

Karakteristik Luaran Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini di RSUP Dr. Hasan Sadikin Periode Tahun 2013-2015

Nazila Maghfiratul Abrar¹, Budi Handono², Gita Indah Triyanti Rukmana³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran,

²Departemen Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran/RSUP Dr. Hasan Sadikin, Bandung, Indonesia

³Departemen Mikrobiologi, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

Abstrak

Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu permasalahan obstetrik dan merupakan faktor yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas perinatal. 4,5%-7,6% dari seluruh kehamilan di Indonesia mengalami ketuban pecah dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik luaran kehamilan dengan ketuban pecah dini. Penelitian deskriptif kuantitatif dengan teknik pengambilan data cross sectional yang telah dilakukan sejak bulan Oktober sampai November 2016. Data diambil dari rekam medis pasien ketuban pecah dini di RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2013-2015. Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 483. Ketuban pecah dini ≥ 37 minggu kehamilan terjadi 13,9% dari seluruh persalinan. Terjadi paling banyak pada wanita dengan rentang usia 20-35 (77,8%), dan multipara (54,4%). Luaran kehamilan pada ibu paling banyak terdapat hipertensi gestasional yaitu 3,9% pada ketuban pecah dini < 6 jam dan 4,3% pada ketuban pecah dini ≥ 6 jam. Luaran bayi terdapat kejadian asfiksia sedang sebesar 2,6% pada ketuban pecah dini < 6 jam dan 5,3% pada ketuban pecah dini ≥ 6 jam. Karakteristik luaran kehamilan pada ibu dengan ketuban pecah dini adalah tertinggi pada usia 20-35, multipara, dan terdapat kejadian hipertensi gestasional, sementara luaran bayi adalah terdapat asfiksia sedang, dan tidak ada infeksi.

Kata Kunci: Infeksi neonatus, Ketuban pecah dini, Luaran kehamilan, Tanda vital

Characteristic of Pregnancy Outcome with Premature Rupture of Membrane at Dr. Hasan Sadikin General Hospital in 2013-2015

Abstract

Premature rupture of membrane (PROM) is one of many obstetrical problems and factor contributing to perinatal morbidity and mortality. In Indonesia, number of PROM is about 4,5%-7,6% of all pregnancy. The aim of this study is to determine the characteristics of pregnancy outcome with PROM. This is a descriptive quantitative study with cross sectional data collection technique, held in October until November 2016. All data was taken from PROM patients medical records at Dr. Hasan Sadikin General Hospital in 2013-2015. We used total sampling method and 483 samples were collected as our data. PROM ≥ 37 gestational age occurs about 13,9% of all childbirth. It most common happens on female with age 20-35 years old (77,8%) and multipara (54,4%). Pregnancy outcome of gestational hypertension is happened about 3,9% of patients with PROM < 6 hours and 4,3% of patients with PROM ≥ 6 hours. Neonatal outcome of asphyxia is happened about 2,6% of patients with PROM < 6 hours and 5,3% of patients with PROM ≥ 6 hours. Characteristics of pregnancy outcome with PROM are highest at age 20 - 35 years old and multipara. There is occurrence of gestational hypertension. While neonatal outcome of childbirth with PROM is moderate asphyxia. There is no infection reported.

Keywords: Neonatal infection, Pregnancy outcome, Premature rupture of membrane, Vital sign

Korespondensi:

Nazila Maghfiratul Abrar
Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran
Jl. Raya Bandung-Sumedang km 21 Jatinangor
Mobile : 081266778842
Email : nazilamaghfiratul.abrar@gmail.com

Pendahuluan

Ketuban pecah dini (*Premature Rupture of Membrane*) adalah robeknya membran fetus sebelum terjadinya proses persalinan setelah ≥ 37 minggu kehamilan. Ketuban pecah dini dapat terjadi sebelum 37 minggu kehamilan dan bisa disebut dengan ketuban pecah dini prematur (*Preterm Premature Rupture of Membrane*).^{1,2} Berdasarkan hasil studi dari *American College of Obstetricians and Gynecologists* tahun 2016 ketuban pecah dini terjadi sebesar 8% dari seluruh kehamilan dan merupakan faktor utama yang menyebabkan mortalitas dan morbiditas perinatal.³

Di Indonesia berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu ini diantaranya adalah pendarahan 60-70%, pre-eklamsia dan eklamsia 10-20%, dan infeksi 10-20%. Infeksi pada kehamilan 23% dapat disebabkan oleh kejadian ketuban pecah dini. Insidensi ketuban pecah dini di Indonesia sendiri berkisar antara 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan. (Depkes, 2010)

Ketuban pecah dini merupakan salah satu permasalahan obstetrik yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu seperti infeksi intrauterin yang bisa menjadi *chorioamnionitis*, plasenta abrupsi, dan juga sepsis. Infeksi pada ibu dapat terjadi pada kejadian ketuban pecah dini diakibatkan karena pecahnya selaput ketuban akan membuat bakteri mudah untuk memasuki uterus dan akan berkembang biak. Perkembangan bakteri ini akan lebih cepat terjadi pada lingkungan yang hangat dan basah. Kemungkinan untuk terjadi infeksi akan meningkat pada keadaan ketuban pecah dini yang lama, karena bakteri akan memiliki waktu yang lebih lama untuk bermultiplikasi.^{4,5}

Tidak hanya membahayakan ibu, ketuban pecah dini juga dapat menimbulkan komplikasi pada bayi. Menurut RISKESDAS tahun 2007, penyebab kematian neonatal 0-6 hari adalah gangguan pernapasan (37%), prematuritas (34%), sepsis (12%), hipotermi (7%), ikterus (6%) dan kelainan kongenital (1%) (Risksedas, 2007). Beberapa penyebab kematian neonatal tersebut dapat terjadi akibat ketuban pecah dini, seperti gangguan pernafasan, prematuritas, dan sepsis.^{5,6} Keadaan asfiksia juga merupakan komplikasi dari terjadinya ketuban pecah dini. Asfiksia merupakan keadaan fetus yang mengalami gangguan oksigen atau gangguan perfusi.⁷

Di Indonesia, khususnya di RSUP Dr. Hasan Sadikin, belum tersedia data mengenai karakteristik luaran kehamilan dengan ketuban

pecah dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik luaran kehamilan dengan ketuban pecah dini di RSUP Dr. Hasan Sadikin, Bandung periode tahun 2013-2015.

Metode

Penelitian deskriptif kuantitatif ini dilakukan dari bulan Oktober sampai November 2016 di RSUP Dr. Hasan Sadikin dengan menggunakan studi desain potong lintang (*cross sectional*). Subjek penelitian adalah seluruh pasien yang mengalami ketuban pecah dini yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin. Kriteria inklusi berupa kejadian ketuban pecah dini pada kehamilan ≥ 37 minggu, bayi lahir tunggal hidup, bayi tidak memiliki cacat bawaan, dan ibu tidak memiliki kelainan pada cairan amnion. Kriteria eksklusi berupa data yang tidak lengkap. Jumlah sampel diambil menggunakan metode *total sampling* dengan jumlah 634, namun rekam medis yang dapat diakses hanya berjumlah 483, kemudian data dianalisis dengan menggunakan *microsoft excel*.

Data diambil dari rekam medis pasien dengan terlebih dahulu membuat surat etik penelitian dengan nomor LB.04.01/A05/EC/291/IX/2016. Variabel dari penelitian ini adalah luaran pada ibu yaitu usia, gravida, tanda vital berupa tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan temperatur serta luaran pada bayi yaitu asfiksia yang dinilai dari skor apgar dan infeksi. Penelitian ini dimulai dengan mengelompokkan pasien yang didiagnosis mengalami ketuban pecah dini. Setelah itu rekam medis dikelompokkan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, jika sudah sesuai maka bisa dilakukan analisis data untuk mendapatkan kesimpulan

Hasil

Pada tahun 2013-2015 terdapat 1812 persalinan di RSUP Dr. Hasan Sadikin, 248 dari persalinan tersebut mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan ≥ 37 minggu, yaitu berjumlah 13,9% dari seluruh persalinan. Dari 248 jumlah sampel didapatkan 94 pasien mengalami ketuban pecah dini ≥ 6 jam (38%) dan 154 pasien mengalami ketuban pecah dini kurang dari 6 jam (62%).

Tabel 1 menunjukkan karakteristik pasien ketuban pecah dini ≥ 37 minggu yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin berdasarkan jenis kelamin dan paritas. Pada tabel tersebut didapatkan bahwa kejadian ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada pasien dengan rentang usia 20-35 tahun (77,8%), dan pada pasien multipara (54,4%).

Tabel 1 Karakteristik Pasien Ketuban Pecah Dini ≥ 37 minggu

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
Usia		
<20 Tahun	21	8,5
20-35 Tahun	193	77,8
>35 Tahun	34	13,7
Gravida		
Primigravida	113	45,6
Multigravida	135	54,4

Tabel 2 Luan Kehamilan pada Ibu dengan Ketuban Pecah Dini

Variabel	Ketuban Pecah Dini			
	<6 jam (n=154)		≥ 6 jam (n=94)	
	N	%	N	%
Tekanan Darah				
Normal	141	91,6	76	80,9
Hipertensi kronik	2	1,3	5	5,3
Hipertensi gestasional	6	3,9	4	4,3
Pre eklamsia ringan	4	2,6	4	4,3
Pre eklamsia berat	1	0,6	1	1,1
Eklamsia	0	0	0	0
Denyut Nadi				
≤ 100	154	100	94	100
> 100	0	0	0	0
Temperatur				
$\leq 38^{\circ} C$	154	100	94	100
$> 38^{\circ} C$	0	0	0	0
Respirasi				
Normal	154	100	94	100
Tidak normal	0	0	0	0

Tabel 2 menunjukkan luan kehamilan pada ibu dengan ketuban pecah dini. Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa dari tanda vital pasca salin pada ibu terdapat kejadian hipertensi gestasional sebesar 3,9% pada ketuban pecah dini <6 jam dan 4,3% pada ketuban pecah dini ≥ 6 jam. Untuk denyut nadi, temperatur, dan respirasi semua pasien normal (100%).

Tabel 3 menunjukkan luan bayi pada kehamilan pecah dini. Pada tabel tersebut didapatkan bahwa dari semua sampel tidak ada bayi yang mengalami infeksi neonatus. Asfiksia

sedang didapatkan sebesar 2,6% pada ketuban pecah dini <6 jam dan sebesar 5,3% pada ketuban pecah dini ≥ 6 jam

Tabel 3 Luan Bayi pada Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini

Variabel	Ketuban Pecah Dini			
	<6 jam (n=154)		≥ 6 jam (n=94)	
	N	%	N	%
Infeksi neonatus	0	0	0	0
Asfiksia (Skor Apgar 1 menit)				
Ringan	0	0	0	0
Sedang	5	2,6	5	5,3
Berat	0	0	0	0

Pembahasan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa kejadian ketuban pecah dini paling banyak terjadi pada ibu dengan rentang umur 20-35 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dr. Shweta Patil yang menyatakan bahwa rata-rata terjadinya ketuban pecah dini pada ibu dengan usia 20-35 tahun.⁶ Hasil ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Emechebe C.I dkk yang menyatakan bahwa ketuban pecah dini banyak terjadi pada ibu dengan usia produktif yang bisa disebabkan oleh pada usia tersebut wanita berada di puncak masa reproduktif sehingga banyak terjadi kejadian ketuban pecah dini.⁸

Jumlah kehamilan atau gravida pada penelitian ini didapatkan bahwa kejadian ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada ibu multigravida. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aji P Wibowo dkk yang menyatakan bahwa kejadian ketuban pecah dini pada saat kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu) lebih sering terjadi pada multigravida sementara kejadian ketuban pecah dini pada saat kehamilan kurang bulan (*premature*) lebih banyak terjadi pada primigravida.⁹ Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Milad M. M. Gahwagi dkk yang menyatakan bahwa kejadian ketuban pecah dini lebih sering terjadi pada ibu multigravida.¹⁰ Kejadian ketuban pecah dini yang banyak terjadi pada ibu multigravida dapat disebabkan karena adanya trauma pada kehamilan sebelumnya dan menyebabkan *cervical incompetence*.⁸ Namun hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dr. Shweta Patil dan Kshama Vishwakarma dkk yang menyatakan bahwa kejadian ketuban pecah dini

lebih sering terjadi pada primigravida.^{6,4}

Pada penelitian ini juga dilaporkan untuk luaran kehamilan yaitu tanda vital pada ibu dengan ketuban pecah dini ≥ 37 minggu. Untuk tekanan darah sebagian besar memiliki tekanan darah normal, namun dilaporkan terdapat kejadian hipertensi gestasional baik pada ketuban pecah dini < 6 jam maupun ≥ 6 jam. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Hexia Xia dkk yang menyatakan bahwa ibu dengan ketuban pecah dini memiliki angka kejadian yang lebih tinggi terkena hipertensi gestasional.¹¹ Untuk denyut nadi, temperatur, dan respirasi dari seluruh sampel yang dihitung semuanya normal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Milad M. M. Gahwagi dkk di Libya.¹⁰

Selain luaran pada ibu, pada penelitian ini juga dilaporkan luaran bayi pada kejadian ketuban pecah dini ≥ 37 minggu. Didapatkan tidak adanya kejadian infeksi neonatus. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh V. Revathi dkk yang menyatakan bahwa pada ketuban pecah dini terdapat kasus meningitis sebesar 1% dan kasus pneumonia sebesar 5%. Namun jumlah yang didapatkan pada penelitian tersebut tidak terlalu besar.¹

Luaran bayi juga dilaporkan dari kejadian asfiksia. Asfiksia dilihat dari skor apgar pada menit pertama setelah kelahiran. Tercatat sebesar 2,6% asfiksia sedang pada ketuban pecah dini < 6 jam dan sebesar 5,3% asfiksia sedang pada ketuban pecah dini ≥ 6 jam. Penelitian yang dilakukan oleh Milad M. M. Gahwagi dkk menyatakan bahwa terdapat kejadian asfiksia sedang pada kejadian ketuban pecah dini sebesar 79%, namun pada penelitian ini hanya ditemukan sedikit bayi yang memiliki asfiksia sedang.¹⁰

Keterbatasan penelitian ini adalah waktu penelitian yang terbatas dan keterbatasan peminjaman rekam medis setiap harinya. Selain itu ada banyak rekam medis yang tidak dapat ditemukan.

Dari penelitian ini didapatkan bahwa Karakteristik luaran kehamilan pada ibu dengan ketuban pecah dini adalah tertinggi pada ibu dengan rentang usia 20-35 tahun, multipara, dan terdapat kejadian hipertensi gestasional, sementara karakteristik luaran bayi pada kehamilan dengan ketuban pecah dini adalah tidak terdapatnya infeksi neonatus dan terdapat asfiksia sedang.

Saran untuk penelitian ini adalah untuk rekam medis agar menampilkan seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh pasien agar memudahkan dokter dalam menegakkan diagnosis. Dan juga diharapkan hasil dari penelitian dapat digunakan sebagai data dalam menghadapi kasus ketuban pecah dini dan untuk penelitian selanjutnya,

serta bisa juga digunakan sebagai data dan juga edukasi ke fasilitas kesehatan lain bahwa di RSUP Dr. Hasan Sadikin penanganan terhadap kasus ketuban pecah dini sudah terlaksana dengan baik.

Daftar Pustaka

1. Revathi V, Sowjanya R, Lavanya S. Maternal and Perinatal Outcome in Premature Rupture of Membranes at Term. *IOSR J Dent Med Sci.* 2015;14(4):12–5.
2. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary Diagnosis and Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. *Rev Obstet Gynecol.* 2008;1(1):11–22.
3. Premature Rupture of Membrane ACOG Practice Bulletin. 2007;1007–19.
4. Vishwakarma S, Kumar Patel S, Yadav K, Pandey A. Impact of Premature Rupture of Membranes on Maternal and Neonatal Health in Central India. *J Evid based Med Healthc.* 2015;2(49):8505–8.
5. Li N, Fu Q, Cai W. Cause analysis and clinical management experience of the premature rupture of membrane. *Open J Obstet Gynecol.* 2013;2013;3:222–6.
6. Patil S, Patil V. Maternal and Foetal Outcome in Premature Rupture of Membranes. *IOSR J Dent Med Sci.* 2014;13(12):56–83.
7. Robert Kc, Robert R, Jay Di, Charles JI, Thomas Rm. *Creasy&RESNIK'S Maternal-Fetal Medicine.* 6th ed. 2009. 599 p.
8. C.I Emechebe, C.O Njoku, K Anachuna, U Udofia. Determinants and Complications of Pre-Labour Rupture of Membranes (PROM) At the University of Calabar Teaching Hospital (UCTH), Calabar , Nigeria. *Sch J Appl Med Sci.* 2015;3:1912–7.
9. Wibowo AP, Sulistyowatu S, Respati SH. Difference of Serum MMP 9 and TNF C Level in Preterm and Term Premature Rupture of Membranes. *Indones J Obs Gynecol.* 2015;3(1):3–6.
10. Gahwagi MMM, Busarira MO, Atia M. Premature Rupture of Membranes Characteristics , Determinants , and Outcomes of in Benghazi , Libya. *Open J Obstet Gynecol.* 2015;5(August):494–504.
11. Xia H, Li X, Li X, Liang H, Xu H. The clinical management and outcome of term premature rupture of membrane in East China : results from a retrospective multicenter study. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(4):6212–7.