

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETUBAN PECAH DINI (KPD) PADA NY.S DENGAN KEHAMILAN KURANG DARI 37 MINGGU di RUMAH SAKIT ISLAM SUNAN KUDUS

Oleh

N.L. Safitri¹⁾, Ambarwati²⁾

¹⁾ *Alumni Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus*

²⁾ *Dosen Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus*

ABSTRAK

Penulisan ini merupakan studi literatur yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini (KPD). Studi ini dilaksanakan dengan observasi dan wawancara pada ibu hamil kurang dari 37 minggu yang dirawat di ruang Bersalin RSI Sunan Kudus. Hasil obverasi menunjukkan bahwa cairan keluar dengan kualitas banyak dan warna keruh. Pada pemeriksaan USG didapatkan data Oligohidramnion. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan KPD adalah umur ibu, umur kehamilan, gravida, paritas, pekerjaan, faktor obstetrik, faktor pendidikan dan sosial ekonomi yang dapat menimbulkan berbagai masalah seperti infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal.

Kata kunci: janin, kehamilan, ketuban pecah dini,

PENDAHULUAN

Ketuban pecah dini (KPD) termasuk masalah penting dalam obstetrik yaitu keluarnya cairan berupa air-air vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu juga berkaitan dengan penyulit kelahiran premature terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu.^{1,2} KPD didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan, pada keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini maupun kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu.^{1,2}

KPD di Indonesia secara global 80% kematian ibu. Pola penyebab langsung dimana-mana yaitu perdarahan (25%) biasanya perdarahan pasca persalinan, sepsis (15%) hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%)

komplikasi abortus tidak aman (13%), ketuban pecah dini (4%) dan sebab-sebab lainnya (8%).²

Di Propinsi Jawa Tengah selama tahun 2012 berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Tengah angka kematian ibu mencapai 675 kasus dan cenderung meningkat dibandingkan dengan tahun sebelumnya.³

Angka kematian ibu maternal merupakan gambaran dari status gizi dan kesehatan ibu dan tingkat pelayanan kesehatan di masyarakat terutama pada ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu nifas. Berdasarkan data laporan puskesmas maupun dari pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA) Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus tahun 2007, jumlah kematian ibu maternal sebesar 20 ribu atau angka kematian ibu maternalnya adalah 130 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih dibawah target nasional tahun 2010 (150 per 100.000 kelahiran hidup).⁴

Semakin rendah masa gestasi dan semakin kecil bayi yang dilahirkan makin

tinggi morbiditas dan mortalitasnya. Beberapa organ bayi mungkin belum berkembang sepenuhnya sehingga bayi memiliki resiko tinggi menderita penyakit tertentu. Oleh sebab itu, bayi mengalami banyak kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya. Dalam hubungan ini sebagian kematian perinatal terjadi pada bayi-bayi prematur.⁵

Berdasarkan karakteristik penyebab ibu bersalin dengan KPD meliputi umur ibu, umur kehamilan, gravida, paritas, pekerjaan, faktor obstetrik, faktor pendidikan dan sosial ekonomi. Faktor obstetrik meliputi hidramnion, gemelli, serviks inkompeten dan kelainan letak janin.⁶

Berdasarkan sumber data dan angka kejadian tersebut penulis tertarik untuk mendalami tentang “faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD pada kehamilan kurang dari 37 minggu”.

METODOLOGI

Penulisan ini adalah evaluasi terhadap ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) terutama faktor-faktor yang mempengaruhi KPD pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, dengan analisa data menggunakan deskriptif yang terjadi pada Ny.S dengan studi literatur.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 21 April 2014 pukul 09.00 WIB di Ruang Bersalin Fathimah Az-zahra' Rumah sakit Islam Sunan Kudus. Pasien dengan nama Ny. S dengan G1P0A0 yang berusia 36 tahun, yang bekerja sebagai buruh di sebuah pabrik rokok dengan pendidikan SD, saat dikaji pasien mengatakan sudah mengeluarkan cairan dengan kualitas banyak dan warna keruh. Riwayat keperawatan, pada riwayat keperawatan sekarang pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien masih dapat bekerja dipabrik seperti biasanya. Kemudian setelah pulang dari bekerja tiba-tiba pasien

mengeluarkan cairan dari dalam vaginanya dengan kualitas banyak dan warna keruh, kemudian oleh keluarga pasien langsung dibawa ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan. Dan dari puskesmas pasien dirujuk ke Poli Kebidanan Rumah Sakit Islam Sunan Kudus pada pukul 08.30 WIB untuk dilakukan pemeriksaan USG. Hari pertama haid terakhir (HPHT) pasien adalah 23 Agustus 2013, jadi usia kehamilan pasien adalah 34 minggu lebih 3 hari.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan KU dan TTV didapatkan data pasien tampak lemah, *Glasgow Coma Scale*: 15, E 4 M 6 V 5, TD 110/70 mmHg, RR 20x/menit, S 36°C, N 84x/menit dan pada pemeriksaan fisik abdomen inspeksi bentuk cembung, tampak linea nigra dan striae gravidarum, auskultasi peristaltic usus 15x/menit, perkusi suara tympani, palpasi Leopold I teraba bokong pada bagian atas fundus uteri, TFU 29 cm 2 jari diatas pusat. Leopold II teraba punggung janin di kiri perut ibu. Leopold III teraba kepala janin dibagian bawah fundus uteri. Leopold IV kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP), denyut jantung janin (DJJ) 140x/menit terdengar disebelah kiri perut ibu.

Hasil pemeriksaan USG pada tanggal 22 April 2014 jam 08.30 WIB didapatkan data Oligohidramnion. Pada pemeriksaan dalam dihasilkan dinding vagina licin, terdapat pengeluaran pervaginam berupa cairan dalam jumlah banyak berwarna putih agak keruh, dan tidak menunjukkan adanya pembukaan.

Pembahasan

Ketuban pecah dini (KPD) termasuk masalah penting dalam obstetrik yaitu keluarnya cairan berupa air-air vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu juga berkaitan dengan penyulit kelahiran premature terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu.^{1,2} KPD didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan, pada keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini maupun kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu.^{1,2}

Mekanisme KPD ialah ketuban pecah dalam persalinan secara umum 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. 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.¹ Pada kebanyakan kasus KPD penyebabnya masih belum diketahui, namun terdapat faktor predisposisi diantaranya umur ibu, umur kehamilan, gravida, paritas, pekerjaan, faktor obstetrik, faktor pendidikan dan sosial ekonomi.^{6,7}

Faktor predisposisi yang pertama adalah faktor obstetrik. Faktor ini terdiri dari multipara, malposisi, disproporsi dan serviks inkompeten. Hal ini senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa faktor obstetrik termasuk faktor predisposisi dari KPD yang terdiri dari *overdistensi uterus*, *serviks inkompeten*, *serviks konisasi/pendek* dan *sepalopelvik disproporsi* (CPD).⁸ *Overdistensi uterus* yaitu tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan. *Inkompetensi serviks* (*Cervical Incompetence*) didasarkan pada adanya ketidakmampuan serviks uteri untuk mempertahankan kehamilan. *Inkompetensi serviks* sering menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini dapat berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis, dan jarang berhubungan dengan kelainan uterus karena *Diethylstilbestrol* (DES). Sebagian besar kasus ini merupakan akibat dari trauma bedah pada serviks pada konisasi, prosedur eksisi *loop electrosurgical*, dilatasi berlebihan serviks pada terminasi kehamilan atau laserasi obstetrik. *Disproporsi sefalopelvik* (CPD), yang berhubungan dengan ukuran janin yang berlebihan (4000 gram/5 pon 13 ½ ons atau lebih) terjadi pada 5% kelahiran *aterm*. Ukuran janin yang besar

atau makrosomia berhubungan dengan diabetes mellitus maternal, obesitas, multiparitas atau ukuran besar pada salah satu atau kedua orangtua.⁸

Umur ibu menjadi faktor predisposisi KPD karena umur sangat menentukan suatu kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun.⁷ Hal ini senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan golongan risiko tinggi untuk melahirkan. Kematian maternal pada wanita dan melahirkan pada usia 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun, kelahiran primigravida berusia 35 tahun atau lebih berkisar 3% dari semua kelahiran, ini merupakan risiko lebih tinggi terhadap komplikasi medis dan obstetrik.⁶

Umur kehamilan termasuk faktor predisposisi KPD karena pada saat kelahiran, umur kehamilan merupakan satu-satunya alat ukur kesehatan janin yang paling bermanfaat dan waktu kelahiran sering ditentukan dengan pengkajian usia kehamilan lebih lanjut, pengetahuan yang jelas tentang usia kehamilan mungkin sangat penting karena dapat timbul sejumlah penyulit kehamilan yang penanganannya bergantung pada usia janin.⁷ Hal ini senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa periode waktu dari KPD sampai kelahiran berbanding terbalik dengan usia kehamilan saat ketuban pecah, jika ketuban pecah trimester III hanya diperlukan beberapa hari saja hingga kelahiran terjadi dibanding dengan trimester II, makin muda kehamilan antar terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur, semakin lama menunggu kemungkinan infeksi akan semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal.⁶

Gravida 1 dan gravida lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, karena pada primigravida atau ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam persalinan, sehingga dapat menyebabkan meningkatnya tekanan intra uterin sehingga terjadi KPD, sedangkan pada gravida lebih dari 3, mortilitas uterus

dan kelenturan leher rahimnya sudah tidak berfungsi dengan baik.⁷ Hal ini senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa lebih tinggi gravida, lebih tinggi kematian maternal. Risiko kematian pada gravida I, dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan pada gravida lebih dari 3 dapat dicegah dengan keluarga berencana.⁶

Paritas 1-2 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal, karena pada paritas ini ibu sudah memiliki pengalaman dalam menjalani proses kehamilan dan persalinannya. Selain itu, pada ibu multipara mortalitas uterus dan kelenturan leher rahim masih berfungsi dengan baik.⁷ Hal ini pun senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa paritas 0 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka akan lebih tinggi terjadinya kematian maternal. Risiko pada paritas 0 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik. Sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.⁶

Pekerjaan juga termasuk salah satu faktor predisposisi terjadinya KPD, karena pekerjaan yang berat dapat menimbulkan tekanan fisik yang tinggi dan dapat menimbulkan trauma pada ibu hamil. Dan bekerja pada umumnya membutuhkan waktu dan tenaga yang banyak, sehingga aktivitas yang berlebihan dapat mempengaruhi kehamilan ibu untuk menghadapi proses persalinannya.⁷ Hal ini senada dengan hasil penelitian Susilowati dan Astuti (2010) yang melaporkan bahwa pada kondisi ekonomi sekarang banyak wanita hamil yang bekerja. Asalkan tidak terlalu lelah dan perutnya yang membesar tidak mengganggu pekerjaannya, serta kondisi industrial dikantor, pabrik atau tempat wanita bekerja tidak mengganggu kesehatan ibu atau janin. Dan juga setiap pekerjaan yang menyebabkan wanita hamil akan mengalami tekanan fisik hebat yang harus dihindari.⁶

Faktor selanjutnya yang menyebabkan KPD adalah faktor pendidikan, karena tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Ibu yang berpendidikan rendah akan lebih sulit untuk menerima gagasan baru, juga cenderung tidak ingin memeriksakan kehamilannya. Berbeda dengan ibu yang berpendidikan tinggi biasanya akan bertindak lebih rasional. Oleh karena itu, ibu yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah menerima gagasan baru dan akan memeriksakan kehamilannya secara teratur demi menjaga keadaan kesehatan dirinya dan anak dalam kandungannya.⁷

Faktor terakhir yang dapat menyebabkan KPD adalah sosial ekonomi, karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan, antara lain makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat-obatan, tenaga kesehatan dan transportasi/sarana angkutan. Faktor pendapatan yang rendah tidak dapat memenuhi kebutuhan ibu hamil seperti nutrisi yang seimbang sampai dengan proses persalinannya. Keterbatasan ekonomi dapat mendorong ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan rutin kehamilannya karena tidak mampu untuk membayarnya.⁷

Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal. Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada KPD. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada KPD premature, infeksi lebih sering daripada *aterm*. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.⁸ Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat. Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari

normal, yaitu kurang dari ½ liter. Sebab yang pasti tidak begitu diketahui, tetapi untuk penyebab primer kemungkinan disebabkan karena amnion kurang baik pertumbuhannya, dan penyebab sekunder misalnya pada ketuban pecah dini *premature rupture of the membrane* (PROM).⁹

Penatalaksanaan ketuban pecah dini yaitu pastikan diagnosis, tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin, apakah dalam keadaan inpartu dan terdapat kegawatan janin. Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang yang disertai tanda-tanda lain dari persalinan. Diagnosis ketuban pecah dini premature dengan inspekulo dilihat adanya air ketuban keluar dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil sekitar 4,5, bila ada cairan ketuban pHnya sekitar 7, 1-7, 3, antiseptic yang alkalin akan menaikkan pH vagina. Dengan pemeriksaan *ultrasound* adanya KPD dapat dikonfirmasi dengan adanya oligohidramnion. Bila air ketuban normal agaknya ketuban pecah dapat diragukan serviks. Penderita dengan KPD harus masuk rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika pada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi. Bila ketuban pecah dini pada kehamilan premature, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan pasien KPD yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaannya tergantung pada usia kehamilan.¹ Cara persalinan pada kasus KPD, persalinan dapat diselesaikan dengan partus spontan, ekstraksi vakum, dan seksio sesarea.⁵ Ekstraksi vakum ialah suatu persalinan buatan, janin dilahirkan dengan ekstraksi tenaga negative (vakum) dikepalanya. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mempercepat persalinan pada keadaan tertentu terutama pada KPD ketika telah terlihat adanya gawat janin, dan waktu persalinan kala yang terlalu lama.⁵ Terminasi juga dapat dilakukan persalinan

dengan cara seksio sesarea yaitu pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim. Hal ini dilakukan dengan indikasi disproporsi sepelopelvik, gawat janin, plasenta previa, pernah seksio sesarea sebelumnya.¹⁰

Selain dari hal tersebut diatas, penulis juga memaparkan tentang pentingnya asuhan antenatal yang terfokus dengan tujuan peningkatan kesehatan dan kelangsungan hidup, deteksi dini penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin, dan intervensi yang tepat waktu untuk menatalaksana suatu penyakit atau komplikasi.⁷

SIMPULAN

KPD merupakan salah satu masalah yang dialami oleh ibu hamil. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan KPD adalah umur ibu, umur kehamilan, gravida, paritas, pekerjaan, faktor obstetrik, faktor pendidikan dan sosial ekonomi yang dapat menimbulkan berbagai masalah seperti infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagal persalinan normal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan.4* Ed.P.T. Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo.Jakarta.2008:677-681.
2. Saifuddin, A. Wiknjosastro, G. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 1* Ed. Cet 12. Editor, Abdul Bari Saifuddin, Gulardi Hanifa Wiknjosastro, Biran Affandi, Djoko Waspodo.PT Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo.Jakarta.2010:112-114.
3. Anonim.*AKI di Jawa Tengah Selama 2012 Capai 675 Kasus.*(Online)Feb2012.
<http://www.jatengtime.com>(diakses tanggal 30 Mei 2015).
4. Dinas Kabupaten Kudus. *Angka Kematian Ibu Maternal.* (Online)2007.
www.kuduskab.go.id/kesehatan.php#(diakses tanggal 30 Mei 2015).

5. Mansjoer, Arief. *Kapita Selekta Kedokteran*. 3 Ed. Jilid I. Media Ausculapius. Jakarta.2001:329-333, 340-344.
6. Susilowati E, Dwi L. *Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2009*. Jurnal Kebidanan Panti Wilasa. Vol 1. No 1. Oktober 2010.
7. Walyani, Elisabeth. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. PUSTAKABARUPRESS. Yogyakarta. 2015
8. Bobak. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. 4 Ed. EGC. Jakarta. 2005:786.
9. Manuaba IBG. IA Chandranita M. IBG Fajar M. *Ketuban Pecah Dini, Kehamilan dengan Risiko Tinggi Dalam Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC. Jakarta. 2007:456-460.
10. Fitriani, Hasifah, Eddyman W. *Hubungan Ketuban Pecah Dini (KPD) terhadap Kejadian Bayi Lahir Prematur di RSIA Siti Fatimah Makassar*. Vol 1. No 1. 2012. ISSN: 2302-2531.