

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan sebuah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses persalinan diawali dari berkembangnya serviks yang diakibatkan kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Persalinan normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan setelah 37 minggu tanpa adanya penyulit (Prastiwi dkk, 2021). Pada proses persalinan melewati empat kala, pada kala satu dibagi ke dalam dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase laten merupakan periode dari awal persalinan hingga titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif. Fase aktif merupakan periode waktu awal dari kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi lengkap (Haslin dkk, 2022). Fase laten yang memanjang ditandai dengan pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam dengan kontraksi teratur (lebih dari 2 kali dalam 10 menit) (Ningsih dkk, 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau

pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Aristiya Novita, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa persalinan akhir dalam suatu kehamilan. Proses-proses fisiologis yang terjadi pada ibu hamil. Persalinan merupakan proses pembukaan atau menipisnya dinding rahim yang digunakan untuk pengeluaran bayi baik melalui jalan lahir (spontan) atau menggunakan metode *sectio caesaria*. Serta diikuti dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin.

2.1.2 Bentuk Persalinan berdasarkan Definisi (Kusbandiyah,2023)

- 1) Persalinan Spontan: Bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan: bila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran: bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang

2.1.3 Jenis Persalinan Menurut Cara Persalinan

- 1) Partus biasa (normal) atau disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

- 2) Partus luar biasa (*abnormal*) adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat- alat atau melalui dinding perut dengan operasi sectio caesaria (SC) (Noviyani and Ruliyah 2023).

2.1.4 Jenis Persalinan Menurut Umur Kehamilan

- 1) Abortus adalah terhentinya kehamilan dapat hidup (*viable*), berat janin dibawah 1000 gram dan umur kehamilan dibawah 28 minggu.
- 2) Partus Prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28- 36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, beratjanin antara 1000- 2500 gram.
- 3) Partus Maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37- 40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2500 gram.
- 4) Partus Postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- 5) Partus Presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas becak dan sebagainya.
- 6) Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalopelvik (Septiani, Rosyidah, and Urine 2020).

2.1.5 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda persalinan meliputi terjadinya lightening, terjadi his permulaan, terjadi his persalinan, pengeluaran lendir dan darah, dan pengeluaran cairan ketuban

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

- (1) Kontraksi Braxton hicks
- (2) Ketegangan dinding perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum
- (4) Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah.

Masuknya kepala bayi di pintu atas panggul dirasakan ibu hamil: terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi.

2) His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi braxton hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu (Hidayat Fahrul 2023). Kontraksi Braxton hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua hamil, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu):

- (1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda

(4)Durasinya pendek

(5)Tidak bertambah bila beraktivitas.

3) His persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

(1)Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan

(2)Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar

(3)Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks

(4)Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah

4) Pengeluaran lendir dan darah

Terjadinya his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

5) Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Untari and Astarina 2018).

2.1.6 Tanda Bahaya Persalinan

1) Perdarahan lewat jalan lahir

Perdarahan yang terjadi saat hamil disebabkan oleh beberapa hal antara lain keguguran (abortus), kehamilan di luar kandungan (Kehamilan Ektopik Terganggu), ataupun “hamil anggur”. Untuk

mengetahui kondisi apa yang sebenarnya sedang dialami ibu hamil, segera bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk segera ditangani oleh bidan atau dokter.

2) Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Pada persalinan normal, posisi bayi adalah terbalik dengan kepala berada di bawah. Jika posisi bayi tidak normal, yaitu berbaring menyamping, saat persalinan bisa saja tali pusar atau tangan bayi yang keluar dari jalan lahir. Ketika ini terjadi, jangan sekali-sekali mencoba untuk mengubah posisi bayi karena bisa mengakibatkan robeknya rahim, terpisahnya plasenta dari dinding rahim, dan implikasi lainnya. Jika terlihat darah segar berwarna merah terang, itu bisa berarti plasenta telah terpisah dari dinding rahim atau juga pembukaan rahim, dan kondisi ini sangat berbahaya (Crystallography 2020).

3) Ibu mengalami kejang

Jika ibu mulai memiliki kejang dan Anda tahu dia tidak memiliki epilepsi, kejang bisa merupakan akibat dari pre-eklampsia. Ibu hamil dengan epilepsi juga bisa mendapatkan toksemia (keracunan kehamilan).

4) Ibu tidak kuat mengejan

Mengejan adalah cara alami ibu dalam membantu otot Rahim mendorong bayi menuju jalan lahir. Jika ibu tidak kuat mengejan, maka bayi akan terlalu lama berada di jalan lahir (dasar panggul). Ini akan membahayakan keadaan calon bayi yang mengakibatkan kondisi bayi setelah lahir lemah, mengalami gangguan pernafasan, tidak bisa

menangis, dan bayi tampak pucat. Untuk itu, sudah merupakan prosedur standar bahwa bidan akan merujuk Ibu hamil ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan medis dari dokter dengan melakukan operasi ataupun Tindakan lainnya (Crystallography 2020).

5) Air ketuban keruh dan berbau

Pada persalinan normal, air ketuban yang berwarna merah muda akan pecah menjelang persalinan. Jika air ketuban berwarna coklat atau hijau dan berbau tidak sedap bisa berarti bahwa janin telah terinfeksi dengan virus atau bakteri dan itu sangat berbahaya. Ini yang biasa disebut dengan “minum ketuban” atau “keracunan ketuban”. Jika masih pada tahap awal persalinan, atau jika ibu belum mulai mengejan untuk mendorong bayi keluar, jalan terbaik adalah segera ke bidan untuk dirujuk ke rumah sakit terdekat (Yelvita 2022).

6) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat

Keadaan emosional ibu yang gelisah dan kesakitan hebat bias mengganggu proses persalinan, dan itu harus diwaspadai karena berbahaya. Karena ibu adalah subjek utama yang mempengaruhi berlangsungnya persalinan normal dan yang lain, termasuk tenaga medis hanya membantu ibu dalam melakukan persalinan. Jika ibu merasa gelisah dan mengalami kesakitan, ibu harus mencoba untuk rileks dan tidak gelisah berlebihan. Sehingga pada persalinan ibu dan janin hanya memerlukan sedikit medikasi dan bahkan sedikit intervensi dalam proses bersalin. Jika ibu tetap gelisah dan mengalami kesakitan, sebaiknya bidan

merujuknya ke rumah sakit untuk lebih mendapat bantuan persalinan yang dibutuhkan (Kebidanan et al. 2023).

2.2 Konsep Teori Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kondisi dimana selaput ketuban pecah sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan setelah menunggu selama satu belum muncul tanda-tanda persalinan aktif. KPD dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. KPD merupakan salah satu keadaan kegawatdaruratan dalam bidang obstetri karena kondisi ini menimbulkan risiko untuk ibu dan anak (Mardiyanti dan Hardiati 2023). Ketuban pecah dini juga dikenal sebagai *premature rupture of membranes* (PROM), adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan. Jika PROM terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, kondisi ini disebut sebagai *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) (Indrasuari, Pariartha, dan Wijaya 2023). Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan lag period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur lag period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan bayi (Fujiarti, 2016).

2.2.2 Etiologi

Ketuban pecah dini dapat terjadi akibat berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau kombinasi dari kedua faktor tersebut. Penurunan kekuatan membran bisa disebabkan oleh infeksi yang seringkali berasal dari vagina atau serviks. Namun, penyebab pasti KPD belum diketahui atau tidak dapat ditemukan secara pasti (D. W. Astuti 2023). Faktor risiko yang dapat menyebabkan KPD antara lain :

1) Pekerjaan

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan akibat aktivitas kerja yang berat. Oleh karena itu, ibu hamil disarankan untuk menghindari melakukan pekerjaan yang berat. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi mereka. Aktivitas fisik yang berlebihan saat hamil dapat menyebabkan kelelahan yang berpotensi melemahkan korion amnion sehingga mengakibatkan KPD (Saifuddin dalam Fahimah 2020).

2) Paritas

Paritas merupakan jumlah kehamilan yang memiliki kemampuan melahirkan bayi hidup dan mati (I.P. Sari dkk, 2020). Paritas adalah keadaan melahirkan seorang bayi atau anak dalam keadaan hidup atau mati. Paritas juga didefinisikan sebagai banyaknya kelahiran yang dimiliki oleh seorang perempuan (Sari dkk, 2022). Faktor ini memiliki hubungan yang erat dengan berbagai gangguan pada masa persalinan. Paritas menggambarkan seberapa banyak kelahiran hidup atau jumlah anak yang

dimiliki seorang wanita. Faktor paritas dapat memengaruhi proses persalinan karena ibu hamil, terutama yang baru pertama kali menjalani kehamilan, memiliki risiko lebih besar mengalami komplikasi (Tambunan et al., 2020). Pada ibu dengan jumlah kelahiran yang semakin banyak atau lebih dari 4 kali memiliki resiko terjadi kekurangan gizi dan anemia. Semakin tinggi angka paritas yang dialami maka resiko mortalitas ibu akan semakin tinggi pula. Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya. Kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu paritas (Oxom, 2015).

Kehamilan pada paritas kedua dan ketiga dianggap lebih aman dalam masa reproduktif, karena dinding rahim belum mengalami banyak perubahan, dan serviks belum sering mengalami pembukaan sehingga mampu menopang selaput ketuban dengan baik. Sebaliknya, ibu dengan riwayat paritas tinggi lebih berisiko mengalami KPD. Hal ini disebabkan oleh vaskularisasi pada rahim mengalami gangguan yang menyebabkan jaringan ikat selaput ketuban menjadi lebih rapuh sehingga mudah mengalami pecah secara spontan (Saifuddin dalam Fahimah 2020).

Kehamilan yang terlalu sering multipara atau grande multipara mempengaruhi proses embryogenesis , selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas, semakin mudah terjadi infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya.

KPD sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan serviks yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Nugroho, 2010).

3) Umur Ibu

Umur dibagi menjadi 3 kategori, yaitu <20 tahun, 20-35 tahun dan > 35 tahun. Usia reproduksi yang dianggap aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Pada usia ini, organ reproduksi sudah matang dan siap untuk proses kehamilan. Kehamilan yang terjadi pada usia <20 tahun atau terlalu muda sering kali menimbulkan komplikasi atau penyulit baik bagi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan karena belum matangnya organ reproduksi, sehingga rahim belum mampu mendukung kehamilan dengan baik, dan selaput ketuban yang belum matang menjadi lebih rentan terhadap robekan, yang bisa menyebabkan sehingga KPD. Sementara itu, kehamilan pada usia yang terlalu tua yaitu > 35 tahun juga memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayinya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

4) Riwayat KPD Sebelumnya

Wanita yang memiliki riwayat KPD sebelumnya memiliki risiko 2-4 kali lebih tinggi mengalami KPD kembali. Patogenesis KPD secara singkat melibatkan penurunan kandungan kolagen dalam membran ketuban, yang memicu terjadinya KPD dan juga ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya atau menjelang persalinan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami KPD

padakehamilan berikutnya dibanding dengan wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh komposisi membran ketuban yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

5) Anemia

Anemia selama kehamilan dapat membuat ibu hamil kurang mampu menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi. Selain itu, anemia juga dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan meningkatkan risiko persalinan prematur. Meskipun tampaknya janin dapat menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, anemia dapat mengurangi kemampuan metabolisme tubuh, sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim terganggu. Salah satu dampak anemia pada kehamilan meningkatnya risiko KPD (Sarwono dalam Fahimah 2020). Menurut WHO dalam penelitian Rahmawati dan Ratulohain (2022) anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi :

- (1) HB > 11 gr/dL, tidak anemia
- (2) HB 10,0-10,9 gr/dL anemia ringan
- (3) HB 7,0-9,9 gr/dL anemia sedang
- (4) HB <7,0 gr/dL anemia berat

6) Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah kondisi di mana terdapat dua janin atau lebih. Kehamilan kembar memberikan risiko lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Salah satu risikonya adalah KPD, pada kembar dua 50% dan kembar tiga meningkat hingga 90% (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020). Hamil ganda dapat meningkatkan ketegangan rahim yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya. Kehamilan ganda menyebabkan distensi uterus yang berlebihan, yang dapat meningkatkan ketegangan rahim secara signifikan. Hal ini disebabkan oleh volume yang lebih besar dari isi rahim dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil, tanpa pertahanan di bagian bawah rahim. Akibatnya, selaput ketuban menjadi tipis dan mudah pecah. Penyebabnya meliputi peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat membuat ketegangan rahim meningkat, sehingga selaput ketuban dapat pecah sewaktu-waktu (Fahimah 2020).

7) Presentasi Janin

Pada tahap kehamilan akhir, janin tumbuh dengan cepat sehingga jumlah air ketuban relatif berkurang. Posisi bokong dengan kedua tungkai yang terlipat cenderung lebih besar dari pada kepala, menyebabkan bokong dipaksa menempati ruangan yang lebih luas di fundus uterus, sementara kepala berada di ruang yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Posisi sungsang ini dapat menyebabkan ketegangan rahim meningkat, yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya (Fahimah, 2020). Malpresentasi janin dapat

meningkatkan risiko terjadinya KPD. Malpresentasi janin atau kelainan letak janin dapat membuat ketuban bagian yang terendah langsung menerima tekanan intra uteri yang dominan yaitu letak sungsang. Letak janin dalam rahim dipengaruhi oleh adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus yang tersedia. Pada kehamilan <32 minggu, volume cairan ketuban yang lebih banyak memungkinkan janin bergerak lebih bebas, yang menyebabkan janin dalam posisi sungsang (Fahimah 2020)

8) Berat badan janin

Kehamilan dengan makrosomia, di mana berat badan neonatus >4000 gram. Ini dapat menimbulkan distensi uterus yang berlebihan dan meningkatkan tekanan intra uterin yang dapat menekan selaput ketuban. Akibatnya, Selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrannya menurun, sehingga meningkatkan risiko terjadinya KPD (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020).

9) Korioamnionitis

Korioamnionitis adalah infeksi bakteri serius pada plasenta dan cairan ketuban. Infeksi ini seringkali menjadi faktor risiko utama atau penyebab langsung terjadinya ketuban pecah dini, terutama pada kehamilan prematur.

Mekanisme terjadinya adalah sebagai berikut:

- (1) Invasi Bakteri: Bakteri biasanya masuk ke dalam rahim melalui vagina dan leher rahim (serviks).

- (2) Respons Peradangan: Kehadiran bakteri memicu respons peradangan baik pada ibu maupun janin. Selaput ketuban (amnion dan korion) merespons dengan melepaskan enzim-enzim tertentu.
- (3) Pelemahan Selaput Ketuban: Enzim-enzim, seperti kolagenase dan enzim proteolitik lainnya, secara aktif memecah dan melemahkan struktur jaringan ikat yang menyusun selaput ketuban.
- (4) Pecah Dini: Akibat hilangnya elastisitas dan kekuatan struktural, selaput ketuban menjadi lebih rentan dan akhirnya pecah sebelum proses persalinan dimulai secara alami. (Nur Djanah, Yuni Kusmiyati, 2018)

2.2.3 Patofisiologi

Terjadinya peregangan berulang serta kontraksi uterus diidentifikasi berkorelasi dengan kasus KPD. Adanya struktur biokimia yang berubah pada daerah tertentu diketahui sebagai determinan rapuhnya selaput ketuban inferior. Proses terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan serviks secara prematur, yang kemudian diikuti devaskularisasi kulit ketuban. Devaskularisasi ini menyebabkan nekrosis, sehingga jaringan ikat yang menopang ketuban makin berkurang. Selain itu, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan kolagenase. Akibatnya, ketuban pecah secara spontan (Putri Alfionita dan Lestari 2022)

2.2.4 Epidemiologi

Epidemiologi kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) diketahui memiliki besaran pada rentang 10 hingga 12% dari semua kehamilan. Insiden kejadian KPD pada kehamilan aterm diketahui lebih tinggi, yakni sebesar 6 hingga 19% dibandingkan pada kehamilan preterm dengan besar insidensi 2 hingga 5%. Temuan penelitian menjabarkan adanya kasus KPD pada 6-8% wanita dengan usia kehamilan sebelum 37 minggu dengan persentase pada kehamilan aterm hingga 80% (Endale dkk, 2016) dikutip dari (Fajar et al., 2020). Periode laten yang memanjang juga meningkatkan risiko untuk naiknya infeksi pada janin yang premature dan pada ibunya. Frekuensi dan tingkat keparahan komplikasi pada ibu dan janin setelah terjadinya KPD bervariasi tergantung dari usia kehamilan. Terdapat bukti konsisten bahwa usia kehamilan saat terjadinya KPD dan lamanya periode laten merupakan penentu kematian perinatal yang penting. Bagaimanapun juga, terdapat penelitian yang bertentangan mengenai keluaran neonatal yang spesifik jika dikaitkan dengan periode laten. (Lorthe dkk, 2016) dikutip dari LTA (Fajar et al., 2020).

2.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda KPD meliputi keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, dengan aroma yang berbeda seperti berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini dapat berwarna pucat, putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan. Produksi cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi hingga kelahiran. Saat ibu hamil duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah bisa menutup atau

menyumbat kebocoran untuk sementara waktu. Gejala lain yang dapat terjadi termasuk demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, dan peningkatan denyut jantung janin (Sefin 2022).

2.2.6 Diagnosis

Menurut Prawirohardjo (2012) dalam penelitian Sefin (2022) diagnosis ketuban Pecah Dini, yaitu sebagai berikut:

- 1) Mengkonfirmasi pecahnya selaput ketuban dengan memeriksa ada tidaknya cairan ketuban di vagina. Jika tidak terlihat adanya cairan ketuban, dokter dapat mencoba menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien agar batuk atau mengejan.
- 2) Cairan ketuban juga dapat diverifikasi menggunakan tes lakmus (Nitrazin Test) di mana terjadi perubahan warna dari merah menjadi biru pada kertas lakmus sebagai tanda positifnya.
- 3) Menentukan usia kehamilan (jika perlu dilakukan dengan pemeriksaan USG).
- 4) Memeriksa apakah terdapat infeksi intrauterin. Tanda-tanda infeksi adalah apabila suhu ibu lebih dari 38°C, air ketuban keruh dan berbau, dan leukosit darah >15.000/ mm³ Pada janin dapat mengalami takikardia.
- 5) Memeriksa adanya tanda-tanda persalinan dan skoring pelvik.
- 6) Memeriksa adanya kontraksi yang teratur dan melakukan periksa dalam apabila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan).

2.2.7 Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin penelitian Sefin (2022) yaitu:

1) Prognosis Ibu

KPD dapat menyebabkan komplikasi pada ibu seperti infeksi dalam persalinan, infeksi pasca persalinan, partus lama, perdarahan pasca persalinan, peningkatan tindakan operatif obstetrik, serta risiko morbiditas dan mortalitas maternal yang meningkat.

2) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat akibat KPD pada janin termasuk prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematur, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotik, gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funikuli, hipoksia, dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, *cerebral palsy*, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan), dan oligohidromnion (menyebabkan sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), serta risiko morbiditas dan mortalitas perinatal.

2.2.8 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

1) Sujiyatini, Muflidah, dan Hidayat menjelaskan 2 macam tatalaksana KPD berdasarkan usia kehamilan, yakni:

(1) Tatalaksana kehamilan <37 minggu

Penatalaksanaan KPD pada kehamilan kurang dari 37 dapat

dilakukan dengan tidak melakukan pemeriksaan dalam dan pemberian profilaksis, tokolitik dan kortikosteroid sesuai dosis sebagai preventif infeksi. Kortikosteroid diberikan untuk pematangan paru janin. Pasien akan direkomendasikan untuk tidur dengan posisi trendelenberg. Penundaan persalinan dapat diberikan melalui tokolitik. Tata laksana ini didukung dengan monitoring kondisi lain, meliputi pemeriksaan TTV, kadar leukosit dan DJJ. Identifikasi monitoring konservatif yang menunjukkan infeksi pada pasien dapat dilanjutkan dengan proses pemberian induksi, tanpa pertimbangan pada usia kehamilan. Sementara itu gagalnya induksi harus ditangani dengan tindakan SC, (Yudin 2009) menjabarkan bahwa tatalaksana ini berperan dalam penurunan morbiditas ibu dan janin di usia kehamilan kurang dari 32 minggu, sementara pada kehamilan di atas 32 minggu dapat memanjangkan usia kehamilan. Antibiotik dalam hal ini dapat diberikan dengan parental maupun peroral, dengan pertimbangan kematangan paru janin. Beberapa jenis antibiotik yang dapat dipergunakan adalah erythromycin sebanyak 250 mg IV tiap 6 jam dengan lama 48 jam; ampicillin 2 gr IV tiap 6 jam; serta amocilin peroral tiap 8 jam. Kebutuhan untuk melakukan persalinan pada usia 24 hingga 37 minggu menurut Krisnadi, Effendi dan Pribadi (2009) dapat disesuaikan dan disamakan dengan persalinan aterm.

(2) Penatalaksanaan pada kehamilan > 37 minggu

Sujiyatini, Muflidah, dan Hidayat (2009) menjabarkan bahwa persalinan dapat berlangsung kurang dari sama dengan 24 jam pada kehamilan cukup bulan dengan kasus 70 hingga 80%. Sementara itu induksi akan diberikan jika hingga 24 jam belum juga terjadi persalinan.

Tata laksana induksi didasarkan pada skor bishop, dimana jika skor bishop menunjukkan hasil lebih dari 5 bermakna induksi siap diberikan dan sebaliknya. Rendahnya skor bishop yang menyebabkan kegagalan pemberian induksi dapat disubstitusi dengan tindakan SC. Tatalaksana ini juga ditunjang dengan pemberian profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi yang mungkin timbul pada 0 hingga 6 jam pasca persalinan.

2) Menurut Prawirohardjo (2014)

(1) Konservatif

- 1) Perawatan di fasilitas kesehatan
- 2) Pemberian antibiotik (*eritromisin, ampicilin dan metronidazole*).
- 3) Perawatan dilakukan hingga tidak diikeluarkannya lagi cairan ketuban usia kehamilan <32 minggu.
- 4) Pemberian *dexametason* jika tes busa negatif, tidak ada infeksi dan belum impart pada usia kehamilan 32-37 minggu, termasuk pemantauan tanda infeksi dan kondisi janin.
- 5) Kehamilan 37 minggu dilakukan terminasi

- 6) Pemberian antibiotik jika didapat tanda infeksi pada usia kehamilan 32 sampai 37 minggu.
 - 7) Pemberian steroid guna proses pematangan paru, dengan *betametason* dan *dexametason*. Pemeriksaan kadar *lesitin* dan *spingomelin* per minggu jika memungkinkan direkomendasikan untuk dilakukan.
- (2) Aktif
- 1) Pemberian oksitosin atau misoprotol intravaginal sebagai induksi pada usia kehamilan >37 minggu, sementara kegagalan induksi harus ditangani dengan SC. Bila gagal, lakukan seksio sesarea. Pemberian antibiotik dosis tinggi dapat dilakukan jika ditemui tanda infeksi dengan tindakan persalinan diakhiri. Induksi dapat dilakukan jika skor pelvic di atas 5, jika dibawah maka harus dilakukan pematangan sebelum induksi.

2) Kegagalan induksi dapat diatasi dengan SC.

3) Induksi persalinan pervaginam jika skor pelvic di atas 5.

Ketuban Pecah				
<37 minggu			37 minggu ke atas	
Infeksi	Tanpa Infeksi		Infeksi	Tanpa Infeksi
Penisilin, gentamisin, metronidazole Lahirkan bayi	Amoksisilin + eritromisin 7 hari Steroid guna pematangan paru		Penisilin, gentamisin, metronidazole Bayi dilahirkan	Bayi Ampisilin atau ampisilin
ANTIBIOTIK SETELAH PERSALINAN				
Profilaksis	Infeksi		Tanpa infeksi	
Stop antibiotic	Demam turun dilanjut 24 hingga 48 Jam		Pemberian antibiotic tidak Perlu	

Tabel 1. Penatalaksanaan KPD

Sumber: Saifudin 2014

2.3 Konsep Teori Paritas

2.3.1 Pengertian Paritas

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup maupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedmen dalam Hutomo, 2009). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan (Wiknjosastro dalam Aswad, 2012). Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grande multipara (Prawirohardjo, 2009). Menurut Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2018) paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup yaitu kondisi yang menggambarkan kelahiran sekelompok atau kelompok wanita selama masa reproduksi. Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh G4P2Ab1, berarti perempuan tersebut dalam kondisi saat ini sedang hamil ke -4, dengan anak hidup 2 orang, dan ibu tersebut pernah mengalami keguguran sebanyak 1 kali.

2.3.2 Klasifikasi Paritas

1) Nullipara

Nullipara adalah seorang perempuan yang belum pernah melahirkan seorang bayi yang lahir hidup atau yang pernah mencapai usia kehamilan

yang dianggap layak/viable (sering). Nulipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali (Manuaba, 2009)

2) Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2007).

3) Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2016). Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viable (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2014).

4) Grandemultipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih.

Dari sudut mortalitas maternal, jumlah kelahiran 1-3 adalah paritas yang paling aman untuk seorang wanita dilihat dari kesehatan ibu dan bayi. Semakin banyak jumlah kelahiran maka akan semakin mempengaruhi kondisi tubuh ibu sehingga ibu akan lebih rentan terhadap penyakit (Riyani dkk., 2020).

2.3.3 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Paritas

1) Pendidikan.

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

yang mempunyai Pendidikan tinggi akan berpikir lebih rasional dan akan lebih waspada terhadap bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas.

2) Pekerjaan.

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

3) Keadaan Ekonomi

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

4) Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan Bahasa dan *kebiasaan* dasar, cara pergaulan sosial, adat istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakat, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kelompok individu yang kuatlah yang

dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual. Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak makan semakin banyak rejekinya.

5) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tau dan paham tentang jumlah anak, maka ibu akan berperilaku, sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedmen,2005)

2.4 Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Faktor yang menyebabkan pecahnya selaput ketuban ada hubungannya dengan adanya hipermortilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah, kelainan ketuban yaitu selaput ketuban terlalu tipis, faktor predisposisi seperti multipara, malposisi, disproporsi, serviks inkompetensi dan ketuban pecah dini artifisial. Yang menyebabkan kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi dalam selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2000). Faal air ketuban saat kehamilan berlangsung adalah memberi kesempatan berkembangnya janin dengan bebas ke segala arah, menyebabkan tekanan bila terjadinya trauma, sebagai penyangga terhadap panas dan dingin, saat inpartu air ketuban dapat menyebarkan kekuatan his sehingga serviks dapat membuka, membersihkan jalan lahir karena mempunyai

kemampuan sebagai desinfektan, dan sebagai pelicin. Selaput ketuban akan mengalami pematangan dan penipisan, keadaan ini akan menyebabkan selaput ketuban mudah pecah.

Disamping itu usia kehamilan yang mendekati aterm ibu hamil sering mengalami kontraksi uterus atau yang disebut his pengiring, dalam hal ini ibu bersalin multipara yang kondisi serviksnya sudah membuka akan lebih mudah terjadinya ketuban pecah dini dibandingkan dengan ibu bersalin primipara yang kondisi serviksnya masih menutup. Ibu yang melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD, oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Cunningham, 2006). Ibu bersalin multipara hampir seluruhnya mengalami ketuban pecah dini. Pada multipara sebelumnya sudah terjadi persalinan lebih dari satu kali yang dapat mempengaruhi berkurangnya kekuatan otot uterus dan abdomen, keadaan ini mempengaruhi kekuatan membrane untuk menahan cairan ketuban sehingga tekanan intra uterin meningkat dan menyebabkan selaput cairan ketuban lebih rentan untuk pecah. KPD pada multipara juga disebabkan oleh beberapa faktor yang saling berkaitan yaitu pendidikan, usia, pekerjaan atau aktivitas (Raydian, 2017). Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami seorang ibu setelah kehamilan mencapai usia viabel.

Paritas sering kali dikaitkan dengan berbagai kondisi pada kehamilan, salah satunya risiko terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Dalam pembahasan hubungan antara keduanya, beberapa mekanisme dapat menjelaskan

mengapa paritas berperan terhadap munculnya KPD. Pada ibu dengan paritas tinggi (multipara atau grandemultipara), otot-otot rahim dan serviks umumnya mengalami penurunan elastisitas akibat peregangan yang berulang pada kehamilan sebelumnya. Kondisi ini membuat kekuatan jaringan selaput ketuban menjadi tidak seoptimal pada kehamilan pertama, sehingga lebih rentan mengalami robekan sebelum waktunya. Selain itu, ibu dengan riwayat persalinan yang banyak juga lebih berpeluang mengalami infeksi pada saluran reproduksi, perubahan struktur serviks, atau insufisiensi serviks. Infeksi merupakan salah satu faktor terbesar penyebab KPD karena dapat melemahkan membran ketuban. Hal ini memperkuat dugaan bahwa paritas tinggi memberikan kontribusi tidak langsung terhadap meningkatnya peluang terjadinya KPD. Di sisi lain, ibu primipara (baru pertama kali hamil) pun tidak sepenuhnya bebas dari risiko KPD. Tekanan psikologis, kurangnya pengalaman merawat kehamilan, atau paparan faktor risiko seperti kelelahan berat dan kurangnya nutrisi juga bisa meningkatkan peluang selaput ketuban melemah. Namun, berdasarkan berbagai penelitian, angka kejadian KPD umumnya lebih tinggi pada kelompok multipara dibandingkan primipara. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa paritas memiliki hubungan dengan kejadian ketuban pecah dini.

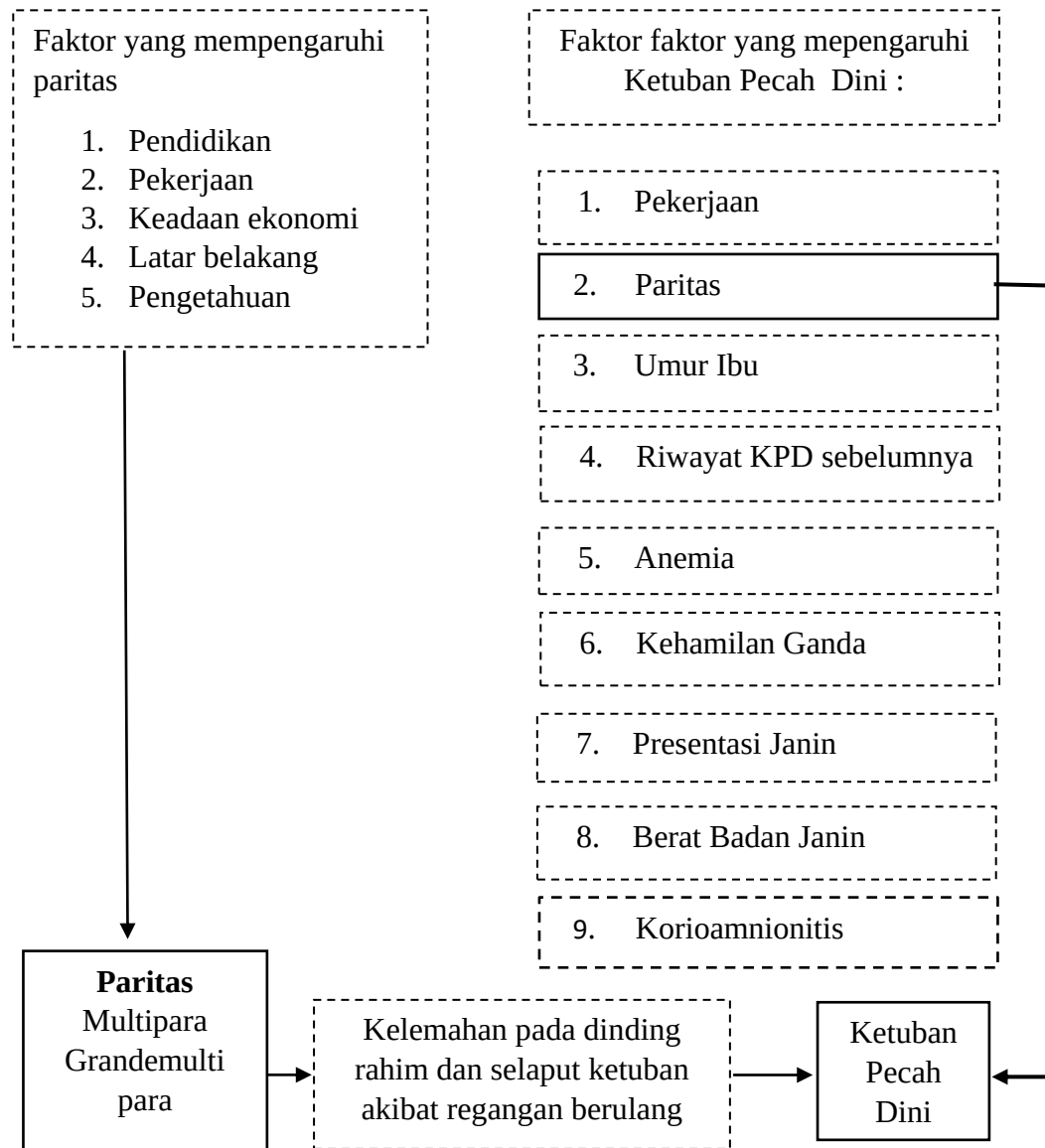
Paritas tinggi cenderung meningkatkan risiko KPD karena perubahan fisiologis dan faktor infeksi yang lebih sering ditemukan pada ibu dengan kehamilan berulang. Pemahaman ini penting agar tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi dan pemantauan yang lebih intensif, terutama kepada

ibu dengan paritas tinggi, guna mencegah komplikasi dan memastikan kehamilan berjalan aman.

2.5 Kerangka Konsep Penelitian.

Ketuban pecah dini disebabkan akibat berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau kombinasi dari kedua faktor tersebut. Penurunan kekuatan membran bisa disebabkan oleh infeksi yang seringkali berasal dari vagina atau serviks. Namun, penyebab pasti KPD belum diketahui atau tidak dapat ditemukan secara pasti (D. W. Astuti 2023). Faktor risiko yang dapat menyebabkan KPD antara lain : pekerjaan, paritas, umur ibu, Riwayat KPD sebelumnya, anemia, kehamilan ganda, presentasi janin dan berat badan janin. Dalam penelitian ini, peneliti akan membahas hubungan paritas dengan KPD.

Bentuk kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut



Keterangan

———— : Diteliti

- - - - : Tidak Diteliti

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Paritas Dengan Kejadian

Ketuban Pecah Dini

2.6 Hipotesa

Menurut Nursalam (2017), hipotesis dalam penelitian merupakan dugaan awal atau jawaban sementara terhadap rumusan masalah yang diajukan. Sementara itu, La Biondo-Wood dan Haber (2002) menyatakan bahwa hipotesis adalah pernyataan yang berisi asumsi mengenai hubungan antara dua variabel atau lebih yang diharapkan dapat memberikan jawaban terhadap pertanyaan penelitian.

2.6.1 Hipotesis Alternatif (H_a):

Ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian Ketuban Pecah

2.6.2 Hipotesis Nol (H_0) :

Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian Ketuban Pecah