

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Aktivitas Seksual

2.1.1 Pengertian Seksual

World Health Organization (WHO) mendefinisikan seksualitas sebagai bagian sentral dari kehidupan manusia yang meliputi jenis kelamin, identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, keintiman, dan reproduksi. Seksualitas diekspresikan melalui pikiran, fantasi, keinginan, keyakinan, sikap, nilai, perilaku, praktik, peran, dan hubungan, serta dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis, psikologis, sosial, ekonomi, politik, budaya, hukum, agama, dan spiritual (WHO, 2022).

Hubungan seksual dalam perkawinan merupakan bagian dari kehidupan reproduksi yang normal, yang dapat memengaruhi kondisi fisiologis dan psikologis perempuan, termasuk selama masa kehamilan. (Winkjosastro, 2015)

2.1.2 Hubungan Seksual selama Kehamilan

Hubungan seksual antara suami dan istri selama kehamilan pada dasarnya aman dilakukan pada kehamilan normal dan tidak disertai komplikasi obstetri. Aktivitas seksual tidak akan membahayakan janin karena janin terlindungi oleh dinding uterus, cairan ketuban, serta sumbatan lendir serviks (mucus plug) yang berfungsi sebagai barier terhadap infeksi.

Menurut Winkjosastro (2015), pada kehamilan normal hubungan seksual tidak dilarang selama tidak menimbulkan keluhan seperti perdarahan, nyeri hebat, atau kontraksi uterus yang berlebihan. Perubahan anatomi dan fisiologi selama kehamilan dapat memengaruhi kenyamanan dan frekuensi hubungan seksual, terutama akibat peningkatan vaskularisasi genital, perubahan hormon, dan pembesaran uterus.

Varney (2019) menjelaskan bahwa gairah dan frekuensi hubungan seksual pada ibu hamil dapat berubah sesuai trimester. Pada trimester pertama, mual, muntah, dan kelelahan sering menurunkan minat seksual. Trimester kedua sering disebut sebagai periode paling nyaman karena

keluhan berkurang dan libido dapat meningkat. Sementara pada trimester ketiga, ketidaknyamanan fisik dan kecemasan menjelang persalinan dapat kembali menurunkan aktivitas seksual.

Dalam buku Williams Obstetrics, Cunningham et al. (2022) menyatakan bahwa hubungan seksual selama kehamilan tidak berhubungan dengan peningkatan risiko persalinan prematur atau ketuban pecah dini pada kehamilan risiko rendah. Namun, hubungan seksual perlu dihindari pada kondisi tertentu seperti placenta previa, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini, riwayat persalinan prematur, atau insufisiensi serviks.

Secara psikologis, hubungan seksual selama kehamilan juga memiliki manfaat dalam memperkuat ikatan emosional antara suami dan istri, selama dilakukan dengan komunikasi yang baik dan memperhatikan kenyamanan ibu hamil (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2018).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2016) menekankan pentingnya konseling antenatal terkait kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk edukasi mengenai aktivitas seksual yang aman selama kehamilan, agar pasangan tidak memiliki persepsi keliru yang dapat menimbulkan kecemasan berlebihan.

2.1.3 Hubungan Seksual yang Harus Dihindari Selama Kehamilan

Meskipun hubungan seksual pada kehamilan normal umumnya aman, terdapat kondisi tertentu di mana hubungan seksual dianjurkan untuk dihindari karena dapat meningkatkan risiko komplikasi bagi ibu dan janin. Pembatasan ini bertujuan untuk mencegah perdarahan, infeksi, kontraksi uterus prematur, serta ketuban pecah dini.

Hubungan seksual sebaiknya dihindari pada ibu hamil yang mengalami perdarahan pervaginam, baik pada trimester awal maupun akhir kehamilan, karena dapat memperberat kondisi dan mengaburkan diagnosis penyebab perdarahan tersebut. Perdarahan dapat berhubungan dengan abortus imminens, plasenta previa, atau solusio plasenta. (Winkjosastro, 2015)

Menurut Prawirohardjo (2016), kondisi lain yang menjadi kontraindikasi hubungan seksual selama kehamilan adalah insufisiensi serviks, kehamilan ganda dengan risiko tinggi, serta adanya infeksi pada

saluran genital, karena hubungan seksual dapat memperberat infeksi dan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan.

2.1.4 Posisi Hubungan Seksual yang Diperbolehkan Selama Kehamilan

Pada kehamilan normal tanpa komplikasi, hubungan seksual pada prinsipnya **diperbolehkan** dengan memperhatikan **kenyamanan ibu, keamanan janin, dan perubahan fisiologis kehamilan**. Pemilihan posisi menjadi penting terutama seiring bertambahnya usia kehamilan, untuk menghindari tekanan berlebih pada abdomen dan gangguan aliran darah uteroplasenta.

Menurut **Winkjosastro (2015)**, posisi hubungan seksual selama kehamilan sebaiknya menghindari penekanan langsung pada perut ibu dan memungkinkan ibu mengontrol gerakan serta kenyamanan.

1) Posisi Miring (Side-lying)

Posisi miring, khususnya **miring ke kiri**, dianggap paling aman dan nyaman terutama pada trimester kedua dan ketiga. Posisi ini mengurangi tekanan pada vena cava inferior sehingga tidak mengganggu aliran darah ke janin..Hal ini sejalan dengan pendapat **Varney (2019)** yang menyatakan bahwa posisi menyamping memberikan kenyamanan maksimal pada ibu hamil dan meminimalkan risiko hipotensi supin akibat penekanan pembuluh darah besar.

2) Posisi Ibu di Atas (Woman on Top)

Pada posisi ini, ibu memiliki kontrol terhadap kedalaman dan kecepatan penetrasi, sehingga lebih mudah menyesuaikan dengan kenyamanan selama kehamilan. Menurut **Bobak, Lowdermilk, & Jensen (2018)**, posisi ibu di atas memungkinkan pengaturan tekanan dan mengurangi risiko ketidaknyamanan pada abdomen, sehingga sering direkomendasikan pada kehamilan tanpa risiko.

3) Posisi Duduk atau Semi-Duduk

Posisi duduk atau setengah duduk dapat menjadi alternatif yang aman, terutama pada trimester akhir, karena mengurangi tekanan pada perut dan punggung bawah. **Cunningham et al. (2022)** dalam *Williams Obstetrics* menyebutkan bahwa posisi yang tidak menekan uterus dan serviks secara berlebihan merupakan pilihan yang lebih aman bagi ibu hamil.

4) Posisi dari Belakang Tanpa Tekanan Abdomen

Posisi ini diperbolehkan selama tidak menimbulkan ketidaknyamanan dan tidak ada kontraindikasi medis. Posisi ini membantu menghindari tekanan langsung pada perut ibu. Menurut **Prawirohardjo (2016)**, variasi posisi hubungan seksual dapat dilakukan selama kehamilan normal asalkan tidak menimbulkan nyeri, perdarahan, atau kontraksi uterus.

2.1.5 Frekuensi Hubungan Seksual Selama Kehamilan

Secara ilmiah, tidak terdapat ketentuan baku mengenai jumlah frekuensi hubungan seksual per minggu selama kehamilan. Literatur kebidanan menekankan bahwa frekuensi hubungan seksual ditentukan oleh kenyamanan ibu, kondisi kehamilan, dan tidak adanya kontraindikasi medis. Namun, beberapa rujukan menyebutkan rentang frekuensi yang umum terjadi pada pasangan dengan kehamilan normal.

Winkjosastro (2015) menyatakan bahwa frekuensi hubungan seksual selama kehamilan bersifat individual, namun pada kehamilan tanpa komplikasi umumnya masih dilakukan secara teratur. Dalam konteks ini, frekuensi sekitar 1–2 kali per minggu dianggap wajar dan tidak berisiko pada kehamilan normal. Penurunan frekuensi dalam hubungan seksual ini bisa disebabkan karena kondisi fisik ibu hamil yang sering merasakan capek yang disebabkan oleh pembesaran di daerah abdomen dibandingkan usia kehamilan yang masih

muda.

Beberapa penelitian di Indonesia mengamati hubungan pola seksual ibu hamil dengan kejadian ketuban pecah dini. Salah satunya oleh Indrawati et al. (2023) yang meneliti ibu hamil pada trimester III dan menemukan bahwa:

- 1) Frekuensi coitus lebih dari 3 kali per minggu pada trimester ketiga kehamilan diyakini berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini.
- 2) Penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah hubungan seksual yang tinggi di trimester akhir dapat memicu kontraksi rahim karena orgasme dan paparan prostaglandin dari semen, yang dikenal dapat memicu kontraksi serviks dan uterus.

2.1.6 Pengaruh Aktivitas Seksual terhadap Kehamilan

Pada saat terjadi rangsangan seksual, aliran darah ke vagina dan vulva akan meningkat tetapi aliran darah ke uterus masih belum jelas. Apabila gerakan otot sewaktu berhubungan seksual dianalogikan seperti waktu olahraga maka aliran darah ke uterus akan menurun, penekanan vena cava inferior oleh uterus sewaktu posisi berbaring terlentang akan menyebabkan hipotensi terutama pada trimester ketiga. Rangsangan seksual dan orgasmus akan menyebabkan kontraksi uterus, kontraksi ritmik otot pelvis dan peningkatan tekanan vagina. Pada saat ini gerakan janin berkurang dan terjadi deselerasi, tetapi hal ini hanya sementara dan tidak berbahaya

Pada kondisi tertentu, aktivitas seksual dapat memberikan dampak yang perlu diwaspadai. Prawirohardjo (2016) menyebutkan bahwa aktivitas seksual perlu dibatasi atau dihindari pada ibu hamil dengan perdarahan pervaginam, plasenta previa, ketuban pecah dini, insufisiensi serviks, atau riwayat persalinan prematur.

2.2 Konsep Teori Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya tanda-tanda persalinan, baik pada kehamilan aterm maupun

preterm. Kondisi ini ditandai dengan keluarnya cairan ketuban secara spontan dari vagina tanpa disertai kontraksi uterus yang adekuat.

Menurut Winkjosastro (2015), Ketuban Pecah Dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu sebelum adanya his yang teratur dan pembukaan serviks yang bermakna. Keadaan ini dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan. KPD didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai awitan persalinan yaitu interval periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih. Dari beberapa definisi KPD di atas maka dapat disimpulkan bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan.

2.2.2 Penyebab Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh faktor maternal, fetal, dan lingkungan. Pecahnya selaput ketuban terjadi akibat menurunnya kekuatan dan elastisitas membran amnion–korion sehingga tidak mampu menahan tekanan intrauterin.

Menurut Winkjosastro (2015), penyebab utama ketuban pecah dini berkaitan dengan infeksi, tekanan intrauterin yang meningkat, serta kelainan struktur selaput ketuban. Faktor-faktor ini dapat bekerja secara sendiri maupun bersamaan

1) Infeksi Saluran Genital

Infeksi pada vagina dan serviks merupakan penyebab yang paling sering dikaitkan dengan KPD. Mikroorganisme dapat menghasilkan enzim proteolitik yang melemahkan membran ketuban. Prawirohardjo (2016) menyatakan bahwa infeksi genital menyebabkan inflamasi pada membran ketuban sehingga meningkatkan risiko ketuban pecah dini. Hal ini juga ditegaskan oleh Cunningham et al. (2022) yang menjelaskan bahwa infeksi intrauterin merupakan faktor risiko utama terjadinya PROM dan PPRM.

2) Peningkatan Tekanan Intrauterin

Tekanan intrauterin yang meningkat, seperti pada kehamilan ganda, polihidramnion, dan janin besar, dapat menyebabkan peregang berlebihan pada selaput ketuban.

Menurut Varney (2019), peregangan membran yang berlebihan dapat menurunkan kekuatan selaput ketuban sehingga mudah mengalami ruptur sebelum persalinan dimulai.

3) Riwayat Ketuban Pecah Dini Sebelumnya

Ibu hamil dengan riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD berulang.

Cunningham et al. (2022) menyatakan bahwa riwayat PROM sebelumnya merupakan prediktor kuat terjadinya PROM pada kehamilan berikutnya.

4) Hubungan Seksual pada Kehamilan Berisiko

Aktivitas seksual, terutama dengan frekuensi tinggi pada trimester akhir, dapat berkontribusi terhadap KPD pada kehamilan berisiko melalui paparan prostaglandin dan rangsangan serviks.

Menurut Winkjosastro (2015), hubungan seksual perlu dibatasi pada ibu hamil dengan risiko KPD karena dapat memicu kontraksi uterus dan perubahan serviks.

5) Kelainan Serviks (Insufisiensi Serviks)

Serviks yang lemah atau tidak mampu mempertahankan kehamilan dapat mempermudah terjadinya ketuban pecah dini.

Prawirohardjo (2016) menjelaskan bahwa insufisiensi serviks berhubungan dengan ketidakmampuan serviks menahan tekanan kehamilan sehingga meningkatkan risiko KPD.

6) Faktor Gizi dan Kebiasaan Ibu

Status gizi yang buruk, anemia, dan kebiasaan merokok dapat memengaruhi integritas membran ketuban.

Bobak, Lowdermilk, & Jensen (2018) menyatakan bahwa kekurangan nutrisi tertentu dan kebiasaan merokok dapat menurunkan kekuatan jaringan ikat, termasuk selaput ketuban.

7) Prosedur Medis dan Trauma

Tindakan invasif seperti amniosentesis atau trauma pada abdomen dapat menyebabkan kerusakan pada selaput ketuban.

Menurut Varney (2019), trauma mekanik dapat secara langsung

menyebabkan robeknya selaput ketuban.

2.2.3 Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) ditandai oleh pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Manifestasi klinis KPD dapat bervariasi, namun umumnya berkaitan dengan keluarnya cairan ketuban secara spontan dari vagina serta perubahan kondisi ibu dan janin. Menurut Winkjosastro (2015), tanda utama ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari vagina secara tiba-tiba atau terus-menerus tanpa disertai kontraksi uterus yang adekuat. Cairan yang keluar biasanya jernih, tidak berbau, dan terasa hangat.

1) Keluarnya Cairan Ketuban dari Vagina

Keluarnya cairan ketuban merupakan tanda paling khas pada KPD. Cairan dapat keluar dalam jumlah banyak secara mendadak atau merembes perlahan dan terus-menerus.

Prawirohardjo (2016) menyatakan bahwa cairan ketuban umumnya berwarna jernih, encer, dan tidak berbau. Namun, pada kondisi tertentu cairan dapat bercampur mekonium atau berbau tidak sedap apabila terjadi infeksi.

2) Tidak Disertai His atau Kontraksi Persalinan

Pada KPD, pecahnya ketuban terjadi sebelum adanya kontraksi persalinan yang teratur.

Menurut Varney (2019), ketiadaan his yang adekuat setelah ketuban pecah menjadi pembeda utama antara KPD dan ketuban pecah saat inpartu.

3) Rasa Basah Terus-Menerus pada Pakaian Dalam

Ibu sering mengeluhkan pakaian dalam yang terus-menerus basah, meskipun tidak sedang berkemih.

Bobak, Lowdermilk, & Jensen (2018) menjelaskan bahwa keluhan rasa basah berulang sering menjadi gejala awal yang dilaporkan ibu hamil dengan KPD.

4) Penurunan Tinggi Fundus Uteri

Akibat berkurangnya cairan ketuban, tinggi fundus uteri dapat

tampak lebih rendah dari usia kehamilan.

Menurut Cunningham et al. (2022), penurunan volume cairan ketuban dapat menyebabkan perubahan palpasi abdomen dan penurunan tinggi fundus uteri.

5) Tanda Infeksi (Jika KPD Berlangsung Lama)

Apabila KPD berlangsung lama, dapat muncul tanda infeksi seperti demam, nyeri tekan uterus, takikardia ibu dan janin, serta cairan ketuban berbau.

Cunningham et al. (2022) menyebutkan bahwa tanda-tanda infeksi intrauterin (korioamnionitis) merupakan komplikasi serius dari KPD yang tidak segera ditangani.

6) Penurunan Gerakan Janin (Pada Beberapa Kasus)

Pada kasus tertentu, terutama bila terjadi oligohidramnion atau infeksi, ibu dapat merasakan penurunan gerakan janin.

Menurut Varney (2019), perubahan kesejahteraan janin perlu diwaspadai pada ibu hamil dengan KPD.

2.2.4 Diagnosis

Diagnosis ketuban pecah dini (KPD) ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, dengan tujuan memastikan adanya kebocoran cairan ketuban serta menilai kondisi ibu dan janin. Menurut Winkjosastro (2015), penegakan diagnosis KPD harus dilakukan secara hati-hati karena kesalahan diagnosis dapat berdampak pada penatalaksanaan dan keselamatan ibu serta janin.

1) Anamnesis

Anamnesis merupakan langkah awal dalam diagnosis KPD. Ibu biasanya mengeluhkan keluarnya cairan dari vagina secara tiba-tiba atau terus-menerus, yang tidak dapat ditahan seperti urin. Prawirohardjo (2016) menyatakan bahwa riwayat keluarnya cairan jernih, tidak berbau, dan terasa hangat merupakan petunjuk penting adanya ketuban pecah dini.

2) Pemeriksaan Inspeksi dengan Spekulum

Pemeriksaan spekulum steril dilakukan untuk melihat adanya pengaliran cairan ketuban dari kanalis servikalis atau genangan cairan di forniks posterior vagina. Menurut Varney (2019), pemeriksaan spekulum merupakan metode utama dan aman dalam menegakkan diagnosis KPD, serta lebih dianjurkan dibandingkan pemeriksaan vaginal digital karena dapat meningkatkan risiko infeksi.

3) Uji Lakmus (Nitrazine Test)

Cairan ketuban bersifat basa (pH 7,0–7,5), sedangkan cairan vagina normal bersifat asam. Perubahan warna kertas lakmus menjadi biru menunjukkan kemungkinan cairan ketuban.

Cunningham et al. (2022) menjelaskan bahwa uji Nitrazine dapat membantu diagnosis KPD, meskipun hasil positif palsu dapat terjadi akibat darah, semen, atau infeksi vagina.

4) Uji Pakis (Fern Test)

Uji pakis dilakukan dengan mengeringkan cairan vagina pada kaca objek. Cairan ketuban akan membentuk pola seperti daun pakis akibat kandungan natrium klorida.

Menurut Bobak, Lowdermilk, & Jensen (2018), uji pakis merupakan pemeriksaan sederhana dan cukup spesifik untuk mendukung diagnosis ketuban pecah dini.

5) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

USG digunakan untuk menilai jumlah cairan ketuban, posisi janin, dan kesejahteraan janin. Penurunan indeks cairan ketuban dapat mendukung diagnosis KPD.

2.2.5 Pencegahan dan Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Pencegahan ketuban pecah dini bertujuan untuk mengurangi faktor risiko yang dapat melemahkan selaput ketuban serta mencegah komplikasi kehamilan. Upaya pencegahan dilakukan sejak masa antenatal melalui pendekatan promotif dan preventif.. Menurut Winkjosastro (2015),

pencegahan KPD difokuskan pada pengendalian infeksi, pemantauan kehamilan berisiko, serta edukasi ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan.

- 1) Pencegahan infeksi saluran genital
- 2) Pemantauan Kehamilan Berisiko
- 3) Edukasi Aktivitas Fisik dan Seksual
- 4) Perbaikan Status Gizi

Penatalaksanaan KPD bertujuan untuk mencegah infeksi, mempertahankan kesejahteraan ibu dan janin, serta menentukan waktu persalinan yang optimal. Penatalaksanaan bergantung pada usia kehamilan, kondisi ibu, dan kondisi janin.

- 1) Pemberian antibiotic
- 2) Pemberian Kortikosteroid
- 3) Pemantauan Ibu dan Janin

2.3 Hubungan Frekuensi Aktivitas Seksual Suami Istri Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang dapat meningkatkan risiko infeksi, persalinan prematur, serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Salah satu faktor perilaku yang diduga berhubungan dengan kejadian KPD adalah frekuensi aktivitas seksual selama kehamilan, terutama pada trimester akhir.

Menurut Winkjosastro (2015), pada kehamilan normal hubungan seksual tidak dilarang, namun perlu dibatasi pada kehamilan dengan risiko tertentu karena aktivitas seksual dapat memicu kontraksi uterus dan perubahan serviks. Rangsangan serviks serta kontraksi uterus berulang berpotensi melemahkan selaput ketuban.

Secara fisiologis, hubungan seksual dapat memengaruhi kehamilan melalui dua mekanisme utama, yaitu kontraksi uterus saat orgasme dan paparan prostaglandin dari cairan semen. Cunningham et al. (2022) menjelaskan bahwa prostaglandin berperan dalam pematangan serviks dan stimulasi kontraksi uterus. Apabila paparan prostaglandin terjadi berulang, terutama dengan frekuensi hubungan seksual yang tinggi, maka dapat

meningkatkan risiko terjadinya kontraksi dini dan pecahnya selaput ketuban pada ibu hamil yang rentan.

Varney (2019) menyatakan bahwa frekuensi aktivitas seksual yang tinggi pada trimester ketiga perlu mendapat perhatian khusus, karena pada periode ini serviks mulai mengalami pematangan fisiologis. Rangsangan mekanik berulang pada serviks dapat mempercepat proses tersebut dan berpotensi berkontribusi terhadap kejadian KPD.

Penelitian yang dilakukan Dini Nurul Fadhilah (2023) menunjukkan adanya hubungan antara frekuensi hubungan seksual ≥ 3 kali per minggu pada trimester akhir dengan kejadian ketuban pecah dini. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ibu hamil dengan frekuensi hubungan seksual tinggi memiliki risiko lebih besar mengalami KPD dibandingkan ibu hamil dengan frekuensi rendah atau sedang. Hubungan ini bersifat asosiatif, artinya frekuensi hubungan seksual merupakan salah satu faktor yang berkontribusi bersama faktor risiko lainnya, seperti infeksi genital dan kondisi serviks.

Menurut Prawirohardjo (2016), KPD merupakan kondisi multifaktorial, sehingga frekuensi aktivitas seksual bukanlah penyebab tunggal, melainkan faktor pencetus pada ibu dengan predisposisi tertentu, seperti infeksi saluran genital, insufisiensi serviks, atau riwayat KPD sebelumnya.

Bobak, Lowdermilk, & Jensen (2018) juga menegaskan bahwa aktivitas seksual selama kehamilan harus disesuaikan dengan kondisi ibu dan usia kehamilan. Edukasi kepada pasangan suami istri sangat penting agar frekuensi dan pola hubungan seksual tidak menimbulkan risiko bagi kehamilan.

Frekuensi aktivitas seksual suami istri yang tinggi, khususnya pada trimester ketiga, berhubungan dengan peningkatan risiko kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil dengan faktor predisposisi tertentu. Mekanisme yang mendasari hubungan ini meliputi rangsangan serviks, kontraksi uterus, dan paparan prostaglandin dari cairan semen. Oleh karena itu, konseling antenatal mengenai aktivitas seksual yang aman selama kehamilan sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya KPD.

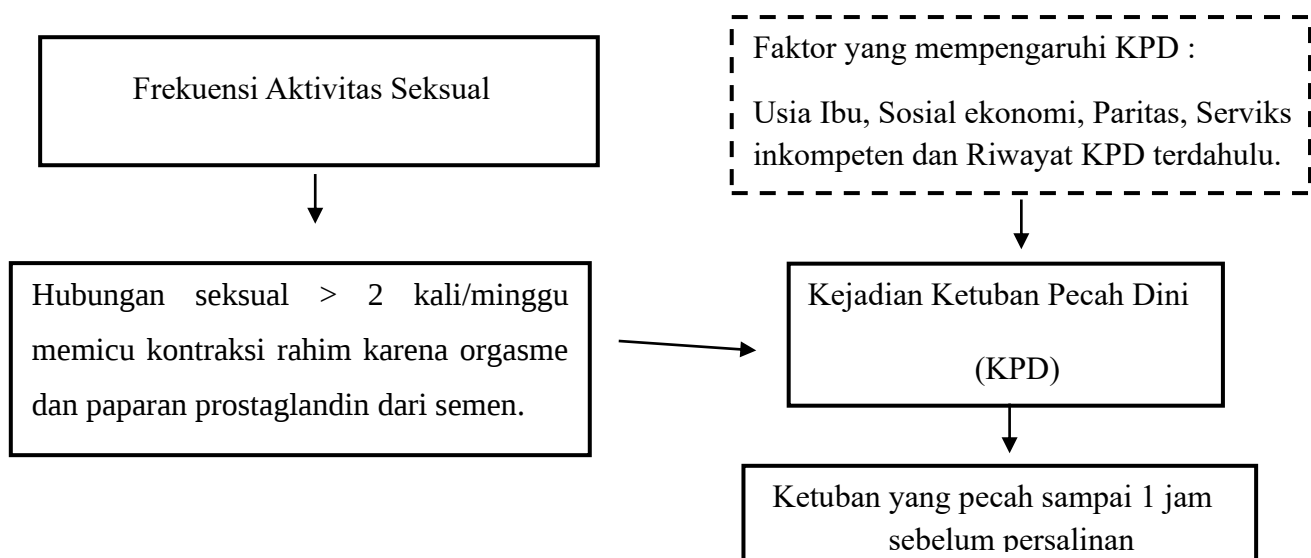
Penelitian dilakukan untuk memahami sejauh mana frekuensi

hubungan seksual menjadi faktor yang signifikan dalam kejadian KPD pada populasi tertentu, termasuk pada ibu hamil yang datang ke Kamar Bersalin Puskesmas Kotaanyar

2.4 Kerangka Konsep

Menurut Sugiyono (2016) mengemukakan bahwa "Kerangka konseptual adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti".

Kerangka konseptual digunakan untuk membahas antara variabel bebas dan variabel terikat. Penelitian menggunakan variabel bebas yaitu frekuensi hubungan seksual suami istri (X), variabel terikat ketuban pecah dini (Y). Berdasarkan teori yang telah dipaparkan diatas dapat dilihat kerangka kerangka konseptual pada penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara atau pernyataan yang dibuat berdasarkan teori, pengamatan, atau pengetahuan awal, yang kebenarannya masih perlu dibuktikan melalui penelitian.

Dalam metode ilmiah, hipotesis berfungsi sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah dan akan diuji melalui pengumpulan data dan

analisis.

Ciri-ciri hipotesis :

- 1) Bersifat sementara dan harus diuji.
- 2) Dapat dibuktikan benar atau salah.
- 3) Dirumuskan secara jelas dan logis.
- 4) Relevan dengan teori atau penelitian sebelumnya.

Hipotesis Alternatif (H1):

Ada hubungan antara frekuensi aktivitas seksual suami istri dengan kejadian ketuban pecah dini di Kamar Bersalin Puskesmas Kotaanyar.

Hipotesis Nol (H0):

Tidak ada hubungan antara frekuensi aktivitas seksual suami istri dengan kejadian ketuban pecah dini di Kamar Bersalin Puskesmas Kotaanyar.

Dasar pengambilan adalah :

- 1) Jika $p\text{-value} < 0,05$ maka terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel (H0 ditolak, H1 diterima)
- 2) Jika $p\text{-value} \geq 0,05$ maka tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel (H0 diterima, H1 ditolak)