

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1. Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan problematika yang sering terjadi dan seringkali menimbulkan berbagai konsekuensi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi terutama kematian perinatal yang cukup tinggi. Kematian perinatal yang cukup tinggi ini antara lain disebabkan kematian akibat kurang bulan dan kejadian infeksi yang meningkat karena partus tak maju, partus lama dan partus buatan yang sering dijumpai pada pengelolaan kasus KPD terutama pada pengelolaan konservatif (Mardjuki et al, 1985).

Dilema sering terjadi pada pengelolaan KPD dimana harus segera bersikap aktif terutama pada kehamilan genap bulan, atau harus menunggu sampai terjadi proses persalinan sehingga masa tunggu akan memanjang berikutnya meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi. Sedangkan sikap konservatif ini sebaiknya dilakukan pada KPD kehamilan kurang bulan dengan harapan tercapainya pematangan paru dan berat badan yang cukup. (Morales & Talley, 1993, Varner, Galask, 1983)

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten, yaitu waktu sejak kulit ketuban pecah sampai terjadinya tanda-tanda persalinan dan durasi KPD yaitu waktu sejak kulit ketuban pecah sampai ba

keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan

kejadian infeksi dan komplikasi KPD yang lain. (Wewengkang

Beberapa sumber menyebutkan pengelolaan KPD pada kehamilan aterm masih dengan sikap menunggu dengan harapan terjadi proses persalinan dengan sendirinya. Mirza dan Hadisaputra 1993, menyebutkan masa tunggu tidak boleh lebih dari 6 jam. Wewengkang menulis jika sesudah 12 jam kulit ketuban pecah sedangkan tanda-tanda persalinan belum didapat, dilakukan induksi oksitosin. Sarkawi dkk juga mengatakan ditunggu setelah 12 jam dihitung sejak kulit ketuban pecah (Sarkawi, et al, 1983).

Pengelolaan KPD pada kehamilan preterm juga dengan masa tunggu yang lama sebagai usaha konservatif untuk mempersiapkan janin agar bisa hidup di luar kandungan (Evaldson, et al, 1982).

Kedua pengelolaan tersebut baik KPD pada keberhasilan aterm maupun preterm, tentunya membawa konsekuensi meningkatnya kejadian infeksi dan komplikasi lain sehubungan dengan memanjangnya periode laten maupun durasi KPD.

Beberapa ahli berpendapat perlu adanya pemberian antibiotika sebagai profilaksis, sebagian ahli berpendapat pemberian antibiotika sebagai profilaksis. Sebagian ahli berpendapat pemberian antibiotika profilaksis ini dapat menurunkan kejadian infeksi pada ibu dari 18% sampai 0% tetapi tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus. Walaupun terapi antibiotika tidak berfaedah terhadap janin dan uterus, tetapi lebih penting usaha pencegahan khorioamnionitis daripada usaha pengobatannya.

## I.2. Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, timbul permasalahan sebagai berikut :

1. Mengapa pengelolaan KPD pada kehamilan aterm mengambil sikap menunggu sebelum melakukan tindakan aktif ?
2. Sampai kapan pengelolaan konservatif KPD pada kehamilan preterm. dipertahankan ?

## I.3. Tujuan

Penulisan karya ilmiah ini bertujuan memberikan penyegaran pengetahuan KPD dan pengelolaannya. Disamping itu juga memberikan pengertian - pengertian baru mengenai masalah KPD berdasarkan perkembangan penelitian - penelitian ilmiah yang telah dipublikasikan. Menjelaskan alasan mengapa pengelolaan KPD pada kehamilan aterm mengambil sikap menunggu sebelum dilakukan tindakan aktif dan menerangkan sampai kapan pengelolaan konservatif KPD pada kehamilan preterm dapat dipertahankan.

## I.4. Tinjauan Pustaka

### I.4.1. Definisi

Ketuban pecah diri atau Premature Rupture of the Membrane (PROM) dalam beberapa kepustakaan masih didapatkan perbedaan definisi. Dalam berbagai kepustakaan tentang KPD, para penulis terbeleng

terminologi yang standar dan spesifik. Beberapa  
beberapa teori tentang faktor penyebab KPD  
selaput ketuban, peninggian tekanan intrav  
kelainan letak, CPD kehamilan ganda dan C  
1984, Wewengkang, 1984).

Definisi KPD yang dikemukakan penulis tidak sama. Beberapa  
penulis menganggap ketuban pecah dini yaitu apabila ketuban pecah spontan  
dan tidak diikuti persalinan 1 jam atau lebih. Penulis lain berpendapat  
KPD ialah bila ketuban pecah spontan sebelum persalinan mulai. Sedangkan  
ada pula yang berpendapat bila ketuban pecah sebelum pembukaan dari  
kasus KPD pada kehamilan aterm atau dekat aterm akan diikuti oleh  
persalinan dalam 24 jam berikutnya (Diapari Siregar, et al, 1979).

Kepustakaan-kepustakaan terbaru tidak lagi mempermasalahkan  
definisi KPD, ini berarti bahwa para ahli telah mempunyai persepsi dan  
pengertian yang sama dalam mendefinisikan KPD.

#### I.4.2. Angka Kejadian

Berapa peneliti melaporkan hasil penelitian mereka dan didapatkan  
angka kejadian yang bervariasi. Fayes dkk dalam laporannya menyebutkan  
angka kejadian KPD sebesar 7,6% dari 1,696 persalinan yang ditelitinya.  
Sementara Johnson dkk. mencatat angka kejadian KPD 4-45% dari total

Hal yang menguntungkan dari angka kejadian KPD yang dilaporkan, bahwa KPD lebih banyak terjadi pada kehamilan genap bulan daripada kurang bulan. Mandjuki dkk, melaporkan kasus KPD di RS Dokter Kariadi Semarang 1 Januari sampai 31 Desember 1983, ditemukan 225 penderita KPD dari 4.410 persalinan. Ini berarti sekitar 5,10 % total persalinan. Dari 225 penderita tersebut 73,78 % (166/225) adalah KPDS dengan kehamilan genap bulan (berat bayi lahir lebih atau sama dengan 2.500 gram) dan 26,22 % (59/225) dengan kehamilan kurang bulan (Mandjuki, et al, 1985).

Penelitian Risanto di RS Dokter Sardjito Yogyakarta sesama periode 1 Januari samapi dengan 31 Desember 1987, diperoleh 142 kasus KPD dari 964 persalinan (14,73%) dan 130 penderita KPD telah diteliti. Dua puluh penderita (15,38%) dengan umur kehamilan 28-37 minggu, 108 penderita (83,08%) dengan kehamilan 43-44 minggu (Siswosudarmo, 1991).

#### I.4.3 Etiologi

Walaupun banyak publikasi tentang KPD, namun penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditemukan dengan pasti. Berapa laporan telah menyebutkan faktor – faktor yang berhubungan erat dengan kejadian KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan masih sulit ditentukan (Gregor , et al, 1993).

Penemuan penyebab atau faktor-faktor resiko terjadinya KPD adalah penting untuk preventif karena adanya hubungan antara

persalinan preterm dan infeksi perinatal. Berapa hal yang dianggap sebagai penyebab atau faktor resiko terjadinya KPD adalah :

1. Tekanan intrauterin yang tinggi atau meningkat secara berlebihan (hidramnion, kehamilan ganda).
2. Kelainan letak.
3. Serviks inkompetan.
4. Kelainan dan kelemahan kulit ketuban, antara lain :
  - a. Faktor Kelainan Bawaan
  - b. Kulit ketuban penderita KPD ternyata lebih tipis dibandingkan dengan penderita tanpa KPD.  
(Gibbs & Blanko, 1982)

c. Faktor Gizi

Keadaan sosial ekonomi yang rendah dapat menyebabkan terjadinya kelainan-kelainan dalam kehamilan, termasuk kelemahan dari kulit ketuban. Pada penderita KPD dengan kadar vitamin C 0,20 mg % dalam plasma darahnya angka kejadian KPD 15%, sedangkan bila kadar 0,60 mg% (normal) angka kejadian KPD hanya 1 % (Mardjuki, et al, 1984 ).

5. Infeksi

Infeksi saluran reproduksi wanita terutama serviks menyebabkan kulit ketuban ikut meradang, sebagai akibatnya menjadi lemah sehingga merupakan predisposisi terjadinya KPD (Evaldson, et al, 1982).

## 1. Anamnesis

Penderita menyatakan telah mengeluarkan cairan dari kemaluannya atau ngepyok. Cairan berbau khas dan keluar sebelum proses persalinan terjadi. Belum ada tanda-tanda lendir darah dan rasa kemeng-kemeng atau rasa sakit yang sering pada kandungan (Fayes, et al, 1978).

## 2. Pemeriksaan Luar

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina. Bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak pemeriksaan ini akan lebih jelas (Mardjuki, et al, 1985).

## 3. Pemeriksaan dengan Spekulum

Pemeriksaan ini diharapkan terlihat keluarnya cairan dari Ostium Uteri Eksternum (OUE), kalau perlu dengan sedikit penekanan (Sarkawi, et al, 1983).

## 4. Pemeriksaan Laboratorium

### a. Perubahan PH

Pemeriksaan ini dipelopori oleh Baptisi pada tahun 1939 menggunakan kertas nitrazin, dimana prinsipnya menentukan PH atas perbedaan PH antara cairan vagina yang bersifat asam (PH 4,5-5,5) dan cairan ketuban yang bersifat alkalis (PH 7,0-7,5) (Wewengkang, 1984).

Pemeriksaan ini mudah dan sederhana, dengan kapas steril

nitrazin. Bila terjadi perubahan warna ditera dengan tabel dan diinterpretasikan.

b. Pengecatan Globuli Lemak Fetus

Pengecatan globuli lemak fetus ini dilaksanakan dengan pengecatan sudan III. Dengan pemeriksaan ini didapatkan ketepatan diagnostik 96,5 % (Mardjuki, 1984).

c. Pemeriksaan Histokimia

Pemeriksaan histokimia dilakukan dengan mengidentifikasi sel-sel skuamos dari fetus dan rambutnya. Pengecatan menggunakan asrindin orange dan didapatkan ketetapan 89,7 % - 92 % (Mardjuki, 1984).

d. Pengukuran Diamine Oksidasi

Cairan amnion mengandung konsentrasi DAO hampir sama dengan konsentrasi dalam plasma darah ibu. Enzim tersebut ditemukan dalam cairan vagina bila kulit ketuban pecah. DAO juga ditentukan dalam vagina jika terdapat darah di dalamnya sehingga adanya darah dalam vagina sering mengacau pemeriksaan ini (Mardjuki, 1984).

5. Pemeriksaan Flouresensi

Pemeriksaan dilakukan dengan cara menyuntikkan sodium flouresensi dalam kavum uteri secara perlahan-lahan dan hati-hati. Setelah 1-15 menit diperiksa dengan ophthalmoskopi. Dengan menggunakan



sinar ultraviolet gelombang panjang akan terlihat cairan yellow green fluoresen mengalir dari ostium uteri eksternum (Mardjuki, 1984).

#### 6. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita-penderita oligohidramnion (Mardjuki, 1984).

Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesis dan pemeriksaan yang sederhana. Dalam laporan penelitian KPD di RS Dokter Kariadi Semarang oleh Mardjuki dkk, disebutkan bahwa KPD didiagnosis dengan :

- Anamnesis : mengeluarkan air ketuban (kawah), his belum teratur (belum ada), belum ada pengeluaran lendir darah.
- Pemeriksaan : terlihat jelas pengeluaran air ketuban, inspekulo terlihat pengeluaran air ketuban dari OUE. Kertas lakmus : terjadi perubahan warna (biru) (Mardjuki, et al, 1985).