

---

# Infeksi, Perdarahan dan Hipertensi pada Obstetri Ginekologi

---

## Infeksi dalam Kehamilan dan Persalinan

Rusli P. Barus

Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara  
Rumah Sakit Dr Pirngadi, Medan

---

### PENDAHULUAN

Infeksi merupakan penyakit yang sering menyerang ibu, baik pada masa kehamilan maupun pada saat persalinan. Infeksi ini dapat terjadi oleh karena faktor penanganan persalinan yang kurang adekuat dan kurang bebas hama. Dilaporkan bahwa infeksi merupakan salah satu dari tiga penyebab kematian pada ibu hamil dan bersalin, selain perdarahan dan tekanan darah tinggi.

Pada makalah ini dibatasi pembicaraan mengenai ketuban pecah dini dan partus terlantar yang sering di jumpai pada bagian Kebidanan RS Dr. Pirngadi Medan.

### KETUBAN PECAH DINI

#### Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD; *Premature Rupture of the Membrane* = PROM; Amniorrhexis) ialah robeknya selaput ketuban pada setiap saat sebelum persalinan mulai atau sebelum *in partu*.

#### Insidens

- RS Dr. Pirngadi Medan (1982) : 2,27% dari seluruh persalinan.
- RS Hasan Sadikin Bandung (1979) : 5,05%.
- RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (1988) : 11,22%.

#### Etiologi/Faktor Predisposisi

Sampai saat ini penyebab KPD belum diketahui secara pasti, tetapi berbagai penulis menyebutkan beberapa faktor predisposisi, antara lain :

- 1) Faktor selaput ketuban.
- 2) Faktor infeksi.
- 3) Faktor perubahan tekanan intrauterin yang mendadak.

- 4) Faktor yang berhubungan dengan kebidanan dan ginekologi, seperti : multigravida, pernah mengalami KPD pada persalinan yang lalu, perdarahan antepartum, hamil ganda, hidramnion, malposisi, disproporsi sefalo-pelvik, umur lebih dari 35 tahun, trauma vagina, dan lain-lain.
- 5) Faktor sosio ekonomi yang rendah, seperti : defisiensi gizi, vitamin C.
- 6) Faktor antagonismus golongan darah A, B, O.
- 7) Faktor merokok.
- 8) Faktor keturunan.

#### Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dengan :

- 1) Anamnesis : keluar air dari vagina.
- 2) Pemeriksaan klinis, antara lain :
  - Pemeriksaan klinis langsung yaitu melihat air ketuban keluar.
  - Pemeriksaan inspekulo, air ketuban mengalir keluar dari kanalis servikalis (bila perlu dengan tekanan ringan pada fundus uteri).
  - Periksa dalam, secara aseptis meraba tidak adanya selaput ketuban.
- 3) Pemeriksaan laboratorium :
  - Tes kristalisasi/tes arborisasi air ketuban.
  - Tes pH air ketuban dengan kertas indikator (air ketuban bersifat alkalis dengan pH 7,0 - 7,5).
  - Suntikan zat warna intraamnion, pengecatan lemak, lanugo, pengukuran kadar glukosa dan fruktosa, pemeriksaan sitologi sel skuamosa janin).
- 4) Pemeriksaan dengan ultrasonografi, menilai banyaknya air ketuban, umur kehamilan, dan posisi janin.

## Penanganan

Prosedur penanganan KPD :

- 1) **Penderitadirawat dirumahsakit,istirahatmutlakdanbokong ditinggikan**, sedapat mungkin hindari periksa dalam.
- 2) Diberikan antibiotika profilaksis atau terapi sedini mungkin (suntikan PP 1,2 juta IU).
- 3) **Pemantauan denyut** jantung janin, pengamatan tanda-tanda infeksi dan tanda-tanda mulainya persalinan.
- 4) Pemeriksaan USG untuk konfirmasi diagnostik.
- 5) Jika ada tanda-tanda korio-amnionitis dan bila *pelvic score* > 5 langsung dilakukan induksi persalinan tanpa memandang tuanya kehamilan. Jika persalinan belum selesai dalam waktu 6 — 8 jam sebaiknya dilakukan tindakan operatif. Bila *pelvic score* < 5, persalinan diakhiri dengan *sectio Caesarea* (SC).

## Bagan Penanganan KPD

A. *Viable for life* : ? 37 minggu/BB 2500 gram

- a) Observasi yang baik selama 8 — 12 jam.
  - b) Lalu dilakukan induksi partus bila belum ada tanda *in partu*.
  - c) Anak letak lintang dan letak sungsang langsung SC.
- B. *Non-viable for life* : < 37 minggu/BB < 2500 gram
- a) Jika maturitas paru belum matang, dirawat dan diusahakan agar kehamilan dapat dilanjutkan sampai berumur 37 minggu.
  - b) Jika maturitas paru sudah matang, dilakukan induksi partus setelah observasi 24 jam.
  - c) Bila induksi partus gagal, dilakukan SC.
  - d) Sementara menunggu, diberikan :
    - Suntikan PP 1,2 juta IU perhari, kalau perlu diberi antibiotika oral seperti Amoksisilin 500 mg 3x/hari.
    - Vitamin C dosis tinggi.
    - Spasmolitik/tokolitik, plasento-tropik.

Catalan :

- 1) KPD dengan umur kehamilan < 26 minggu (BB 500 gram) sebaiknya langsung dilakukan induksi/terminasi kehamilan (*survival rate* mendekati nol).
- 2) Tanda-tanda utama korio-amnionitis adalah : suhu 38°C, air ketuban purulen dan berbau busuk, lekosit > 15.000/mm<sup>3</sup>. Tanda-tanda lain adalah : takikardi, nyeri tekan Uterus, dan lain-lain.

## Komplikasi

- Infeksi/sepsis.
- Kematian janin karena infeksi dan/atau prematuritas.

## PARTUS TERLANTAR

### Pendahuluan

Persalinan di Indonesia masih banyak ditolong oleh dukun, ditolong sendiri, atau oleh suaminya. Telah lama diketahui bahwa kira-kira 80% penduduk Indonesia tinggal di pedesaan, dan kebanyakan dari mereka menerima pelayanan kebidanan/persalinan dari dukun. Mereka tidak mengetahui mekanisme persalinan. Pertolongan dilakukan berdasarkan pengalaman yang didapat turun temurun, dan di samping itu mereka kurang **ngetahui** keadaan persalinan yang bersifat patologik sehingga

dalam merujuk penderitanya ke rumah sakit, sudah dalam keadaan terlantar. Keadaan inilah yang meninggikan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak. Hal tersebut di atas dapat juga terjadi bila persalinan ditolong oleh penolong persalinan lain yang tidak trampil.

### Definisi

Partus terlantar adalah suatu keadaan fase akhir dari suatu persalinan yang macet dan berlangsung lama, sehingga menimbulkan komplikasi terhadap ibu maupun anak.

### Etiologi

Penyebab partus terlantar adalah multikompleks, yang berhubungan dengan pengawasan pada waktu hamil dan penatalaksanaan pertolongan persalinan. Penatalaksanaan persalinan yang tidak adekuat bisa disebabkan oleh :

- ketidaktahuan
- ketidaksabaran
- keterlambatan merujuk.

### Diagnosis

Gejala klinis, antara lain :

- 1) Tanda-tanda kelelahan ibu :
  - dehidrasi dan kadang-kadang sampai syok, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
  - nadi cepat dan lemah
  - meteorismus
  - febris
  - his lemah sampai hilang oliguria.
- 2) Tanda-tanda infeksi intrauterin/intrapartum :
  - air ketuban yang keluar berwarna keruh kehijau-hijauan atau keruh kecoklatan dan berbau.
  - suhu badan naik (>— 38°C); leukosit > 15.000/mm<sup>3</sup>.
- 3) Tanda-tanda gawat janin :
  - denyut jantung janin mula-mula meninggi, lalu menurun sampai hilang.
  - air ketuban bercampur mekonium.

### Palpasi :

- his lemah sampai hilang.
- gerakan janin lemah sampai hilang.
- kadang dapat dijumpai tanda-tanda RUI.

### Auskultasi :

- denyut jantung janin melemah sampai hilang.
- adanya meteorismus.

### Periksa dalam :

Dijumpai kaput suksadaneum yang besar dan air ketuban berwarna keruh kehijau-hijauan sampai kekuning-kuningan serta berbau (*meconium stain*).

### Komplikasi

- 1) Ibu :
  - Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
  - Dapat terjadi PPH.
  - Infeksi sampai sepsis.
  - Robekan jalan lahir.

– Fistula vesikovaginal dan/atau rektovaginal, vesikovaginal, vesikokel, rektokel, dan prolapsus uteri.

2) Anak :

– Anak lahir dalam keadaan asfiksi sehingga menimbulkan cacat otak yang menetap.

– Gawat janin sampai meninggal.

#### Penatalaksanaan

1) Perawatan pendahuluan :

– Pemberian infus cairan untuk rehidrasi cepat dalam 1 jam, diberikan larutan dextrose 5% sebanyak 1 liter dan larutan Laktat-Ringer sebanyak 500 ml (2 : 1).

– Penicillin procain 1,2 juta IU/im.

– Kortison asetat 100–200 mg im.

– Dievaluasi kembali setelah rehidrasi 1 jam.

2) Mengakhiri persalinan :

Mengakhiri persalinan partus terlantar tergantung kepada :

– penyebab kemacetan

– status presens penderita

– keadaan janin (fetal distress atau tidak).

Tindakan yang mungkin dilakukan antara lain adalah augmentasi partus, ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, sectio caesarea, sectio caesarea-histerektomi, atau operasi Porro.

#### KEPUSTAKAAN

1. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF. Williams Obstetrics, 8th Ed. Ch 38. Preterm and postterm **pregnancy and inappropriate** fetal growth.
2. Harger JH, Hsing AW, Toumola RE et al. Risk factor for preterm rupture of fetal membranes : A multicenter case-control study. Am J Obstet Gynecol 1990; 163(1): 130-7.
3. Larsen JW. Premature amniorrhexis. Obstet Gynecol Ann 1979; 8.
4. Medical Committee Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-USU/RS Dr Pimgadi Medan. Ketuban Pecah Dini (Premature Rupture of The Membranes = PROM).
5. POGI. Konsep Standar Pelayanan Medis Obsgin, Bagian I, **Surakarta**, Juni 1991.
6. **Sarkawi W, Roeshadi RH, Simanjuntak P.** Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan kehamilan prematur (Laporan Kasus). Pros Pertemuan Bmiah Tahunan Pertama POGI, **Jakarta**, 26-27 Juni 1981.
7. **Sarkawi W.** Hasil penelitian ketuban pecah dini di RS Dr. **Pimgadi Medan**. Skripsi Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-USU/RS Dr. **Pimgadi Medan**, 1983.
8. **Simanjuntak P, Hutapea H, Tanjung MT, Roeshadi RH.** Antibiotik profilaksis dalam kebidanan. Naskah Lengkap Simposium Antibiotik, **Pangkalan Brandan, Makalah 17**, 1980.
9. **Sinaga B, Reksoprodjo M.** Meninjau ketuban pecah dini sebagai kasus rujukan di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. **Kumpulan Makalah POGI Jaya di PTP-V POGI**.
10. **Siregar D, Iskandar FR, Hasan B.** Tinjauan penatalaksanaan ketuban pecah dini. **Naskah Lengkap Sidang Bmiah KOGI-IV Yogyakarta**, 10-15 Juni 1979.

