

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini ialah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu 1 jam belum dimulainya tanda persalinan. Waktu sejak pecah ketuban hingga sampai terjadinya kontraksi rahim disebut kejadian ketuban pecah dini (periode laten) (Manuaba, 2010).

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan. Hal tersebut dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD Preterm ialah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang merupakan KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum melahirkan (Rukiyah,2010)

Ada bermacam-macam batasan tentang KPD itu sendiri salah satunya teori yang menghitung berapa jam sebelum persalinan yaitu pecahnya selaput ketuban 6 jam sebelum persalinan, ada juga yang menyatakan dalam ukuran pembukaan *serviks* pada kala 1 yaitu pecahnya ketuban sebelum pembukaan 3 cm atau 5 cm (Dwi Mustika, 2013).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban yang dimulai satu jam sebelum tanda persalinan umumnya akan dilanjut

dengan persalinan spontan dalam waktu 24 jam setelah pecahnya ketuban (meiliya, 2010).

2.1.2. Etiologi

Menjelang usia kehamilan cukup bulan kerapuhan terjadi pada selaput janin diatas serviks internal yang memicu robekan dilokasi ini. Beberapa proses patologis (termasuk perdarahan dan infeksi) dapat mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini (Rukiyah 2010).

Walaupun banyak kejadian tentang KPD, namun penyebab masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan mengatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor – faktor mana yang lebih dominan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah :

a. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi cairan ketuban bisa mengakibatkan terjadinya KPD. Servik yang inkompentensia, kanalis servikalis yang terbuka disebabkan oleh kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetase). Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) contohnya trauma, hidramnion, gamelli. Trauma oleh beberapa ahli disepakati menjadi faktor predisisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang terjadi misalnya hubungan seksual, pemeriksaan

dalam, maupun amniosintesis mengakibatkan terjadinya KPD karena biasanya diikuti infeksi. Kelainan letak, seperti sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

- b. Keadaan sosial ekonomi faktor lain
 - 1) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat mengakibatkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - 2) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
 - 3) Faktor paritas, umur, merokok dan perdarahan antepartum
 - 4) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C)

Pada sebagian besar kasus, penyebab belum ditemukan. Faktor yang disebutkan mempunyai kaitan dengan KPD yaitu riwayat kelahiran prematur, merokok, dan perdarahan selama kehamilan. Beberapa faktor risiko dari KPD, antara lain :

- a. Inkompetensi serviks (leher rahim)
- b. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)
- c. Riwayat KPD sebelumnya
- d. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- e. Kehamilan kembar
- f. Trauma

- g. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu
- h. Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis

2.1.3 Klasifikasi

- a. Ketuban Pecah Dini Preterm sebelum usia kehamilan 37 minggu
- b. Ketuban Pecah dini yang memanjang ialah KPD yang berlangsung lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Saifuddin, 2009).

2.1.4 Tanda dan gejala

- a. Tanda yang terjadi ialah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat adalah tanda-tanda infeksi yang terjadi (Rukiyah, 2010).

2.1.5 Diagnosa

Menegakkan diagnosa KPD secara tepat sangat penting, karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnosa yang negatif palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin memiliki resiko infeksi yang mengancam

kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnosa yang cepat dan tepat.

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

a. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir atau ngepyok. Cairan berbau khas, dan perlu juga diamati warna, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

b. Inspeksi

Pengamatan menggunakan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, maka pemeriksaan ini akan lebih jelas.

c. Pemeriksaan dengan spekulum

Pemeriksaan menggunakan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum terlihat tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuvover valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan terlihat keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

d. Pemeriksaan dalam diperoleh cairan di bagian dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Sebab pada saat pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen

bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang susah dalam persalinan atau dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Dwi Mustika , 2013).

2.1.6 Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum diakibatkan oleh kontraksi uterus dan ketuban peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menimbulkan selaput ketuban inferior rapuh, tidak karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen mengakibatkan aktivitas kolagen berubah dan mengakibatkan selaput ketuban pecah.

Faktor risiko untuk terjadinya KPD adalah :

- a. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
- b. Berkurangnya tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP menjurus pada

degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi KPD.

Selaput ketuban yang sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerak janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm adalah hal yang fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur diakibatkan karena adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban Pecah dini kerap terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Prawirohardjo, 2009).

2.1.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Menurut Morgan (2009), kejadian Ketuban Pecah Dini dapat terjadi karena beberapa faktor seperti :

a. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan ataupun persalinan (Julianti 2017). Usia reproduksi optimal bagi seorang ibu ialah umur 20-35 tahun. Dibawah maupun diatas usia tersebut akan meningkatkan risiko persalinan dan kehamilan (Depkes 2013). Usia seseorang sedemikian besarnya dapat mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam

menerima kehamilan. Usia ibu hamil terlalu muda (< 20 tahun) dan terlalu tua (> 35 tahun) mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur dibawah 20 tahun, dari segi biologis fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental dan emosional, sedangkan pada umur di atas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi di bandingkan dengan system reproduksi normal sehingga kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan terutama ketuban pecah dini.

b. Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dimiliki oleh ibu dari anak pertama sampai anak terakhir. Paritas meliputi primipara yaitu ibu yang melahirkan pertama kali, multipara yaitu ibu yang telah melahirkan beberapa kali, dan grandemultipara yaitu ibu yang melahirkan lebih dari 5 kali. Paritas kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif lebih aman untuk hamil dan melahirkan pada periode reproduktif, karena pada keadaan tersebut dinding uterus belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum kerap mengalami pembukaan sehingga dapat menyangga selaput ketuban dengan baik (Varney 2008). Ibu yang sudah melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD. Risiko KPD banyak terjadi pada multipara dan grande multi para disebabkan motilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan

dini pada serviks oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Cunningham, 2006). Terjadinya ketuban pecah dini juga karena terjadi trauma langsung pada perut ibu, mungkin karena kelainan letak pada rahim dan grande multipara atau kehamilan lebih dari lima kali. Penyebab ketuban pecah dini dalam paritas salah satunya ialah multiparitas. Multipara lebih besar memungkinkan terjadinya infeksi karena adanya proses pembukaan serviks lebih cepat dibandingkan primipara, sehingga dapat mengakibatkan pecahnya ketuban lebih dini. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya pecahnya ketuban lebih dini atau lebih awal. Pada kasus infeksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah, pada multipara karena adanya riwayat persalinan yang lalu maka keadaan jaringan ikatnya lebih longgar dari pada nulipara. Pada multipara jaringan ikat yang menyangga membran ketuban semakin berkurang sehingga multipara lebih beresiko terjadi ketuban pecah dini di bandingkan primipara dan konsistensi serviks yang tipis kemungkinan akan mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini lebih besar dengan adanya tekanan intrauterin pada saat persalinan. Konsistensi serviks yang tipis dengan proses pembukaan serviks pada multipara dapat mempercepat pembukaan serviks sehingga terjadi resiko ketuban pecahs sebelum pembukaan lengkap (Manuaba 2012).

c. Gemeli

Kehamilan kembar ialah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menganggapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang intensif. Faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan hamil kembar ialah ras, keturunan, umur wanita dan paritas. Ada beberapa jenis kehamilan kembar, adalah : kehamilan kembar monozigotik dan kehamilan kembar dizigotik. Kehamilan kembar monozigotik ialah kehamilan kembar yang berasal dari satu ovum sehingga disebut juga hamil kembar identik atau hamil kembar homolog atau hamil kembar uniovuler. Ciri ciri kehamilan kembar monozigotik adalah jenis kelamin sama, rupanya sama, sebagian hamil kembar dalam bentuk (2 amnion, 2 korion, 2 plasenta), sebagian besar hamil kembar dalam bentuk (1 plasenta, 1 korion, 2 amnion), pada hamil kembar monozigotik dapat terjadi pertumbuhan seperti kembar siam. Kehamilan kembar dizigotik ialah jenis kelamin dapat sama atau berbeda dan mempunyai 2 plasenta, 2 amnion, 2 korion.

Pada kehamilan kembar dengan distensi yang berlebihan mengakibatkan terjadi persalinan prematur. Kebutuhan ibu untuk kehamilan kembar lebih besar sehingga terjadi defisiensi nutrisi seperti anemia dalam kehamilan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin dan rahim. Frekuensi hidramnion pada hamil kembar sekitar 10 kali lebih besar dari kehamilan tunggal. Keregangan otot rahim yang menyebabkan

iskemia uteri dapat meningkatkan kemungkinan pre-ekslamsia dan eklampsia.

Hasil *indept interview* yang dilakukan pada saat penelitian juga didapatkan informasi bahwa ibu merasakan pergerakan janinnya lebih banyak dan lebih dari dua tempat. Ibu juga merasakan pembesaran perutnya lebih besar dari usia kehamilannya menyebabkan perutnya tampak sangat tegang dan terasa lebih berat. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Wanita dengan kehamilan kembar lebih beresiko tinggi mengalami KPD. Hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat mengakibatkan ketegangan rahim meningkat sehingga sewaktu-waktu selaput ketuban dapat pecah secara tiba-tiba yang dapat diidentifikasi sebagai KPD (Varney 2008).

Kehamilan dengan janin kembar juga akan memberikan pengaruh kenyamanan dan citra tubuh, kesiapan perawatan bayi dan keuangan, semua faktor ini akan menimbulkan stres dan hendaknya petugas kesehatan lebih banyak memberi konseling dan pendidikan kesehatan. Konseling tentang tanda-tanda KPD perlu diupayakan agar memberi perawatan kehamilan dengan janin kembar yang bermutu (Cunningham,2006).

d. Kelainan letak

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2014).

Klasifikasi letak sungsang

Presentasi bokong murni (*frank breech*) ialah letak sungsang dimana kedua kaki terangkat keatas sehingga ujung kai setinggi bahu atau kepala janin.

1) Presentasi bokong kaki sempurna (*complete breech*)

Adalah letak sungsang dimana kedua kaki dan tangan menyilang sempurna dan disamping bokong dapat diraba kedua kai

2) Presentasi bokong kaki tidak sempurna (*incomplete breech*)

Adalah letak sungsang dimana hanya satu kaki disamping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat kratas (Kasdu, 2005).

Diagnosis letak sungsang adalah pemeriksaan luar pada kepala tidak teraba dibagian bawah uterus melainkan teraba dibagian di fundus uteri.

Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan dapat memberi kesan seakan-akan kepala, tetapi bokomg tidak dapat digerakkan semudah kepala.

Presentasi janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada usia awal kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih

banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang maupun letak lintang. Pada kehamilan trimester terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dan kedua tungkai yang terlipat lebih besar dari pada kepala, maka bokong dipaksa menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri. Sedangkan kepala berada dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dijelaskan mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Faktor-faktor lain yang mengambil peranan dalam terjadinya letak sungsang adalah multiparitas, hamil kembar, hidramnion, hidrosefalus, plasenta previa dan panggul sempit. Kadang – kadang letak sungsang dikarenakan kelainan uterus dan kelainan bentuk uterus. Plasenta yang terletak didaerah kornu fundus uteri dapat pula menyebabkan letak sungsang karena plasenta mengurangi luas ruangan didaerah fundus (prawirohardjo, 2014).

e. Hidramnion

Hidramnion atau polihidramnion ialah keadaan dimana banyaknya air ketuban melebihi 200 cc. Penambahan air ketuban ini bisa mendadak dalam beberapa hari disebut hidramnion akut, atau secara sedikit demi

sedikit disebut hidramnion kronis. kejadiannya berkisar antara 1:62 dan 1:754 persalinan, tetapi bentuk yang menyebabkan gangguan lebih jarang (1:1000 persalinan). Hidramnion yang diikuti dengan kelainan kognital, terutama dari susunan saraf sentral dan traktus gastrointestinal, cukup tinggi. Disamping itu, sering ditemukan pada kehamilan ganda dan beberapa penyakit ibu seperti diabetes mellitus, preeklamsia (Rachimhadhi T, 2005).

Sampai sekarang etiologi Hidramnion atau polihidramnion merupakan keadaan dimana banyaknya air ketuban melebihi 200 cc, air ketuban dibentuk dari sel-sel amnion, disamping itu ditambah oleh air senin janin dan cairan otak pada anensefalus. Air ketuban yang dihasilkan, secara rutin dikeluarkan dan diganti dengan yang baru. Salah satu cara pengeluaran adalah ditelan oleh janin, diabsorpsi oleh usus kemudian dialirkan ke plasenta untuk akhirnya masuk keperedaran darah ibu. Eksresi air ketuban akan terganggu bila janin tidak bisa menelan seperti pada atresia esophagus atau tumor-tumor plasenta (Rachimhadhi T, 2005). Hidramnion dapat mengakibatkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban sebelum waktunya (Maria, 2007).

f. Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis)

Korioamnionitis merupakan keadaan pada ibu hamil dimana korion, amnion dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri. Korioamnionitis adalah komplikasi paling serius bagi ibu dan janin, bahkan dapat menjadi sepsis. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun

asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD (Prawirohardjo, 2010).

g. Serviks yang inkompeten

Serviks yang inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka dikarenakan kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curettage). Serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompetensia), didasarkan pada adanya ketidakmampuan serviks uteri untuk mempertahankan kehamilan. Inkompetensi serviks sering menimbulkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini dapat berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis. Sebagian besar kasus adalah akibat dari trauma bedah pada serviks pada konisasi, produksi eksisi *loop elektrosurgical*, dilatasi berlebihan serviks pada terminasi kehamilan atau laserasi obstetrik (Prawirohardjo, 2010).

h. Trauma

Trauma juga diyakini berkaitan dengan terjadinya ketuban pecah dini. Trauma yang didapat contohnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang ≥ 4 kali seminggu, posisi koitus ialah suami diatas dan penetrasi penis yang sangat dalam sebesar 37,50% memicu terjadinya ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi (Prawirohardjo, 2010).

i. Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami KPD kembali. Patogenesis terjadinya ketuban pecah dini secara singkat adalah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah dini preterm terutama pada pasien risiko tinggi. Wanita yang mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya wanita yang telah mengalami ketuban pecah dini akan lebih beresiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Prawirohardjo, 2010).

2.1.8. Dampak terjadinya KPD

a. Pada ibu

- 1) Infeksi maternal : Kariomnionitis (demam > 38 derajat celcius, takikardia, leukositosis, nyeri uterus, cairan vagina berbau busuk, atau bernanah, DKK meningkat), endometritis.
- 2) Infeksi intrapartum (Kariomnionitis) ascendes dari vagina ke intrauterin. Infeksi intrapartal/dalam persalinan, jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah dapat menyebabkan sepsis dan selanjutnya akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas
- 3) Infeksi puerperalis
- 4) Partus lama/dry labour

- 5) Perdarahan post partum
- 6) Meningkatkan tindakan operasi obseetri (khususny SC)
- 7) Morbiditas dan mortalitas maternal (Fadlan 2011).
- 8) Persalinan preterm, jika terjadi pada kehamilan preterm
- 9) Oligohidramnion, bahkan sering partus kering karena air ketuban habis (Maryunani, 2013).

b. Pada Anak

- 1) Prolaps tali pusat bisa sampai gawat janin atau keamtian janin akibat hipoksia (sering terjadi pada presentasi bokong atau letak lintang) (Maryunani, 2013).
- 2) Trauma pada waktu lahir
- 3) Prematur. Masalah yang dapat terjadi ialah respiratory distress sindrom, hipotermi, gangguan makan neonatus, retinopathy of prematurity, persarahan intraventrikular, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (dan risiko cerebal palsy), hiperbilirubinemia, anemia, sepsis (Fadlan 2011).
- 4) Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi).
- 5) Sindro deformitas janin (Fadlan, 2011)

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Cairan yang keluar dari vagina perlu di periksa warna, konsentrasi bau dan Phnya

- a. Tes lakmus (tes nitrazin) jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis)

- b. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.
- c. Pemeriksaan Ultra Sonografi (USG)
Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah air ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit (Manuaba, 2012).

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD Ketuban pecah dini termasuk dalam beresiko tinggi, kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan KPD masih dilemma bagi sebahagian ahli kebidanan. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis (yatini, 2008).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut (Prawirohardjo, 2010) dibagi menjadi konservatif dan aktif.

a. Konservatif

Rawat di Rumah Sakit, berikan antibiotik (ampisillin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau air ketuban sampai tidak keluar lagi. Jika

usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu dan tidak ada tanda-tanda infeksi tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu. Jika umur kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak terjadi infeksi berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Jika usia kehamila 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine). Pada umur kehamilan 32-37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksa metason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea, dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

1. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian di induksi, bila tidak berhasil akhiri dengan seksio sesarea
2. Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan

c. Penatalaksanaan Agresif menurut (Morgan, 2009) adalah

1. Jel prostaglandin atau Misoprostol (meskipun tidak disetujui penggunaannya) dapat diberikan setelah konsultasi dengan dokter.
2. Mungkin dibutuhkan rangkain induksi Pitocin bila serviks tidak berespon.
3. Sebagian ahli menunggu 12 jam untuk terjadinya persalinan. Bila tidak ada tanda, mulai pemberian pitocin.
4. Berikan cairan per IV, pantau janin
5. Peningkatan risiko seksio sesaria bila induksi tidak efektif
6. Bila pengambilan keputusan bergantung pada kelayakan serviks untuk diinduksi, kaji nilai Bishop setelah pemeriksaan speculum. Bila diputuskan untuk menunggu persalinan, tidak ada lagi pemeriksaan yang dilakukan, baik manupulasi dengan tangan maupun spekulum, sampai persalinan dimulai atau induksi dimulai
7. Periksa hitung darah lengkap bila ketuban pecah. Lakukan kembali pemeriksaan pada hari berikutnya sampai kelahiran atau lebih sering bila ada tanda infeksi.
8. Lakukan NST setelah ketuban pecah; waspada adanya takikardia janin yang merupakan salah satu tanda infeksi Mulai induksi setelah konsultasi dengan dokter bila:
 - a) Suhu tubuh ibu meningkat signifikan
 - b) Terjadi takikardia janin

- c) Lokia tampak keruh
 - d) Iritabilitas atau nyeri tekan uterus yang signifikan
 - e) Kultur vagina menunjukkan kenaikan sel darah putih
9. Menurut Manuaba, 2010 Induksi oxytocin/prostaglandin persalinan dapat dilakukan dengan waktu yaitu:
- a) Setelah 6 jam PRM.
 - b) Setelah 12 jam PRM.
 - c) Setelah 24 jam PRM

2.2 Paritas

2.2.1 Definisi

Paritas adalah kelahiran bayi yang mampu bertahan hidup. Paritas dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram (Varney, 2006). Salah satu komponen dari status paritas yaitu jumlah paritas merupakan yang sering dituliskan dengan notasi G-P-A, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan A menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas G3P1A1, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengansatu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2012).

2.2.2 Klasifikasi

Menurut Varney (2008), istilah paritas dibagi menjadi tiga macam, antara lain:

- a. Primipara adalah kelahiran bayi hidup untuk pertama kali dari seorang wanita.
- b. Multipara atau pleuriparitas adalah kelahiran bayi hidup dua kali atau lebih dari seorang wanita.
- c. Grande-multipara adalah kelahiran lima orang anak atau lebih dari seorang wanita.

Menurut Morgan dan Hamilton (2009) bahwa pada multipara, grandemultipara terjadi kelemahan intrinsik uterus yang disebabkan oleh trauma sebelumnya pada serviks khususnya pada tindakan riwayat persalinan pervaginam, dilatasi serviks, kuretase. Keadaan ini dibuktikan dengan adanya dilatasi serviks tanpa rasa nyeri dalam trimester II atau awal trimester III kehamilan yang disertai dengan prolapsus membrane amnion lewat serviks dan penonjolan membrane tersebut dalam vagina, peristiwa ini diikuti oleh pecahnya ketuban dan selanjutnya ekspulsi janin immatur sehingga kemungkinan janin akan meninggal.

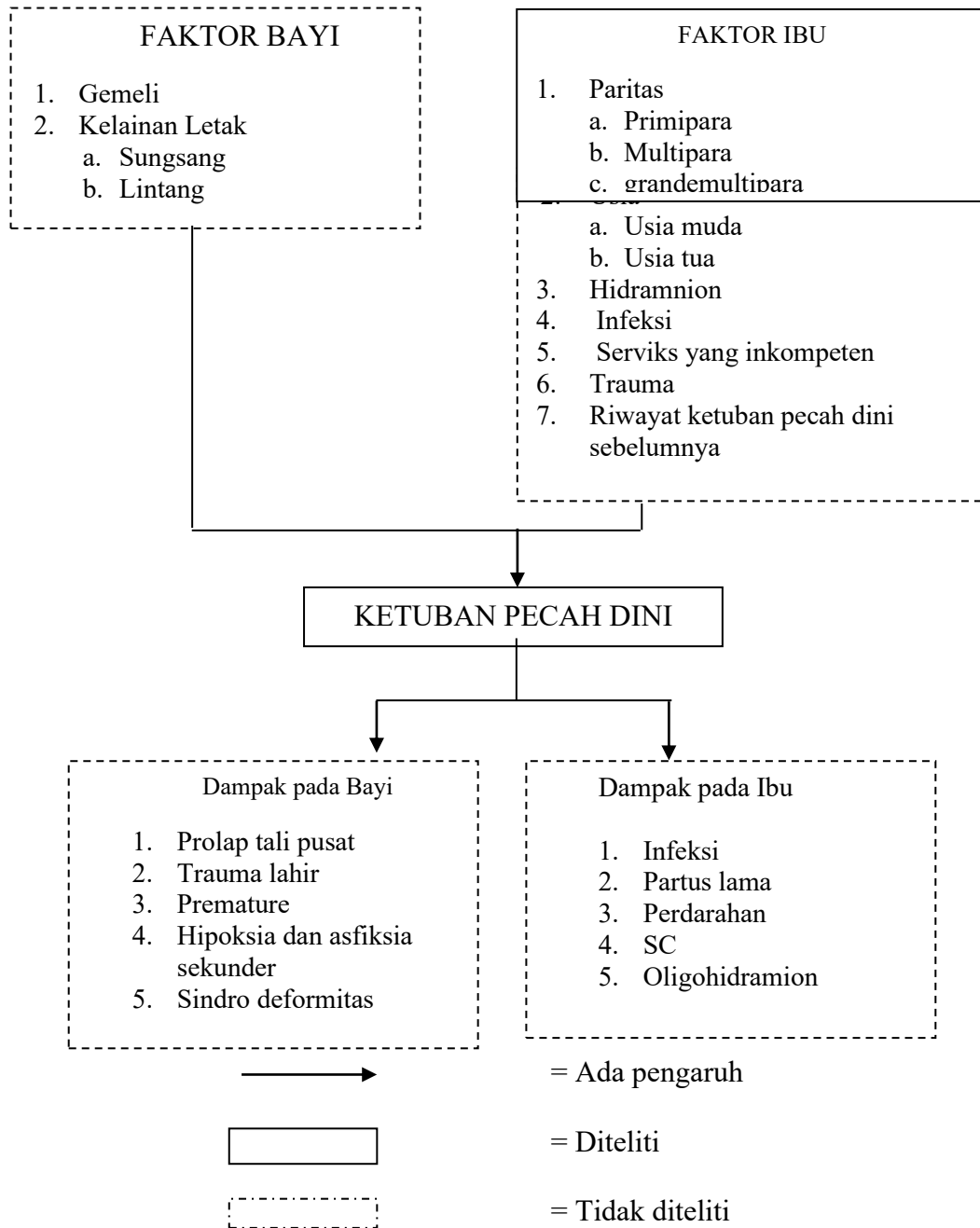
Selain itu susunan serviks pada multipara, grandemultipara lebih banyak serabut saraf dari pada jaringan ikat dibandingkan serviks normal. Rusaknya jaringan serviks tersebut maka kemungkinan otot dasar dari uterus meregang. Peningkatan paritas juga menyebabkan berkurangnya kelenturan leher rahim sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks. Pembukaan serviks yang prematur terkait dengan terjadinya perubahan-perubahan seperti penurunan jumlah jaringan

kolagen dan terganggunya struktur kolagen, serta peningkatan aktivitas kolagenolitik. Selain itu pembukaan serviks yang lebih cepat membuat multipara lebih besar terjadi kemungkinan infeksi (Morgan dan Hamilton, 2009).

Menurut Maria (2012) paritas kedua dan ketiga merupakan keadaan yang relatif lebih aman untuk hamil dan melahirkan pada masa reproduktif, karena pada keadaan tersebut dinding uterus belum banyak mengalami perubahan, dan serviks belum terlalu sering mengalami pembukaan sehingga dapat menyanggah selaput ketuban dengan baik. Ibu yang telah melahirkan beberapa kali memiliki vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan. Menurut Prawirohardjo (2010) endometrium pada wanita sudah pernah melahirkan akan lebih bermasalah dari pada wanita yang baru satu kali atau bahkan belum pernah melahirkan.

Varney (2008) menyatakan bahwa frekuensi melahirkan yang sering dialami oleh ibu merupakan suatu keadaan yang dapat mengakibatkan endometrium menjadi cacat dan sebagai akibatnya dapat terjadi komplikasi dalam kehamilan. Untuk plasenta, ketika seorang wanita yang sudah pernah mengalami kehamilan atau persalinan lebih dari satu kali, berarti mengalami peletakan plasenta yang berbeda (Prawirohardjo, 2010).

2.3 Kerangka Konsep



2.1. Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Antara Paritas dengan kejadian Ketuban Pecah Dini di RS Aura Syifa

2.4 Hipotesis

Hipotesis merupakan hasil suatu penelitian pada hakikatnya ialah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Ha :

Ada hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin