

MULTIGRAVIDA HAMIL 42 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI JANIN TUNGGAL HIDUP : LAPORAN KASUS

Bambang Kurniawan¹, Aldo Falendra Priyono^{2*}, Claresta Vania Putri³, Febi Susanto⁴, Reta Amelia Waldan⁵, Kevin Susanto⁶, Balqist Ar Rahmah⁷, Muhamad Nursiha⁸, Ajeng Ishelina Susilo⁹

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²⁻⁹Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

[*Email Korespondensi: aldofalendrap@gmail.com]

Abstract: Case Report: Multigravida 42 Weeks Pregnant with Premature Rupture of Membranes Single Live Fetus. *Premature rupture of membranes (PROM) is the breaking or rupturing of the amniotic membranes before delivery. This can occur towards the end of pregnancy or long before delivery. Premature PROM refers to PROM before 37 weeks of gestation. Prolonged PROM was defined as PROM occurring more than 12 hours before delivery. The cause of KPD is unknown or still unclear, so preventive measures cannot be taken other than suppressing the infection. PROM can cause various complications in newborns, including premature birth, respiratory distress syndrome, and intraventricular hemorrhage, sepsis, pulmonary hypoplasia, and bone malformations. The patient came to the emergency room at Pertamina Bintang Amin Hospital with G3P1A1 with complaints of abdominal pain and water seepage from the birth canal. The patient previously had an ultrasound at the Barokah Kemiling Clinic and the results were that there was only a little amniotic fluid left. Initial FHR: 178 Irregular under observation 15 minutes 150 x Regular TFU 29 CM Amniotic fluid (+), VT 1CM, Hodge 1. On internal examination, seepage of amniotic mucus fluid was seen. The diagnosis in this case is G3P1A1 Pregnancy 42 Weeks Inpartum 1st stage Latent phase with PROM + Oligohydramnios JTH Preskep. The treatment carried out is non-medical, namely informed consent and an explanation of the observation and bed rest plan. As well as medication, namely RL infusion and spontaneous vaginal delivery.*

Keywords: *Management, Premature Rupture of Membranes, Managemen, Pregnant Women*

Abstrak: Laporan Kasus: Multigravida Hamil 42 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Janin Tunggal. *Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya atau pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Hal ini bisa terjadi menjelang akhir kehamilan atau jauh sebelum melahirkan. PROM prematur mengacu pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. PROM berkepanjangan didefinisikan sebagai PROM yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum persalinan. Penyebab KPD belum diketahui atau masih belum jelas, sehingga tindakan pencegahan tidak dapat dilakukan selain menekan infeksinya. KPD dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada bayi baru lahir, termasuk kelahiran prematur, sindrom gangguan pernapasan, dan perdarahan intraventrikular, sepsis, hipoplasia paru, dan malformasi tulang. Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin p dengan G3P1A1 dengan keluhan nyeri perut dan keluar rembesan air dari jalan lahir. Pasien sebelumnya sudah USG di Klinik Barokah Kemiling hasilnya Air ketuban tinggal sedikit. DJJ awal : 178 Irreguler di observasi 15 Menit 150 x Reguler TFU 29 CM Ketuban (+), VT 1CM, Hodge 1. Pada pemeriksaan dalam tampak rembesan cairan lendir ketuban. Diagnosa pada kasus ini adalah G3P1A1 Hamil 42 Minggu Inpartu kala 1 Fase laten dengan KPD + Oligohidramnion JTH Preskep. Tatalaksana yang dilakukan adalah Non Medikamentosa yaitu *Informed Consent* serta penjelasan rencana Observasi dan Tirah baring serta medikamentosa yaitu Infus RL dan Partus pervaginam Spontan.*

Kata Kunci: *Ibu Hamil, Ketuban Pecah Dini, Penatalaksanaan*

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan proses dari tahap pembuahan hingga lahirnya janin. Masa kehamilan yang normal adalah 38 minggu hingga 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Selama kehamilan, ibu hamil mungkin akan mengalami beberapa masalah. Tanda-tanda bahaya kehamilan, yaitu muntah terus-menerus, demam tinggi, pembengkakan pada kaki, ketuban pecah dini, dan pendarahan. Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu kelainan kehamilan. Risikonya adalah infeksi bisa saja terjadi (Puspitasari et al., 2023).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya atau pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Menurut waktu terjadinya, ketuban pecah dini dibedakan menjadi dua jenis, yaitu *premature rupture of membranes* (PROM) dan *preterm premature rupture of membranes* (PPROM). PROM terjadi pada atau setelah usia kehamilan 37 minggu dan disebut juga dengan istilah PROM. KPD atau dikenal juga dengan istilah PROM prematuritas terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu (Melisa, 2021). Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah dini pada janin sebelum persalinan/kelahiran, saat pembukaan <4 cm (masa laten). Hal ini bisa terjadi menjelang akhir kehamilan atau jauh sebelum melahirkan. PROM prematur mengacu pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. PROM berkepanjangan didefinisikan sebagai PROM yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum persalinan (Zamilah et al., 2020). Ketuban pecah dini terjadi pada 4,5% hingga 7,6% dari seluruh kehamilan di Indonesia. Insiden global komplikasi ketuban pecah dini pada aterm adalah 8%, dan kejadian komplikasi pada bayi prematur adalah 1%. Insiden seperti ini lebih sering terjadi di Amerika dan Afrika. Terjadinya ketuban pecah dini meningkatkan risiko infeksi baik bagi ibu maupun bayi. Hal ini merupakan isu penting karena meningkatkan angka kesakitan dan kematian bagi ibu dan bayi. Infeksi yang terjadi pada ketuban pecah dini antara lain korioamnionitis dan sepsis (Rahmatullah et al., 2024). Penyebab KPD belum diketahui atau masih belum

jelas, sehingga tindakan pencegahan tidak dapat dilakukan selain menekan infeksinya. Faktor yang berhubungan dengan peningkatan kejadian ketuban pecah dini antara lain fisiologi ketuban, insufisiensi serviks, infeksi vagina/serviks, kehamilan ganda, polihidramnion, trauma, distensi uterus, stres ibu, stres janin, infeksi, leher rahim pendek, dan tindakan medis (Hariani et al., 2024). KPD dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada bayi baru lahir, termasuk kelahiran prematur, sindrom gangguan pernapasan, dan perdarahan intraventrikular, sepsis, hipoplasia paru, dan malformasi tulang (Sefin, 2022). Faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini antara lain berkulit hitam, memiliki status sosial ekonomi rendah, perokok, memiliki riwayat penyakit menular seksual, melahirkan prematur, pernah hamil sebelumnya dengan ketuban pecah dini, pendarahan vagina, atau distensi rahim (misalnya pada pasien dengan kehamilan ganda dan polihidramnion). Ketuban pecah dini juga dapat disebabkan oleh siklus dan amniosentesis, terutama pada kehamilan cukup bulan. Faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini adalah infeksi atau peradangan pada desidua vili dan penurunan kandungan kolagen pada selaput ketuban (Siswari et al., 2023). Penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada usia kehamilan dan tanda-tanda infeksi intrauterin. Biasanya yang terbaik adalah mengirim semua pasien dengan ketuban pecah dini ke rumah sakit dan melahirkan bayi dengan usia kehamilan >37 minggu dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah untuk meminimalkan risiko infeksi intrauterin (Audyla, 2024).

KASUS

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin pada hari Selasa, 7 Februari 2023 dengan G3P1A1 dengan keluhan nyeri perut dan keluar rembesan air dari jalan lahir. Pasien sebelumnya sudah USG di Klinik Barokah Kemiling hasilnya Air ketuban tinggal sedikit. DJJ awal : 178 Irreguler di observasi 15 Menit 150 x Reguler TFU 29 CM Ketuban (+), VT 1CM, Hodge 1. Pada pemeriksaan dalam tampak rembesan

cairan lendir ketuban. Pasien mengaku tidak memiliki riwayat penyakit lain seperti asma, hepatitis, hipertensi, DM, dan penyakit jantung. Riwayat alergi makanan & minuman (-), riwayat alergi obat (-). Pasien tidak memiliki riwayat konsumsi obat-obatan sebelumnya. Haid pertama pada umur 14 tahun. Pasien mengaku haid teratur dengan siklus 28 hari, lama haid 7 hari dengan ganti pembalut sebanyak 2-3x. Ini merupakan pernikahan pertama os dengan suami, sudah berlangsung selama ± 5 tahun. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya.

HASIL

Pemeriksaan tanda vital pasien didapatkan Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Composmentis, Status gizi : Cukup, Tanda vital Tensi 130/80 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,6 °C, RR 20 x/menit, BB 75 kg dan TB 154 cm.

Pada pemeriksaan status generalis tidak ditemukan kelainan pada pasien semua dalam keadaan normal. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 7 Februari 2023 hematologi didapatkan penurunan pada hemoglobin (11,3 g/dL), eritrosit (4,0 ul), dan hematokrit (33%). Dan pemeriksaan Ginekologi Pada pemeriksaan luar Perut cembung, luka bekas operasi (-), kelainan (-), Fundus uteri tidak teraba, nyeri tekan (-), teraba massa (-), Kelainan (-). bising usus normal. Pada pemeriksaan dalam perineum utuh, tidak ada bekas jahitan.

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis : Diagnosis banding : Urinariy incontinence, Sekret vagina yg berlebih dan Fistula vesiko-vaginal. Diagnosis kerja : G3P1A1 Hamil 42 Minggu Inpartu kala 1 Fase laten dengan KPD + Oligohidramnion JTH Preskep

Penatalaksanaan pada pasien adalah Non Medikamentosa yaitu Inform Consent serta penjelasan rencana Observasi dan Tirah baring. Serta medikamentosa yaitu Infus RL dan Partus pervaginam Spontan.

PEMBAHASAN

Ketuban pecah dini (KPD) atau Premature Rupture of the Membranes (PROM) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya proses persalinan pada kehamilan aterm. Sedangkan Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM) adalah pecahnya ketuban pada pasien dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu (Arma, 2015). Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini merurut yaitu sebagai berikut Multipara dan Grandemultipara, Hidramnion, Kelainan letak: sungsang atau lintang, Cephalo Pelvic Disproportion (CPD), Kehamilan ganda, Pendular abdomen (perut gantung) (Morgan, 2009). Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu & Sari, 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep. Cara kita mendiagnosis dengan melihat Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya "menggantal" atau "menyumbat" kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2009).

Penatalaksanaan pada kasus KPD adalah Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit (Nurarif & Kusuma, 2015).

Masalah berat pada ketuban pecah dini adalah kehamilan dibawah 26 minggu karena mempertahankannya memerlukan waktu lama. Apabila sudah

mencapai berat 2000 gram dapat dipertimbangkan untuk diinduksi. Apabila terjadi kegagalan dalam induksi makan akan disertai infeksi yang diikuti histerektomi (Barokah & Agustina, 2021). Pemberian kortikosteroid dengan pertimbangan akan menambah reseptor pematangan paru, menambah pematangan paru janin. Pemberian batametason 12 mg dengan interval 24 jam, 12 mg tambahan, maksimum dosis 24 mg, dan masa kerjanya 2-3 hari, pemberian betakortison dapat diulang apabila setelah satu minggu janin belum lahir. Pemberian tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus dapat diberikan apabila sudah dapat dipastikan tidak terjadi infeksi korioamnionitis. Meghindari sepsis dengan pemberian antibiotik profilaksis (Novirianthy et al., 2021).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada ibu hamil aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Apabila janin hidup serta terdapat prolaps tali pusat, pasien dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi sujud. Dorong kepala janin keatas degan 2 jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin. Tali pusat di vulva dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik. Apabila terdapat demam atau dikhawatirkan terjadinya infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, makan berikan antibiotik penisilin prokain 1,2 juta UI intramuskular dan ampisislin 1 g peroral (Puspitaningrum, 2022).

Pada kehamilan kurang 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tidak baring, diberikan sedatif berupa fenobarbital 3 x 30 mg. Berikan antibiotik selama 5 hari dan glukokortikosteroid, seperti deksametason 3 x 5 mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis, apanila terjadi infeksi maka akhiri kehamilan (Fatimah et al., 2023). Pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan kurang dari 5 cm atau

ketuban pecah lebih dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm (Putriliyani et al., 2024). Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25µg – 50µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin yaitu Prognosis Ibu adanya komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal (Anriyani & Putri, 2023). Prognosis janin terjadi komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterecolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Ali et al., 2021).

KESIMPULAN

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan ginekologis mengalami KPD. Penyebabnya adalah mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep. Tindakan yang dilakukan adalah monitoring TTV dan Observasi Serta rencana Partus Pervaginam.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, R. N., Hiola, F. A. A., & Tomayahu, V. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian

- Komplikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rsud Dr Mm Dunda Limboto. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 381–393.
- Anriyani, R., & Putri, M. (2023). Keterkaitan Antara Usia, Paritas, dan Anemia dengan Jumlah Kasus KPD Pada Ibu Hamil di Desa Gunungsari Kabupaten Serang. *Jurnal Ners*, 7(2), 1275–1279.
- Audyla, T. (2024). Studi Kasus: Asuhan Kebidanan Persalinan Sectio Caesarea Indikasi Gemelli dan Ketuban Pecah Dini. *DELIMA: Jurnal Kajian Kebidanan*, 2(2), 42–46.
- Barokah, L., & Agustina, S. A. (2021). Faktor Internal Kejadian Ketuban Pecah Dini di Kabupaten Kulonprogo. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 4(2), 108–115.
- Fatimah, S., Stianto, M., & Damayanti, M. (2023). Faktor Resiko Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan: Literature Review. *Jurnal Insan Cendekia*, 10(1), 81–91.
- Hariani, S. K., Nahariah, L., Rahmatia, A. K., Suhartatik, S. K., Fauziah, A., & Syarif, K. R. (2024). BUKU AJAR GANGGUAN GINEKOLOGI. Nas Media Pustaka.
- Manuaba, M. (2009). Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obsetri dan Gineokologi. FKUI.
- Melisa, S. (2021). Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Medika Utama*, 3, 1645–1648.
- Morgan, G. (2009). Obsetri dan Ginekologi. EGC, Kedokteran.
- Novirianthy, R., Safarianti, S., Syukri, M., Yeni, C. M., & Arzda, M. I. (2021). Profil ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3).
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA NIC-NOC. Mediaction.
- Puspitaningrum, E. M. (2022). Penatalaksanaan Kegawatdaruratan pada Maternal. Penerbit CV. Sarnu Untung.
- Puspitasari, I., Trisanti, I., & Safitri, A. (2023). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Ruang Ponek RSUD Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 253–260.
- Putriliani, W., Adibah, A., & Ramadani, N. (2024). Protokol Penanganan Pada Ketuban Pecah Dini. *Medic Nutricia: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(4), 71–80.
- Rahayu, B., & Sari, A. N. (2017). Studi deskriptif penyebab kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin. *JNKI (Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia)(Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)*, 5(2), 134–138.
- Rahmatullah, M. R., Sagia, N. A., Zahra, T. F., & Zulfadli, Z. (2024). Laporan Kasus: Pendekatan Multidisiplin dalam Manajemen Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Kembar. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(6), 1119–1123.
- Sefin, I. S. (2022). Hubungan Antara Ketuban PecaSh Dini dengan Kejadian Asfiksia dan Sepsis Neonatorum. *Jurnal Medika Utama*, 3(3), 26550–2655.
- Siswari, B. D., Yanti, E. M., & Priyatna, B. E. (2023). Hubungan Kelahiran Prematur dengan Kejadian Ikterus Neonatorum pada Bayi Baru Lahir di RSUD. *Journal of Pharmaceutical and Health Research*, 4(2), 319–325.
- Zamilah, R., Aisyiyah, N., & Waluyo, A. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RS. Betha Medika. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 10(2), 122–135.