

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Partus Lama

a. Definisi

Partus lama merupakan proses kompleks yaitu ketika peristiwa psikologis dan fisiologis saling terkait dan tidak dapat dipisahkan. Sebagian ibu mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan ibu – ibu yang lain. Beberapa persalinan berlangsung lambat karena ukuran janin yang besar dan letaknya yang tidak lazim.⁵ Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Bila kemajuan persalinan tidak berlangsung baik selama periode itu, situasi tersebut harus segera dinilai, permasalahannya harus dikenali dan diatasi sebelum waktu 24 jam.¹²

Secara umum, persalinan yang abnormal terjadi apabila terdapat permasalahan disproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir. Partus lama juga merupakan perlambatan kecepatan dilatasi serviks atau penurunan janin.¹³

Hendricks et al melakukan observasi perubahan serviks pada 303 ibu hamil selama empat minggu, melaporkan bahwa rata – rata perubahan serviks 1,8 cm pada nulipara dan 2,2 cm pada multipara dengan 60% - 70% terjadi *effacement* pada beberapa hari sebelum persalinan terjadi.⁵

b. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Partus Lama

Partus lama terjadi karena abnormalitas dari dilatasi serviks. Pembukaan serviks berlangsung lambat, karena tidak terjadinya penurunan kepala untuk menekan serviks tersebut. Pada saat yang sama terjadi edema pada serviks sehingga akan lebih sulit terjadi dilatasi serviks, hal ini dapat menyebabkan meningkatnya tindakan *sectio secarea*.⁵

Beberapa faktor yang berhubungan dengan partus lama antara lain:

1) Disproporsi Sefalopelvik

Merupakan kondisi dimana jika kepala bayi lebih besar dari pelvis, hal ini menjadi penyebab janin kesulitan melewati pelvis. Disproporsi sefalopelvik juga bisa terjadi akibat pelvis sempit dengan ukuran kepala janin normal, atau pelvis normal dengan janin besar, atau kombinasi antara bayi besar dan pelvis sempit.⁵

2) Malpresentasi dan malposisi

Mal presentasi adalah bagian terendah janin yang berada disegmen bawah rahim bukan belakang kepala. Sedangkan malposisi adalah penunjuk (*presenting part*) tidak berada di anterior. Dalam keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk PAP), dan posisi anterior (setelah melewati PAP) dengan presentasi tersebut, kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan mal presentasi pada janin

dan kesulitan persalinan. Sikap ekstensi ringan akan menjadikan presentasi puncak kepala (dengan penunjuk ubun-ubun besar), ekstensi sedang menjadikan presentasi dahi (dengan penunjuk sinsiput), dan ekstensi maksimal menjadikan presentasi muka (dengan penunjuk dagu). Apabila janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet.⁶

Pada penelitian yang dilakukan oleh Evy Soviyati menyatakan bahwa terdapat 65,4% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam dengan malposisi sedangkan 60,7% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam mengalami posisi normal. analisis *Odd Ratio* sebesar 1,2 artinya ibu yang mengalami malposisi saat bersalin beresiko 1,2 kali lebih besar mengalami partus lama.¹⁴

3) Kerja uterus yang tidak efisien

Disfungsi uterus mencakup kerja uterus yang tidak terkoordinasikan, inersia uteri, dan ketidakmampuan dilatasi serviks menyebabkan partus menjadi lama dan kemajuan persalinan mungkin terhenti sama sekali. Keadaan ini sering sekali disertai disproporsi dan malpresentasi.¹²

4) Primigraviditas

Pada primigravida lama rata-rata fase laten adalah 8 jam, dengan batas normal sebelah atas pada 20 jam. Sedangkan fase aktif pada primigravida lebih dari 12 jam merupakan keadaan abnormal. Hal

yang lebih penting dari fase ini adalah kecepatan dilatasi serviks. Laju yang kurang dari 1,2 cm per jam membuktikan adanya abnormalitas dan harus menimbulkan kewaspadaan dokter yang akan menolong persalinan tersebut.¹²

5) Ketuban pecah dini

Pecahnya ketuban dengan adanya serviks yang matang dan kontraksi yang kuat tidak pernah memperpanjang waktu persalinan, akan tetapi bila kantong ketuban pecah pada saat serviks masih keras, dan menutup maka sering terjadi periode laten yang lama, hal ini dikarenakan oleh ukuran Pintu Atas Panggul (PAP) yang sempit sehingga berpengaruh terhadap persalinan yaitu pembukaan serviks menjadi lambat dan seringkali tidak lengkap serta menyebabkan kerja uterus tidak efisien. Ketidakmampuan serviks untuk membuka secara lancar dan cepat serta kontraksi rahim yang tidak efisien inilah dapat menyebabkan terjadinya partus lama.¹²

Penelitian yang dilakukan oleh Mokhammad Nurhadi pada 62 responden menyatakan lama persalinan responden yang mengalami KPD saat inpartu 46%, jauh lebih tinggi di bandingkan dengan yang belum inpartu 15% yang artinya kelompok yang mengalami KPD saat belum inpartu jauh lebih beresiko mengalami partus lama dibandingkan yang tidak mengalami KPD.¹⁵

6) Analgesik dan anastesi yang berlebihan dalam fase laten

Kadang-kadang besar gaya yang dihasilkan oleh kontraksi otot abdomen sangat menurun sehingga kelahiran pervaginam spontan tidak terjadi. Analgesik epidural yang berlebihan cenderung mengurangi *reflex* keinginan untuk mengejan terlebih mengingat saat fase laten keadaan portio masih tebal dengan pembukaan kurang dari 4 cm, hal ini akan menyebabkan portio semakin lama untuk menipis sehingga pembukaan menjadi lebih lambat. Analgesik epidural menurunkan kadar oksitosin alamiah dan merelaksasikan otot dasar pelvis yang normalnya keras, bentuk penghilangan nyeri ini berhubungan dengan penurunan kontraksi dan peningkatan penggunaan oksitosin intravena (IV), epidural meningkatkan insiden malrotasi, persalinan lama dan intervensi yang bersangkutan.¹² Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kyo Hoon Park dan kawan – kawan tentang studi komparatif induksi persalinan pada ibu nulipara dengan KPD dibandingkan dengan ibu ketuban utuh dilihat dari lama persalinan dan cara melahirkan menyatakan bahwa persalinan dengan induksi pada wanita nulipara dengan KPD dan pembukaan serviks yang tidak baik berhubungan dengan lama waktu persalinan di kala II dan beresiko tinggi terhadap persalinan sesar karena persalinan tak maju di bandingkan dengan lama persalinan dan cara melahirkan pada wanita dengan ketuban utuh.¹⁶

Faktor-faktor penyebab partus lama yaitu:¹⁷

- 1) Kelainan tenaga (*Power*)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan penyulit pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan dengan tenaga yang kurang dari ibu bersalin, sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yulrina Ardiyanti dan Susi Susanti yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara his dengan kejadian persalinan lama, *p-value* 0,05.¹⁸

His merupakan kontraksi otot-otot rahim dalam persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu kontraksi yang simetris, fundus dominan (kekuatan paling tinggi berada pada fundus uteri). Adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka, hal ini berarti his memiliki peranan penting dalam membantu penurunan kepala janin sehingga tidak terjadi partus lama.¹⁹ Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Evy Soviyati yaitu dari 44 ibu yang memiliki kekuatan (*power*) pada saat mendedan kurang baik, terdapat 37 (84,1%) mengalami lama persalinan >18 jam sedangkan dari 43 ibu yang memiliki kekuatan (*power*) mendedan baik 17 (39,5%) mengalami lama persalinan > 18 jam. Dari presentasi tersebut, dapat

dikatakan bahwa ada hubungan antara kekuatan (*power*) dengan lama persalinan.¹⁴

2) Kelainan Janin (*Passanger*)

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Evy Soviyati menyatakan bahwa terdapat 65,4% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam dengan malposisi sedangkan 60,7% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam mengalami posisi normal. analisis *Odd Ratio* sebesar 1,2 artinya ibu yang mengalami malposisi saat bersalin berisiko 1,2 kali lebih besar mengalami partus lama.¹⁴

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi Yuliasari dan kawan – kawan menyatakan bahwa terdapat hubungan antara janin besar dengan kejadian partus lama dengan OR 2,005 yang artinya ibu yang memiliki tafsiran janin besar lebih berisiko 2,005 kali mengalami kejadian partus lama dibandingkan ibu yang tidak memiliki tafsiran janin besar.²⁰

3) Kelainan Jalan Lahir (*Passage*)

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan yang menyebabkan kemacetan.

c. Dampak Persalinan Lama

Partus lama dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun pada bayi. Ibu dan bayi dapat mengalami *distress* serta meningkatkan resiko infeksi karena dapat menyebabkan meningkatnya tindakan intervensi serta resiko terjadinya perdarahan post partum dan atonia uteri. Komplikasi dari partus lama yaitu, atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan *shock*, asfiksia, trauma *cerebri*, cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi.¹²

Beberapa dampak yang dapat terjadi akibat partus lama pada ibu dan janin yaitu:⁵

1) Ruptur Uteri

Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Bila kontraksi berlanjut, segmen bawah rahim menjadi meregang sehingga menjadi berbahaya karena menipis dan menjadi lebih mudah ruptur. Ruptur uteri lebih sering terjadi pada multipara terutama jika uterus telah melemah karena jaringan parut atau riwayat *secsio secarea*. Kejadian ruptur juga dapat menyebabkan perdarahan persalinan yang berakibat fatal jika tidak segera ditangani.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Psiari Kusuma Wardani menyatakan bahwa ada hubungan antara kejadian partus lama dengan perdarahan post partum yaitu didapatkan hasil analisis

menunjukkan nilai OR 9,598. Artinya ibu yang mengalami kejadian partus lama berpeluang 9,598 kali untuk mengalami perdarahan post partum.²¹

2) Pembentukan Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam pelvis, maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina dan rektum terperangkap diantara kepala janin dan tulang – tulang pelvis dan mendapatkan tekanan yang berlebihan. Hal ini mengakibatkan kerusakan sirkulasi oksigenasi pada jaringan – jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis dalam beberapa hari dan menimbulkan munculnya fistula. Fistula dapat berupa vesiko-vaginal (diantara kandung kemih dan vagina), vesiko – servikal (diantara kandung kemih dan serviks), dan rekto – vaginal (berada diantara rektum dan vagina), yang dapat menyebabkan terjadinya kebocoran urin atau veses dalam vagina. Fistula umumnya terbentuk setelah kala dua persalinan yang lama dan biasanya terjadi pada nulipara, yaitu terutama pada Negara – negara dengan tingkat kehamilan dengan usia dini.

3) Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan bayi pada kasus – kasus persalinan lama terutama karena selaput ketuban pecah dini.

4) Cedera otot-otot dasar panggul

Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomic otot saraf dan jaringan ikat yang akan menimbulkan inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.⁶

5) Kaput suksedaneum

Apabila panggul sempit, sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar di bagian bawah janin. Kaput ini dapat berukuran besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius.⁶

6) Molase kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura besar, dimana batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium tumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang.⁶

7) Kematian janin

Bila persalinan macet atau persalinan lama dibiarkan lebih lama maka akan mengakibatkan kematian janin yang disebabkan karena tekanan berlebihan pada plasenta dan korda umbilicus. Janin yang mati itu akan melunak akibat pembusukan sehingga dapat menyebabkan terjadinya koagulasi intravaskuler diseminata

(KID). Hal ini dapat mengakibatkan perdarahan, syok dan kematian pada maternal.⁵

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Siti Candra W.B dan kawan- kawan mengenai hubungan partus lama dengan kejadian post partum dini menyimpulkan bahwa semakin lama proses persalinan maka kemungkinan untuk terjadi perdarahan post partum dini semakin besar sehingga dapat menyebabkan kegawatdaruratan obstetrik hingga kematian pada janin.¹²

d. Klasifikasi Partus Lama

Partus lama dapat dibagi berdasarkan menjadi tiga kelompok yaitu:

1) Fase laten memanjang

Fase laten memanjang apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada nulipara dan 14 jam pada ibu multipara. Keadaan yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain keadaan serviks yang memburuk (misalnya tebal, tidak mengalami pendataran atau tidak membuka), dan persalinan palsu. Diagnosis dapat pula ditentukan dengan menilai pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu dengan his yang teratur.⁶

2) Fase aktif memanjang

Menurut *Friedman*, permulaan fase laten ditandai dengan adanya kontraksi yang menimbulkan nyeri secara regular yang dirasakan oleh ibu. Gejala ini dapat bervariasi menurut masing – masing ibu bersalin. *Friedman* membagi masalah fase aktif

menjadi gangguan *protraction* (berkepanjangan/ berlarut-larut) dan *arrest* (macet/tidak maju).⁵ Protraksi didefinisikan sebagai kecepatan pembukaan dan penurunan yang lambat yaitu untuk nulipara adalah kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm/jam atau penurunan kurang dari 1 cm/jam. Untuk multipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm/jam atau penurunan kurang dari 2 cm/jam. *Arrest* didefinisikan sebagai berhentinya secara total pembukaan atau penurunan ditandai dengan tidak adanya perubahan serviks dalam 2 jam (*arrest of dilatation*) dan kemacetan penurunan (*arrest of descent*) sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam.⁶

Fase aktif memanjang dapat didiagnosis dengan menilai tanda dan gejala yaitu pembukaan serviks melewati garis waspada partograf. Hal ini dapat dipertimbangkan adanya inertia uteri jika frekwensi his kurang dari 3 his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik, disproporsi sefalopelvic didiagnosa jika pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik. Obstruksi kepala dapat diketahui dengan menilai pembukaan serviks dan turunnya bagian janin tidak maju karena kaput, moulase hebat, edema serviks sedangkan malpresentasi dan malposisi dapat diketahui presentasi selain vertex dan oksiput anterior.⁶

3) Kala II memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi dua jam sedangkan untuk multipara satu jam. Pada ibu dengan paritas tinggi, kontinuitas otot vagina dan perineum sudah meregang, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya untuk ibu dengan panggul sempit atau janin besarmaka kala II dapat sangat panjang. Kala II memanjang dapat didiagnosa jika pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan.⁶

e. Penanganan Partus Lama

Dalam menghadapi persalinan lama dengan penyebab apapun, keadaan ibu yang bersangkutan harus diawasi dengan seksama. Tekanan darah diukur setiap empat jam, bahkan pemeriksaan perlu dilakukan lebih sering apabila ada gejala preeklampsia. Denyut jantung janin dicatat setiap setengah jam dalam kala I dan lebih sering dalam kala II. Kemungkinan dehidrasi dan asidosis harus mendapat perhatian sepenuhnya. Karena persalinan lama selalu ada kemungkinan untuk melakukan tindakan narcosis. Ibu hendaknya tidak diberi makanan biasa namun diberikan dalam bentuk cairan.

Sebaiknya diberikan infuse larutan glukosa 5% dan larutan NaCl isotonik secara intravena berganti – ganti. Untuk mengurangi rasa

nyeri dapat diberikan petidin 50 mg yang dapat di ulangi, pada permulaan kala I dapat diberikan 10 mg morfin. Pemeriksaan dalam mengandung bahaya infeksi. Apabila persalinan berlangsung 24 jam tanpa kemajuan berarti maka perlu diadakan penilaian seksama tentang keadaan. Apabila ketuban sudah pecah maka, keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda terlalu lama berhubung mengantisipasi bahaya infeksi. Sebaiknya dalam 24 jam setelah ketuban pecah sudah dapat diambil keputusan apakah perlu dilakukan seksio sesarea dalam waktu singkat atau persalinan dapat dibiarkan berlangsung terus.²²

2. Ketuban Pecah Dini (KPD)

a. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan.²³ KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu, namun sebagian besar KPD terjadi pada kehamilan aterm yaitu lebih dari 37 minggu.²⁴

b. Mekanisme Ketuban Pecah Dini (KPD)

Secara umum Ketuban Pecah Dini (KPD) disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.²²

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen yang menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Faktor risiko untuk terjadinya ketuban pecah dini adalah berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen, berkurangnya tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal.²⁴

Degradasi kolagen dimediasi oleh *matriks metaloproteinase* (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati proses persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membran janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi ketuban pecah dini.²⁴

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya selaput ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh adanya faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban pecah dini

prematurn sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta.²⁴

c. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Kejadian Ketuban Pecah Dini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:²⁵

1) Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi yang optimal/bagus seorang ibu adalah umur 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

2) Sosial ekonomi

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

3) Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Pembagian paritas yaitu, primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan dua kali atau lebih. Sedangkan grande multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan 28 minggu atau lebih dan telah melahirkan lebih dari lima kali. Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang telah terlampaui dekat lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

4) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya akan menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi atau pengenceran dengan peningkatan 30-40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 minggu sampai 40 minggu. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat

bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis, dan ketuban pecah dini. Pada saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri.

5) Serviks yang inkompensik

Inkompensik serviks 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. Inkompensia 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.

6) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat diakibatkan oleh:

a) Trauma: pemeriksaan dalam, dan amniosintesis

b) Gemeli: Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemeli 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.

d. Diagnosis

Penegakkan diagnosa KPD secara tepat itu penting karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu dini atau melakukan seksio secarea yang sebenarnya tidak ada indikasi. Sebaliknya, diagnosa negatif berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai risiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin dan ibu.²³

Diagnosa KPD dapat ditegakkan dengan beberapa cara yaitu:²³

1. Anamnesa

Dalam anamnesa didapatkan jawaban dari pasien bahwa merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba – tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluarnya cairan tersebut saat his belum teratur atau belum ada, serta belum ada pengeluaran lender darah.

2. Inspeksi

Dilakukan pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3. Pemeriksaan dengan spekulum

Pada pemeriksaan dengan spekulum, akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, pasien diminta batuk, mengejan atau dilakukan manuver Valsalva atau bagian terendah di goyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

4. Pemeriksaan dalam didapat cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Untuk pemeriksaan dalam perlu dipertimbangkan pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dipertimbangkan. Hal ini dikarenakan pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. mikroorganisme tersebut dapat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dapat dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan di batasi sedikit mungkin.

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan penunjang

Ada beberapa pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan dalam mendiagnosa KPD yaitu:⁷

a) Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. Tes Lakmus (tes Nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).pH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Mikroskopik (tes pakis) dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering.Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri.Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

f. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (>37 minggu)

Lama periode laten dan durasi KPD berhubungan dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Apabila dalam 24 jam setelah selaput ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan, dan bila gagal dilakukan bedah *caesar*. Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan setelah diagnosis KPD ditegakkan dengan pertimbangan lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi. Induksi persalinan segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam. Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan ibu, janin dan jalannya proses persalinan. Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop skor jika >5 , induksi dilakukan, sebaliknya jika bishop skor <5 dilakukan pematangan serviks dan jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesaria.⁷

Jika umur kehamilan kurang bulan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaannya bersifat konservatif disertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksi. Penderita perlu dirawat dirumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu. Obat-obatan uteronelaksen atau *tocolitic agent* diberikan juga dengan tujuan menunda proses persalinan.⁷

Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid agar tercapainya pematangan paru. Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. *The National Institutes of Health* (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intraamnion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg i.m tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap 12 jam.²³

B. Landasan Teori

Persalinan lama adalah adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan.²² Dalam keadaan normal 8 -10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Secara umum, KPD disebabkan oleh kontraksi uterus dan pereganagan berulang. Selaput ketuban bisa pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.²² Partus lama terjadi karena abnormalitas dari dilatasi serviks. Pembukaan serviks berlangsung lambat, karena tidak terjadinya penurunan kepala untuk menekan serviks tersebut. Pada saat yang sama terjadi edema pada serviks sehingga akan lebih sulit terjadi dilatasi serviks.⁵ Penyebab umum ketuban pecah dini adalah grandemulti, over distensi

(hidramnion, Kehamilan ganda), disproporsi sevalopelvik, kehamilan letak lintang, sungsang dan pendular abdomen.²⁶

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan kejadian partus lama.