

## Wanita 34 Tahun Hamil 33 Minggu G2P1A0 dengan Prematur Membran Ruptur dan Presentasi Bokong

Yopi Dwi Muhyi

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang/membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Letak sungsang diantaranya presentasi bokong (50-70%), presentasi bokong kaki sempurna (5-10%), presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (10-30%). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan beberapa masalah bagi ibu maupun janin. Masalah pada ibu diantaranya dapat menyebabkan infeksi puerperalis, dry labour, perdarahan post partum, morbiditas dan mortalitas maternal, bahkan kematian. Pasien Ny. D usia 34 tahun datang dengan mau melahirkan dengan keluar air-air, hamil kurang bulan, anak letak sungsang. Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit sedang; suhu: 36,0 °C; tekanan darah: 130/80 mmHg; frek. nadi: 80x/menit; frek. nafas: 20 x/menit. Pada pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri 4 jari di bawah proc. xyphoideus (29 cm), letak memanjang, punggung kiri, presentasi bokong, penurunan 4/5, his (+) 2x/10'/25", DJJ 126x/mnt, TBJ 2635 gram. Pada pemeriksaan dalam didapatkan portio lunak, medial, eff 30 %, pembukaan 2 cm, ketuban (-), terbawah bokong, penunjuk sakrum kiri, Hodge II. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan Hb 10,7 gr%, leukosit 16.200/ul dan LED 39 mm/jam. Pasien ini didiagnosis G2P1A0 hamil 33 minggu dengan KPD 18 jam inpartu kala 1 fase laten janin tunggal hidup presentasi bokong. Tata laksana pada pasien ini adalah secara ekspektatif yaitu observasi DJJ, tanda vital ibu, his, pemberian cairan ringer laktat, nifedipin, dexamethasone, dan cefotaxime.

**Kata Kunci :** letak sungsang, ketuban pecah dini (KPD), partus pervaginam

## Pregnant 33 Weeks Woman G2P1A0 34 Years With Premature Rupture of Membrane And Breech Presentation

### Abstract

Breech presentation is a condition which the fetus is elongated/stretched to head in fundus and buttocks at the bottom of the uterine cavity. Breech presentation including frank breech (50-70%), complete breech (5-10%), incomplete or footling (10-30%). Premature rupture of membranes can cause some problems for both mother and fetus. Problems in the mother which can cause puerperal infection, cleaning, labor, postpartum hemorrhage, maternal morbidity and mortality, and even death. Mrs.D aged 34 years came with bloody show, aterm. From the physical examination found a common circumstances: looks ill being; temperature: 36.0 ° C; blood pressure: 130/80 mmHg; pulse: 80x/min; breath: 20 x/min. On physical examination obtained fundus four fingers below the proc. xyphoideus (29 cm), elongated layout, back left, breech presentation, decreased 4/5, his (+) 2x/10'/25', DJJ 126 x/mnt, TBJ 2635 grams. At portio obtained checks in soft, medial, eff 30%, the opening of 2 cm, amniotic (-), presentasion buttocks, presentassion sacrum pointer left, Hodge II. From the laboratory examination, Hb 10.7 g%, leukocytes 16,200/ul and LED 39 mm/hour. This patient was diagnosed G2P1A0 33 weeks pregnant with KPD 18 hours inpartu latent phase when the first live single fetus breech presentation. The management of these patients is expectative observed in fetal heart rate, maternal vital signs, His, ringer lactate, nifedipine, dexamethasone, cefotaxime.

**Keywords:** breech presentation, premature rupture of membrane, vaginal birth

Korespondensi: Yopi Dwi Muhyi, S.Ked, Alamat Desa Branti Raya, RT 006 Kecamatan Natar, Lampung Selatan, HP. 081364786560, e-mail yopi.muhyi@yahoo.com

### Pendahuluan

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang/membujur dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Letak sungsang diantaranya presentasi bokong (*frank breech*) (50-70%), presentasi bokong kaki sempurna (*complete breech*) (5-10%), presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (*incomplete or footling*) (10-30%)<sup>1</sup>.

Angka kejadian letak sungsang ditemukan sekitar 3-4% dari seluruh persalinan tunggal.<sup>1,2,3</sup> Beberapa peneliti lain seperti Greenhill melaporkan kejadian persalinan letak sungsang sebanyak 4-4,5%<sup>1</sup>; sedangkan di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2003-2007 didapatkan persalinan letak sungsang sebesar 8,63%. Sebab utama kematian perinatal pada letak sungsang diantaranya adalah hipoksia, trauma persalinan, prematuritas dan kelainan

kongenital. Kelainan kongenital terdapat 6-18% pada presentasi bokong, dibandingkan 2-3% pada presentasi kepala.<sup>1,2,4</sup>

Posisi janin letak sungsang dapat mempengaruhi proses persalinan. Proses persalinan yang salah dapat menimbulkan risiko, seperti pada ibu mengalami perdarahan, trauma persalinan dan infeksi, sedangkan pada bayi terjadi perdarahan, infeksi pasca partus seperti meningitis dan trauma persalinan.<sup>1</sup>

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. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.<sup>5</sup>

Ketuban pecah dini dapat menyebabkan beberapa masalah bagi ibu maupun janin. Masalah pada ibu diantaranya dapat menyebabkan infeksi puerperalis, *dry labour*, perdarahan post partum, morbiditas dan mortalitas maternal, bahkan kematian.<sup>1,5</sup>

Studi ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan laporan kasus. Kasus diambil dari ruang bersalin Delima Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek pada tanggal 12 Januari 2015. Data yang diambil adalah data primer yaitu pemeriksaan fisik pasien dan data sekunder yaitu anamnesis serta pemeriksaan penunjang pasien.

### Kasus

Seorang wanita usia 34 tahun, datang ke Unit Gawat Drurat (UGD) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hi. Abdul Moeloek (RSUDAM) pada tanggal 12 Januari 2015 dengan keluhan nyeri perut menjalar ke pinggang sejak 18 jam yang lalu. Keluhan perut mules dirasakan hilang timbul, makin lama makin sering. Pasien juga mengeluh keluar air-air dari kemaluannya sejak ±18 jam, warnanya keruh, tidak berbau, sebanyak 3 kali ganti pembalut. Riwayat keluar darah lendir (+), riwayat trauma (+), riwayat bersenggama sebelumnya (-), riwayat keputihan (+), riwayat minum jamu atau obat-obatan (-). Pasien mengatakan hamil cukup bulan dan gerakan anak masih dirasakan.

Riwayat haid didapatkan *menarche* pada usia 14 tahun, siklus 28 hari, lama haid 5 hari, banyaknya 2-3 kali ganti pembalut, hari pertama haid terakhir (HPHT) 22 April 2014 dan taksiran persalinan 29 Januari 2015. Riwayat perkawinan sebanyak 1 kali, selama 8 tahun. Riwayat obstetri pada tahun 2008 pasien melahirkan anak pertama secara pervaginam, jenis kelamin perempuan dengan berat lahir 2800 gram. Pasien mendapat suntikan imunisasi selama kehamilan sebanyak 1 kali.

Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien komposmentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36 °C. Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pemeriksaan status obstetri didapatkan tinggi fundus uteri 4 jari bawah *processus xyphoideus* (29 cm), letak memanjang punggung kiri, presentasi bokong, penurunan 4/5, His (+), denyut jantung janin (DJJ) 126 x/menit, taksiran berat janin (TBJ) 2635 gram. Pemeriksaan inspekulo didapatkan portio livide, ostium uteri terbuka, flour (-), fluksus (+), laserasi (-), polip (-), tes lakmus (+). Pada pemeriksaan dalam di dapatkan, portio lunak, medial, effisment 30 %, pembukaan 2 cm, ketuban (-), terbawah bokong, penunjuk sakrum kiri, Hodge II. Penilaian ZA Score = 5. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan Hb 10,7 gr%, leukosit 16.200/ul dan LED 39 mm/jam.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan, diagnosa yang didapat pada pasien adalah G2P1A0 hamil 33 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup (JTH) presentasi bokong dengan ketuban pecah dini (KPD). Penatalaksanaan pada pasien ini yaitu secara ekspektatif dengan observasi DJJ, tanda vital ibu (TVI), His, USG, IVFD RL gtt XX/m, injeksi nifedipin 10 mg/6 jam, injeksi deksametason 1x12 mg (2 hari), injeksi sefotaksim 2x1 gr (IV), cek laboratorium (darah rutin, urin rutin), evaluasi dengan partograf WHO modifikasi.

### Pembahasan

Pada kasus ini, pasien didiagnosa sebagai G2P1A0 hamil 33 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup (JTH) presentasi bokong dengan ketuban pecah dini (KPD). Dasar diagnosis pasien ini adalah anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari anamnesis, pasien mengatakan tanggal HPHT yaitu 22 April 2014.

Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua bagi pasien. Pasien tidak memiliki riwayat abortus. Pasien datang ke RSUDAM dengan keluhan nyeri perut menjalar kepinggang makin lama makin sering disertai dengan keluarnya air-air. Dari pemeriksaan fisik obstetri didapatkan tinggi fundus uteri 4 jari bawah *processus xiphoides* (29 cm), letak memanjang punggung kiri, presentasi bokong, penurunan 4/5, His (+). Pada pemeriksaan dalam didapatkan portio lunak, medial, effisment 30%, pembukaan 2 cm, ketuban (-), bagian terbawah bokong.

Penatalaksanaan pada pasien ini sudah tepat. Pasien ini ditatalaksana secara ekspektatif dengan rencana persalinan pervaginam jika sudah cukup bulan. Hal tersebut dilakukan karena pasien dengan hamil 33 minggu,  $\leq 37$  minggu dan riwayat KPD lebih dari 10 jam yaitu dalam kasus ini 18 jam.

Pemilihan persalinan pervaginam pada pasien ini dengan kehamilan presentasi bokong yaitu dengan menggunakan indeks *Zatuchni Andros* dimana hasil yang didapat 5 sehingga dilakukan rencana persalinan secara pervaginam. Pemberian antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi intrauterin akibat terhubungnya *cavum intrauterine* dengan dunia luar akibat pecahnya selaput ketuban.

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  $>38^{\circ}\text{C}$ , 2 atau lebih dari tanda-tanda nyeri uterus, kontraksi, ketuban bau, leukosit meningkat dan kultur menunjukkan nilai positif.

Pada pasien ini dilakukan injeksi deksametason 1x12 mg selama 2 hari. Pemberian ini bertujuan untuk membantu pamtangan paru janin. Janin dengan usia 33 minggu tidak dapat memproduksi surfaktan seperti bayi aterm. Surfaktan berfungsi dalam proses pernapasan bayi saat lahir. Defisiensi

surfaktan akan mengakibatkan terjadinya kegagalan pengembangan paru berupa hialin membran disease pada bayi-bayi prematur.

Pada pasien ini diberikan tablet nifedipin 10mg/6 jam. Penggunaan nifedipin pada pasien ini ditujukan untuk mengurangi intensitas kontraksi yang terjadi.

Berdasarkan prevalensinya, terjadinya KPD sebagian besar ditemukan pada wanita berumur diatas 35 tahun, dimana pada pasien ini usianya mendekati 35 tahun, yakni 34 tahun. Selain itu, terdapat beberapa etiologi yang dapat mencetuskan terjadinya KPD, seperti berkurangnya kekuatan membran ketuban akibat infeksi, terutama infeksi *ascenden* dari vagina atau serviks; adanya peningkatan tekanan intra uterine pada OUI seperti serviks inkompeten, kehamilan kembar, hidramnion, kontraksi myometrium meningkat, DKP, HAP, malposisi, dan lain-lain meliputi: sosial ekonomi rendah, defisiensi gizi dan vitamin C, merokok, keturunan, dan antagonis golongan darah ABO.<sup>12,13</sup>

Berdasarkan anamnesis yang dilakukan, pasien mengatakan adanya riwayat trauma yaitu terpleset saat akan berangkat ke RS, pasien mengaku adanya keluar air-air sewaktu turun dari motor, adanya kemungkinan ketuban pecah akibat adanya trauma yang mengakibatkan berkurangnya kekuatan membran ketuban.

Pada janin usia 33 minggu bentuk janin ovoid berusaha menyesuaikan diri dengan bentuk kavum uteri menjadi letak memanjang dan titik berat janin berada di dekat kepala sehingga kepala mengarah kebawah dan terjadilah presentasi kepala. Presentasi bokong akan terjadi bila terdapat faktor-faktor yang mengganggu penyesuaian diri tersebut dan perubahan titik berat janin.<sup>6,7,8</sup> Faktor-faktor tersebut antara lain faktor ibu seperti panggul sempit, tumor jalan lahir, uterus yang lembek (*grande multipara*), kelainan uterus (*uterus arkuatus/bicornus*), letak plasenta di atas atau di bawah (*plasenta previa*); faktor janin seperti janin kecil/prematur, janin besar, hamil ganda, cacat bawaan (*hidrosefalus/anensefalus*), hidramnion, oligohidramnion, dan kaki menjungkit. Pada kasus ini presentasi bokong disebabkan oleh faktor janin yang berupa janin kecil pada TBJ.<sup>9,10,11</sup>

## Simpulan

Pasien wanita, 34 tahun didiagnosa sebagai G2P1A0 hamil 33 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup (JTH) presentasi bokong dengan ketuban pecah dini (KPD). Penatalaksanaan pada pasien ini adalah secara ekspektatif.

## Daftar Pustaka

1. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetrics. Edisi ke-2. New York: McGraw Hill; 2005.
2. Kampono N. Persalinan sungsang [internet]. Jakarta: Persalinan sungsang; 2008 [Diakses tanggal 15 Mei 2015] Tersedia dari: <http://geocities.com/abudims/cklobpt9.html>
3. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Malpresentation. Obstetrics normal and problem pregnancies. Edisi ke-3. New York: Churchill Livingstone; 2000.
4. Giuliani A, Schöll WMJ, Basver A, Tamussino KF. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:1694-8.
5. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.
6. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG*; 2005.
7. Schutte JM, Steegers AP, Satema JG, Schuitemaker NW, Van Roosmalen J. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(2):240.
8. Verhoeven ATM, de Leeuw JP, Bruinse HW. Breech presentation at term: elective cesarean section is the wrong choice as a standard treatment because of too high risks for the mother and her future children. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005. 1; 149(40): 2207-10.
9. Burke G. The end of vaginal breech delivery. *BJOG* 2006;113:969.
10. Porter R. Breech delivery: the dilemma. *BJOG* 2006; 113: 973.
11. De Leeuw JP, Verhoeven ATM, Schutte JM, Zwart J, van Roosmalen J. The end of vaginal breech delivery (letter). *BJOG* 2007;114:373.
12. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (2):CD001058.
13. August FN, Becker C, van Baalen A, Bauer K, Hopp H. Antibiotic therapy for preterm premature rupture of membranes - results of a multicenter study. *J Perinatal Med* 2006; 34(3):203-06.