

G4P3A0 Hamil 30 Minggu Belum Inpartu dengan Partus Prematurus Imminens dan Ketuban Pecah Dini

Putu Arya Laksmi Amrita Kirana¹, Nurul Islamy², Ade Yonata³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Partus Prematurus Iminens adalah adanya suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu-37 minggu). Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm adalah pecahnya *membrane chorio amniotic* sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Studi ini bersifat laporan kasus. Didapatkan data seorang wanita 34 tahun, datang dengan keluhan hamil kurang bulan keluar air-air jernih sejak 7 jam sebelum masuk rumah sakit (SMRS), serta keluar darah dan lender disertai dengan perut mulas menjalar sampai pinggang, hilang timbul tetapi jarang sejak 3 hari SMRS. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, compos mentis, TD 120/70 mmHg, nadi 100x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,6°C. Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) 3 jari dibawah processus xiphoides (26 cm), bagian teratas bokong, his (+) 2x dalam 10 menit, durasi 10-12 detik, denyut jantung janin (DJJ) 144x/menit. Pemeriksaan inspekulo didapatkan portio livid, Ostium Uteri Eksternum (OUE) tertutup, ketuban (+) tidak aktif, lakmus (+) merah menjadi biru, erosi/laserasi/polip (-). Tidak dilakukan pemeriksaan dalam pada pasien ini. Pasien didiagnosa G₄P₃A₀ hamil 30 minggu belum inpartu dengan partus prematurus imminens dan ketuban pecah dini. Selanjutnya pasien direncanakan terapi konservatif berupa observasi his, DJJ, dan tanda vital ibu, IVFD RL gtt xx/menit, dexamethasone 2x10 mg, nifedipine 4x10 mg, dan cefadroxil 2x500mg.

Kata kunci: Ketuban pecah dini, partus prematurus imminens, penatalaksanaan

G4P3A0 in 30 Weeks With Imminent Preterm and Premature Rupture of Membrane

Abstract

Imminent preterm is the presence of a threat in pregnancy with emergence signs in 20 weeks-37 weeks. Preterm premature rupture of membrane is rupture of chorioamniotic membrane before the onset of childbirth and occurs in gestational age less than 37 weeks. This study is a case report. A 34 years old woman with preterm pregnancy come with complained of the release of amniotic fluid that is odorless and can not be held from seven hours before entering hospital and accompanied by two days before entering hospital. It is accompanied by pain that intermitently radiating to the waist but still rare. From physical examination found moderate sick in general condition, compos mentis, BP 120/70mmHg, pulse 100 x/min, respiratory rate 20 x/min, temperature 36,6°C. General examination within normal limits. In obstetric examination found that fundus uteri is 3 finger under processus xiphoides (26 cm), his (+) 2x in 10 minutes duration 10-12 seconds, fetal heart rate 144 x/min. In inspekulo examination found that portio is livid, OUE closed, amniotic fluid (+) not active, erosion/laseration/polip (-), lakmus (+) red to blue. Vaginal toucher not performed in this patient. The diagnosis are G4P3A0 in 30 weeks pregnancy, not inpartu yet, with imminent preterm and premature rupture of membrane. Patient planned conservative therapy such as observation of his, fetal heart rate, and vital signs mother, IVFD RL gtt x x/min, dexamethasone 2x10 mg, nifedipine 4x10 mg, cefadroxil 2x500mg.

Keywords: Imminent preterm, premature ruptur of membrane, treatment

Korespondensi: Putu A.L Amrita Kirana, Jl. Slamet Riyadi 1 no.99, Teluk Betung Selatan, Bandar Lampung, HP 082282708878, e-mail: amritakiranaa@gmail.com

Pendahuluan

Salah satu ancaman dalam kehamilan adalah Partus Prematurus Iminens (PPI), yaitu timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20minggu-37 minggu) dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram.¹ Menurut Manuaba (2009), jika

proses persalinan berkelanjutan akan terjadi tanda klinik berupa kontraksi berlangsung sekitar 4 kali per 20 menit atau 8 kali dalam satu jam dan terjadi perubahan progresif serviks seperti pembukaan lebih dari 1 cm, perlunakan sekitar 75-80 % bahkan terjadi penipisan serviks.²

PPI dapat menyebabkan kelahiran premature jika tidak ditangani dengan segera. Kelahiran prematur merupakan masalah dengan prevalensi yang tinggi di dunia dan merupakan tantangan bagi dokter khususnya dokter kandungan untuk mengetahui penyebab dan pencegahan kelahiran prematur.³ Pencegahan komplikasi kelahiran prematur memerlukan penanganan yang tepat. Salah satunya dengan cara menangani ancaman kelahiran prematur atau partus prematurus imminens (PPI) dengan tepat.⁴

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan.⁵ Ketuban pecah dini (KPD) atau Premature Rupture of Membrane (PROM) merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, apabila ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu, maka disebut sebagai ketuban pecah dini prematur atau Preterm Premature Rupture of Membrane (PPROM). Insiden KPD pada tahun 2012 di Provinsi Lampung sebesar 3,8 per 100.000 kelahiran hidup. KPD menyebabkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Lampung sebesar 13,6% dan menyebabkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 17,1% akibat komplikasi asfiksia.^{7,8}

Kasus

Pasien wanita, Ny.Y berusia 34 tahun, hamil kurang bulan, datang dengan keluhan keluar air-air dari kemaluan sejak 7 jam SMRS. Keluar air-air tidak dapat ditahan, warna jernih, tidak berbau, dan pasien mengganti pembalut hingga dua kali. Keluhan ini disertai dengan perut mulas menjalar hingga pinggang hilang timbul tetapi masih jarang sejak 2 hari yang lalu. Keluhan dirasakan hilang timbul dan semakin lama semakin kuat dan sering. Kemudian pasien datang ke klinik bidan didekat rumahnya setelah mengalami keluar darah dan lendir ± 5 jam SMRS, lalu pasien dirujuk ke

RSAM. Riwayat trauma tidak ada, riwayat bersenggama sebelumnya tidak ada, riwayat keputihan tidak ada, riwayat minum jamu atau obat-obatan tidak ada, pasien baru saja pulang dari kampungnya di desa Rumbia dan menurut keterangan pasien jalannya rusak sehingga pasien mengalami guncangan disepanjang jalan.

Pasien mengalami haid pertama kali (menarche) pada umur 19 tahun dengan siklus haid yang teratur, lama menstruasi 5-7 hari dengan jumlah yang normal. Kehamilan ini adalah kehamilan keempat pasien. Pasien mengaku melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke bidan setiap bulan. Riwayat kencing manis, ginjal, darah tinggi dan lambung dalam keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran kompos mentis, tekanan darah 120/70 mmHG, nadi 100 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,6°C. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri adalah 26 cm, bagian teratas janin teraba satu bagian besar, bulat, keras, lunak dengan kesan bokong. Bagian kanan dan kiri teraba bagian memanjang di kiri. Kesan letak memanjang punggung kanan. Bagian terbawah janin teraba satu bagian besar, bulat, melenting, keras dengan kesan kepala. Konvergen dengan kesan kepala belum masuk PAP. Penurunan 5/5. Uterus berkontraksi dengan teratur, 2x dalam 10 menit durasi 10-12 detik. Denyut jantung janin 144 x/menit dan pemeriksaan dalam tidak dilakukan. Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan OUE tertutup, fluor (-) fluxus (+), lakmus (+), perdarahan tidak aktif dan tidak ada erosi/laserasi/polip.

Pemeriksaan penunjang pasien meliputi hemoglobin 11,8 gr/dl, leukosit 15.850/μL, hematokrit 32%, trombosit 282.000/μL. Indeks tokolitik 3. Pada pemeriksaan USG didapatkan kesan biometri janin 30 minggu, TBJ 2100 gr, plasenta di corpus anterior, ketuban cukup.

Berdasarkan pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis pada pasien ini adalah G4P3A0 hamil 30 minggu belum inpartu dengan partus prematurus iminens dan ketuban pecah dini, janin tunggal hidup presentasi kepala. Penatalaksanaan pada pasien dengan observasi ttv, his, dan djj, cek laboratorium: darah lengkap, ivfd RL gtt

xx/menit, Injeksi Dexamethasone 2x10 mg, nifedipine 4x10 mg tab, dan cefadroxil 2x500 mg.

Pembahasan

Pada kasus ini, diagnosis partus prematurus imminens dan ketuban pecah dini ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis didapatkan bahwa pasien mengeluhkan keluar air-air yang jernih dan tidak berbau sejak 7 jam SMRS dan diikuti dengan munculnya bercak darah dan lender. Pasien merasakan kontraksi pada perut serta nyeri perut yang menjalar ke punggung dan punggung bawah sejak 2 hari yang lalu. Pada pemeriksaan luar didapatkan his (+) dan tidak teratur. Pada pasien Ny. Y didapatkan dari pemeriksaan adanya kontraksi his yang berulang kali namun tidak teratur baik waktu ataupun durasinya, dan terjadi beberapa kali dalam sehari serta perdarahan bercak atau spotting pada usia kehamilan yang masih 30 minggu. Selain itu pasien juga mengeluhkan nyeri perut sampai ke nyeri punggung beberapa kali dalam sehari. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut, maka pasien didiagnosis mengalami Partus Prematurus Imminens. Diagnosis partus prematurus imminens atau sering disebut "*threatened preterm labour*" menurut Winkjosastro (2010) meliputi: kontraksi yang berulang sedikitnya 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit, adanya nyeri pada punggung bagian bawah, perdarahan bercak, perasaan menekan daerah serviks, pemeriksaan serviks menunjukkan tela terjadi pembukaan sedikitnya 2 cm dan penipisan 50-80%; presentasi janin rendah sampai mencapai spina isciadica, selaput ketuban pecah dapat menjadi tanda awal terjadinya persalinan preterm; dan terjadi di usia kehamilan 22-37 minggu.²

Menurut Stuart *et al*, pada anamnesis sebaiknya ditanyakan riwayat demam, trauma, diurut-urur, minum jamuan, intercourse terakhir, dan riwayat keputihan. Hal ini berguna untuk menentukan faktor predisposisi KPD.¹⁰ Pada pasien ini ditemukan riwayat berpergian dan selama perjalanan mengalami guncangan yang bisa menjadi faktor resiko dari ketuban pecah dini.

Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri adalah 26 cm, bagian teratas janin teraba bokong. Bagian kanan dan kiri teraba bagian memanjang di kiri. Kesan letak memanjang punggung kanan. Bagian terbawah janin teraba kesan kepala. Konvergen dengan kesan kepala belum masuk PAP. Penurunan 5/5. Uterus berkontraksi dengan tidak teratur. Denyut jantung janin 144 x/menit.

Pemeriksaan obstetric sangat dibutuhkan untuk membantu penegakkan diagnosis. Pecahnya ketuban didiagnosis ketika cairan amnion dilihat dengan adanya pooling di fornix posterior atau cairan bening mengalir dari saluran serviks. Pada pemeriksaan inspekulo pasien didapatkan OUE tertutup, fluor (-) fluxus (+), perdarahan tidak aktif E/L/P (-), lakmus (+). Normalnya, pH cairan vagina normal berkisar 4,5-5,5, sedangkan cairan amnion berkisar antara 7,0- 7,5.¹³ Pada pasien ini terjadi perubahan kertas lakmus merah menjadi biru, hal ini mengindikasikan bahwa terdapat cairan amnion pada fornix posterior. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan vaginal toucher. Hal ini disebabkan vaginal toucher pada kehamilan preterm yang belum memasuki masa persalinan dapat mengakumulasi serviks dengan flora vagina yang dapat menjadi pathogen sehingga menimbulkan pelepasan prostaglandin, infeksi intrauterin dan persalinan preterm. Vaginal toucher hanya dilakukan pada KPD yang sudah memasuki masa persalinan atau dilakukan induksi persalinan.^{11,12}

Pada pemeriksaan laboratorium darah didapatkan hasil dalam batas normal namun terdapat peningkatan kadar leukosit. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan infeksi. Pada pasien juga dilakukan USG konfirmasi yang menunjukkan kesan jumlah ketuban yang cukup. Dari anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan pada pasien mengarahkan ke diagnosis Partus Prematurus Imminens dan Ketuban Pecah Dini, sehingga diagnosa G4P3A0 hamil 30 minggu belum inpartu dengan PPI dan KPD, JTH intrauterine sudah tepat

Pada pasien ini diberikan terapi konservatif dengan pertimbangan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi pada amnion dan keadaan umum ibu serta janin masih baik.

Terapi konservatif yang dilakukan pada pasien yaitu observasi tanda vital ibu, his, dan DJJ tiap 4-6 jam sekali, diberikan terapi cairan, injeksi dexamethasone 2x10 mg, diberikan tokolitik menggunakan nifedipine 4x10 mg, dan diberikan cefadroxil 2x500 mg serta edukasi untuk mengurangi aktivitas berat, vulva hygiene, dengan harapan janin dapat dipertahankan.

Pada pasien ini dilakukan observasi terhadap DJJ dan tanda vital ibu. Hal ini dilakukan guna untuk mengetahui keadaan janin dan juga keadaan ibu. DJJ di pantau untuk mengetahui jika ditemukan adanya gawat janin yang dapat mengancam janin. Morbiditas dan mortalitas pada KPD mencakup gawat janin yang dapat terjadi karena adanya penekanan pada plasenta dikarenakan oligohidramnion, intra uterin fetal death (1-2% kasus).

Pemantauan tanda vital ibu untuk mengetahui kondisi ibu atau keadaan yang dapat mengancam nyawa ibu seperti terjadinya infeksi. Infeksi ibu yang ditandai dengan temperatur >38 o C, 2 atau lebih dari tandatanda nyeri uterus, kontraksi, ketuban bau, leukosit meningkat dan kultur menunjukkan nilai positif.

Penatalaksanaan pada pasien ini sudah tepat, yaitu konservatif, atau mempertahankan kehamilan sampai usia kehamilan mencapai usia aterm. Penatalaksanaan konservatif meliputi pemberian obat sebagai tokolitik dan pemberian obat untuk pematangan paru janin. Pemberian tokolitik yaitu dengan pemberian nifedipine oral 4x 10 mg tab dan pemberian kortikosteroid yaitu dengan pemberian deksametason 2 x 10 mg/hari bolus selama 2 hari. Pada pasien tidak direncanakan partus pervaginam sebab indeks tokolitik bernilai 2, dan selama observasi tidak ada tanda gawat janin, kematian janin, perdarahan aktif, atau tanda tanda korioamnionitis. Pemberian antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi intrauterin akibat terhubungunya cavum intrauterine dengan dunia luar akibat pecahnya selaput ketuban.

Pada ibu hamil dengan resiko terjadi persalinan preterm dan/atau menunjukkan tanda-tanda persalinan preterm perlu dilakukan intervensi untuk meningkatkan neonatal outcomes. Beberapa langkah yang dilakukan pada persalinan preterm, terutama

mencegah morbiditas dan mortalitas neonatus preterm adalah menghambat proses persalinan preterm dengan pemberian tokolisis, pematangan paru janin dengan kortikosteroid dan bila perlu dilakukan pencegahan terhadap infeksi. Beberapa macam obat yang dapat diberikan sebagai tokolisis adalah golongan kalsium antagonis, misalnya Nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang dan dapat diberikan lagi jika kontraksi berulang dan dosis perawatan 3 x 10 mg. Alternatif medikasi lainnya adalah golongan β -mimetik lain seperti salbutamol, terbutaline, ritrodin dan soksuprin atau sulfat magnesikus (MgSO₄) dan antiprostaglandin (indometasin), namun jarang dipakai karena efek samping pada ibu ataupun janin.

Pemberian terapi kortikosteroid bertujuan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insidensi RDS, mencegah perdarahan intraventrikular, yang akhirnya dapat menurunkan resiko kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan jika usia kehamilan < 35 minggu. Obat yang dapat diberikan adalah deksametason (dengan dosis 4x 6 mg i.m dengan jarak pemberian 12 jam) atau beksametason (dengan dosis 2 x 12 mg i.m dengan jarak pemberian 24 jam).^{2,7,18}

Simpulan

Pasien wanita, 34 tahun didiagnosa sebagai G4P3A0 hamil 30 minggu dengan Partus Prematurus Iminens (PPI) dan Ketuban Pecah Dini (KPD). Penatalaksanaan pasien secara konservatif sudah tepat.

Datar Pustaka

1. Nugroho T. Kasus emergency kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010
2. Manuaba, Ida Bagus Gede. Pengantar kuliah obstetric. Jakarta: EGC; 2007
3. Prawirohardjo S. Ilmu kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008
4. ACOG Committee on Practice Bulletin Obstetrics. ACOG Practice Bulletin no. 80: Premature rupture of membranes: Clinical guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol. 2007; 109(4):1007-19

5. Cunningham FG, Norman FG, Kenneth JL, Larry CG III, Jhon CH, Katharine DW. *Obstetri William*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC;2005
6. Soewarto. S. Ketuban pecah dini. Dalam : *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke-4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.Hlm. 678-82
7. Mohr T. Premature rupture of the membrane. *Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol*. 2010; 5(1): 28-36
8. Depkes. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung*. Bandar Lampung: Depkes:2015
9. Wiknjosastro H. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009; 523 - 529.
10. Stuart EL, Evans GS, Lin YS, Powers HJ. Reduced Collagen and Ascorbic Acid Concentrations and Increased Proteolytic Susceptibility with Prelabor Fetal Membrane Rupture in Women. *Biol Reprod*. 2005; 72(1): 230-5.
11. Gian CD. *Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes*. Wiley International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2019
12. Davidson KM. Detection of premature rupture of the membranes. *Clin Obstet Gynecol*. 1991;34(4): 715-22
13. Lewis DF, Major CA, Towers CV, Asrat T, Harding JA, Garite TJ. Effects of digital vaginal examination on latency period in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol*.1992; 80(4): 630-4
14. Alexander JM, Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenburg RL, Das AF et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*.2000;183(4): 1003-7
15. Oxorn, H. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan (Human Labor and Birth)*. Yogyakarta: YEM; 2010.
16. Price, Sylvia A & Lorraine, M. Wilson. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta : EGC; 2005
17. Price, Sylvia A & Lorraine, M. Wilson. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta : EGC; 2005
18. Oktavia N, Yulistiani, Markus UH, Mamo HI. Effectiveness and safety differences of isoxsuprine and nifedipine ad tocolytics in the risk of preterm labor. *Folia Medica Indosiana*. 2017; 53(4) 242.