

Laporan Kasus: Kehamilan 36 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini dan Skizofrenia tanpa Pengobatan

Haikal Nirfandi¹, Ratna Dewi Puspita Sari², Reynhard Theodorus Xaverius Saragih³

¹Program Studi Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gangguan mental perinatal, termasuk skizofrenia, meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan, persalinan, dan kesehatan neonatal. Skizofrenia pada wanita hamil dapat menyebabkan ketuban pecah dini, persalinan prematur, dan gawat janin. Penggunaan antipsikotik selama kehamilan juga terkait dengan peningkatan risiko efek samping obstetri dan metabolik. Dilaporkan kasus seorang wanita hamil usia 38 tahun, G5P4A0, hamil 36 minggu, dengan riwayat skizofrenia tidak terobati selama tujuh tahun, datang dengan keluhan ketuban pecah dini. Pemeriksaan menunjukkan kondisi ibu stabil, namun dengan kemungkinan gawat janin. Pasien diberikan terapi cairan, antibiotik, tokolitik, serta antipsikotik (haloperidol, CPZ, risperidone), dan akhirnya menjalani seksio caesarea akibat gawat janin. Wanita dengan skizofrenia memiliki peningkatan risiko ketuban pecah dini, gawat janin, dan persalinan prematur. Penggunaan antipsikotik selama kehamilan juga berisiko menambah komplikasi seperti diabetes gestasional dan masalah metabolik. Penanganan ibu hamil dengan gangguan mental memerlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan psikiater, obstetri, dan neonatologi untuk meminimalkan risiko pada ibu dan janin. Pemantauan ketat terhadap kondisi medis ibu, dosis obat, serta pertumbuhan janin sangat penting untuk mengoptimalkan perawatan, dan keputusan mengenai metode persalinan harus mempertimbangkan kondisi psikiatri dan obstetri yang ada.

Kata kunci: Antipsikotik, gangguan mental perinatal, kehamilan, skizofrenia, seksio caesarea

Case Report: Term Pregnancy (36 Weeks) With Premature Rupture of Membranes and Untreated Schizophrenia Prior to Labor Onset

Abstract

Perinatal mental disorders, including schizophrenia, increase the risk of complications during pregnancy, labor, and neonatal health. Schizophrenia in pregnant women can lead to premature rupture of membranes, preterm labor, and fetal distress. The use of antipsychotics during pregnancy is also associated with an increased risk of obstetric and metabolic side effects. This case report presents a 38-year-old pregnant woman, G5P4A0, at 36 weeks of gestation, with a seven-year history of untreated schizophrenia, who presented with premature rupture of membranes. Examination revealed stable maternal condition, although fetal distress was suspected. The patient was treated with intravenous fluids, antibiotics, tocolytics, and antipsychotics (haloperidol, CPZ, risperidone), and subsequently underwent cesarean section due to fetal distress. Women with schizophrenia are at higher risk of premature rupture of membranes, fetal distress, and preterm delivery. Antipsychotic use during pregnancy also increases the risk of complications such as gestational diabetes and metabolic disorders. The management of pregnant women with mental disorders requires a multidisciplinary approach involving psychiatrists, obstetricians, and neonatologists to minimize risks to both mother and fetus. Close monitoring of maternal medical conditions, medication dosages, and fetal growth is essential to optimize care, and decisions regarding the mode of delivery should consider both psychiatric and obstetric conditions.

Keywords: Antipsychotics, cesarean section, perinatal mental disorders, pregnancy, schizophrenia

Korespondensi: Haikal Nirfandi, Alamat Jalan RA. Basyid Gg. Kemuning VIII Kelurahan Tanjung Senang Kecamatan Labuhan Dalam Kota Bandar Lampung, HP 08995063010, Email: haaikal12345@gmail.com

Pendahuluan

Gangguan kesehatan mental menyumbang sekitar 7% dari total beban penyakit global, dengan salah satu kelompok yang terdampak signifikan adalah ibu hamil. Sekitar 25,3% ibu hamil mengalami gangguan kejiwaan yang dapat berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan kehamilan, persalinan, serta periode neonatal dan perkembangan anak.¹

Salah satu gangguan mental yang signifikan adalah skizofrenia, yang memengaruhi sekitar 20 juta individu di seluruh dunia, dengan kurang dari separuhnya adalah wanita. Sebagian besar wanita dengan skizofrenia telah memiliki anak atau berisiko untuk hamil. Puncak kejadian skizofrenia pada wanita terjadi pada dua kelompok usia, yaitu 20–29 tahun dan 30–39 tahun, yang merupakan rentang usia subur. Wanita hamil

dengan skizofrenia termasuk dalam kelompok yang sangat rentan dan sering kali kurang mendapatkan perhatian dalam penelitian serta layanan kesehatan perinatal. Oleh karena itu, *World Health Organization* (WHO) menekankan pentingnya pengembangan layanan perawatan dan penanganan gangguan mental yang berbasis pada prinsip-prinsip hak asasi manusia.⁷

Kasus

Seorang wanita, berusia 38 tahun, G5P4A0, hamil 36 minggu datang ke PONEK dengan rujukan bidan akibat ketuban pecah dini (KPD) sejak 9 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengeluhkan adanya kontraksi tanpa disertai keluarnya lendir darah, sementara gerakan janin masih dirasakan. Pasien memiliki riwayat gangguan jiwa selama tujuh tahun terakhir tanpa pengobatan, namun tidak memiliki riwayat penyakit penyerta seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Pemeriksaan fisik menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal, dengan tekanan darah 103/81 mmHg, nadi 93x/menit, suhu 36,7°C, frekuensi napas 18x/menit, dan saturasi oksigen 98% RA. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 29 cm, letak janin memanjang dengan punggung di kanan, bagian terbawah kepala, his 1x10/10", denyut jantung janin 131x/menit, dan taksiran berat janin 2.480 gram.

Pemeriksaan genitalia mengonfirmasi pooling sign (+) dan nitrazin test (+) tanpa tanda-tanda infeksi. Hasil USG menunjukkan usia kehamilan 36 minggu, EFW 2.353 gram, dan AFI 8,68 cm. Diagnosis ditegakkan sebagai G5P4A0 hamil 36 minggu belum inpartu dengan KPD 9 jam disertai skizofrenia, dengan janin letak kepala presentasi kepala. Tata laksana yang diberikan meliputi observasi kondisi umum, tanda vital, kontraksi, dan his, pemberian cairan IVFD RL 20 tpm, pematangan paru, antibiotik cefadroxil 2x500 mg, tokolitik nifedipine 4x10 mg, serta konsultasi psikiatri untuk terapi sesuai anjuran dan diberikan haloperidol 5 mg IM (maksimal 2x10 mg/24 jam jika gaduh gelisah), CPZ 25 mg 1x1 per oral, dan risperidone 2x2 tablet.

Pembahasan

Gangguan mental perinatal dapat berkontribusi terhadap peningkatan

morbiditas dan mortalitas pada kehamilan, persalinan, neonatal, dan perkembangan anak. Salah satu komplikasi yang sering terjadi pada ibu hamil dengan gangguan mental, khususnya skizofrenia, adalah ketuban pecah dini. Sebuah studi yang dilakukan oleh Etchecopar-Etchart (2022) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan skizofrenia memiliki risiko ketuban pecah dini yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil tanpa gangguan mental, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 2,2. Selain itu, selama proses persalinan, ibu hamil dengan skizofrenia juga memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gawat janin, yang dapat dilihat melalui indikator seperti kelainan denyut jantung janin. Penelitian yang dilakukan oleh Etchecopar-Etchart (2022) juga mendukung temuan ini, dengan menyatakan bahwa wanita hamil dengan skizofrenia memiliki risiko gawat janin yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita hamil tanpa gangguan mental, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 1,8. Selain itu, ibu hamil dengan skizofrenia juga berisiko mengalami berbagai komplikasi lain, seperti persalinan sangat prematur, hipertensi gestasional, preeklamsia atau eklamsia, perdarahan antepartum dan intrapartum, serta abruption plasenta.^{2,3}

Meskipun pasien ini baru mendapat antipsikotik ketika dirumah sakit, penggunaan antipsikotik selama kehamilan telah diidentifikasi sebagai faktor yang terkait dengan sejumlah risiko obstetri, salah satunya adalah persalinan prematur. Beberapa studi telah menunjukkan adanya hubungan antara penggunaan antipsikotik dan peningkatan insiden kelahiran prematur. Penelitian yang dilakukan oleh Etchecopar-Etchart (2022) mengungkapkan bahwa ibu hamil dengan skizofrenia memiliki risiko persalinan prematur yang lebih tinggi secara statistik dibandingkan dengan ibu hamil tanpa gangguan mental, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 1,79. Penelitian tersebut juga mencatat peningkatan risiko persalinan sangat prematur (OR 2,31) dan kematian perinatal (OR 2,06). Selain itu, ibu hamil dengan skizofrenia menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami persalinan prematur (OR 2,91) dan pecah ketuban prematur (OR 1,29). Temuan ini konsisten dengan penelitian Edinoff (2022), yang melaporkan bahwa dari 147 kelahiran yang dianalisis, 142 di antaranya adalah

kelahiran hidup, dengan 25 (18%) di antaranya merupakan kelahiran prematur. Penelitian tersebut juga menunjukkan adanya korelasi antara dosis antipsikotik yang lebih tinggi dengan peningkatan kemungkinan kelahiran prematur.^{1,2,4}

Penggunaan antipsikotik selama kehamilan juga dikaitkan dengan peningkatan risiko diabetes melitus gestasional (DMG), yang dapat dipengaruhi oleh efek samping antipsikotik, seperti peningkatan resistensi insulin dan obesitas. Faktor-faktor ini berkontribusi pada perkembangan DMG pada ibu hamil. Penelitian Etchecopar-Etchart (2022) menunjukkan bahwa wanita dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami diabetes gestasional, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 2,35, jika dibandingkan dengan ibu hamil tanpa gangguan mental. Temuan ini sejalan dengan penelitian Edinoff (2022), yang melaporkan peningkatan risiko DMG pada pasien dengan OR sebesar 1,77. Selain itu, penelitian Paschetta et al. (2014) menekankan pentingnya perhatian terhadap gangguan psikiatri perinatal dan implikasinya terhadap kesehatan ibu serta janin, yang memperkuat perlunya pendekatan holistik dalam perawatan ibu hamil dengan gangguan mental.^{1,2,5}

Diabetes melitus gestasional (DMG) pada ibu hamil dengan skizofrenia tidak hanya berdampak pada kesehatan ibu, tetapi juga dapat memengaruhi janin. Salah satu dampak yang dapat terjadi adalah makrosomia janin. Terkait dengan berat badan bayi, penggunaan antipsikotik generasi kedua lebih sering dikaitkan dengan kejadian makrosomia, sementara penggunaan antipsikotik generasi pertama dalam dosis tinggi dapat meningkatkan risiko berat badan lahir rendah (BBLR) akibat gangguan fungsi plasenta. Temuan ini didukung oleh penelitian Etchecopar-Etchart (2022), yang menunjukkan bahwa ibu hamil dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, dengan peningkatan risiko sebesar 1,75 kali dibandingkan dengan ibu hamil tanpa gangguan mental.^{2,6,7}

Obat antipsikotik diketahui memiliki kemampuan untuk melintasi plasenta dengan mudah, dan paparan terhadap obat ini selama kehamilan telah dikaitkan dengan potensi

teratogenisitas. Manifestasi klinis pada neonatus yang terpapar antipsikotik dapat bervariasi, termasuk gangguan tonus otot seperti hipotonia, hipertonus, tremor, iritabilitas, serta gangguan pernapasan seperti takipnea transien dan gangguan adaptasi paru.^{4,6,8}

Selain itu, gangguan regulasi suhu tubuh juga dilaporkan sebagai efek samping dari paparan antipsikotik pada neonatus. Pada beberapa kasus, distress neonatal lebih sering terjadi, terutama pada bayi yang terpapar antipsikotik generasi kedua (SGAs) dalam dosis tinggi (9). Komplikasi tambahan yang tercatat dalam penelitian menunjukkan bahwa 43% bayi yang terpapar antipsikotik memerlukan perawatan khusus di unit perawatan intensif neonatal, 37% mengalami gangguan pernapasan, 15% menunjukkan tanda-tanda putus zat, dan 6% memiliki kelainan bawaan. Selain itu, paparan antipsikotik selama kehamilan juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian neonatus, dengan risiko yang dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang hanya terpapar obat tersebut sebelum kehamilan.^{11,7,10}

Implikasi Klinis dan Manajemen

Panduan konsensus *British Association for Psychopharmacology* (BAP) tahun 2017 memberikan kelonggaran tambahan terkait penggunaan obat psikiatrik. Meskipun demikian, kehamilan tidak berpengaruh langsung terhadap kondisi psikiatrik pasien, sehingga perawatan kesehatan psikiatrik yang kurang memadai selama kehamilan dapat meningkatkan risiko timbulnya gangguan psikiatrik pascanatal. Hal ini semakin dikuatkan oleh temuan penelitian yang menunjukkan bahwa 0,04% wanita berusia 20 hingga 35 tahun meninggal akibat bunuh diri selama masa kehamilan.¹

Saat ini, tidak ada antidepresan yang secara absolut dikontraindikasikan untuk digunakan selama kehamilan. Berdasarkan bukti yang ada mengenai risiko dan manfaat penggunaan obat tersebut, Kongres Dokter Kandungan dan Ginekolog Amerika merekomendasikan agar farmakoterapi tetap diteruskan selama kehamilan. Hal ini dikarenakan penghentian pengobatan dapat memicu episode kejiwaan yang parah, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kondisi

kesehatan ibu dan berisiko merugikan kesehatan janin.^{11,12}

Manajemen penggunaan antipsikotik selama kehamilan harus dilakukan dengan pertimbangan yang cermat untuk meminimalkan risiko bagi ibu dan janin. Pemilihan antipsikotik sebaiknya difokuskan pada SGAs dengan profil metabolik yang lebih baik, seperti quetiapin atau aripiprazol, dibandingkan dengan klopazin, kecuali dalam kasus yang sangat diperlukan. Selain itu, penggunaan dosis minimal efektif sangat disarankan untuk mengontrol gejala psikotik sambil mengurangi risiko efek samping bagi ibu dan janin. Monitoring ketat juga menjadi langkah penting, termasuk pemantauan kadar glukosa ibu untuk deteksi dini diabetes gestasional, USG serial untuk memantau pertumbuhan janin, serta pemantauan kondisi neonatal setelah lahir. Untuk memastikan manajemen yang optimal, diperlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan kolaborasi antara psikiater, obstetri, dan neonatologi guna memberikan perawatan yang komprehensif.^{6,7,8,9}

Pemilihan metode persalinan pada ibu hamil dengan skizofrenia memerlukan pendekatan multidisiplin yang mempertimbangkan aspek psikiatri dan obstetri secara bersamaan. Stabilitas psikiatri ibu menjadi faktor kunci dalam menentukan metode persalinan yang optimal. Pada pasien dengan skizofrenia yang stabil dan kooperatif, persalinan pervaginam umumnya dapat dilakukan, namun apabila terdapat gejala psikotik aktif atau disorganisasi perilaku yang signifikan, hal ini dapat menghambat proses persalinan normal dan meningkatkan risiko komplikasi. Dalam kondisi tersebut, seksio sesarea (SC) dapat menjadi pilihan yang lebih aman untuk memastikan keselamatan ibu dan janin. Pemilihan SC ini konsisten dengan temuan penelitian Etchecopar-Etchart (2022), yang menunjukkan bahwa perempuan dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk menjalani seksio sesarea, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 1,33 dibandingkan dengan ibu hamil tanpa gangguan mental.¹³

Selain itu, kepatuhan terhadap pengobatan antipsikotik selama kehamilan merupakan faktor penting dalam mencegah kekambuhan gejala psikotik, yang dapat memengaruhi jalannya persalinan serta

kesejahteraan ibu dan janin. Penghentian obat secara mendadak dapat meningkatkan risiko eksaserbasi gejala psikotik, yang berpotensi mengganggu proses persalinan dan menambah risiko bagi ibu dan bayi. Oleh karena itu, pemantauan ketat dan penyesuaian dosis obat selama kehamilan mungkin diperlukan untuk menjaga keseimbangan antara pengelolaan gejala psikiatri dan keselamatan obstetri.¹³

Dari perspektif obstetri, kondisi medis ibu dan janin juga harus dipertimbangkan dalam pemilihan metode persalinan. Indikasi medis seperti disproporsi sefalopelvik, gawat janin, atau presentasi janin yang tidak normal tetap menjadi alasan utama untuk melakukan seksio sesarea. Oleh karena itu, evaluasi komprehensif oleh tim obstetri diperlukan untuk menentukan metode persalinan yang paling aman berdasarkan kondisi klinis ibu dan bayi.¹⁴

Simpulan

Kasus ini menekankan pentingnya pendekatan multidisiplin yang komprehensif dalam manajemen ibu hamil dengan gangguan mental, seperti skizofrenia, yang menghadapi komplikasi obstetrik seperti ketuban pecah dini. Wanita hamil dengan skizofrenia yang tidak mendapat pengobatan berisiko tinggi terhadap gangguan psikiatri dan fisik yang dapat berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas baik bagi ibu maupun janin. Gangguan psikiatri yang tidak tertangani dengan baik selama kehamilan dapat memperburuk hasil obstetrik, dengan risiko komplikasi seperti persalinan prematur, gawat janin, dan masalah metabolik yang terkait dengan penggunaan antipsikotik.

Oleh karena itu, pengelolaan yang adekuat terhadap gangguan psikiatri selama kehamilan sangat penting untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan janin. Terapi farmakologis harus dipertimbangkan dengan hati-hati, mengutamakan penggunaan antipsikotik yang aman dengan dosis minimal efektif, serta pemantauan yang ketat terhadap kondisi obstetrik dan perkembangan janin. Penanganan pasien hamil dengan gangguan psikiatri memerlukan koordinasi yang erat antara tim psikiatri, obstetri, dan neonatologi untuk mengidentifikasi potensi risiko dan menyesuaikan strategi perawatan yang tepat.

Pendekatan yang holistik dan berkelanjutan ini dapat meminimalkan risiko terhadap ibu dan janin, serta memastikan keselamatan keduanya selama kehamilan dan proses persalinan. Oleh karena itu, kolaborasi yang efektif antar disiplin medis sangat diperlukan untuk memastikan perawatan yang optimal dan mencegah terjadinya komplikasi serius pada ibu hamil dengan gangguan mental.

Daftar Pustaka

1. Edinoff AN, Sathivadivel N, McNeil SE, Ly AI, Kweon J, Kelkar N, et al. Antipsychotic use in pregnancy: patient mental health challenges, teratogenicity, pregnancy complications, and postnatal risks. *Neuro Int*. 2022;14:62–74.
2. Etchecopar-Etchart D, Mignon R, Boyer L, Fond G. Schizophrenia pregnancies should be given greater health priority in the global health agenda: results from a large-scale meta-analysis of 43,611 deliveries of women with schizophrenia and 40,948,272 controls. *Mol Psychiatry*. 2022;27(8):3294–305.
3. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders [Internet]. *Am J Psychiatry*. 2005;162. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
4. Newport DJ, Calamaras MR, DeVane BC, Donovan JP, Beach AJ, Winn SB, et al. Atypical antipsychotic administration during late pregnancy: placental passage and obstetrical outcomes. *Am J Psychiatry*. 2007;164.
5. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S, et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210.
6. Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Patorno E, Desai RJ, Mogun H, Dejene SZ, et al. Antipsychotic use in pregnancy and the risk for congenital malformations. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(9):938–46.
7. Petersen I, McCrea RL, Sammon CJ, Osborn DPJ, Evans SJ, Cowen PJ, et al. Risks and benefits of psychotropic medication in pregnancy: cohort studies based on UK electronic primary care health records. *Health Technol Assess*. 2016;20(23):1–208.
8. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy: a systematic review. *Schizophr Bull*. 2010;36:518–44.
9. Habermann F, Fritzsche J, Fuhlbrück F, Wacker E, Allignol A, Weber-Schoendorfer C, et al. Atypical antipsychotic drugs and pregnancy outcome: a prospective cohort study. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33(4):453–62.
10. Brailon A, Bewley S. Pregnancy, delivery and neonatal complications in women with schizophrenia: a national population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;10.
11. Vickery PB. Concepts for selection and utilization of psychiatric medications in pregnancy. *Ment Health Clin*. 2023;13(6):255–67.
12. Ifteni P, Moga MAM, Burtea V, Correll CU. Schizophrenia relapse after stopping olanzapine treatment during pregnancy: a case report. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;10:901.
13. Indarti J, Ocviyanti D, Umami EA. Management of schizophrenia in pregnancy: a case report. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi Indonesia*. 2019.
14. Fatimah S, Fatmasaanti AU, Batari AK, Watampone T. Analisis faktor yang berhubungan dengan jenis persalinan pada ibu hamil. *Jurnal Kebidanan*. 2020;6.