

LAPORAN TUGAS AKHIR

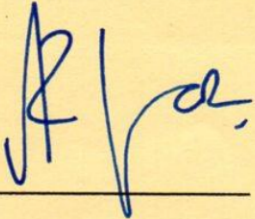
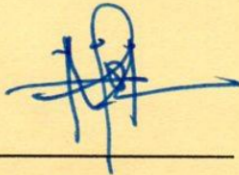

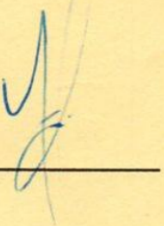
**HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN KETUBAN
PECAH DINI DI RSIA HUSADA BUNDA
TAHUN 2020**



**NAMA : RESKY ANANDA PUTRI
NIM : 1715301021**

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN
PROGRAM SARJANA TERAPAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN
TUANKU TAMBUSAI
RIAU
2021**

**LEMBARAN PERSETUJUAN DEWAN PENGUJI
UJIAN LAPORAN TUGAS AKHIR PROGRAM STUDI
KEBIDANAN PROGRAM SERJANA TERAPAN**

NO	NAMA	TANDA TANGAN
1.	<u>Dr. ARVAN, Sp. OG</u> Ketua Dewan Penguji	 _____
2.	<u>MILDA HASTUTY, SST, M. Ke's</u> Sekretaris	 _____
3.	<u>FITRI APRIYANTI, M. Keb</u> Penguji I	 _____
4.	<u>Ns. INDRAWATI, S. Kep, M. KL</u> Penguji II	 _____

Mahasiswi :

NAMA : RESKY ANANDA PUTRI
NIM : 1715301021
TANGGAL UJIAN : 30 Juli 2021

LEMBARAN PERSETUJUAN LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA : RESKY ANANDA PUTRI

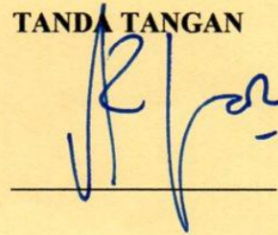
NIM : 1715301021

NAMA

TANDA TANGAN

Pembimbing I

Dr. ARVAN, Sp. OG
NIP.TT : 096.542.005.091



Pebimbing II

MILDA HASTUTY, SST, M. Kes
NIP. TT : 096. 542.145



Mengetahui
Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana Terapan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai



FITRI APRIYANTI, SST, M.Keb
NIP.TT :096. 542. 092

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA TERAPAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI**

Laporan Tugas Akhir, Juli 2021

**RESKY ANANDA PUTRI
NIM 1715301021**

**HUBUNGAN ANEMIA DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI
DI RSIA HUSADA BUNDA TAHUN 2021**

ix + 51 Halaman +6 Tabel + 4 skema + 5 Lampiran

ABSTRAK

Saat ini KPD masih menjadi masalah di Dunia termasuk Indonesia dan memerlukan perhatian yang besar, karena prevalensinya yang cukup tinggi, angka kejadian KPD di dunia mencapai 12,3% dari total angka persalinan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2021. Jenis penelitian ini adalah *analitik* dengan menggunakan desain penelitian *case control* yang bersifat *retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh data ibu bersalin tahun 2020 sebanyak 233 orang. Sampel dalam penelitian ini menggunakan perbandingan 1:1, yaitu 46 dengan sampel kasus (ibu yang mengalami KPD) dan 46 dengan sampel kontrol (ibu yang tidak mengalami KPD). Alat pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar *checklist*. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat. Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mengalami anemia yaitu 46,7%. Ada hubungan anemia dengan ketuban pecah dini dengan p value 0,003. Diharapkan Bagi petugas kesehatan terutama bidan dapat memberikan pelayanan ANC dengan baik, seperti memberikan KIE dan konseling pada ibu tentang pentingnya meminum tablet tambah darah, agar kejadian anemia tidak terjadi lagi sehingga dapat mencegah terjadinya ketuban pecah dini di RSIA Husada Bunda untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

Kata Kunci : Anemia, KPD

Daftar Bacaan : 29 (2011– 2020)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadirat Allah SWT, di mana berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat memperoleh kemampuan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

Adapun judul dari Laporan Tugas Akhir ini adalah “Hubungan anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2021”. Dalam penelitian Laporan Tugas Akhir ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Amir Luthfi selaku Rektor Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
2. Ibu Dewi Anggriani Harahap, M.Keb selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
3. Ibu Fitri Apriyanti, SST, M.Keb selaku ketua prodi DIV Kebidanan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai sekaligus penguji II yang telah memberikan saran dalam perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. dr. Arvan SpOG Selaku pembimbing 1 yang telah membimbing peneliti hingga penelitian Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan tepat pada waktunya.
5. Ibu Milda Hastuty, SST, M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dalam membimbing peneliti hingga penelitian Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan tepat pada waktunya.

6. Ibu Ns. Indrawati, S.Kep, MKL sebagai penguji 1 yang telah memberikan saran dalam perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Sembah sujud ananda buat ayahanda dan ibunda tercinta kakak dan abang ipar yang tidak terhingga peneliti ucapkan atas bimbingan dan dorongan serta kasih sayang yang diberikan selama ini sehingga laporan ini selesai tepat pada waktunya.
8. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian Laporan Tugas Akhir ini peneliti ucapkan banyak terima kasih, semoga Allah mencatat amal ibadah dan bantuan yang diberikan kepada peneliti.
9. Rekan DIV Kebidanan yang telah memberikan motivasi dan saran kepada peneliti dalam mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian Laporan Tugas Akhir ini masih belum sempurna, sehingga peneliti mengharapkan saran dan kritik yang membangun, khususnya bagi peneliti dan pembaca pada umumnya.

Bangkinang, Juli 2021

Resky Ananda Putri

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	
A. Tinjauan Teoritis	7
1. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini.....	8
2. Anemia pada Ibu Hamil	22
B. Penelitian Terkait	30
C. Kerangka Teori	31
D. Kerangka Konsep	32
E. Hipotesis	32
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	33
B. Lokasi dan waktu Penelitian	32

C. Populasi dan Sampel	35
D. Etika Penelitian	38
E. Alat Pengumpulan Data.....	38
F. Prosedur pengumpulan Data	38
G. Definisi Operasional	40
H. Analisa Data	40
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Analisa Univariat	43
B. Analisa Bivariat	44
BAB IV HASIL PENELITIAN	46
BAB VI PENURUP	
A. Kesimpulan	50
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1	Definisi Operasional	37
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur dan Paritas....	43
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Anemia dan KPD..	43
Tabel 4.1	Hubungan Anemia dengan KPD di RSIA Husada Bunda..	43

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori	31
Skema 2.2 Kerangka Konsep	32
Skema 3.1 Rancangan Penelitian.....	33
Skema 3.2 Alur Penelitian	34

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar ACC Judul
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 3 : Master Tabel
- Lampiran 4 : SPSS
- Lampiran 5 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mortalitas dan morbiditas pada wanita bersalin adalah masalah yang besar di negara berkembang seperti Indonesia. Di negara miskin sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan hal-hal yang terkait dengan persalinan (Alim and Safitri 2015). Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada puncak masa reproduksinya. Angka kematian Ibu (AKI) merupakan indikator dari suatu sistem kesehatan. Penyebab AKI di Indonesia adalah perdarahan 42%, eklamsia 13%, aborsi 11%, Infeksi 10%, partus lama 9% dan lain-lain 15%. Infeksi pada masa intranatal sebagian besar disebabkan oleh Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 65% (Jannah, 2018).

KPD adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda, hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko ibu dan anak meningkat. KPD merupakan salah satu masalah dalam kasus kedaruratan obstetrik. Setelah ketuban pecah, kuman yang berada di servik mengadakan invasi ke dalam *saccus amnion* dan dalam waktu 24 jam cairan *amnion* akan terinfeksi. Akibat infeksi cairan amnion akan terjadi infeksi pada janin. Jarak antara waktu pecahnya ketuban dengan waktu persalinan (periode laten) yang terlalu jauh dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Kemenkes RI, 2017).

Saat ini KPD masih menjadi masalah di Dunia termasuk Indonesia dan memerlukan perhatian yang besar, karena prevalensinya yang cukup tinggi, angka kejadian KPD di dunia mencapai 12,3% dari total angka persalinan, semuanya tersebar di negara berkembang di Asia Tenggara seperti Indonesia, Malaysia, Thailand, Myanmar, dan Laos. Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian KPD di dunia pada tahun 2019 sebanyak 50-60%. Menurut WHO, angka kejadian KPD di Indonesia pada tahun 2019 sebanyak 35% - 55% dari 17.665 kelahiran (WHO, 2019).

Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau pada tahun 2018 angka kejadian KPD sekitar 19,4% sedangkan pada tahun tahun 2019 meningkat menjadi 21,4% (Arsita, 2017). Berdasarkan perbandingan RSIA Norva Husa dan RSIA Husada bunda di Rumah Sakit Ibu dan anak diperoleh hasil bahwa jumlah KPD di RSIA Norfa Husada pada tahun 2020 berjumlah 41 orang sedangkan di RSIA Husada Bunda tahun 2020 kejadian KPD berjumlah 46 orang (Data Rekam Medik RSIA Norfa Husada dan Husada Bunda).

KPD dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun bagi janin. Bagi ibu dapat menyebabkan infeksi intrapartum (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 & Feryanto, 2012).

KPD disebabkan oleh karena faktor umur ibu, paritas, merokok, panggul yang sempit, riwayat KPD, infeksi pada genetal, jatuh, trauma. Menurut Maria & Sari (2016) leukositosis dengan jumlah leukosit lebih dari 15.000/mm³ merupakan salah satu penanda terjadinya korioamnionitis pada kasus KPD. Membran dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peranan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokinin dan protein hormone yang merangsang aktivitas matrixs degradingenzyme. KPD pada kehamilan disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, bisa karena jatuh, trauma, polihidramnion inkompeten serviks solusio plasenta (Fatma, 2015).

Menurut Manuaba (2012) yang menyatakan bahwa anemia menyebabkan meningkatnya konsentrasi serum norepineprin sehingga mengakibatkan stress maternal dan fetal, akibatnya akan menstimulasi sintesis Corticotropin-Releasing Hormone (CRH). Peningkatan konsentrasi CRH merupakan faktor risiko kelahiran prematur, hipertensi kehamilan, preeklampsia, dan KPD.²³ Peningkatan CRH dipengaruhi oleh infeksi yang terjadi pada ibu hamil dengan defisiensi besi.¹⁰ Mekanisme infeksi akan mengganggu proses kolagenolitik sehingga terjadi gangguan matriks metalloproteinase (MMP) yaitu enzim yang diproduksi oleh matrik ekstraseluler termasuk kolagen dan tissue inhibitor of metalloproteinase (TIMP) yaitu yang akan menghambat produksi MMP. Selaput ketuban akan memberikan respon terhadap inflamasi sehingga menjadi mudah pecah.

Ketuban pecah dini dapat terjadi karena kekurangan zat besi dapat meningkatkan risiko infeksi ibu, dan hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan keadaan hipoksia kronis tingkat rendah yang menyebabkan stres ibu dan janin. Sistem kekebalan yang diaktifkan dengan adanya infeksi dan peradangan dan hormon atau kortisol yang melepaskan kortikotropin yang dilepaskan setelah respons stres, dapat mengaktifkan poros hipotalamus-pituitari-adrenal ibu atau janin. defisiensi besi juga dapat meningkatkan stres oksidatif yang mengakibatkan kerusakan eritrosit dan unit plasenta sehingga menyebabkan ketuban pecah dini (Farida, 2017).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan di rekam medik RSIA Husada Bunda pada 10 orang ibu *post partum* dengan KPD tahun 2020, di ketahui bahwa 7 orang (70%) ibu mengalami KPD disebabkan oleh kadar anemia, kemudian 3 orang (30%) ibu *post partum* dengan KPD disebabkan karena faktor paritas dan umur

Berdasarkan permasalahan yang ada, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2021”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut : Apakah ada hubungan anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2021?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini d RSIA Husada Bunda Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi anemia pada ibu bersalin di RSIA Husada Bunda tahun 2021.
- b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSIA Husada Bunda tahun 2021.
- c. Untuk mengetahui hubungan anemia dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSIA Husada Bunda tahun 2021.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan bahan ajar, menjadi referensi dan bahan bacaan yang terkait dengan kejadian ketuban pecah dini. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesis baru dalam penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

a. Bagi Ibu Bersalin

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kepada bersalin mengenai risiko terjadinya ketuban pecah dini.

b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan mengenai hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini sehingga dapat memberikan edukasi pada ibu yang hamil dan melakukan pencegahan kejadian ketuban pecah dini.

c. Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat melakukan asuhan yang baik dan sistematis dalam penanganan ketuban pecah dini terutama dalam upaya preventif dengan cara memantau anemia secara rutin sosialisasi terhadap masyarakat tentang pencegahan KPD dalam penanganan pertama harus lebih ditingkatkan.

d. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pustaka tentang hubungan paritas dan anemia dengan ketuban pecah dini bagi universitas dan diharapkan dapat digunakan sebagai landasan untuk penelitian yang lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

a. Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu, sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Ulfa, 2018).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2011).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu, sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2012)

b. Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini masih belum dapat diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Adapun yang menjadi faktor *predisposisi* terjadinya ketuban pecah dini adalah infeksi, *serviks* yang *inkompetensia*, tekanan *intra uterin* trauma, kelainan letak, keadaan sosial ekonomi dan riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

Menurut Winkjosastro (2011) penyebab KPD adalah : infeksi, *serviks* yang *inkompeten*, ketegangan *intra uterine*, trauma, kelainan letak janin, keadaan sosial ekonomi, peninggian tekanan *intrauterine*, kemungkinan kesempitan panggul, korioamnionitis, faktor keturunan, riwayat KPD sebelumnya, kelainan atau kerusakan selaput ketuban dan *serviks* yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu.

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketegangan *intra uterin* yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya trauma, *hidramnion*, *gemelli*. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan *intrauterin* atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan *serviks*. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetrik (Rukiyah, 2010)

Inkompetensi serviks (leher rahim) adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (*serviks*) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. *Inkompetensi serviks* adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan *kongenital* pada *serviks* yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Manuaba, 2009).

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : Trauma (hubungan seksual, pemeriksaan dalam, *amniosintesis*), *Gemelli* (Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih). Pada kehamilan *gemelli* terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membran menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah. *Hidramnion* atau *polihidramnion* adalah jumlah cairan *amnion* >2000mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja (Winkjosastro, 2011).

c. Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini

Menurut Morgan (2009), kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

1) Pada Ibu

- a) Serviks yang inkompetensi Inkompetensia serviks yaitu kelainan pada otot-otot leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompetensia), didasarkan pada adanya ketidakmampuan serviks uteri untuk

mempertahankan kehamilan. Inkompetensi serviks sering menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini dapat berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis. Sebagian besar kasus merupakan akibat dari trauma bedah pada serviks pada konisasi, produksi eksisi loop elektrosurgical, dilatasi berlebihan serviks pada terminasi kehamilan atau laserasi obstetrik (Sarwono, 2010).

b) Usia

Usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan (Julianti, 2011). Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan (Depkes, 2003). Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan

c) Riwayat Ketuban Pecah Dini Ibu bersalin dengan pengalaman kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar dalam menghadapi kondisi kehamilan. Ibu yang memiliki riwayat ketuban pecah dini sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Risiko tersebut dapat terjadi karena

komposisi membran yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

d) Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Pembagian paritas terdiri dari primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia 9 kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali. Wanita yang telah melahirkan 4-5 kali dan pernah mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya diyakini lebih beresiko akan mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan berikutnya.

Multigravida (melahirkan 4-5 kali) dan grandemultigravida (melahirkan > 5 kali) berisiko mengalami KPD karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Cunningham, 2008).

Multigravida atau grandemultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Semakin banyak paritas, semakin mudah terjadi infeksi amnion karena rusaknya struktur servik pada persalinan sebelumnya (Nugroho, 2010).

Menurut Vervey (2010) paritas primigravida uterus belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum terlalu sering mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik

e) Kadar Hemoglobin Rendah (Anemia)

Marni (2016) yang menyatakan bahwa anemia dalam kehamilan menyebabkan ibu hamil tidak begitu mampu untuk menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi serta menimbulkan hipoksia fetal dan persalinan prematur sehingga meningkatkan resiko terjadinya ketuban pecah dini. Kadar hemoglobin yang rendah memungkinkan wanita hamil mudah mengalami infeksi. Defisiensi nutrisi dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap infeksi dan kekuatan membran kolagen, abnormalitas struktur kolagen dan perubahan matriks ekstraseluler.

Anemia mempengaruhi kekuatan respon tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan

kemampuan sel pembunuh alamiah. Mekanisme infeksi akan mengganggu proses kolagenolitik sehingga terjadi gangguan keseimbangan antara produksi Matrix Metalloproteinase (MMP) yaitu enzim yang diproduksi oleh matriks ekstraseluler termasuk kolagen dan yang menghambat produksi MMP. Selaput ketuban akan memberikan respon terhadap inflamasi sehingga menjadi tipis dan mudah pecah (Cunningham, 2006).

2) Pada Bayi

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

- a) Trauma akibat pemeriksaan dalam, hubungan seksual, amniosintesis.
- b) Gemelli. Kehamilan kembar yaitu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus yang berlebihan menyebabkan ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlah kandungan berlebih membuat isi rahim lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan di bagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

d. Patofisiologi

Selama kehamilan secara fisiologis terjadi proses remodelling jaringan, berupa perubahan pada matriks interseluler dan perubahan tipe dan komposisi kolagen. Remodelling bertujuan untuk perubahan tekanan dan volume selaput ketuban selama berkembangnya kehamilan. Tetapi perubahan ini juga sekaligus menyebabkan pelemahan struktur selaput ketuban, yang lebih tampak nyata pada daerah internal os servikal.

Persalinan secara umum terjadi ketuban pecah disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Terjadi perubahan biokimia selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi matriks ekstraselular. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah. Degradasi kolagen dimediasi oleh *matriks metalloproteinase* (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Keseimbangan antara MMP dan *tissue inhibitors metalloproteinase-1* (TIMP-1) mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membran janin.

Penyebab kelemahan selaput ketuban diantaranya dapat dipicu oleh paparan terhadap *matrix metalloproteinase* (MMP), penurunan kadar *tissue inhibitors of matrix metalloproteinase* (TIMP) serta peningkatan pemecahan poly (ADP-ribose) polymerase (PARP). Progesteron dan estradiol menekan proses remodeling matriks ekstraseluler pada jaringan

reproduktif. Kedua hormon ini dapat menurunkan konsentrasi MMP-1 dan MMP-3 serta meningkatkan konsentrasi TIMP pada fibroblas serviks. Tingginya konsentrasi progesteron menyebabkan penurunan produksi kolagenase. Hormon relaxin diproduksi oleh sel desidua dan plasenta berfungsi mengatur pembentukan jaringan ikat, dan mempunyai aktivitas yang berlawanan dengan efek inhibisi oleh progesteron dan estradiol dengan meningkatkan aktivitas MMP-3 dan MMP-9 pada selaput ketuban

Selain itu akibat peningkatan tekanan secara mendadak membuat peningkatan tekanan intraamniotik dan reflek mengedan sering terjadi pada kontraksi uterus aterm atau preterm juga dapat menyebabkan pecahnya selaput ketuban. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kelemahan selaput terjadi lebih dini pada ketuban pecah dini preterm. Peningkatan sitokin lokal atau ketidakseimbangan antara MMP dan TIMP sebagai respon dari kolonisasi mikroba

Adanya infeksi pada saluran genitalia juga merupakan penyebab ketuban pecah dini. Patogen saluran genitalia yang dikaitkan dengan ketuban pecah dini adalah *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, dan group B β -hemolytic streptococcus. Terdapat bukti spesifik yang mengaitkan antara infeksi saluran urogenital dengan ketuban pecah dini preterm. Hasil kultur cairan amnion setelah pecah ketuban seringkali menunjukkan hasil yang positif (25 hingga 35%), dan

evaluasi histologi menunjukkan adanya reaksi peradangan akut dan kontaminasi bakteri pada koriodesidua (Mercer, 2013).

e. Gejala Klinis

Terdapat beberapa tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut Manuaba (2012) antarlain:

- 1) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Ciri-ciri cairan ketuban: aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, cairan tersebut masih merembes atau menetes, bewarna pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila ibu hamil duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.
- 2) Demam
- 3) Bercak vagina yang banyak
- 4) Nyeri perut, dan denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

f. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya.

- a) Tes lakmus (tes nitrazin), cairan ketuban biasanya memiliki kisaran PH 7,0-7,3 jauh lebih basa dibandingkan dengan PH vagina normal sehingga mengubah kertas lakmus merah menjadi biru
- b) Uji konfirmasi kedua yaitu terdapat arborisasi (ferning). Cairan dari fornix vagina posterior diusapkan di slide kaca dan dibiarkan mengering 10 menit. Cairan ketuban menghasilkan pola ferning halus, berbeda dengan pola arborisasi yang tebal dan lebar dari lendir serviks kering
- c) Pemeriksaan air ketuban dengan tes leukosit esterase, bila leukosit darah lebih dari 15.000/mm³, kemungkinan adanya infeksi

2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG).

Pemeriksaan penunjang dengan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit

- 3) Pemeriksaan ultrasonografi (USG) pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

g. Cara Menentukan KPD

Menurut Prawirohardjo (2011) cara menentukan terjadinya KPD dengan :

- 1) Memeriksa adanya cairan yang berisi *mekoneum*, *verniks kaseosa*, rambut lanugo atau bila telah terinfeksi berbau
- 2) Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari *kanalis serviks* dan apakah ada bagian yang sudah pecah
- 3) Gunakan kertas lakmus (litmus): bila menjadi biru (basa) berarti air ketuban, bila menjadi merah (merah) berarti air kemih (urine)
- 4) Pemeriksaan pH *forniks posterior* pada KPD pH adalah basa (air ketuban)
- 5) Pemeriksaan histopatologi air ketuban.

h. Pengaruh KPD

1) 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 *prematunitas*, infeksi, mal presentasi, *prolaps tali pusat* dan mortalitas perinatal.

2) Terhadap Ibu

Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartum, apa lagi terlalu sering diperiksa dalam, selain itu juga

dapat dijumpai infeksi *peupuralis* (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, 2011).

i. Penatalaksanaan KPD

Winkjosastro (2010) dalam bukunya mengatakan penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada umur kehamilan dan tanda infeksi intrauterin. Pasien dengan ketuban pecah dini umumnya lebih baik untuk membawa ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang usia gestasinya > 37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk memperkecil resiko infeksi intrauteri. Penatalaksanaan konservatif ketuban pecah dini pada kehamilan preterm antara lain:

1) Rawat di rumah sakit,

Pasiwn yang anaknya ditidutkan dalam trendelenburg position, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan mencapai 37 minggu. b. Berikan antibiotika (ampisilin 4× 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2× 500 mg selama 7 hari. c. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air

ketuban tidak keluar lagi. Pemberian Magnesium sulfat sebagai brain protector dengan dosis 4 gram sebagai dosis inisial dalam 20 menit, dilanjutkan dengan 1 gram/jam sampai lahir, maksimum 24 jam

2) MTBS

Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam *trendelenburg position*, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan mencapai 37 minggu. b. Berikan antibiotika (ampisilin 4× 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2× 500 mg selama 7 hari. c. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi. Pemberian Magnesium sulfat sebagai brain protector dengan dosis 4 gram sebagai dosis inisial dalam 20 menit, dilanjutkan dengan 1 gram/jam sampai lahir, maksimum 24 jam

j. Komplikasi KPD

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

2. Anemia pada Ibu Hamil

a. Definisi Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana jumlah sel darah merah atau jumlah Hemoglobin (protein pengangkut oksigen) di bawah normal (Yohana, 2011).

Anemia adalah kekurangan kadar Hemoglobin (Hb) dalam darah yang disebabkan karena kekurangan zat gizi. Kelompok yang berisiko anemia adalah ibu hamil, ibu menyusui, anak sekolah serta remaja (Fathonah, 2016).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dimana kadar Hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester 2 (Andiyani, 2017).

b. Etiologi Anemia

Penyebab anemia pada umumnya adalah :

1. Kekurangan gizi (*malnutrisi*)

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin dalam rahim yang mengakibatkan berat badan lahir rendah pada bayi yang akan dilahirkan

2. Terlalu sering melahirkan

Wanita memerlukan zat besi lebih banyak dari laki-laki karena terjadi menstruasi setiap bulannya. Disamping itu, kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi semakin anemis.

3. *Malabsorpsi*

Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan karena gangguan *resorpsi*, atau karena terlampaunya banyaknya besi keluar dari tubuh misalnya perdarahan

4. Kurangnya pengetahuan

Di masyarakat pedesaan, masih terdapat pendapat yang melarang ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi dengan alasan akan berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan.

5. Keadaan sosial ekonomi yang rendah

Kemampuan sosial ekonomi yang rendah sangat berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan gizi karena dengan sosial ekonomi yang rendah tidak mendukung untuk mencapai kebutuhan makanan yang bergizi.

6. Ibu hamil dengan pekerjaan yang berat

Aktifitas dan istirahat ibu hamil sangat mempengaruhi kehamilan yaitu kelelahan dan hal ini akan berpengaruh terhadap pola makan yang tidak teratur sehingga asupan gizi yang diperlukan oleh ibu kurang dan akan menyebabkan anemia. (Manuaba, 2012).

c. Klasifikasi Anemia Kehamilan

Secara umum anemia dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi :

1. Anemia Defisiensi Besi

Anemia jenis ini paling banyak dijumpai. Penyebab anemia defisiensi besi adalah kurang gizi, kurang zat besi dalam diet, malabsorpsi, kehilangan darah yang banyak seperti persalinan yang lalu, haid, dll, serta dapat disebabkan oleh penyakit – penyakit kronik meliputi TBC, paru, cacing usus, malaria, dll (Sarwono, 2002). Keperluan akan besi bertambah dalam kehamilan, terutama dalam trimester terakhir. Apabila masuknya besi tidak ditambah selama hamil, maka mudah terjadi anemia defisiensi besi, lebih – lebih pada kehamilan kembar

2. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik biasanya disebabkan karena kekurangan asam folik. Jarang sekali akibat kekurangan vitamin B. Selama masa hamil, asupan folat yang direkomendasikan setiap hari ialah 0,4 mg asam folat. Gejala klinis megaloblastik anemia antara lain mual muntah, cepat lelah, sering pusing dan sinkop. Terapi asam folat dapat diberikan kepada ibu hamil yang menderita anemia megaloblastik sebanyak 1gr/hari per oral

3. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Ini dapat disebabkan oleh : 1) Faktor intra kopskuler dijumpai pada anemia hemolitik heriditer, talasemia, anemia sel *sickle* (sabit), hemoglobin, C, D, G, H, I dan paraksismal nokturnal hemoglobinuria 2) Faktor ekstrakopskuler, disebabkan malaria, sepsis, keracunan zat logam, dan dapat beserta obat-obatan, leukemia, penyakit endokrin dan lain-lain.

4. Anemia Hipoplastik

Anemia hipoplastik disebabkan karena sumsum tulang kurang mampu membuat sel – sel darah baru. Penyebabnya belum diketahui, kecuali yang disebabkan oleh infeksi berat (sepsis), keracunan, dan sinar *rontgen* atau radiasi. Karena obat – obat penambah darah tidak memberi hasil, maka satu – satunya cara untuk memperbaiki keadaan penderita ialah tranfusi darah yang perlu sering diulang sampai berkali – kali (Manuaba, 2010).

d. Patofisiologi

Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologis dengan adanya pencairan darah. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25 % dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan *cardiac output* yang meninggi sebanyak 30 %.

Hemodilusi atau anemia fisiologis terjadi 50 % penyebarannya dalam volume plasma selama kehamilan dan peningkatan yang lebih kecil pada massa sel darah merah. Peningkatan puncak massa plasma pada usia kehamilan 24-28 minggu dan kemudian menurun serta nilai Hemoglobin dan *haematocrit* mencapai titik terendahnya pada usia 24-28 minggu, yang meningkat menjelang cukup bulan. Absorpsi besi meningkat seiring kemajuan kehamilan pada usia kehamilan 24 minggu, 36 % besi dari diet *diabsorpsi* dan pada usia 36 minggu 66 % *diabsorpsi*.

Anemia dalam kehamilan adalah hal yang fisiologis dengan nilai 11 gr% sebagai batas terendah untuk kadar Hemoglobin dalam kehamilan. Akan menjadi anemia patologis jika wanita hamil memiliki Hemoglobin kurang dari 10 gr%. Pengawasan antenatal care (ANC) sangat berperan penting karena dapat memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai hamil secara dini. Sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah untuk penatalaksanaan lebih lanjut. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal sebanyak 4 kali, yaitu pada setiap trimester 1 dan 2, sedangkan trimester akhir 2 kali (Manuaba, 2010).

e. Tanda dan Gejala Anemia pada Ibu Hamil

Walaupun tanpa gejala, anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala berikut:

- 1). Letih, sering mengantuk
- 2). Pusing, lemah
- 3). Nyeri kepala
- 4). Luka pada lidah
- 5). Kulit pucat
- 6). Membran mukosa pucat (misal, konjungtiva)
- 7). Bantalan kuku pucat
- 8). Tidak ada nafsu makan, mual dan muntah

Nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia ibu hamil berdasarkan kriteria WHO ditetapkan 3 kategori yaitu:

1. Normal $> 11 \text{ gr}\%$
2. Ringan $8-11 \text{ gr}\%$
3. Berat $< 8 \text{ gr}\%$ (Fathonah, 2016).

f. Dampak Anemia pada Ibu Hamil

1. Pada trimester pertama

a) *Abortus*

Pada ibu hamil dengan anemia, kadar Hemoglobin yang rendah akan mempengaruhi kemampuan sistem maternal untuk memindahkan oksigen dan nutrisi yang cukup ke janin. Sehingga dapat menyebabkan terjadinya abortus

2. Trimester kedua

a) Persalinan *premature*

Ibu yang menderita anemia, status gizinya kurang, sehingga mempengaruhi asupan nutrisi ke janin dan hal ini menyebabkan terjadinya kelahiran *premature*

b) Perdarahan *antepartum*

Pada ibu yang menderita anemia dalam kehamilan akan sangat rentan terhadap infeksi dan perdarahan walaupun perdarahan hanya sedikit. Pengalaman membuktikan bahwa kematian ibu karena perdarahan lebih sering terjadi pada ibu yang menderita anemia kehamilan sebelumnya.

c) Gangguan pertumbuhan janin dalam Rahim

Pada ibu dengan anemia, kemampuan *metabolisme* tubuh ke janin berkurang sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim, sehingga pada saat palpasi TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan

d) Berat badan lahir rendah

Pada ibu hamil dengan anemia mempengaruhi kemampuan system maternal untuk memindahkan nutrisi yang cukup ke janin sehingga menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR).

e) Ketuban Pecah Dini

Pada ibu hamil dengan anemia dengan anemia dapat menyebabkan keadaan hipoksia kronis tingkat rendah yang menyebabkan stres ibu dan janin

3. Saat Persalinan

a) Gangguan his

Karena kurangnya nutrisi menyebabkan otot uterus tidak bias bekerja sempurna sehingga menyebabkan gangguan his

b) Persalinan dengan tindakan

Pada ibu dengan anemia akan kelelahan dalam mengejan yang disebabkan karena kurang gizi dalam tubuh sehingga saat persalinan dibantu dengan tindakan.

4. Pasca partus

a) *Atonia uteri* dan *retensio plasenta* yang bias menyebabkan perdarahan.

Pada jarak persalinan yang kurang dai 2 tahun menyebabkan terjadinya perlengketan plasenta pada persalinan berikutnya.

b) Mudah terjadi *febris puerperalis*

Keadaan umum ibu dengan anemia, malnutrition sangat melemahkan daya tahan tubuh sehingga memudahkan *febris puerperalis* (Fk. UNPAD) (Manuaba, 2012).

g. Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil

Menurut Fathonah (2016) cara mencegah anemia adalah:

1. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi .
 - a. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi.
 - b. Bahan makanan hewani: daging, ayam, ikan, hati dan telur.
 - c. Bahan makanan nabati: sayur-sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan, dan tempe. Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus. Bahan makanan tersebut, antara lain daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk, dan nanas. Menurut Grober (2013) mengonsumsi bersama vitamin C (200 mg atau lebih) dapat meningkatkan absorpsi zat besi sedikitnya 30%.
2. Menambah asupan zat besi ke dalam tubuh dengan minum tablet tambah darah (TTD).
3. Mengobati penyakit yang menyebabkan atau memperberat anemia, seperti kecacingan, malaria, dan TB paru.
4. Mengonsumsi pangan lebih banyak dan beragam, contoh sayuran warna hijau, kacang-kacangan, protein hewani, protein nabati (kedelai) dan hati.
5. Mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin C seperti jambu biji, jeruk, tomat, mangga, kurma, kacang hijau dan lain-lain yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi (Fathonah, 2016)

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan Wahyuni (2019) dengan judul hubungan anemia pada ibu hamil trimester III dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD

Panembahan Senopati. Penelitian ini menggunakan desain *case-control*. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin di RSUD Panembahan Senopati. Data diambil dari rekam medis pasien. Teknik sampling yang digunakan adalah simple random sampling. Jumlah sampel sebanyak 184 sampel, terdiri 92 sampel kasus dan 92 sampel kontrol. Analisis data secara univariat dan bivariat menggunakan uji Chi-square.

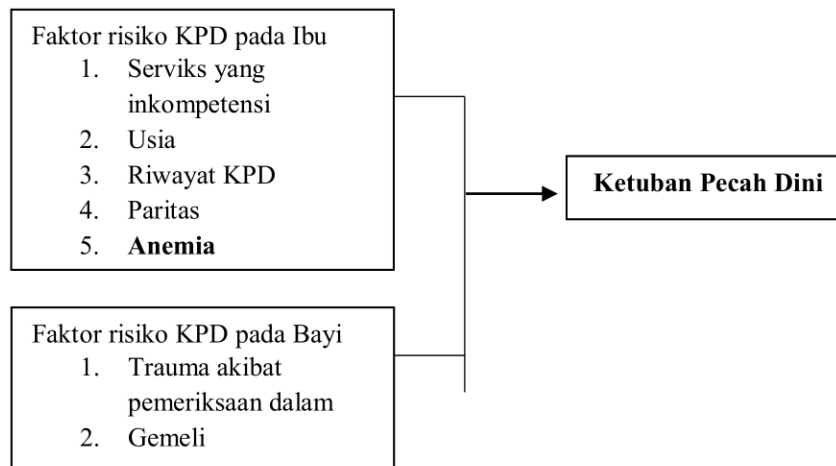
Hasil Penelitian : Hasil penelitian dari 92 sampel kasus KPD diketahui ibu yang mengalami anemia (39,1%) dan dari 92 sampel kontrol tidak KPD ibu yang mengalami anemia (17,4%). Hasil analisis Chi-square didapat nilai p-value 0,002 ($p < 0,05$).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2017) dengan judul ubungan anemia dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD Muntitan Tahun 2016. Metode Penelitian: Desain penelitian dengan Deskriptif Observasional, metode penelitian Analitik corelasi. Populasi 368 ibu bersalin usia kehamilan 37- 42 minggu. Sampel penelitian ini sebanyak 37 orang. Teknik pengambilan sample secara purposive sampling. Penyusunan penelitian dengan lembar observasi dan checklist. Uji statistik menggunakan Chi-Square dan uji koefisiensi korelasi.

Hasil penelitian dengan taraf signifikansi 0,05 diperoleh hasil P Value= 0,004, $p\text{-value} \leq 0,05$. Nilai uji koefisien korelasi sebesar $P = 0.428$ dengan keeratan hubungan cukup. Kesimpulan: Ada hubungan anemia dengan

ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD Muntilan dengan keamatan hubungan cukup.

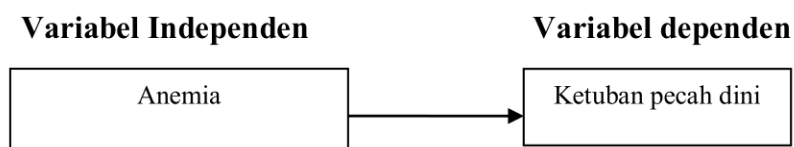
C. Kerangka Teori



Skema 2.1
Kerangka Teori (Hidayat, 2014, Cuningham, 2012)

D. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori, kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada Skema 2.1



Skema 2.2 :Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

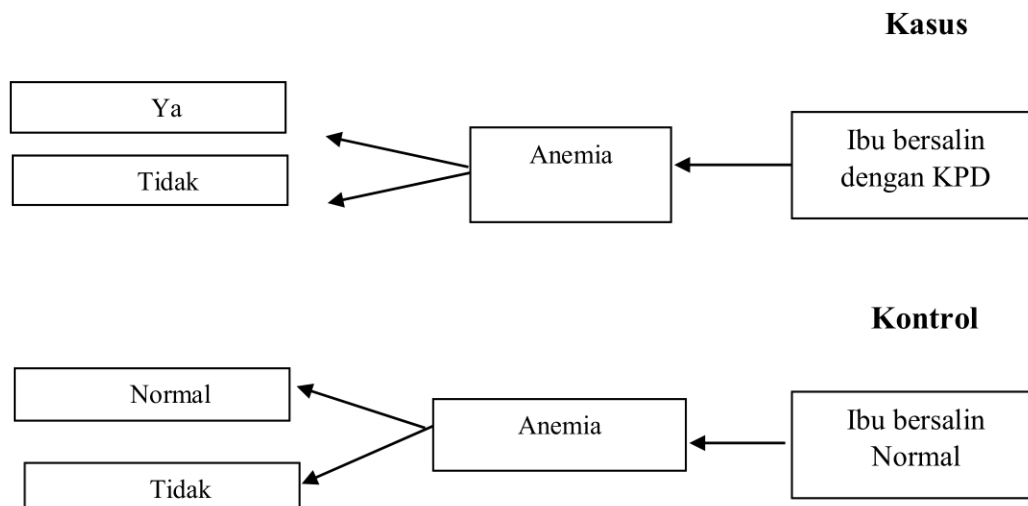
Ha : Ada hubungan anemia dengan kejadian KPD

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *analitik* dengan menggunakan desain penelitian *case control* yang bersifat *retrospektif*, sedangkan skema rancangan penelitiannya adalah:

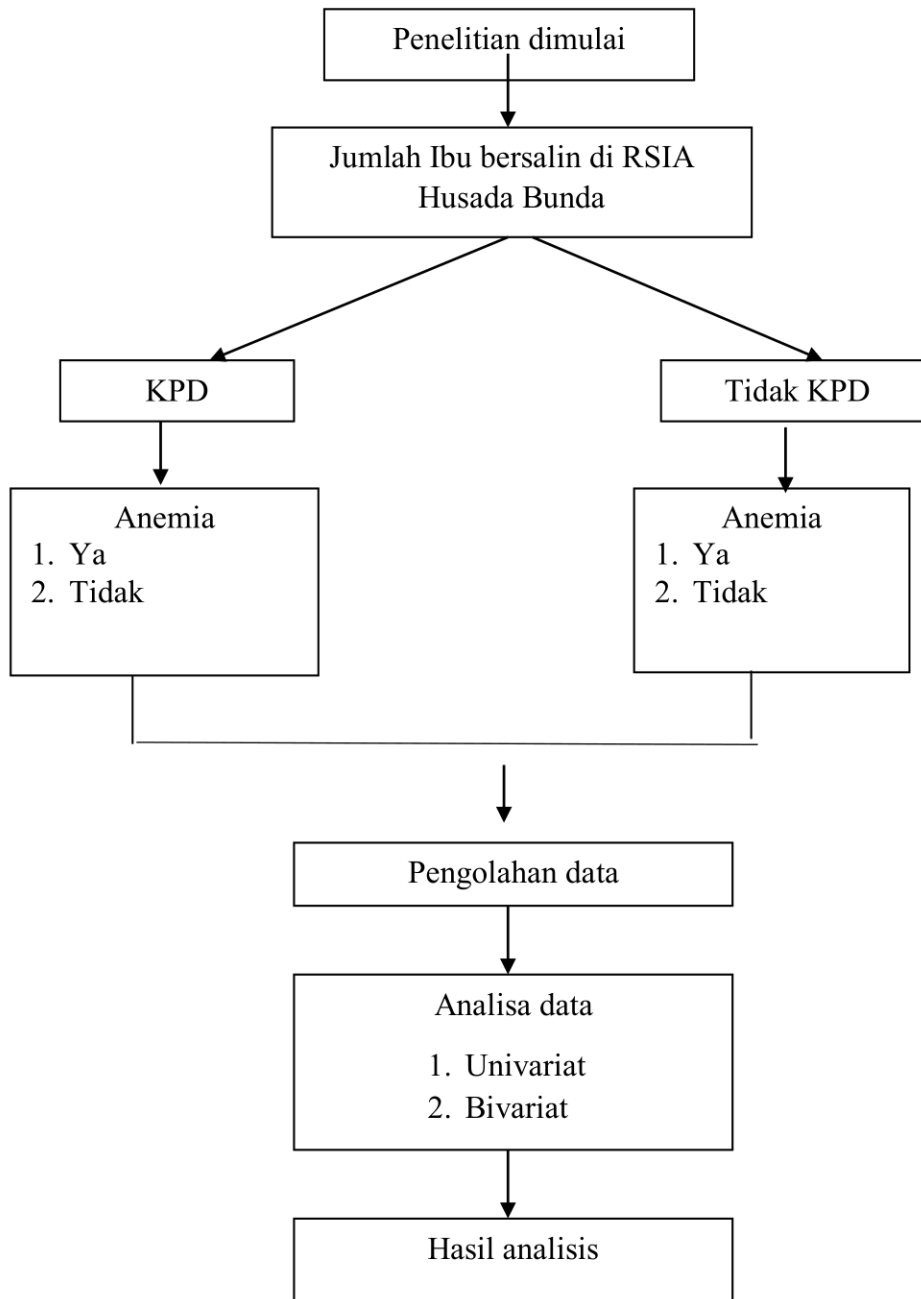
1. Rancangan Penelitian



*Skema 3.1 Rancangan Penelitian
(Notoatmodjo, 2012)*

2. Alur Penelitian

Secara sistematis, rencana penelitian dapat dilihat pada skema 3.2



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur penelitian

Hal-hal yang perlu dipersiapkan dalam prosedur penelitian akan diuraikan sebagai berikut:

- a. Mengajukan permohonan surat izin pengambilan data pada program studi DIV Kebidanan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
- b. Setelah mendapatkan surat izin tersebut diserahkan kepada Bagian Diklat RSIA Husada Bunda untuk di proses perizinan.
- c. Pengambilan data kejadian ketuban pecah dini di rekam medis pada tahun 2020 di RSIA Husada Bunda
- d. Membuat proposal penelitian.
- e. Melakukan penelitian
- f. Melakukan pengolahan data
- g. Membuat laporan hasil penelitian.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSIA Husada Bunda tepatnya di ruangan rekam medik

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 20-21 Juli 2020

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh data ibu bersalin tahun 2020 sebanyak 233 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini menggunakan perbandingan 1:1, yaitu 46 dengan sampel kasus (ibu yang mengalami KPD) dan 46 dengan sampel kontrol (ibu yang tidak mengalami KPD).

a. Sampel kasus

Sampel kasus dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin yang mengalami KPD sebanyak 46 kasus yang tercatat di Rekam Medik RSIA Husada Bunda tahun 2020.

b. Sampel kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin yang tidak mengalami KPD sebanyak 46 yang tercatat di Rekam Medik RSIA Husada Bunda Tahun 2020

3. Teknik Pengambilan Sampel

a. Sampel kasus

Teknik pengambilan sampel kasus dalam penelitian ini menggunakan teknik total populasi yaitu pengambilan sampel berdasarkan jumlah kasus KPD yang tercatat di Rekam Medik RSIA Husada Bunda tahun 2020. Dalam penelitian ini jumlah sampel kasus adalah 46 orang.

b. Sampel kontrol

Pengambilan sampel dimana jumlah ibu bersalin di RSIA Husada Bunda sebanyak 180 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan perbandingan kasus dan kontrol 1:1.

c. Teknik Pengambilan sampel

1) Sampel kasus

Teknik pengambilan sampel kasus yaitu total sampling yaitu mengambil seluruh pasien dengan KPD yang berjumlah 46 orang.

2) Sampel kontrol

Teknik pengambilan sampel kontrol yaitu dengan menggunakan teknik *sistematik random sampling* yang didapatkan jumlah sampel kontrol berjumlah 46 orang.

4. Kriteria Sampel

a. Sampel kasus

1) Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Data Ibu bersalin dengan KPD
- b) Data Ibu bersalin dengan KPD yang memuat variabel yang diteliti seperti anemia

2) Kriteria Eksklusi

Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Data rekam medik ibu bersalin yang mengalami kejadian KPD yang tidak lengkap (rusak, tidak dapat dibaca dan hilang)

D. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu sistem nilai atau norma yang harus dipatuhi oleh peneliti pada saat melakukan penelitian yang melibatkan responden (Polit & Hungler, 2011). Etika penelitian yang digunakan pada penelitian ini merujuk pada prinsip etik yaitu sebagai berikut:

1. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas oleh subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data (instrument) yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar *checklist*. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang diperoleh dari rekam medik RSIA Husada Bunda kemudian dicatat sesuai variabel yang diteliti, data yang digunakan adalah data pada tahun 2020.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Data penelitian merupakan data sekunder yang diperoleh dari *Medical Record* RSIA Husada Bunda pada tahun 2020. Metode pengumpulan data yaitu dengan pencatatan. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan

adalah: catatan medis yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan, lembar ceklis berisi tentang (judul, nama inisial, anemia, paritas).

G. Pengolahan Data

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan, misalnya bila terdapat data yang kurang atau salah maka langsung diperbaiki dengan memeriksa atau melakukan pendataan kembali di lokasi penelitian.

2) *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Misalnya yang mengalami KPD diberi kode 1 dan yang tidak mengalami KPD diberi kode 0.

3) *Cleaning*

Cleaning merupakan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak (Notoatmodjo, 2010). *Data cleaning* adalah proses pembersihan data secara sistematis mencakup pemeriksaan konsistensi dan perawatan respon yang hilang.

4) *Entry*

Data *entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau *data base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana (Hidayat, 2011).

5) *Tabulating*

Tabulasi adalah kegiatan memasukkan data dalam bentuk tabel, hal ini dilakukan untuk memudahkan analisa dan pengolahan data serta mengambil kesimpulan. Data dipindahkan ke master tabel selanjutnya data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

H. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel Independent	Definisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1	Anemia	Kondisi ketika tubuh kekurangan sel darah merah	Lembar checklist	Ordinal	0= Ya, jika Hb responden < 11 gr% 1= Tidak, jika Hb responden \geq 11 gr%
	Variabel Dependen				
	Ketuban Pecah Dini	Pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan <4 cm berdasarkan diagnosa dokter	Lembar ceklist	Ordinal	0= Ya, jika responden mengalami ketuban pecah dini 1= Tidak, jika responden tidak mengalami ketuban pecah dini

I. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah pada penelitian ini akan diuraikan seperti berikut ini:

a. Analisis Univariat

Analisis *univariat* dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan

distribusi dan presentase dari tiap variabel, sehingga diketahui variasi dari masing-masing variabel, dengan rumus:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = hasil persentase

F = frekuensi hasil pencapaian

N = total seluruh observasi.

b. Analisis Bivariat

Analisa *bivariat* merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Untuk uji yang digunakan adalah menggunakan uji *Chi-Square* yang digunakan untuk mengevaluasi atau mengestimasi frekuensi yang diselidiki atau menganalisa hasil observasi untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kepercayaan 95% menggunakan bantuan sistem komputerisasi yaitu nilai ($\alpha = 0,05$).

Dengan nilai *probability* (P) dengan taraf nyata $\alpha = 0,05$ dan dapat dinyatakan apabila (Sugiyono, 2015) :

- a. H_0 ditolak, jika $P > \alpha$ berarti tidak terdapat hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.
- b. H_0 gagal ditolak, jika $P \leq \alpha$ berarti terdapat hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.

Untuk melihat hubungan paparan faktor risiko dilakukan dengan menggunakan rumus OR (Odds Ratio) seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Analisa Bivariat

Kasus control pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Variable	Variable		Jumlah
	Ya	Tidak	
(+)	a	b	a+b
(-)	c	d	c+d
Jumlah	a+c	b+d	a+b+c+d

$$\text{Odds kasus} = a/c$$

$$\text{Odds kontrol} = b/d$$

$$\text{Odds Ratio (OR)} = \frac{ad}{bc}$$

OR = 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan faktor risiko penyebab KPD

OR > 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko penyebab KPD.

OR < 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif terhadap kejadian KPD. Atau variabel independen sebagai pencegah terjadinya variabel dependen.

BAB IV HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 20-21 Juli 2021, dengan jumlah responden sebanyak 46 kasus dan 46 kontrol. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan anemia dengan kejadian ketuban pecah dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2020. Hasil penelitian ini dikelompokkan berdasarkan data univariat dan bivariat yang dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

A. Analisa Univariat

Adapun untuk melihat distribusi frekuensi responden berdasarkan anemia dan ketuban pecah dini dapat dilihat pada tabel berikut :

1. Karakteristik Responden

Tabel.4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur dan Paritas di RSIA Husada Bunda Tahun 2020

No	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1	20-35 tahun (reproduksi Sehat	53	57,6
2	(<20 tahun dan > 35 tahun (reproduksi Tidak Sehat)	39	42,4
Jumlah		92	100%
Paritas			
1	Primigravida	34	37,0
2	Multigravida	46	50,0
3	Grandemultigravida	12	13,0
Jumlah		92	100%

Sumber :Rekam Medis RSIA Husada Bunda

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa dari 92 responden, sebanyak 39 responden (57,6%) kategori reproduksi sehat, sebanyak 46 responden (50%) dengan paritas multigravida.

2. Anemia dan Ketuban Pecah Dini

Adapun untuk melihat distribusi frekuensi responden berdasarkan anemia dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel.4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Anemia dan Ketuban Pecah Dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2020

No	Anemia	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ya	43	46,7
2	Tidak	49	53,3
Jumlah		92	100%
No	Ketuban Pecah Dini	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ya	46	50
2	Tidak	46	50
Jumlah		92	100%

Sumber :Rekam Medis RSIA Husada Bunda

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dari 92 responden, sebanyak 43 responden (46,7%) mengalami anemia dan 49 responden (53,3%) tidak mengalami anemia dan dari 92 responden terdapat 46 responden (50%) yang mengalami ketuban pecah dini.

B. Analisa Bivariat

Analisa bivariat ini memberikan gambaran ada tidaknya hubungan antara variabel independen.

1. Hubungan Anemia dengan KPD di RSIA Husada Bunda Tahun 2020

Tabel 4.3: Hubungan Anemia dengan kejadian KPD di RSIA Husada Bunda Tahun 2020

Anemia	KPD				Total		P value	OR
	Ya (kasus)		Tidak (kontrol)		N	%		
	N	%	N	%				
Ya	29	63	14	30,4	43	46,7	0,003	3,899
Tidak	17	37	32	69,6	49	53,3		
Jumlah	46	100	46	100	92	100		

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 46 responden pada kelompok kasus, terdapat 14 responden (30,4%) yang tidak

mengalami anemia, sedangkan dari 46 responden pada kelompok kontrol, terdapat 17 responden (37%) yang mengalami anemia. Berdasarkan *uji statistik* diperoleh nilai $p = 0,003$ ($p < 0,05$), dengan derajat kemaknaan ($\alpha = 0,05$). Ini berarti ada hubungan anemia dengan Ketuban Pecah Dini.

Dari hasil penelitian juga diketahui bahwa nilai $OR=3,899$, hal ini berarti responden dengan anemia berpeluang 4 kali mengalami KPD.

BAB V

PEMBAHASAN

1. Hubungan Anemia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari 46 responden pada kelompok kasus, terdapat 14 responden (30,4%) yang tidak mengalami anemia, sedangkan dari 46 responden pada kelompok kontrol, terdapat 17 responden (37%) yang mengalami anemia. Berdasarkan *uji statistik* diperoleh nilai $p = 0,003$ ($p < 0,05$), dengan derajat kemaknaan ($\alpha = 0,05$). Ini berarti ada hubungan anemia dengan Ketuban Pecah Dini.

Ketuban pecah dini dapat terjadi karena kekurangan zat besi dapat meningkatkan risiko infeksi ibu, dan hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan keadaan hipoksia kronis tingkat rendah yang menyebabkan stres ibu dan janin. Sistem kekebalan yang diaktifkan dengan adanya infeksi dan peradangan dan hormon atau kortisol yang melepaskan kortikotropin yang dilepaskan setelah respons stres, dapat mengaktifkan poros hipotalamus-pituitari-adrenal ibu atau janin. defisiensi besi juga dapat meningkatkan stres oksidatif yang mengakibatkan kerusakan eritrosit dan unit plasenta sehingga menyebabkan ketuban pecah dini (Rahmadhani, 2016).

Hasil penelitian sesuai dengan teori Allen (2011) yang mengatakan bahwa anemia dapat menyebabkan hipoksia dan defisiensi besi sehingga dapat meningkatkan konsentrasi norepinefrin serum yang dapat menginduksi stres ibu dan janin, yang merangsang sintesis corticotropin releasing hormone (

CRH). Konsentrasi CRH merupakan peningkatan faktor risiko utama untuk persalinan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. CRH juga meningkatkan produksi kortisol janin, dan kortisol dapat menghambat pertumbuhan longitudinal janin . Mekanisme alternatif bisa jadi bahwa kekurangan zat besi meningkatkan kerusakan oksidatif pada eritrosit dan unit fetoplasenta . Kekurangan zat besi juga dapat meningkatkan risiko infeksi ibu yang mengakibatkan pecahnya ketuban terlalu dini.

Anemia pada kehamilan terjadi karena kekurangan zat besi. Ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Darah ibu hamil akan mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Efek anemia pada janin antarlain: abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Efek pada ibu saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kordis dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2009).

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa dampak anemia pada janin antara lain bisa menyebabkan abortus, kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kordis dan KPD. Pada saat persalinan dapat

mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri (Manuaba 2012).

Ibu hamil dengan anemia menyebabkan daya tahan tubuh dan suplai nutrisi ke janin menjadi berkurang. Kadar hemoglobin yang rendah memungkinkan wanita hamil mudah mengalami infeksi. Defisiensi nutrisi dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap infeksi dan kekuatan membran kolagen, abnormalitas struktur kolagen dan perubahan matriks ekstraseluler. Anemia mempengaruhi kekuatan respon tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan kemampuan sel pembunuh alamiah. Mekanisme infeksi akan mengganggu proses kolagenolitik sehingga terjadi gangguan keseimbangan antara produksi matrix metalloproteinase (MMP) yaitu enzim yang diproduksi oleh matriks ekstraseluler termasuk kolagen dan tissue inhibitor of metalloproteinase (TIMP) yaitu yang menghambat produksi MMP. Selaput ketuban akan memberikan respon terhadap inflamasi sehingga menjadi tipis dan mudah pecah (Sartika, 2016).

Hasil Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurul (2017) dengan judul hubungan anemia dengan ketuban pecah dini RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan anemia dengan ketuban pecah dini RS PKU Muhammadiyah Surakarta dengan p value 0,000.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudarto (2015) yang menyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara

anemia dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUP M. Djamil Padang dengan nilai $p=0,000$

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Habibah (2016) yang didapatkan bahwa terdapat hubungan usia ibu, paritas, dan kadar hemoglobin terhadap kejadian ketuban pecah dini pada kehamilan aterm di RSUD Aghisna Medika Cilacap

Menurut asumsi peneliti responden yang mengalami anemia tetapi tidak mengalami KPD disebabkan karena ibu tidak memiliki riwayat KPD. Jika ibu mengalami riwayat KPD maka akan mempengaruhi komposisi membran pada uterus sehingga menjadi rapuh yang mengakibatkan KPD. Sedangkan responden tidak anemia tetapi mengalami KPD disebabkan karena responden ada yang paritas >3 sehingga terjadi pembesaran uterus dan peregangan berulang sehingga mudah terjadi KPD

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan anemia dengan kejadian ketuban pecah dini di RSIA Husada Bunda Tahun 2020 dapat disimpulkan:

1. Responden yang mengalami anemia yaitu 46,7%
2. Responden yang mengalami KPD yaitu 50%
3. Ada hubungan anemia dengan ketuban pecah dini dengan p value 0,003

B. Saran

1. Bagi Responden

Diharapkan kepada responden untuk melahirkan pada paritas 1 sampai 3 serta untuk ibu hamil yang memiliki kadar hemoglobin rendah dapat menambah asupan zat besi dan memeriksa kadar hemoglobin secara rutin sehingga nantinya dapat menurunkan risiko terjadinya ketuban pecah dini.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Bagi petugas kesehatan terutama bidan dapat memberikan pelayanan ANC dengan baik, seperti memberikan KIE dan konseling pada ibu tentang pentingnya meminum tablet tambah darah, agar kejadian anemia tidak terjadi lagi sehingga dapat mencegah terjadinya ketuban pecah dini di RSIA Husada Bunda untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi responden yang ingin meneliti tentang ketuban pecah dini diharapkan agar meneliti faktor lain yang berkaitan dengan risiko terjadinya ketuban pecah dini supaya hasil penelitian ini dapat dikembangkan dan berguna untuk masyarakat luas

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. (2013) *Hubungan antara Usia, Paritas, dan Riwayat Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Bangil Pasuruan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya*. Diakses tanggal 22 Mei 2021
- Cunningham, F. (2008). *Obstetri Williams, Ed. 21- Jakarta* : EGC.
- Dewi. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Fatma. (2015). “*Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil Trimester III Di Rumah Sakit Bantuan Lawang.*” *Jurnal Hesti Wira Sakti* 4(1): 101–9.
- Fadlun & Feryanto. (2011). *Hubungan anemia dengan kejadian KPD pada ibu bersalin di Muntilan*. *Jurnal*. Diakses tanggal 12 Mei 2021
- Herlinadiyaningsih. (2018) *Hubungan usia ibu, paritas, dan kadar hemoglobin terhadap kejadian ketuban pecah dini pada kehamilan aterm di RSUD Aghisna Medika Cilacap*
- Hidayat, A. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah. (2018). *Faktor-Faktor yang Melatarbelakangi Kejadian Persalinan Pre term Di RSUD Dr. R. Koesma Tuban*. Akademi Kebidanan Tuban.
- Kemenkes RI. (2017). *Buku Saku Kesehatan Ibu Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan.*”
- Manuaba. (2009). “*Pengamatan Kuliah Obstetri*” Jakarta : EGC
- Mercer. (2013). *Psikologi Social*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Morgan. (2009). *Obstetri & Ginekologi*. Jakarta : EGC.
- Mochtar. (2011). *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologis Jilid I*. Jakarta: EGC.
- Nugroho. (2011). *Buku ajar Obstetri*” Yogyakarta : Nuha Medika.
- Notoatmodjo,S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Prawirohardjo. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Rukiyah. (2011). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Trans Info Medika
- Rahayu. (2018). *Hubungan Kadar Leukosit dengan terjadinya Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Moewardi Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Sartika. (2016). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Di RS PKUMuhammadiyah Surakarta. SKRIPSI : Universitas Muhammadiyah Surakarta*
- Sartini. (2017). *Hubungan paritas dengan kejadian ketuban pecah dini di RSIA Sedekawa*.
- Sarwono. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan. Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Sudarto (2015). *Hubungan Kadar Hemoglobin dengan kejadian ketuban pecah dini di RSUD Cibinong*.
- Ulfa. (2018). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketuban pecah dini di RSUD Ahmad Yani Metro*Jurnal Kesehatan: Metro Saiwai
- Wiknjosastro. (2011). *Ilmu Kebidanan*". Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- WHO. (2019). *"Born Too Soon: A Global Action Report on Preterm*. Eds CP Howson,MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization, Geneva." : 112