



Kehamilan Aterm dengan Riwayat Pecah Ketuban dan Presentasi Bokong

Marizka Putri Aftria, Ratna Dewi
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bawah kavum uteri. Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan multigravida dibanding pada primigravida. Seorang wanita berusia 15 tahun dengan keluhan akan melahirkan dengan anak letak sungsang. Pasien mengeluh perut mulas yang menjalar kepinggang sejak 7 jam yang lalu, hilang timbul, semakin lama semakin sering dan kuat. Terapi yang dilakukan kemudian adalah observasi tanda vital ibu, his, denyut jantung janin. Pasien diberikan IVFD RL gtt xx/menit, ampisilin 3x1 gr IV, evaluasi dengan partograf WHO modifikasi dan rencana partus pervaginam. Seorang wanita G3P2A0 hamil 40 minggu in partu kala 1 fase aktif dengan riwayat pecah ketuban(+) 7 jam, janin tunggal hidup dengan presentasi bokong. Pemilihan partus pervaginam pada kasus ini sudah tepat sesuai dengan kriteria Indeks Zatuchni Andros dimana indeks Zatuchni-Andros pada kasus ini adalah 7.

Kata kunci: kehamilan, ketuban pecah dini, presentasi bokong

Aterm Pregnancy with History of Ruptured Membranes and Breech Presentation

Abstract

A breech presentation is a condition where the fetus is located with head in fundus and buttocks beneath the uterine cavity. The incidence of breech presentation if associated with maternal parity, the highest incidence is in women with multigravida than in primigravida. Woman aged 15 years old with complaints of a woman in labor with breech presentation. Patient complains the stomach pains since 7 hours ago, intermittent, more frequent and stronger. The management is the observation of vital signs mother, contraction, the fetal heart rate. Patient's given IVFD RL gtt xx/minute, 3x1 gr IV ampicillin, evaluation by WHO partograf modifications and vaginal birth plan. A woman G3P2A0, 40 weeks pregnancy in partu of the active phase with history of ruptured membranes 7 hours, alive single fetus with breech presentation.

Keywords: breech presentation, pregnancy, premature rupture of membranes

Korespondensi: Marizka Putri Aftria, S.Ked, alamat Jl. Samratulangi Kedaton, Bandar Lampung, HP 081366420400, e-mail marizkaaft@yahoo.co.id

Pendahuluan

Presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bawah kavum uteri.¹ Presentasi bokong dalam persalinan terdapat 3-4% kehamilan. Insidensinya berkurang mendekati cukup bulan dan bertambah pada persalinan prematur.²

Kehamilan dengan presentasi bokong merupakan kehamilan yang memiliki risiko. Hal ini dikaitkan dengan abnormalitas janin dan ibu. Pada tahun 2011 ditemukan 67 kasus letak sungsang di RSUD Sukoharjo. Banyak faktor yang dapat menyebabkan kelainan letak presentasi bokong, diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul ibu. Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan multigravida dibanding pada primigravida, sedangkan jika dihubungkan

dengan panggul ibu maka angka kejadian presentasi bokong terbanyak adalah pada panggul sempit, dikarenakan fiksasi kepala janin yang tidak baik pada pintu atas panggul.³

Tujuan penanganan pada masa kehamilan adalah mencegah malpresentasi pada waktu persalinan. Salah satu cara yang dapat dipakai untuk mengubah presentasi bokong menjadi presentasi kepala adalah versi luar. Perubahan spontan menjadi presentasi kepala sebagian besar akan terjadi pada umur kehamilan 34 minggu, sehingga penemuan adanya presentasi bokong mulai umur kehamilan 34 minggu akan bermanfaat untuk pertimbangan melakukan tindakan versi luar. Versi luar adalah suatu tindakan dimana letak janin diubah secara lege artis dari suatu kutub ke kutub lain dengan tangan penolong seluruhnya di luar kavum uterus, yang lebih menguntungkan untuk persalinan pervaginam.^{1,4}



Kasus

Seorang wanita berusia 39 tahun diantar ke Rumah Sakit Abdul Moeloek (RSAM) oleh keluarganya dengan keluhan mau melahirkan dengan anak letak sungsang. Pasien mengeluh perut mulas yang menjalar kepinggang sejak 7 jam yang lalu, hilang timbul, semakin lama semakin sering dan kuat. Riwayat keluar darah lendir tidak ada namun terdapat riwayat keluar air-air. Pasien lalu ke bidan, dikatakan bahwa anaknya letak sungsang. Pasien lalu dirujuk ke RSAM. Pasien mengaku hamil cukup bulan dengan gerakan anak masih bisa dirasakan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran umum tampak kompos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan Leopold I menunjukkan tinggi fundus uteri 30 cm, bagian keras, bulat melenting, dan kesan kepala. Pada pemeriksaan Leopold II didapatkan tahanan terbesar di kiri, bagian kecil di kanan, dan kesan punggung kiri dengan letak memanjang. Pada pemeriksaan Leopold III didapatkan bagian teraba lunak, tidak melenting, dan kesan bokong. Pemeriksaan Leopold IV tidak dilakukan. Taksiran berat janin 2.945 g dan denyut jantung janin 150x/menit. Pada pemeriksaan dalam didapatkan porsio lunak, posisi anterior, pendataran serviks 100%, pembukaan serviks 7 cm, ketuban tidak ada, jernih, bagian terendah bokong, penurunan Hodge II, dan penunjuk sakrum kiri depan. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan hemoglobin 11,3 gr/dl, hematokrit 33%, leukosit 15.600/μl, dan trombosit 161.000/μl.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis G3P2A0 hamil 40 minggu, proses persalinan atau inpartu kala 1 fase aktif dengan riwayat pecah ketuban +7 jam, dan janin tunggal hidup presentasi bokong. Terapi yang kemudian dilakukan adalah observasi tanda vital ibu, his, dan denyut jantung janin. Pasien diberikan IVFD RL gtt xx/menit, ampicilin 3x1 gr IV, evaluasi dengan partograf WHO modifikasi, dan rencana partus pervaginam.

Pembahasan

Pada saat masuk rumah sakit, pasien mengatakan sudah mengalami keluar air-air

sekitar 7 jam. Sebelumnya pasien mengatakan sudah ada tanda-tanda inpartu seperti perut mulas yang reguler dan pengeluaran darah lendir. Dari pemeriksaan keadaan umum, pasien tidak mengalami hipotensi atau hipertensi, dengan tanda vital lain dalam batas normal, serta tidak menunjukkan gejala demam.

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan tinggi fundus uteri sesuai kehamilan aterm dengan taksiran berat janin sekitar 2.945 g. Janin dalam posisi memanjang dengan punggung di kiri dan ballotement kepala terdapat di daerah fundus dan bagian besar bokong teraba di bagian bawah. Denyut jantung janin dalam batas normal dan sudah terdapat his yang adekuat.

Keluhan keluar air-air dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan inspeksi dengan inspekulo dan tes lakmus menunjukkan hasil positif adanya ketuban pecah dini. Namun pada kasus ini tidak dilakukan inspekulo dan tes lakmus sehingga tidak dapat memastikan adanya ketuban pecah dini. Pada pemeriksaan dalam, pembukaan porsio menunjukkan pembukaan serviks 7 cm dan pendataran serviks 100% sehingga ketuban dan penunjuk dapat dinilai.^{4,6,7}

Diagnosis kerja yang ditegakkan adalah G3P2A0 hamil 40 minggu, inpartu kala 1 fase aktif dengan ketuban pecah dini 7 jam, dan janin tunggal hidup presentasi bokong. Berdasarkan diagnosis kerja tersebut, pasien diberikan penatalaksanaan dengan rencana partus pervaginam, dengan penunjang pertimbangan skor *Zatuchni-Andros*, pemberian antibiotika, pemeriksaan penunjang laboratorium dan ultrasonografi, dan pengawasan proses persalinan sesuai evaluasi partograf.⁸

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, persalinan pervaginam dibagi menjadi 3, yaitu⁵:

- a. Pelahiran spontan (*spontaneous breech*)
Janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini lazim disebut cara *Bracht*.
- b. Prosedur *manual aid* (*partial breech extraction*)
Janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan



sebagian lagi dengan tenaga penolong.

Indikasi:

- i. Persalinan secara *Bracht* mengalami kegagalan, misalnya bila terjadi baik pada waktu melahirkan bahu atau kepala
- ii. Dari semula memang hendak melakukan pertolongan secara *manual aid*.

Cara/teknik untuk melahirkan bahu dan lengan yaitu :

1) Klasik

Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara klasik ini ialah melahirkan lengan belakang lebih dahulu, karena lengan belakang berada di ruangan yang lebih luas (sakrum), baru kemudian melahirkan lengan depan yang berada di bawah simfisis. Tetapi bila lengan depan sukar dilahirkan, maka lengan depan diputar menjadi lengan belakang, yaitu dengan memutar gelang bahu ke arah belakang dan baru kemudian lengan belakang ini dilahirkan.

2) *Mueller*

Prinsip melahirkan bahu dan lengan secara *Mueller* adalah melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dengan ekstraksi, baru kemudian melahirkan bahu dan lengan belakang.

3) *Lovset*

Prinsip persalinan secara *Lovset* ialah memutar badan janin dalam setengah lingkaran bolak-balik sambil dilakukan traksi curam ke bawah sehingga bahu yang sebelumnya berada di belakang akhirnya lahir di bawah simfisis. Cara *Lovset* ini dianjurkan dalam memimpin persalinan letak sungsang pada keadaan-keadaan dimana diharapkan akan terjadi kesukaran, misalnya : primigravida, janin yang besar, panggul yang relatif sempit.

c. Ekstraksi total (*total breech extraction*)

Janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.

Pada kasus ini dilakukan tindakan persalinan karena ibu dipimpin mengejan sebanyak 3x setelah bokong lahir spontan, namun skapula tidak tampak dibawah simfisis sehingga diputuskan untuk dilakukan ekstraksi parsial secara *lovset* untuk melahirkan bahu dan kepala dilahirkan secara *mauriceau*.

Pemilihan partus pervaginam pada kasus ini sudah tepat. Prognosis persalinan dengan presentasi bokong dapat dinilai menggunakan indeks *Zatuchni Andros*. Persalinan sungsang dapat dilakukan secara pervaginam maupun secara perabdominam. *Zatuchni* dan *Andros* telah membuat suatu indeks prognosis untuk menilai lebih tepat apakah persalinan dapat dilahirkan pervaginam atau perabdominam, sebagai berikut.

Tabel 1. Indeks *Zatuchni Andros*⁴

	0	1	2
Paritas	Primi	Multi	
Umur kehamilan	>39 minggu	38 minggu	<37 minggu
Taksiran berat janin	>3630 gram	3629-3176 gram	<3176 gram
Pernah letak sungsang (2500gr)	Tidak	1 kali	>2 kali
Pembukaan serviks	<2 cm	3 cm	> 4 cm
Station	< -3	-2	-1 atau lebih rendah



Arti nilai :

≤3 : persalinan per abdominam

4 : evaluasi kembali secara cermat, khususnya berat badan janin; bila nilai tetap, dapat dilahirkan pervaginam

>5 : dilahirkan pervaginam

Pemilihan partus pervaginam sudah tepat. Indeks *Zatuchni-Andros* pada kasus ini adalah 7.

Tabel 2. Skor Zatuchni-Andros Pada Pasien

Paritas	Skor
Umur kehamilan	1
Taksiran berat janin	2
Pernah letak sungsang (2500 gr)	0
Pembukaan serviks	2
Station	2

Beberapa jenis persalinan bokong yang sering terjadi adalah bokong murni (50–70%) dengan fleksi pada paha dan ekstensi pada lutut (*pike position*), bokong sempurna (5–10%) dengan fleksi pada paha dan ekstensi pada lutut (*cannonball position*), serta bokong tidak sempurna (10–30%) dengan satu atau kedua tungkai atas ekstensi (*footling*).⁹ Pada kasus ini, jenis persalinan bokong yang terjadi adalah jenis bokong murni, sesuai dengan frekuensi jenis persalinan bokong terbanyak.

Menurut Fischer, persalinan bokong terjadi dalam 3–4% kasus dari semua jenis persalinan. Persentase persalinan bokong berkurang dengan meningkatnya usia gestasi, 22–25% persalinan terjadi pada usia gestasi kurang dari 28 minggu, 7–15% persalinan pada 32 minggu, dan 3–4% persalinan pada usia aterm. Faktor-faktor yang menjadi predisposisi terjadinya persalinan bokong yaitu prematuritas, malformasi uterus, polihidramnion, plasenta previa, abnormalitas fetus, dan gestasi multipel.⁹ Sedangkan pada kasus ini yang merupakan kasus aterm dengan kondisi ketuban yang telah pecah sehingga kurang diketahui faktor apa yang menjadi predisposisi terjadinya presentasi bokong.

Untuk usia kehamilan antara 26–32 minggu, penelitian retrospektif yang telah dilakukan sebelumnya menyarankan hasil yang lebih baik dengan metode persalinan seksio sesaria. Sedangkan untuk usia kehamilan antara 32–36 minggu, persalinan bokong pervaginam dapat dipertimbangkan setelah adanya diskusi risiko dan manfaat dengan orangtuanya. Untuk usia kehamilan di atas 37 minggu, orangtua harus mengetahui

bahwa hasil dari percobaan acak multisenter yang menunjukkan peningkatan signifikan mortalitas perinatal dan morbiditas neonatus jangka pendek yang berhubungan dengan persalinan bokong pervaginam. Salah satu pertimbangannya adalah berat badan janin lebih dari 4.000g lebih diutamakan melalui persalinan seksio sesaria. Presentasi bokong murni lebih diutamakan pada persalinan pervaginam, sedangkan presentasi bokong sempurna maupun *footling* masih perlu dipertimbangkan selama presentasinya baik mencapai serviks dan kesiapan dari ahli kandungan serta ahli anestesi. Pada primigravida dengan presentasi bokong sebaiknya dilakukan metode seksio sesaria.¹⁰ Karena pada kasus ini usia kehamilan aterm atau lebih dari 37 minggu dengan presentasi bokong murni dan berat badan janin kurang dari 4.000gram serta ibu yang multigravida, maka pemilihan persalinan pervaginam adalah tepat.

Menurut Kotaska, persalinan bokong pervaginam dapat berhubungan dengan tingginya risiko mortalitas perinatal dan morbiditas neonatus jangka pendek daripada seksio sesaria. Persalinan bokong pervaginam dapat dilakukan dengan perkiraan berat badan janin antara 2.500–4.000g.¹⁰ Hal tersebut menjadi salah satu alasan yang mendukung pemilihan persalinan pervaginam pada kasus ini.

Insiden *Premature Rupture of Membrane* (PROM) pada kehamilan aterm, preterm, dan midtrimester adalah 8%, 1–3%, dan <1% dari seluruh kehamilan.¹¹ Laporan terbaru memperlihatkan insiden KPSW antara



14-17%. Literatur lain menyebutkan, PROM terjadi pada 2,7%-17% dari seluruh persalinan dan kebanyakan kasus terjadi secara spontan dan tanpa diketahui sebab jelasnya.^{12,13} Setelah terjadi PROM pada kehamilan aterm, 70% wanita akan mulai inpartu dalam waktu 24 jam dan 95% dalam waktu 72 jam.¹² Banyak pasien dengan Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) melahirkan dalam 48 jam, tapi ini tergantung pada usia kehamilan. Dengan penanganan yang baik, kurang lebih 9 dari 10 pasien KPSW akan masuk dalam kemajuan persalinan secara spontan dengan fase laten tidak lebih dari 48 jam dan dapat mengurangi risiko terjadinya infeksi intraamnion dan melahirkan dengan seksio sesarea.¹⁴

Dengan mengetahui riwayat alamiah perkembangan persalinan yang relatif cepat setelah PROM pada kehamilan aterm, maka tujuan penatalaksanaannya untuk meminimalkan risiko infeksi intrauterin tanpa meningkatkan insiden persalinan dengan seksio sesarea.⁶ Pada literatur-literatur yang telah dipublikasikan, rasio sepsis neonatorum setelah *Preterm Premature Rupture of Membrane* (PPROM) berkisar dari 2-20%, dan insiden kematian neonatal yang disebabkan oleh infeksi kira-kira 5%.^{12,13} Apabila PROM terjadi saat kehamilan aterm atau sebelumnya, penatalaksanaannya adalah manajemen ekspektatif (dengan observasi ketat tanda-tanda inpartu, tanda-tanda gawat janin, atau infeksi intrauterin) atau induksi persalinan.^{6,7}

Infeksi intrauterin menjadi predisposisi pecahnya selaput ketuban melalui beberapa mekanisme, semuanya menyebabkan degradasi dari matriks ekstraseluler. Beberapa organisme merupakan flora normal vagina, termasuk *Streptococcus* grup B, *Staphylococcus aureus*, *Trichomonas vaginalis*, dan bakteri penyebab vaginosis bakteri, menghasilkan protease yang dapat menurunkan kadar kolagen dan melemahkan selaput ketuban.⁶⁻⁸ Faktor predisposisi KPSW lainnya adalah proses apoptosis, defek lokal pada membran, berkurangnya kolagen cairan amnion, perubahan struktur kolagen, iritabilitas uterus, degradasi kolagen, dan peregangan pada membran.^{6,11,13}

Pada kasus ini, penyebab terjadinya pecah ketuban sebelum inpartu diduga karena terjadinya infeksi. Dugaan tersebut didukung

dengan ditemukannya peningkatan leukosit darah. Namun, faktor malpresentasi juga memberikan kontribusi terjadinya KPSW. Dimana tekanan intraamnion lebih tinggi, sehingga regangan atau faktor-faktor kelemahan lain dari selaput ketuban memicu robek atau pecahnya ketuban.^{7,14}

Buletin praktis American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) pada tahun 2007 menganjurkan pada kasus ketuban pecah dini aterm, persalinan sebaiknya diinduksi segera untuk mengurangi risiko komplikasi ibu dan janin, sesuai dengan pertimbangan presentasi janin dan keadaan janin.¹⁴ Namun, pada kasus ini dilakukan observasi terlebih dahulu mengenai perkembangan proses persalinan. Sesuai protap Bagian Kebidanan dan Kandungan, indikasi induksi dilakukan minimal pada KPSW 12 jam. Pasien ini diterapi dengan pemberian antibiotik mengingat kemungkinan infeksi sebagai penyebab terbanyak terjadinya KPSW serta sebagai profilaksis.⁸

Komplikasi persalinan pervaginam pada persentasi bokong, salah satunya adalah sufokasi. Bila sebagian besar badan janin sudah lahir, terjadilah pengecilan rahim, sehingga memicu gangguan sirkulasi plasenta dan menimbulkan anoksia janin. Keadaan ini merangsang janin untuk bernapas. Akibatnya darah, mukus, cairan amnion, dan mekonium akan diaspirasi, yang dapat menimbulkan sufokasi. Badan janin yang sebagian sudah berada di luar rahim, juga merupakan rangsangan yang kuat untuk janin bernapas.⁴

Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah (1) asfiksia fetalis; selain akibat mengecilnya uterus pada waktu badan janin lahir, yang menimbulkan anoksia, maka anoksia ini diperberat lagi dengan bahaya terjepitnya tali pusat pada waktu kepala masuk panggul (fase cepat); (2) kerusakan jaringan otak; trauma pada otak janin dapat terjadi, khususnya pada panggul sempit atau adanya disproporsi sefalo-pelvik, serviks yang belum terbuka lengkap, atau kepala janin yang dilahirkan secara mendadak, sehingga timbul dekompresi; serta (3) fraktur pada tulang-tulang janin.⁴

Simpulan

Pemilihan partus pervaginam pada kasus ini sudah tepat sesuai dengan kriteria indeks *Zatuchni Andros* adalah 7. Pada kasus



ini, bokong telah lahir spontan namun skapula tidak tampak dibawah simfisis sehingga diputuskan untuk dilakukan ekstraksi parsial secara *lovset* untuk melahirkan bahu dan kepala dilahirkan secara *mauriceau*.

Daftar Pustaka

1. Prawirohardjo S. Ilmu kebidanan. Edisi ke-4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
2. Oxorn H, Forte WR. Ilmu kebidanan: patologi & fisiologi persalinan. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica; 2010.
3. Saifuddin A. Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
4. Prawirohardjo S. Ilmu bedah kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
5. Universitas Padjajaran. Obstetri patologi. Bandung: Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 1984.
6. McGregor JA, Schoonmaker JN, Lunt BD, Lawellin DW. Antibiotic inhibition of bacterially induced fetal membrane weakening. *Obstet Gynecol*. 1990;76(1):124-8.
7. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med*, 1996; 334(16):1005-10.
8. Saleh AZ, Ansyori MH, Said MU, Rusydi SD, Fauzi A. Standar prosedur operasional obstetri dan ginekologi RSMH. Palembang: Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya; 2008.
9. Fischer R. Breech presentation. New York: WebMD Health Professional Network [diperbarui 29 Maret 2016; diakses tanggal 29 April 2016]. Tersedia dari: <http://www.emedicine.medscape.com/>
10. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. Vaginal delivery of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(6):557-66.
11. Chan PD, Johnson SM. Gynecology and obstetrics. California: Current Clinical Strategies Publishing; 2006.
12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. William's manual of obstetrics. Edisi ke-22. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. Malak TM, Bell SC. Structural characteristics of term human fetal membranes: a novel zone of extreme morphological alteration within the rupture site. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(5):375-86.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG practice bulletin no. 1. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;63:75-84.