

Ketuban pecah dini pada kehamilan cukup bulan: Penanganan secara aktif (PA) vs penanganan secara konservatif (PK)

Sulchan Sofowean

Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada/RSUP DR. Sardjito

Yogyakarta

ABSTRACT

Sulchan Sofowean - *Full term premature rupture of the membrane (PROM): Active management (AM) vs conservative management (CM)*

Background: The management of premature rupture of the membrane (PROM) is one of the most controversial areas in obstetrics. In the case of full term PROM, the obstetrician is often faced with either immediate induction of labor with higher incidence of caesarean section or awaiting spontaneous labor with higher incidence of chorioamnionitis.

Objective: To compare pregnancy outcomes between active management (AM) and conservative management (CM) in full term PROM.

Methods: The study was carried out in randomized controlled trial at the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University/Sardjito Hospital Yogyakarta. Sixty full term PROM cases admitted to the hospital between July-December 1994 were randomly allocated into AM (n=30) and CM (n=30).

Results: Caesarean section rate due to the failure of induction among AM group was significantly higher than those in CM group ($p=0.03$). Maternal and perinatal infection were not statistically significant ($p>0.50$). The total number of newborn babies with asphyxia was higher in AM group but no statistical significant difference was found ($p>0.50$).

Conclusion: The conservative management of full term PROM was better compared to active management, especially when the outcome is caesarean section rate due to the failure of induction.

Key words: PROM - active management - conservative management.

ABSTRAK

Sulchan Sofowean - *Ketuban pecah dini pada kehamilan cukup bulan: Penanganan secara aktif (PA) vs penanganan secara konservatif (PK)*

Latar belakang: Penanganan KPD pada kehamilan cukup bulan sampai saat ini di kalangan ahli kebidanan masih kontroversial. Penanganan sering ditujukan untuk mengurangi komplikasi yang terjadi pada ibu hamil dan janin. Selama ini terdapat 2 jenis penatalaksanaan, yaitu penanganan aktif (PA), dengan konsekuensi meningkatkan risiko seksio sesarea dan penanganan konservatif (PK) yang umumnya meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada ibu dan janin.

Tujuan: Membandingkan keluaran kehamilan antara KPD pada kehamilan cukup bulan yang ditangani secara aktif (PA) dan konservatif (PK).

Bahan dan cara: Dilakukan uji klinik acak terkendali di Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran UGM/RSUP Dr. Sardjito. Enam puluh subjek dengan KPD pada kehamilan cukup bulan yang dirawat di RSUP Dr. Sardjito antara bulan Juli-Desember 1994 diikutsertakan dalam penelitian. Secara acak subjek dikelompokkan ke dalam PA (n=30) dan PK (n=30).

Hasil: Angka kejadian seksio sesarea oleh karena kegagalan induksi pada kelompok PA lebih tinggi dan bermakna secara statistik dibandingkan dengan kelompok PK ($p=0.03$). Angka kejadian infeksi pada ibu dan

janin dan jumlah bayi yang menderita asfiksia pada kasus dengan PA dan pada kasus dengan PK secara statistik perbedaannya tidak bermakna.

Simpulan: Penanganan secara PK lebih baik daripada penanganan secara PA, terutama dalam jumlah seksio sesarea pada kasus secara PK lebih rendah daripada secara PA, perbedaannya secara statistik bermakna.

(*B.I.Ked, Vol. 31, No. 2:113-117, Juni 1999*)

PENGANTAR

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan yang sebenarnya mulai. KPD merupakan faktor risiko yang berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas janin dan ibu. Meningkatnya risiko tersebut ada hubungannya dengan lamanya periode latent dan lamanya ketuban pecah sampai janin lahir^{1,2,3}.

Komplikasi yang mungkin terjadi adalah meningkatnya risiko infeksi pada ibu dan janin, tali pusat menumbung, dan persalinan operatif, sedangkan pada kehamilan premature dapat meningkatkan angka kelahiran premature dengan risiko kematian perinatal akibat sindroma gawat napas dan akibat kegagalan fungsi organ karena prematuritas-nya^{3,4,5}.

Persoalan penanganan KPD antara yang aktif (PA), yaitu segera diterminasi kehamilannya, dengan yang pasif (PK = penanganan konservatif) yaitu diterminasi kehamilannya jika terjadi infeksi, masih kontroversi⁵. Beberapa ahli berpendapat bahwa risiko infeksi dapat terjadi setiap saat setelah ketuban pecah dan infeksi janin mungkin sudah terjadi walaupun belum ada tanda-tanda infeksi pada ibu, sehingga atas dasar alasan tersebut mereka lebih memilih PA, yaitu melakukan induksi segera setelah diagnosis KPD ditegakkan^{2,6}. Sebaliknya ada yang berpendapat bahwa risiko infeksi baru meningkat secara bermakna setelah periode waktu tertentu. PA akan meningkatkan angka persalinan operatif, pada hal hampir 90% kasus KPD akan terjadi persalinan spontan dalam waktu 24 jam, sehingga berdasarkan alasan tersebut mereka lebih memilih PK, yaitu menunggu terjadinya persalinan spontan, dan bila dalam waktu tertentu belum ada tanda persalinan, dilakukan induksi persalinan. Lama menunggu juga berbeda, ada yang menganjurkan 12 jam^{7,8}, 24 jam^{9,10,11,12} dan bahkan ada yang menunggu sampai 72 jam^{1,5}.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan hasil penanganan KPD secara PA dan

PK dalam hubungannya dengan cara persalinan, kejadian infeksi pada ibu dan janin serta nilai Apgar bayi.

BAHAN DAN CARA

Sebagai bahan penelitian adalah kasus KPD yang memenuhi kriteria penelitian yang dirawat di Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan RSUP DR. Sardjito. Subjek yang dipilih secara alokasi random masing-masing sebanyak 30 kasus yang dikelola secara PA dan PK. PA adalah penanganan KPD yang apabila dalam 6-8 jam setelah ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan dilakukan induksi. Induksi dilakukan dengan pemberian oksitosin per infus. Di lain pihak, pada PK induksi persalinan dilakukan setelah 24 jam ketuban pecah. Periode laten adalah satuan waktu sejak ketuban pecah sampai timbul tanda-tanda persalinan spontan. Lama KPD adalah jangka waktu sejak ketuban pecah sampai bayi lahir. Nilai Bishop ditentukan untuk menilai serviks dengan menggunakan kriteria dari Bishop.

Infeksi ibu ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan $\geq 38^{\circ}$ C, jumlah leukosit $> 16.000/\text{mL}$, nadi $\geq 100/\text{menit}$; denyut jantung janin ≥ 160 x/menit, nyeri tekan pada perut dan air ketuban yang keruh dan berbau.

Infeksi janin ditandai dengan gejala umum setelah janin lahir yaitu hipotermia, malas minum dan letargi; sistem gastrointestinal: distensi abdomen, anoreksia, muntah, diare dan hepatosplenomegali; sistem pernafasan: apneu, retraksi dan nafas cuping hidung; sistem kardiovaskular: pucat, sianosis, bercak-bercak pada kulit dan kulit berkeriat dingin; sistem syaraf pusat: iritabilitas, tremor, serangan kejang, hiporefleksi, reflek moro abnormal, pernafasan tak tentu dan ubun-ubun besar menonjol. Sistem hematologi: ikterus, splenomegali, pucat, petekie, purpura dan perdarahan. Diagnosis infeksi ditegakkan bila ditemukan 4 atau lebih dari gejala-gejala tersebut di atas.

TABEL 1. - Karakteristik kelompok ketuban pecah dini yang mendapat penanganan secara konservatif dan aktif.

Variabel	Jenis tindakan		Uji statistik
	Konservatif	Aktif	
Umur (tahun)	26,6 ± 4,19	29,4 ± 3,95	t : 2,56 (p:0,013)
≤ 30	26	18	X ² : 4,18 (p:0,049)
> 30	4	12	
Gravida			
Primigravida	21	11	X ² : 5,42 (p:0,020)
Multigravida	9	19	
Hamil (minggu)	39,5 ± 1,46	39,4 ± 1,28	t : 0,38 (p: 0,707)
Berat bayi (g)	2977,3 ± 320,5	2991,7 ± 369,8	t : 0,16 (p : 0,873)

Data yang dikumpulkan meliputi: umur, gravida, nilai Bishop, infeksi ibu dan janin, cara persalinan, periode laten, lamanya ketuban pecah dan nilai Apgar. Data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat. Kemungkinan perbedaan di antara 2 kelompok diuji secara: uji χ^2 , uji t, risiko relatif dan regresi linear.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada TABEL 1 dapat dilihat bahwa antara kelompok PK dan PA tidak ada perbedaan yang bermakna dalam hal: umur kehamilan dan berat badan lahir bayi. Pada kelompok PK umur pasien yang ≤ 30 tahun lebih banyak dibanding dengan kelompok PA; demikian juga yang primigravida pada kelompok PK lebih banyak dibanding dengan kelompok PA.

Persalinan secara seksio sesarea pada kelompok PA (26,7%) lebih banyak dibanding dengan kelompok PK (3,33%) perbedaan ini secara statistik bermakna ($p = 0,030$) (TABEL 2).

TABEL 2. - Perbandingan penanganan ketuban pecah dini secara konservatif dan aktif dalam cara persalinan

Variabel Jenis tindakan	Cara persalinan		RR (CI-95%)
	Perabdominal	Pervaginam	
Konservatif	1 (3,33%)	29 (96,6%)	0,13 (0,02-20,9)
Aktif	8 (26,7%)	22 (73,3%)	1 (rujukan)

Fisher exact test, $p=0,03$

Meningkatnya persalinan perabdominal pada PA diakibatkan oleh kegagalan induksi persalinan sebagai akibat belum masakannya serviks. Dengan menunggu beberapa jam seperti pada PK, mungkin akan terjadi persalinan spontan, atau kalau akan dilakukan induksi persalinan mungkin

keberhasilannya akan meningkat dibandingkan dengan kalau langsung diinduksi.

Penelitian lain mendapatkan sekitar 30,6% - 47% dari kasus KPD yang dikelola secara PA lahir perabdominal karena induksi persalinannya gagal^{12,1}. Pada penelitian ini kegagalan induksi persalinan pada PA sebanyak 26,7%.

Pada TABEL 3 dapat dilihat bahwa kejadian infeksi pada ibu pada kelompok PK (6,7%) lebih tinggi dibanding dengan kelompok PA (3,33%), tetapi perbedaannya secara statistik tidak bermakna ($p=0,50$). Nilai RR 2,0 menunjukkan bahwa risiko infeksi ibu pada kelompok PK meningkat 2 kali lipat dibanding dengan pada kelompok PA.

TABEL 3. - Perbandingan penanganan ketuban pecah dini secara konservatif dan aktif berdasarkan angka kejadian infeksi pada ibu.

Variabel Jenis tindakan	Infeksi pada ibu		RR (CI-95%)
	(+)	(-)	
Konservatif	2 (6,7%)	28 (93,3%)	2,0 (0,19-20,9)
Aktif	1 (3,3%)	29 (96,7%)	1 (rujukan)

Fisher exact test

Pada penelitian ini secara keseluruhan didapatkan kejadian infeksi ibu sebanyak 5%. Penelitian lain mendapatkan kejadian infeksi ibu sekitar 3,5% - 5,2%, dan meningkat secara bermakna pada periode laten 48 - 72 jam^{9,5}.

TABEL 4. - Perbandingan penanganan ketuban pecah dini secara konservatif dan aktif berdasarkan kejadian infeksi pada janin.

Variabel Jenis tindakan	Infeksi pada janin		RR (CI-95%)
	(+)	(-)	
Konservatif	1 (3,3%)	29 (96,7%)	2,03 (0,21-21,1)
Aktif	0 (0,0%)	30 (100,7%)	1 (rujukan)

Fisher exact test, $p=0,50$

Kejadian infeksi pada janin pada kelompok PK sebanyak 3,33%, sedangkan pada kelompok PA tidak ada kejadian infeksi janin (TABEL 4). Perbedaan itu secara statistik tidak bermakna ($p > 0,50$).

Penelitian lain mendapatkan kejadian infeksi janin sekitar 3,5% - 4,4%^{10,5,8}. Wilson (1982) mendapatkan bahwa kejadian infeksi janin meningkat 2 kali kalau periode latent > 24 jam tetapi secara statistik tidak bermakna¹¹. Varner (1981) tidak mendapatkan peningkatan yang bermakna pada kejadian infeksi janin jika periode laten < 48 jam⁵.

Meningkatnya kejadian infeksi ibu dan janin sudah diakui sangat berhubungan dengan semakin lamanya periode laten. Faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi kejadian infeksi ibu dan janin adalah: lamanya ketuban pecah sampai bayi lahir, seringnya diperiksa dalam dan kondisi pasien.

TABEL 5. - Perbandingan penanganan ketuban pecah dini secara konservatif dan aktif berdasarkan asfiksia bayi 1 menit setelah lahir.

Variabel Jenis tindakan	Infeksi pada janin		RR (CI-95%)
	(+)	(-)	
Konservatif	4 (13,3%)	26 (86,7%)	0,57 (0,19-1,75)
Aktif	7 (23,3%)	23 (76,7%)	1 (rujukan)

Fisher exact test, $p=0,50$

Pada TABEL 5 dapat dilihat bahwa nilai Apgar rendah pada 1 menit pertama lebih banyak terjadi pada kelompok PA (23,3%) dibanding dengan kelompok PK (13,3%) namun secara statistik tidak bermakna ($p > 0,50$).

Dari hasil analisis bivariat, ternyata cara persalinan menunjukkan perbedaan yang bermakna antara PK dan PA. Hasil tersebut jika dianalisis secara multivariat (analisis regresi logistik ganda) hasilnya bisa dilihat pada TABEL 6.

TABEL 6. - Hubungan antara cara penanganan ketuban pecah dini dengan kejadian persalinan perabdominal, dengan mengontrol faktor-faktor lain (analisis regresi logistik ganda)

Faktor (Kategori)	RR (CI - 95%)
Cara penanganan (Aktif; Konservatif)	17,01 (1,1 - 34,1)
Umur (≤ 30 tahun; > 30 tahun)	1,19 (0,19 - 1,39)
Gravida (Primi; Multi)	0,97 (0,17-10,8)
Nilai Bishop (≤ 4 ; > 4)	1,56 (0,64-5,01)

Pada TABEL 6 dapat dilihat bahwa cara penanganan KPD sangat berpengaruh pada cara persalinan. Risiko terjadinya persalinan perabdominal atau seksio sesarea pada PA meningkat 17,01 kali (CI : 1,1 - 34,1) dibanding dengan PK, dan secara statistik perbedaannya bermakna ($p < 0,05$). Dilihat dari nilai Bishop, risiko terjadinya seksio sesarea meningkat 1,56 kali (CI : 0,64 - 5,01) pada nilai Bishop < 4 , namun jika dibandingkan dengan yang nilai Bishop > 4 secara statistik perbedaannya tidak bermakna ($p = 0,2706$). Demikian juga kalau dilihat dari umur (< 30 th dan > 30 th) dan paritas (primi dan multi) risiko terjadinya seksio sesarea perbedaannya secara statistik tidak bermakna.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa:

1. Kejadian persalinan perabdominal pada penanganan KPD secara aktif lebih tinggi secara bermakna dibanding dengan penanganan secara konservatif.
2. Kejadian infeksi ibu dan janin dan asfiksia bayi pada 2 macam penanganan tersebut tidak berbeda bermakna.

Saran

Penderita KPD dengan kriteria seperti pada penelitian ini, sebaiknya dipilih penanganan konservatif dan diobservasi sampai 24 jam. Induksi persalinan harus dilakukan jika sampai 24 jam setelah ketuban pecah belum terjadi persalinan.

KEPUSTAKAAN

1. Kappy KA, Certulo CL, Knuppel RA, Ingardia CJ, Sbarra AJ, Scerbo JC, et al. Premature rupture of the membranes: A conservative approach. Am J Obstet Gynecol. 1979; 134: 655-61.
2. Siregar, Thomas GB, Curtis L. Effect of bacterial growth on the bursting pressure of fetal membranes in vitro. Obstet-Gynecol. 1987; 70:107.
3. Sunardi, Lukman AA. Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak pada ketuban pecah sebelum waktunya di RS Hasan Sadikin Bandung. Kongres Obstetri Ginekologi Indonesia IV, Yogyakarta 1979.
4. Burchel RC. Premature spontaneous rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol. 1964; 88:251.
5. Varner MW, Galask RP. Conservative management of premature of the membranes. Am J Obstet Gynecol. 1981; 140:39-45.

Sofowan 1999 Ketuban pecah dini pada kehamilan cukup bulan: Penanganan secara aktif (PA) vs penanganan secara konservatif (PK)

6. Mardjuki A, Suharsono, Praptohardjo U. Penatalaksanaan kulit ketuban pecah dini. Kumpulan Naskah Lengkap Simposium dan Seminar Perinatologi V, Palembang. 1985.
Russel KP, Anderson GV. The aggressive management of rupture membranes. Am J Obstet Gynecol. 1974; 83:930.
8. Sarkawi M, Tanjung MT, Simanjuntak P, Hutabarat H. Penanganan KPD di rumah sakit Dr. Pirngadi Medan. Kumpulan Pertemuan Ilmiah Tahunan, POGI, Malang. 1983. Hal. 677-87.
9. Fayez JA, Hasan AA, Jonas HS, Miller GL. Management of premature rupture of the membranes. Am J Obstet-Gynecology. 1978. 55:17-21.
10. Taylor ES, Morgan RL, Bruns PD, Drose VE. Spontaneous premature of the fetal membranes. Am J Obstet-Gynecol. 1961; 82:1341.
11. Wilson JC, Levy DL, Wild PL. Premature rupture of the membranes: consequences of non intervention. Obstet-Gynecol. 1982; 60:601-606.
12. Anwar M. Induction labor in the management of premature rupture of the membranes. Majalah Obstet-Gynecol, Indonesia. 1992. 18:171-9.

