan Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Kebidanan FIK Unissula, sebagai berikut:

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati

NIM : 81.206.0195

Judul KTI : "Karakteristik Ibu Yang Mengalami Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Tahun 2010"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Agustus 2010

Pembimbing


Emi Sutrisminah, S. SiT
NIK: 210. 104 088

LEMBAR KONSULTASI KTI

Foto 3x4
berwarna

Nama mahasiswa : TRIJATA AJENG RAHMADAYATI

NIM : 012060195

Judul KTI : STUDI DEKRIPTIF TENTANG
KARAKTERISTIK KEJADIAN KID

Pembimbing : Deak Rahmawati, S.Si

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1	Rabu, 23-12-09	JUDUL	Acc	
2	Rabu, 20-01-10	BAB I	Revisi Lembar heading Tulisan dan merata	
3	Kamis, 28-01-10	BAB I	Revisi Lembar Daftar Kery Tulisan, merata, mengedit	
4	Selasa, 2-02-10	BAB I	Acc, lanjut BAB II	
5	Senin, 8-02-10	BAB II	BAB II, Revisi	
6	Kamis, 11-02-10	BAB II	BAB II, Revisi	
		BAB III	BAB III, Revisi	
7	Kamis, 25-02-10	BAB III	Revisi, ditambahkan pengantar Ker dan ker	
8	Rabu, 11-03-10	BAB III & BAB IV	Revisi f. judul panel	
9	Kamis, 19-04-10	BAB II & BAB III	Acc, revisi Proposal	
10				

Semarang,

2010

Pembimbing

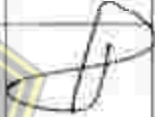
(Signature)
(Deak Rahmawati, S.Si)

No.	Tanggal	Penguji	Saran	TTD
	29 Juli '10	Dewi K	Kain BAB IV	
	3 Agust '10		Revisi BAB V & VI	
	5 Agust '10		Revisi BAB IV	
	9 Agust '10		Revisi BAB IV	
			di Revisi	

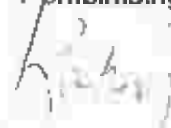


BERITA ACARA
UJIAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati
 NIM : 81.206.0195
 Judul : Karakteristik Ibu yang Mengalami KPD d RSUD Ungaran Tahun 2010
 Tanggal : 18 Agustus 2010
 Penguji : Melyana Nurul W, SSiT, MKes.
 Pengujili : Titi Sapartina, S.SiT, SKep.
 Penguji III : Dewi Ratnawati, SSiT

Penguji	Saran	TTD
Melyana Nurul W.SSiT, MKes	1. Perbaiki latar belakang, ditambah dengan karakteristik. 2. Perbaiki sistematis penulisan pada tinjauan teori. 3. Perbanyak refrensi pada tinjauan teori. 4. Perbaiki kerangka teori dan kerangka konsep 5. Pada definisi operasional perbaiki pengertian paritas dan presentasi janin 6. Perbanyak refrensi hubungan KPD dengan paritas. 7. Pada hasil dan pembahasan diulas tentang penyebab KPD saja.	

Semarang, 18 Agustus 2010
 Pembimbing,



(Dewi Ratnawati, S.SiT)
 NIK. 210 106 108

BERITA ACARA
UJIAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Trijata Ajeng Rahmajayati
NIM : 81.206.0195
Judul : Karakteristik Ibu yang Mengalami KPD di RSUD Ungaran Tahun 2010
Tanggal : 18 Agustus 2010
Penguji : Melyana Nurul W, SSiT, M.Kes.
Penguji I : Titik Sapartinah, SSiT, SKep.
Penguji II : Dewi Ratnawati, SSiT

Penguji	Saran	TTD
Titik Sapartinah, SSiT, SKep.	1. Pada pengambilan data ditambah kronologi pengambilan data. 2. Pada pembahasan dibuat dengan mengandung 3 unsur pembahasan yaitu hasil, teori dan argumen. 3. Perbanyak referensi pada tinjauan teori 4. Data mentah pantas dapat dimunculkan untuk pembahasan.	

Semarang, 18 Agustus 2010
Pembimbing,


(Dewi Ratnawati, S.SiT)
 NIK. 210 106 108