

INFORMASI ARTIKEL

Received: April, 10, 2025

Revised: April, 27, 2025

Available online: April, 28, 2025

at : <https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/mchc>

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini dan riwayat operasi caesar

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani^{*2}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com Abstract

Abstract

A 38-year-old patient with G6P5A0, 39 weeks pregnant, presented to the Emergency Room of RSBAH Bandar Lampung with complaints of abdominal cramps since 2:15 PM. The abdomen felt tense, and contractions became more frequent with longer durations. The patient reported leaking fluids from the vagina (+) and bloody mucus (+) since the previous night, as well as intermittent pain. The patient has a history of one previous cesarean section (C/S) for her 5th child. The vital signs were as follows: Blood Pressure 114/72 mmHg, Pulse Rate 82 bpm, Respiratory Rate 21 breaths/min, Temperature 36.7°C, Oxygen Saturation 98%. On hematological examination, a decrease in hemoglobin (8.9 g/dL), hematocrit (28%), erythrocyte count ($3.4 \times 10^6/\mu\text{L}$), MCH (27 pg), MCHC (31 g/dL), and Hct were noted, along with a decrease in the percentage of eosinophils (0%) and lymphocytes (12%), and an increase in neutrophils (85%). On abdominal examination, there was a scar from a previous C-section. On the anogenital examination, 20 cc of clear amniotic fluid was noted, and vaginal touch revealed a thin cervix, 1 cm dilation, cephalic presentation, low station, and spontaneous rupture of membranes with 50 cc of fluid. The pre-labor diagnosis for this case was G6P5A0, 39 weeks gestation with Premature Rupture of Membranes and a history of Cesarean Section. The post-labor diagnosis was P6A0, spontaneous vaginal delivery with VBAC. Pre-labor management included monitoring vital signs and GCS, observation of DJJ, IVFD RL 20 drops per minute, Cefadroxil 2x1, Mefenamic acid 3x1, Inbion 2x1, Misoprostol 2 tablets per rectal. Post-labor management included monitoring vital signs, general condition, and bleeding, IVFD RL with oxytocin infusion 1 amp, Cefadroxil 2x1 tablets, Mefenamic acid 3x1 tablets, Inbion 2x1 tablets. The prognosis in this patient is dubia ad bonam.

Keywords: Pregnancy; Premature Rupture of Membranes; VBAC.

Pasien usia 38 tahun dengan G6P5A0 hamil 39 minggu datang ke IGD RSBAH Bandar Lampung dengan keluhan perut terasa mulas sejak siang pukul 14.15. Perut terasa kencang dan semakin sering dengan durasi semakin lama. Pasien merasa keluar air-air dari jalan lahir (+), lendir darah (+) sejak semalam, serta nyeri yang hilang timbul. Pasien terdapat riwayat SC 1 kali pada anak ke 5. Tekanan Darah 114/72 mmHg, Denyut Nadi 82 x/menit, Laju Pernapasan 21 x/menit, Suhu 36,7°C, Saturasi Oksigen 98%. Pada pemeriksaan penunjang hematologi didapatkan penurunan hemoglobin (8,9 gr/dl), penurunan hematokrit (28%), penurunan eritrosit ($3,4 \times 10^6/\mu\text{L}$), penurunan MCH (27pg), penurunan MCHC (31 g/dl), penurunan Hit. Jenis Leukosit Eosinofil (0%), penurunan Hit. Jenis Leukosit limfosit (12%), dan peningkatan pada Hit. Jenis Leukosit Neutrofil (85%). Pada pemeriksaan luar abdomen terdapat luka bekas operasi (riwayat SC). Pada

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

anogenital di Pengeluaran pervaginam terdapat air ketuban yang tidak berbau dengan volume 20 cc. Pada vaginal touch porcio teraba tipis, pembukaan 1 cm dengan presentasi kepala, penurunan HI, dan ketuban pecah spontan dengan volume 50 cc. Diagnosis pre persalinan pada kasus ini yaitu G6P5A0 Hamil 39 Minggu dengan KPD dan Riwayat SC Jth Preskep, dan diagnosis post persalinan pada kasus ini yaitu P6A0 PP Spontan dengan VBAC. Tatalaksana pre persalinan yang didapat oleh pasien yaitu Observasi TTV dan GCS, Observasi DJJ, IVFD RL 20 tpm, Cefadroxil 2x1, Asam mefenamat 3x1, Inbion 2x1, Misoprostol 2 tab per rectal. Tatalaksana post persalinan yaitu monitoring TTV, keadaan umum, dan perdarahan, IVFD RL+ 1 amp oxytocin gtt xx tpm, Cefadroxil 2x1 tab, Asam mefenamat 3x1 tab, Inbion 2x1 tab. Prognosis pada pasien ini yaitu dubia ad bonam.

Kata Kunci: Hamil; Ketuban Pecah Dini; VBAC.

PENDAHULUAN

Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan. Istilah medis untuk wanita hamil adalah gravida, sedangkan manusia didalamnya disebut embrio (minggu-minggu awal) kemudian janin (sampai kelahiran) (Mamuroh, Sukmawati, & Widiasih, 2019).

Ketuban pecah dini (KPD), atau yang kini dikenal dengan istilah "ketuban pecah sebelum persalinan" merujuk pada pecahnya selaput ketuban setelah usia kehamilan mencapai 37 minggu, namun sebelum proses persalinan dimulai. Kondisi ini sering kali berhubungan dengan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Ketuban pecah sebelum persalinan biasanya ditandai dengan periode latensi yang singkat, peningkatan risiko infeksi dalam rahim, serta kemungkinan terjadinya kompresi tali pusat. Penanganan untuk kondisi ini mencakup rawat inap di rumah sakit, prosedur amniosentesis untuk mendeteksi infeksi, serta pemberian kortikosteroid prenatal dan antibiotik spektrum luas jika diperlukan. Oleh karena itu, peran dokter yang menangani ibu hamil dengan kondisi ini sangat penting, terutama dalam mengelola komplikasi yang mungkin terjadi serta mengimplementasikan langkah-langkah pengendalian untuk meminimalkan risiko dan meningkatkan hasil yang diinginkan. Selain itu, kecenderungan KPD untuk terulang pada kehamilan berikutnya memberikan kesempatan untuk melakukan pencegahan (Garg & Jaiswal, 2023).

Kejadian kematian dan kesakitan ibu di Indonesia sampai saat ini masih merupakan masalah besar yang harus di tangani dengan serius. Salah satu penyebab masalah tersebut adalah kejadian ketuban pecah dini atau premature rupture of membran (PROM). Ketuban pecah dini atau PROM adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah 1 jam tetap tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Ketuban pecah dini (KPD) sering kali menimbulkan konsekuensi yang berimbas pada morbiditas dan mortalitas pada ibu yang menyebabkan berbagai macam komplikasi pada neonatus meliputi prematuritas, distress syndrome, pendarahan intraventrikel, sepsis, hipoplasia paru serta deformitas skeletal. Ketuban Pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu jumlah paritas, pembesaran uterus, kelainan letak, usia ibu melahirkan dan umur kehamilan (Juliani, 2024).

Riwayat SC (*Section Caesarean*) adalah jaringan parut yang terbentuk akibat pembedahan uterus pada persalinan sebelumnya. Jika persalinan dilakukan secara normal, jaringan parut tersebut berisiko menyebabkan robekan pada uterus. Oleh karena itu, bagi ibu hamil yang pernah menjalani operasi caesar, biasanya persalinan berikutnya juga akan dilakukan dengan caesar untuk mengurangi risiko robekan. Meski demikian, ada kemungkinan untuk melahirkan secara normal setelah caesar, yang dikenal dengan

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani*²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

istilah VBAC (*Vaginal Birth After Cesarean*). VBAC adalah proses persalinan normal yang sebelumnya memiliki riwayat seksio sesarea. VBAC telah diperkenalkan dan dilakukan untuk menjadi pilihan bagi wanita Degnan riwayat persalinan SC sejak tahun 1980. Salah satu cara untuk mengurangi tindakan *section caesarea* adalah dengan persalinan pervaginam setelah seksio sesarea (Aurellia, Geriawan, & Armerinayanti, 2023).

Persalinan seksio sesarea adalah proses persalinan dengan sayatan pada dinding perut(laparotomi) dan dinding rahim. Namun demikian, tindakan seksio sesarea tidak lagi dilakukan semata-mata karena pertimbangan medis, tetapi juga termasuk permintaan pasien sendiri atau saran dari dokter yang menangani. Saat ini persalinan pervaginam dianggap sebagai persalinan yang sulit dan berisiko bagi calon ibu dan bayinya. Seiring dengan berkembangnya kecanggihan alat dibidang ilmu kedokteran kebidanan, kini tindakan operasi seksio sesarea menjadi alternatif persalinan (Pamilangan, Wantani, & Lumentut, 2020).

Masalah KPD memerlukan perhatian yang lebih besar, karena prevalensinya yang cukup besar dan cenderung meningkat. Kejadian KPD aterm terjadi pada sekitar 6.46-15.6% kehamilan aterm dan KPD preterm terjadi pada terjadi pada sekitar 2-3% dari semua kehamilan tunggal dan 7.4% dari kehamilan kembar. PPRM merupakan komplikasi pada sekitar 1/3 dari semua kelahiran prematur, yang telah meningkat sebanyak 38% sejak tahun 1981. Dapat diprediksi bahwa ahli obstetri akan pernah menemukan dan melakukan penanganan kasus KPD dalam karir kliniknya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Manajemen PPRM pada periode yang dapat bertahan dan yang tidak dapat bertahan dapat menjadi sangat rumit, tergantung pada usia kehamilan, dengan persalinan segera yang sering kali direkomendasikan setelah 37 minggu. Namun, pada kasus PPRM,

manajemen kehamilan, kortikosteroid, antibiotik, dan terkadang tokolitik dapat digunakan untuk memperpanjang kehamilan bila memungkinkan untuk mengurangi risiko neonatal. Memahami rekomendasi terbaru dan bukti yang mendukungnya sangat penting bagi dokter dan pasien untuk membuat keputusan yang tepat mengenai perawatan mereka dan mengoptimalkan hasil ibu dan janin (World Health Organization, 2024).

Penelitian terdahulu menyatakan bahwa terdapat hubungan letak janin, ketuban pecah dini dengan kejadian sectio caesarea sedangkan preeklampsia tidak ada hubungan dengan kejadian sectio caesarea (Siagian, Anggraeni, & Pangestu, 2023). Penelitian lain juga menemukan bahwa menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan persalinan sectio caesarea adalah ketuban pecah dini $p\text{-value} = 0.028 (\leq 0.05)$, gawat janin $p\text{-value} = 0.029 (\leq 0.05)$ sedangkan yang tidak berhubungan adalah partus lama $p\text{-value} = 1.000 (> 0.05)$ (Yuhana, Farida, & Turiyani, 2022).

KASUS

Pasien usia 38 tahun dengan G6P5A0 hamil 39 minggu datang ke IGD RSBAH Bandar Lampung dengan keluhan perut terasa mulas sejak siang pukul 14.15. Perut terasa kencang dan semakin sering dengan durasi semakin lama. Pasien merasa keluar air-air dari jalan lahir (+), lendir darah (+) sejak semalam, serta nyeri yang hilang timbul. Pasien terdapat riwayat SC 1 kali pada anak ke 5. Terdapat riwayat penyakit keluarga yaitu DM dan HT pada Ibu Pasien. Pasien tidak mempunyai alergi obat. Haid pertama pada umur 12 tahun, haid selama 7-8 hari dengan siklus 28 hari, pasien ganti pembalut sebanyak 3-4x sehari. Pasien tidak ada riwayat memakai KB. Pasien mengatakan melahirkan secara SC sebelumnya dikarenakan pada kehamilan ke 5 pasien mengalami ketuban pecah dini dan tidak ada pembukaan. Kemudian dilakukan induksi namun masih tidak ada tanda-tanda persalinan/kontraksi dan detak jantung janin semakin melemah, sehingga dokter menyarankan untuk

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani^{*2}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

dilakukan SC. Pasien mengatakan di kehamilan ke 3 dan 4 juga mengalami ketuban pecah dini. Pada kehamilan ini, pasien memilih melahirkan secara normal dan sudah di konsultasikan ke dokter kandungan sebelumnya.

HASIL PEMERIKSAAN

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda- tanda vital diantaranya Tekanan Darah 114/72 mmHg, Denyut Nadi 82 x/menit, Laju Pernapasan 21 x/menit, Suhu 36,7°C, Saturasi Oksigen 98%.

Pemeriksaan Laboratorium: Pada pemeriksaan penunjang hematologi didapatkan penurunan hemoglobin (8.9 gr/dl), penurunan hematokrit (28%), penurunan eritrosit ($3.4 \times 10^6/\mu\text{L}$), penurunan MCH (27pg), penurunan MCHC (31 g/dl), penurunan Hit. Jenis Leukosit Eosinofil (0%), penurunan Hit. Jenis Leukosit limfosit (12%), dan peningkatan pada Hit. Jenis Leukosit Neutrofil (85%).

Pemeriksaan Ginekologi: Pada pemeriksaan luar abdomen terdapat luka bekas operasi (riwayat SC). Pada anogenital di Pengeluaran pervaginam terdapat air ketuban yang tidak berbau dengan volume 20 cc. Pada vaginal touch porsio teraba tipis, pembukaan 1 cm dengan presentasi kepala, penurunan HI, dan ketuban pecah spontan dengan volume 50 cc.

Pada pemeriksaan Leopold didapatkan:

- Leopold I: TFU 38 cm, perut atas teraba bokong janin
- Leopold II: Perut kanan teraba punggung janin, perut kiri teraba ekstremitas janin
- Leopold III: Perut bawah teraba kepala janin
- Leopold IV Sudah masuk pintu atas panggul

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis: Diagnosis pre persalinan: G6P5A0 Hamil 39 Minggu dengan KPD dan Riwayat SC Jth Preskep. Diagnosis post persalinan : P6A0 PP Spontan dengan VBAC.

Tatalaksana pre persalinan yang didapat oleh pasien yaitu Observasi TTV dan GCS, Observasi DJJ, IVFD RL 20 tpm, Cefadroxil 2 x 1, Asam mefenamat 3 x 1, Inbion 2 x 1, Misoprostol 2 tab

per rectal. Tatalaksana post persalinan yaitu monitoring TTV, keadaan umum, dan perdarahan, IVFD RL + 1 amp oxytocin gtt xx tpm, Cefadroxil 2x1 tab, Asam mefenamat 3x1 tab, Inbion 2x1 tab. Prognosis pada pasien ini yaitu dubia ad bonam.

PEMBAHASAN

Pada kasus ini, seorang perempuan berusia 38 tahun di diagnosa dengan G6P5A0 Hamil 39 Minggu dengan KPD dan Riwayat SC Jth Preskep berdasarkan anamnesis, dan pemeriksaan fisik. Ketuban pecah dini (KPD) adalah selaput ketuban yang pecah sebelum adanya tanda persalinan (Modena, Kaihura, & Fieni, 2004).

Sebagian besar kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm, yaitu lebih dari 37 minggu, sementara pada kehamilan kurang dari 36 minggu kasusnya lebih jarang. Tanda-tanda KPD biasanya berupa rasa basah pada area vagina akibat keluarnya cairan dalam jumlah banyak, yang memiliki bau khas ketuban. Penting untuk diperhatikan bahwa ketuban pecah terjadi sebelum kontraksi (his) atau saat kontraksi belum teratur, serta apakah sudah ada keluarnya lendir bercampur darah. Pada pemeriksaan fisik, cairan akan tampak keluar dari vagina, dan jika ketuban baru saja pecah dan cairannya masih banyak, pemeriksaan akan lebih jelas terlihat (Rukiyah & Yulianti, 2020). Teori tersebut sejalan dengan kasus ini, karena pasien merasa keluar air-air dari jalan lahir (+), lendir darah (+) sebelum masuk rumah sakit. Pada pemeriksaan anogenital di pengeluaran pervaginam terdapat air ketuban yang tidak berbau dengan volume 20 cc. Selain itu, pasien sudah memasuki usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

Menurut program pemerintah, ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin dapat dicegah sejak masa kehamilan dengan cara mengelola berbagai faktor risikonya. Upaya pencegahan ini dilakukan melalui pengoptimalan layanan kesehatan, khususnya dengan pelaksanaan pemeriksaan kehamilan (ANC) yang terintegrasi secara menyeluruh (Nurjanah et al., 2024).

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani*²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

Usia, kehamilan pada usia muda (<20 tahun) sering kali menimbulkan komplikasi bagi ibu dan janin, karena organ reproduksi yang belum sepenuhnya matang. Hal ini menyebabkan rahim belum mampu menahan kehamilan dengan baik, sehingga selaput ketuban belum berkembang sepenuhnya dan rentan mengalami robekan, yang dapat mengakibatkan KPD. Sementara itu, pada usia >35 tahun, otot-otot dasar panggul mulai kehilangan elastisitasnya, yang dapat menyebabkan komplikasi seperti serviks yang mudah melebar. Kondisi ini memungkinkan pembukaan serviks terjadi terlalu cepat, yang juga meningkatkan risiko KPD. Paritas, wanita yang berada pada paritas kedua dan ketiga dalam usia reproduktif umumnya berada dalam kondisi yang lebih aman untuk menjalani kehamilan dan persalinan. Hal ini disebabkan oleh dinding rahim yang masih cukup kuat karena belum mengalami banyak perubahan, serta serviks yang belum terlalu sering terbuka sehingga mampu menopang selaput ketuban dengan baik. Sebaliknya, wanita yang sudah beberapa kali melahirkan cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami ketuban pecah dini. (Puspitasari, Trisanti, & Safitri, 2023).

KPD lebih sering terjadi pada ibu dengan paritas multigravida. Risiko terjadinya KPD pada ibu dengan paritas multigravida meningkat hingga 6 kali, sehingga ibu yang telah melahirkan beberapa kali memiliki risiko 7 kali lebih besar untuk mengalami KPD. Hal ini disebabkan oleh gangguan vaskularisasi pada uterus, yang mengakibatkan jaringan ikat pada selaput ketuban menjadi rapuh dan mudah pecah secara spontan. Selain itu, KPD juga bisa disebabkan oleh trauma langsung pada perut ibu, seperti kelainan letak janin atau pada wanita dengan grande multipara (kehamilan lebih dari lima kali). Kejadian KPD sering ditemukan pada ibu dengan multiparitas karena kehamilan yang terlalu sering dapat memengaruhi perkembangan embrio, sehingga selaput ketuban yang terbentuk lebih tipis dan rentan pecah sebelum waktunya. Kehamilan yang sering juga meningkatkan kemungkinan infeksi amnion akibat kerusakan struktur

serviks dari persalinan sebelumnya. Usia Kehamilan, ibu hamil dengan usia kehamilan preterm cenderung lebih rentan mengalami KPD karena selaput ketuban yang masih lemah, yang berhubungan dengan pertumbuhan dan usia uterus, kontraksi rahim, serta pergerakan janin. Namun, berdasarkan hasil uji statistik, ibu dengan usia kehamilan aterm juga dapat mengalami KPD. Faktor lain yang dapat mempengaruhi hal ini adalah pola kerja ibu hamil yang terlalu berat, yang menyebabkan kelelahan dan melemahkan korion amnion, sehingga berisiko menyebabkan KPD. Ketuban Pecah Dini dibagi menjadi dua jenis, yaitu Ketuban Pecah Dini preterm, yang terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, dan Ketuban Pecah Dini yang memanjang, yaitu yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktu persalinan. Aktivitas Sehari-hari. berdasarkan penelitian, kejadian KPD tertinggi ditemukan pada ibu yang tidak bekerja. Meskipun ibu hamil yang tidak bekerja tidak memiliki pekerjaan formal, mereka tetap memiliki aktivitas sehari-hari, terutama ibu rumah tangga yang sering melakukan pekerjaan repetitif seperti memasak, mencuci, dan menyapu. Kurangnya waktu untuk beristirahat dapat menyebabkan kelelahan, yang akhirnya menimbulkan keluhan seperti sakit perut bagian bawah atau kontraksi. Kontraksi yang semakin sering dan berlangsung lama dapat menyebabkan selaput ketuban tidak mampu menahan kehamilan, yang mengarah pada ketuban pecah dini sebelum waktunya (Dharmayanti, & Wardani2022). Teori tersebut sejalan dengan kasus ini, dimana faktor resiko pasien yaitu pasien sudah berumur 38 tahun dengan multigravida, usia kehamilan aterm, dan aktivitas sehari-hari yang berulang sebagai ibu rumah tangga. pada pemeriksaan ginekologi abdomen pasien terdapat Leopold I: TFU 38 cm, perut atas teraba bokong janin, Leopold II: Perut kanan teraba punggung janin, perut kiri teraba ekstremitas janin, Leopold III: Perut bawah teraba kepala janin, Leopold IV: Sudah masuk pintu atas panggul.

Riwayat seksio sesarea (SC) merujuk pada jaringan parut yang terbentuk akibat pembedahan

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

uterus pada persalinan sebelumnya. Jika dilakukan persalinan normal setelah SC, jaringan parut tersebut dapat meningkatkan risiko robeknya uterus, sehingga pada ibu yang sebelumnya menjalani persalinan SC, biasanya persalinan berikutnya juga akan dilakukan dengan caesar untuk menghindari risiko tersebut (Supriatna, 2021). Wanita yang memiliki riwayat operasi caesar pada kelahiran sebelumnya umumnya dihadapkan pada dua pilihan dalam kehamilan berikutnya, yaitu menjalani operasi caesar elektif yang direncanakan (RCD) atau mencoba persalinan pervaginam setelah caesar (VBAC). Kedua opsi ini memiliki kelebihan dan risiko masing-masing. Namun, sejumlah bukti menunjukkan bahwa VBAC yang direncanakan cenderung memberikan rasio manfaat dan risiko yang lebih menguntungkan dibandingkan dengan RCD (Tefahun, Awoke, Kefale, Balcha, Nega, Gezahegn, & Beyene, 2023).

VBAC merupakan proses persalinan pervaginam setelah sebelumnya menjalani seksio sesarea. Sejak tahun 1980, VBAC telah diperkenalkan sebagai alternatif bagi wanita dengan riwayat SC (Nurshabila & Balfas, 2023). Salah satu tujuan dari VBAC adalah mengurangi angka seksio sesarea dan memberikan pilihan bagi wanita yang ingin melahirkan secara normal. Selain itu, VBAC juga memiliki beberapa potensi keuntungan kesehatan bagi ibu, seperti tingkat perdarahan yang lebih rendah, risiko infeksi yang lebih kecil, dan waktu pemulihan yang lebih cepat dibandingkan dengan wanita yang menjalani caesar berulang (Wustqa, 2021). Berdasarkan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), tingkat keberhasilan VBAC berkisar antara 60-80%. Sementara itu, *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) menyatakan bahwa keberhasilan VBAC berkisar antara 50- 85%, meskipun tingkat keberhasilannya dapat bervariasi tergantung pada karakteristik individu dan kondisi kehamilan masing-masing (Agami, Irsam, & Fuad, 2023). Teori tersebut sejalan dengan kasus ini, dimana pasien berhasil melakukan persalinan pervaginam dengan adanya riwayat SC 1 kali pada kehamilan

ke 5 dengan tingkat perdarahan dan infeksi yang lebih rendah.

Faktor yang perlu dipertimbangkan untuk keberhasilan VBAC yaitu: Jenis sayatan operasi SC sebelumnya, sayatan pada rahim dapat dilakukan secara melintang (dari sisi ke sisi) atau vertikal (dari atas ke bawah), dan jenis sayatan ini dapat memengaruhi kelahiran berikutnya. Saat ini, kebanyakan sayatan caesar adalah sayatan melintang rendah, yang dilakukan di bagian bawah rahim yang paling tipis dan paling rendah. Bekas luka dari sayatan ini memiliki risiko ruptur uterus yang lebih kecil, sehingga VBAC bisa dianggap aman. Keadaan yang menyebabkan operasi caesar sebelumnya, Kondisi kesehatan ibu, Riwayat persalinan pervaginam, paritas dan BBLR Faktor yang paling konsisten terkait dengan peningkatan keberhasilan VBAC pada bayi baru lahir (BBL) adalah berat badan bayi yang lahir ≤ 4000 gram. Keberhasilan VBAC cenderung menurun menjadi kurang dari 50% jika berat badan bayi lebih dari 4000 gram. Selain itu, berat bayi yang besar merupakan faktor utama penyebab disproporsi kepala panggul (DKP), yang dapat mengurangi peluang keberhasilan VBAC bahkan menjadikannya kontraindikasi (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023). Berikut adalah pertimbangan kandidat VBAC Kehamilan Tunggal, Pelvis adekuat Riwayat 1 kali SC segmen bawah Rahim dan Tidak ada parut uteri lain atau riwayat ruptur sebelumnya (Sari, & Widyastuti, 2017).

Beberapa faktor yang memengaruhi keputusan wanita untuk memilih persalinan VBAC dibandingkan dengan operasi sesar ulang antara lain adalah perasaan kecewa karena tidak dapat melahirkan secara normal pada kehamilan sebelumnya, keinginan untuk merasakan pengalaman melahirkan secara alami, pengalaman negatif yang mungkin terjadi saat persalinan sebelumnya, serta proses pemulihan yang mereka alami setelah menjalani operasi sesar (Moysiadou, 2023).

Tingkat keberhasilan VBAC bervariasi. Keberhasilan VBAC diperkirakan antara 60-80% (The

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani^{*2}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023). Teori ini tersebut sejalan dengan kasus ini, dimana pada kasus ini kondisi pasien baik dan tidak memiliki riwayat penyakit. Pasien juga memiliki Riwayat persalinan pervaginam sebanyak 4 kali yang merupakan indikator positif pada VBAC. Selain itu pasien juga merupakan multipara sebanyak 5 kali, saat ini memiliki kehamilan tunggal, dan Riwayat SC 1 kali.

Keuntungan dari VBAC adalah Durasi perawatan di rumah sakit yang lebih singkat, tingkat kejadian trombotik vena yang lebih rendah, peningkatan ikatan antara ibu dan anak, yang berdampak positif pada kesejahteraan bayi jangka panjang, menurunnya angka morbiditas pada ibu, bayi dengan mikrobiota tubuh yang sehat akan memiliki perlindungan lebih besar terhadap penyakit alergi (Scott, 2015).

Melahirkan secara pervaginam memiliki sejumlah keuntungan, antara lain risiko kematian ibu yang lebih rendah, waktu pemulihan pasca persalinan yang lebih singkat, serta menurunnya kemungkinan terjadinya posisi janin yang tidak normal (malposisi) dan kelainan bentuk plasenta pada kehamilan berikutnya (Yuniartika et al., 2016). Teori tersebut sejalan dengan kasus ini, dimana pada kasus ini masa perawatan pasien di RS lebih pendek yaitu 3 hari.

Ketuban pecah dini (KPD) dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada janin, seperti kelahiran prematur, sindrom gangguan pernapasan (*respiratory distress syndrome*), perdarahan dalam otak (perdarahan *intraventricular*), infeksi (sepsis), perkembangan paru yang kurang sempurna (hipoplasia paru), serta kelainan bentuk tulang (*deformitas skeletal*), yang semuanya bisa menyebabkan kondisi gawat janin. Sementara itu, pada ibu, KPD membuka jalur langsung antara lingkungan luar dan rongga rahim, sehingga meningkatkan risiko infeksi yang menjalar ke atas (infeksi *asenden*) maupun infeksi saat persalinan (*intrapartum*). Selain itu, komplikasi lain seperti infeksi masa nifas (*puerperalis*), peradangan selaput perut (*peritonitis*), dan infeksi darah berat (*septicemia*), serta persalinan kering (*dry labor*) juga dapat terjadi.

Semakin lama fase laten berlangsung, semakin besar pula risiko infeksi rahim, kelahiran prematur, serta meningkatnya angka kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi, baik yang masih dalam kandungan maupun setelah lahir. Dalam menghadapi ketuban pecah dini, diperlukan langkah proaktif dan terencana, dimulai dari upaya promotif dan preventif, hingga tindakan cepat dan tegas bila diperlukan, demi menjaga keselamatan ibu dan janin (Yulianti, Astuti, & Putri, 2023).

Tatalaksana Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu berfokus pada pendekatan yang cermat dan terkoordinasi untuk mengurangi risiko bagi ibu dan janin, serta mencegah infeksi dan komplikasi lainnya. Penanganan KPD harus disesuaikan dengan usia kehamilan, kondisi janin, dan keadaan ibu. Untuk kehamilan kurang dari 34 minggu Pemberian antibiotik, Pemberian kortikosteroid, Observasi dan pemantauan ketat dan Penundaan persalinan (*tocolysis*). Kehamilan antara 34-36 minggu Pemberian kortikosteroid tetap dianjurkan untuk mendukung pematangan paru janin, Pemantauan yang cermat terhadap infeksi dan kondisi janin sangat penting dan Induksi persalinan atau pengamatan lebih lanjut dapat dipertimbangkan jika tidak ada infeksi atau masalah yang membahayakan ibu dan janin. Kehamilan Term (37 minggu atau lebih) yaitu pemantauan infeksi yang ketat, Induksi persalinan, pemantauan janin dan pemberian antibiotik profilaksis (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023). Teori tersebut sejalan dengan kasus ini, dimana pada kasus ini usia kehamilan pasien yang 39 minggu, pasien dipantau TTV dan diberikan antibiotik profilaksis berupa cefadroxil, dan induksi persalinan berupa oxytocin dan misoprostol.

SIMPULAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi yang memerlukan penanganan yang cepat dan terkoordinasi untuk mencegah komplikasi. Pilihan tatalaksana bergantung pada usia kehamilan, kondisi ibu, dan janin. Penanganan medis yang tepat,

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani*²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

termasuk pemberian antibiotik, kortikosteroid, dan pemantauan ketat, sangat penting untuk mengurangi risiko infeksi dan memastikan hasil persalinan yang aman. VBAC adalah pilihan yang aman dan dapat bermanfaat bagi sebagian ibu yang sebelumnya melahirkan dengan caesar, asalkan memenuhi kriteria tertentu dan dikelola dengan pengawasan medis

yang baik. Keuntungan utama dari VBAC adalah pemulihan yang lebih cepat dan mengurangi risiko terkait dengan seksio sesarea berulang. Namun, ada risiko potensial, terutama ruptur uterus, yang membutuhkan kesiapsiagaan dan pemantauan ketat selama proses persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agami, I. M. S., Irsam, M., & Fuad, W. (2023). Analisis Faktor Usia Ibu, Interval Persalinan, Berat Bayi Lahir, Dan Indikasi Sectio Caesarea Sebelumnya Yang Mempengaruhi Keberhasilan Vbac (Vaginal Birth After Caesar). *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 10(12), 3665-3671.
- Aurellia, P. A. B., Geriawan, P. M. N., & Armerinayanti, N. W. (2023). Karakteristik Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) pada Ibu dengan Locus Minoris Resistentiae (LMR) Periode Januari 2017-Desember 2020. *Aesculapius Medical Journal*, 3(3), 292-299.
- Dharmayanti, L., & Wardani, R. A. (2022). Faktor Resiko Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin. *Pengembangan Ilmu Dan Praktik Kesehatan*, 1(2), 68-73.
- Garg, A., & Jaiswal, A. (2023). Evaluation and management of premature rupture of membranes: a review article. *Cureus*, 15(3).
- Juliani, H. (2024). Asuhan Persalinan Pada Ny. R Usia 31 Tahun G2poa1 Gravida 38-39 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Dan Iugr di Ruang Ponek Rsud Garut (Doctoral Dissertation, Stikes Karsa Husada Garut).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/91/2017. Diakses dari: 17012281586566ae7eec8862.58707574.pdf
- Mamuroh, L., Sukmawati, S., & Widiasih, R. (2019). Pengetahuan ibu hamil tentang gizi selama kehamilan pada salah satu desa di kabupaten garut. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 15(1), 66-70.
- Modena, A. B., Kaihura, C., & Fieni, S. (2004). Prelabour rupture of the membranes: recent evidence. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 75, 5-10.
- Moysiadou, S. (2023). Vaginal birth after cesarean section: A quantitative study exploring women's understanding and experience regarding VBAC rates in Greece. *European Journal of Midwifery*, 7, 17.
- Nurjanah, I. (2024). Faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di praktek mandiri Bidan T, Bogor Barat. *Journal of Public Health Innovation*, 4(2), 426-431.
- Nurshabila, S., & Balfas, H. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Persalinan Pervaginam pada Bekas Sectio Caesarea (VBAC) pada Tahun 2020 di RS Budi Kemuliaan. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*, 2(1), 21-29.

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani*²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

Multigravida hamil 39 minggu dengan ketuban pecah dini
dan riwayat operasi caesar

- Pamilangan, E. D., Wantani, J. J., & Lumentut, A. M. (2020). Indikasi Seksio Sesarea di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado Tahun 2017 dan 2018. *e-CliniC*, 8(1).
- Puspitasari, I., Trisanti, I., & Safitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Ruang Ponek Rsu Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 14(1), 253-260.
- Rukiyah, & Yulianti. (2020). *Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan KPD*. diakses dari: <https://bintangpusnas.perpusnas.go.id/konten/BK18128/asuhan-kebidanan-persalinan-dan-bayi-baru-lahir/preview>
- Sari, R. T., Th, E. M., & Widyastuti, Y. (2017). Hubungan Karakteristik Ibu Dan Outcome Persalinan Dengan Keberhasilan Vaginal Birth After Caesarean (Vbac) Di Rsud Kota Yogyakarta Tahun 2012–2016 (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Scott, J. R. (2020). Vaginal birth after cesarean. *Protocols for High-Risk Pregnancies: An Evidence-Based Approach*, 563-569.
- Siagian, L., Anggraeni, M., & Pangestu, G. K. (2023). Hubungan Antara Letak Janin, Preeklampsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Sectio Caesaria Di Rs Yadika Kebayoran Lama Tahun 2021. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1107-1119.
- Supriatna, N. K. (2021). Vaginal Birth After Caesarean Sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Maternal: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Madani Medika (JKMM)*, 12(2), 152-158.
- Tesfahun, T. D., Awoke, A. M., Kefale, M. M., Balcha,
- W. F., Nega, A. T., Gezahegn, T. W., & Beyene, A. (2023). Factors associated with successful vaginal birth after one lower uterine transverse cesarean section delivery. *Scientific Reports*, 13(1), 8871.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Deciding Between a VBAC and a Repeat Cesarean. Diakses dari: <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/the-latest/deciding-between-a-vbac-and-a-repeat-cesarean>
- World Health Organization. (2024). Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes (PPROM and PROM). Diakses dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>
- Wustqa, K. U. (2021). Faktor Fisik Yang Mendukung Keberhasilan Vaginal Birth After Caesarea (Vbac) Di Kota Pontianak Dan Kuburaya. *Tanjungpura Journal Of Nursing Practice And Education*, 3(1).
- Yuhana, Y., Farida, T., & Turiyani, T. (2022). Hubungan Ketuban Pecah Dini, Partus Lama, dan Gawat Janin dengan Tindakan Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit TK. IV DR. Noesmir Baturaja Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 78-83.
- Yulianti, E., Astuti, W., & Putri, M. E. (2023). Pengaruh Edukasi Dengan Media Booklet Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Ketuban Pecah Dini di Pmb Marsini Karni Kota Pontianak. *Jurnal Kebidanan Khatulistiwa*, 9(1), 17-22.
- Yuniartika, D. (2016). Keberhasilan Vaginal Birth After Caesarean-section (VBAC) Berdasarkan Riwayat Persalinan Di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Esy Tri Handiani*²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Esy Tri Handiani. *Email: syesywicaksono@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>