

PERBANDINGAN PENANGANAN AKTIF DAN KONSERVATIF KETUBAN PECAH DINI PADA KEHAMILAN ATERM

Yusrawati, Djusar Sulin, Masrul

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/Rumah
Sakit Umum Pusat dr.M.Djamil Padang

ABSTRAK

Tujuan : Untuk menilai perbandingan penanganan aktif dan konservatif ketuban pecah dini pada kehamilan aterm, pengaruhnya terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan anak serta cara persalinan.

Rancangan/Rumusan data : Uji Klinik Acak, deskriptif, Chi-Square, data selama 3 bulan.

Tempat : Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Pusat dr.M.Djamil Padang.

Subjek, Pasien, Peserta : Pasien yang datang ke kamar bersalin RSUP dr.M.Djamil Padang dengan kehamilan aterm yang mengalami KPD.

Ukuran Luaran Utama : Morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, cara persalinan.

Hasil : Didapatkan 37 kasus ketuban pecah dini aterm, 18 kasus ditangani secara aktif dan 19 kasus secara konservatif. Karakteristik ibu antara kedua kelompok hampir sama, baik umur, tingkat pendidikan, paritas, usia kehamilan dan lama ketuban pecah. Keberhasilan dan kegagalan induksi hampir sama antara kedua kelompok. Lama persalinan konservatif rata-rata 264,706 menit(SD108,735 menit), aktif rata-rata 217,813 menit(SD 114,178 menit). Nilai Apgar 1 menit 1-3 (5,3%) dan 4-6(15,0%) pada konservatif dan 0 pada aktif. Infeksi Ibu konservatif 15,8% dan 0 % pada aktif. Cara persalinan hampir sama kejadian SC, konservatif 2(10,5%) dan aktif 2(11,1%). Mortalitas ibu dan anak tidak ditemukan pada kedua kelompok.

Kesimpulan : Morbiditas ibu dan anak lebih tinggi pada kelompok konservatif dan angka kejadian SC sama pada kedua kelompok.

Kata kunci : Morbiditas Ibu dan anak, Cara penanganan, KPD

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Premature rupture of the membranes (KPD) yang diterjemahkan menjadi ketuban pecah dini adalah suatu keadaan dimana pecahnya selaput ketuban setiap saat sebelum persalinan spontan dimulai (Rovinsky, J.J, Shapiro, W.J, 1978). KPD merupakan salah satu kelainan selaput ketuban yang dapat terjadi setiap usia kehamilan. Kelainan ini dianggap penting, karena angka kejadian cukup tinggi dan dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan anak.

Insiden KPD di diluar negeri berkisar antara 5-10% (Rovinsky, J.J, Shapiro, W.J, 1978) menurut (Andersen, H, F et al, 1992 Odunsi, K, Rinaldo, P, 2000) kejadian KPD didapatkan 10% dari seluruh kehamilan. Menurut (Naef, R, W, et al, 998) insiden yang telah dilaporkan 6-10 %. Sedangkan peneliti di Indonesia melaporkan angka kejadian KPD berkisar antara 1,44 % - 5,05 % (Michtar, E, 1991). Di RSUP dr. M. Jamil Padang angka kejadian KPD adalah 9,58 %, pada kehamilan aterm 8,20 % (Haris, Z, Sulin, D, Syabrial, A.R, 1999).

Dari luar negeri beberapa peneliti melaporkan angka morbiditas ibu berkisar antara 3,5 % - 40 % (Fryes, J.A, 1982). Infeksi pada ibu 39,31%-45,8% adalah korioamnionitis (Maxwell, 1993). Dan menurut (Odunsi, K, Rinaldo, P, 2000) 15,25 % korioamnionitis pada KPD preterm (Tambunan, J.R, 1998), mendapatkan pada penelitian kejadian infeksi pada ibu dengan penanganan konservatif adalah 27,5 % dan pada penanganan aktif 10,0 %. Menurut penelitian (Michtar, E, 1991) mendapatkan angka kematian perinatal lebih tinggi pada ibu dengan infeksi (28,57 %) dari pada ibu yang tidak infeksi (1,99%). Pada penelitian (Haris, Z, Sulin, D, Syabrial, A.R, 1999) mendapatkan ibu dengan suhu tubuh lebih dari 37°C adalah 4,69 % dengan angka kematian perinatal 15,01%.

Di Indonesia sebagai salah satu negara, yang sedang berkembang masih mempunyai beberapa hambatan dalam menurunkan angka morbiditas, dan mortalitas ibu serta anak, hal ini disebabkan oleh karena :

- Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang arti kesehatan
- Rendahnya tingkat sosial ekonomi
- Kurangnya fasilitas kesehatan
- Adanya kepercayaan dan budaya yang dapat merugikan kesehatan
- Tingginya peran dukun dalam menolong persalinan, sehingga kasus terlambat dikirim ke Rumah Sakit.

Pada pengelolaan kehamilan aterm dengan KPD persoalan yang dihadapi adalah terjadinya infeksi pada ibu dan anak. Untuk itu tindakan yang paling tepat adalah segera mengakhiri kehamilan. (Russell, KP, Cheung, J, 1984) menganjurkan terminasi kehamilan dilakukan segera setelah diagnosa KPD ditegakkan. Ada para ahli yang mengambil sikap menunggu beberapa saat setelah ketuban pecah sebelum terminasi dilakukan. Lama menunggu juga berbeda-beda, ada yang menunggu 2 jam Peter Huslein, 1983 (Ariadi, 1995), 4 jam (Barrett, J.M, Boehm, F.H, 1982), 6 jam (Michtar, E, 1991), 12 jam (Fryes, J.A, 1982), 24 jam (Beckman, C.R.B, 1995) dan bahkan ada yang menunggu 72 jam (Kappy, K.A, et al, 1982).

RSUP dr.M.Jamil Padang sebagai Rumah Sakit rujukan utama untuk propinsi Sumatera Barat, telah mempunyai protokol penataan kasus KPD, yaitu penanganan KPD pada kehamilan aterm dengan bersilat menunggu sampai 6 jam

bila tidak inpartu baru dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontra indikasi.

Belum pernah dilakukan penelitian di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. M. Jamil Padang mengenai penanganan KPD pada kehamilan aterm selubung dengan penanganan aktif dan konservatif serta pengaruhnya terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan anak dan cara persalinan. Untuk itu penulis merencanakan akan melakukan penelitian penanganan KPD pada kehamilan aterm, perbandingan penanganan aktif (induksi kecil dari 6 jam) dan konservatif (induksi menunggu sampai 6 jam), sehingga dapat dinilai mana yang lebih baik terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, yang diharapkan dapat berguna dalam menentukan kebijakan selanjutnya.

Permasalahan.

1. Insiden KPD di RSUP Dr. M. Jamil Padang cukup tinggi yaitu 9,58 % dibandingkan angka yang dilaporkan peneliti lain di Indonesia berkisar 1,44% - 5,05%.
2. Ketuban pecah dini dapat meningkatkan resiko infeksi pada ibu dan Janin serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.
3. Di RSUP dr. M. Jamil Padang belum pernah dilakukan evaluasi penanganan KPD pada kehamilan aterm apakah sebaiknya penanganan aktif (induksi kecil dari 6 jam) atau konservatif (induksi menunggu sampai 6 jam).
4. Bagaimana pengaruh penanganan aktif (induksi kecil dari 6 jam) dan penanganan konservatif (induksi menunggu sampai 6 jam) terhadap morbiditas dan mortalitas ibu dan anak dan cara persalinan.

METODOLOGI PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Penelitian dilakukan secara Uji Klinik Acak.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dibagian Obstetri dan Ginekologi RSUP dr. M. Jamil Padang, mulai Februari sampai April 2001 atau sampai jumlah kasus minimal terpenuhi.

Populer dan Sampel Penelitian

Subjek penelitian, pasien yang datang ke kamar bersalin RSUP dr. M. Jamil Padang dengan usia kehamilan aterm yang mengalami KPD, dibagi dalam 2 kelompok A dan B. Kelompok A dengan KPD < 6 jam langsung diinduksi, dan kelompok B dengan KPD < 6 jam, ditunggu sampai 6 jam baru diinduksi. Cara pengambilan sampel dilakukan secara random blok. Yang masuk kelompok A untuk penanganan aktif dan yang masuk kelompok B untuk penanganan konservatif.

Masing-masing kelompok diambil jumlah sampel 40 kelompok aktif yaitu induksi kecil dari 6 jam (kelompok A) dan 40 kelompok konservatif yaitu induksi ditunggu sampai 6 jam (kelompok B).

Pemilihan Kasus

Kriteria Inklusi :

1. Gravida aterm (usia, kehamilan 37 - 42 minggu)
2. Usia 20 - 35 tahun

3. Paritas kecil dari 5
4. Kehamilan tunggal
5. Letak kepala
6. Anak hidup

Kriteria Eksklusi

1. CPD
2. Hipertensi dalam kehamilan
3. Diabetes melitus
4. Anak kembar
5. Fetal distress
6. Bekas SC

Instrumen Yang Diperlukan

1. Formulir protokol penelitian
2. Syntocinon dalam ampul yang mengandung 10 IU Oksitosin setiap 2 ml, produksi PT. Novartis
3. Dekstrose 5% produksi PT. Otsuka (1 botol plastik mengandung 500 ml larutan dekstrose 5 %).
4. Giving set merk Terumo (infus set 1 cc = 20 tetes).
5. IV katetet No. 18 G x 2 merk terumo.
6. Disposable Syringe, merk Nipro.
7. Mini Dop, ES 100 VX BT 2 M 20 58 C
8. Tensimeter merk Nova
9. Stetoskop merk Rister
10. Termometer pengukur suhu tubuh, Merk Safety SK Normaglass.
11. Kertas Lahmus.

Variabel dan Pengukurannya

Variabel	Ukuran	Skala
Independen :		
1. Karakteristik Ibu		
1. Umur	Tahun	Interval
2. Pendidikan	Tk pendidikan	Ordinal
3. Paritas	Jumlah anak	Interval
4. Usia kehamilan	Minggu	Interval
5. Lama ketuban pecah	Jam	Interval
6. Lama persalinan	Menit	Interval
2. Pelvik skore	Modifikasi Bishop	Interval
Dependen:		
1. Tk keberhasilan induksi.	Gagal /Berhasil	Ordinal
2. Asfiksia bayi	Asfiksia I menit	Interval
3. Infeksi Ibu	Suhu	Ratio
	Frekwensi nadi	Interval
	Jumlah leukosit	Interval
4. Cara persalinan	Pervaginam/abnormal	

Cara Kerja

1. Setiap kasus KPD aterm yang memenuhi syarat, dan akan bersalin di kamar bersalin RSUP dr. M. Djamil Padang, di anamnesis, kemudian diperiksa dan pecahnya selaput ketuban dibuktikan dengan pemeriksaan dengan kertas lakmus, dilakukan seleksi sesuai dengan kriteria, yang telah ditentukan.
2. Pada kasus yang memenuhi kriteria dimintakan persetujuan, diberikan penjelasan mengenai penelitian ini. Kemudian bila pasien menyetujui ikut serta, sebagai peserta penelitian, maka untuknya diberikan nomor urut sesuai kedatangan.
3. Kelompok A untuk penanganan aktif (sesuai hasil random secara blok) yang mendapat infus oksitosin segera (KPD < 6 jam). Pemberian oksitosin drip dimulai dengan 10 tetes permenit. Tetesan dinaikkan 5 tetes setiap 30 menit (maksimal 60 tetes permenit) atau dipertahankan bila his adekuat. Bila cairan induksi (5 IU oksitosin dalam 500 cc Dekstrose 5 %) botol I habis yang menunjukkan adanya respons dan pembukaan belum lengkap, maka induksi diteruskan dengan botol ke II dengan dosis oksitosin 10 IU dilarutkan dalam 500 cc dekstrose 5 %, dengan tetesan setengah dari jumlah tetesan kolf I. Jika induksi botol I habis tetap jelas tidak ada his yang adekuat, maka induksi dianggap gagal dan persalinan diakhiri dengan SC.
4. Kelompok B sebagai kelompok penanganan konservatif, mendapat induksi seperti No. 3 tetapi pada kasus KPD yang ditunggu sampai 6 jam tidak inpartu. Pemberian oksitosin pada kelompok ini caranya sama dengan kelompok penanganan aktif (kelompok A).
5. Dinilai keadaan serviks dengan menggunakan modifikasi Bishop score yang dicatat pada kertas kwesioner.
6. Tanda vital diperiksa setiap 4 jam, terutama denyut nadi, suhu. Denyut jantung janin diperiksa dengan alat dopton. Adanya infeksi ditemukan atas dasar : suhu badan ibu $\geq 37^{\circ}\text{C}$, gejala lain peningkatan denyut nadi ibu sampai ≥ 100 x/menit, jumlah leukosit $\geq 16.000/\text{mm}$.
7. Kedua kelompok tidak diberikan antibiotik.
8. Nilai Apgar janin ditentukan 1 dan 5 menit setelah lahir oleh bagian perinatologi.
9. Data hasil penelitian dicatat dalam formulir protokol, lalu disimpan sebagai berkas data komputer dan selanjutnya dianalisa dengan komputer dengan menggunakan perangkat program Epi info.

HASIL PENELITIAN

Sejak bulan Februari sampai dengan April 2001 didapatkan 37 kasus ketuban pecah dini aterm dibagi menjadi 2 kelompok penanganan, 18 kasus ditangani secara aktif (induksi < 6 jam) dan 19 kasus secara konservatif (induksi setelah ditunggu sampai 6 jam).

Tabel 1. Karakteristik Ibu

No	Karakteristik	Penanganan			
		Konservatif		Aktif	
		n	%	n	%
1.	Umur (tahun)				
	20-24	1	5,3	4	22,2
	25-29	10	52,6	9	50,0
	30-35	8	42,1	5	27,8
	Jumlah	19	100	18	100
	Mean	28,421		27,833	
	SD	13,469		±4,502	
Range	22-24		20-35		
2.	Pendidikan				
	SD	2	10,5	0	0
	SLTP	0	0	3	16,7
	SLTA	13	69,4	7	38,9
	Akademi/PPT	4	21,1	8	44,4
Jumlah	19	100	18	100	
3.	Puritas				
	0	10	52,6	12	66,7
	1	5	26,3	3	16,7
	2	3	15,8	1	5,6
	3	1	5,3	2	11,1
	Jumlah	19	100	18	100
	Mean	0,737		0,611	
SD	±0,933		±1,037		
Range	0-3		0-3		
4.	Usia kehamilan				
	37	2	10,5	5	27,8
	39	3	15,8	4	22,2
	39	3	15,8	1	5,6
	40	10	52,6	6	33,3
	41	1	5,3	2	11,1
	42	0	0	0	0
	Jumlah	19	100	18	100
	Mean	39,263		38,778	
SD	±1,147		±1,478		
Range	37-41		37-41		
5.	Lama ketuban pecah (jam)				
	< 1-2	5	26,3	11	61,1
	> 2-4	5	26,3	5	27,8
	> 4 - < 6	9	47,4	2	11,1
	Jumlah	19	100	18	100
	Mean	2,211		1,500	
	SD	±0,855		±0,707	
Range	1-3		1-3		

Dari tabel 1 terlihat bahwa pada kedua kelompok kasus ketuban pecah dini aterm terdapat :

1. Rata-rata umur hampir sama, dimana pada kelompok yang ditangani secara konservatif didapatkan 28,421 tahun dengan standar deviasi $\pm 3,469$ dan pada kelompok yang ditangani secara aktif didapatkan 27,833 tahun dengan standar deviasi $\pm 4,502$.
2. Tingkat pendidikan relatif sama yaitu pada kelompok SLTA dan Akademi/PT, dimana pada kelompok yang ditangani secara konservatif didapatkan 89,5 % dan pada kelompok ketuban pecah dini aterm yang ditangani secara aktif didapatkan 83,3 %.
3. Paritas, sebagian besar paritas 0, pada kelompok yang ditangani secara konservatif 52,6 % dengan standar deviasi $\pm 0,933$ dan kelompok yang ditangani secara aktif 66,7 % dengan standar deviasi $\pm 1,037$. Paritas rata-rata sama antara kedua kelompok = 1.
4. Usia kehamilan Tata-rata hampir sama pada kasus yang ditangani secara konservatif didapatkan (39,263 minggu) dengan standar deviasi $\pm 1,147$ sedangkan pada kasus yang ditangani secara aktif didapatkan (38,778 minggu) dengan standar deviasi $\pm 1,478$.
5. Lama ketuban pecah, pada kasus yang ditangani secara konservatif didapatkan rata-rata lama ketuban pecah 2,211 jam dengan standar deviasi $\pm 0,855$ jam dan pada kelompok yang ditangani secara aktif didapatkan 1,5 jam dengan standar deviasi $\pm 0,707$ jam.

Tabel 2. Sebaran Kasus berdasarkan keberhasilan induksi dan cara penanganan

Keberhasilan Induksi	Cara Penanganan			
	Konservatif		Aktif	
	n	%	n	%
Berhasil	17	89,5	16	88,9
Gagal	2	10,5	2	11,1
Jumlah	19	100	18	100

Dari tabel 2, diatas terlihat tingkat kegagalan induksi dari kedua cara penanganan relatif sama.

Tabel 3. Sebaran Kasus berdasarkan lama persalinan dan cara penanganan

Lama Persalinan	Cara Penanganan			
	Konservatif		Aktif	
	N	%	n	%
Lama persalinan (menit)				
<120	1	5,9	2	12,5
120-140	8	47,1	9	56,3
214-360	6	35,3	3	18,8
361-480	1	5,9	2	12,5
481-600	1	5,9	0	0
Jumlah	17	100	16	100
Mean	264,706		217,813	
SD	$\pm 108,735$		$\pm 114,176$	
Range	60-500		60-450	

Dari tabel 3 terlihat, lama persalinan pervaginam secara proporsional terlihat lama persalinan rata-rata lebih lama pada kelompok penanganan konservatif dengan lama persalinan rata-rata 264,706 menit dengan standar deviasi $\pm 108,735$ menit dan pada kelompok penanganan aktif 217,813 menit dengan standar deviasi $\pm 114,178$ menit.

Tabel 4. Sebaran kasus berdasarkan Asfiksia bayi dan cara penanganan

Nilai Apgar 1 menit	Jenis Penanganan			
	Konservatif		Aktif	
	n	%	n	%
1-3	1	5,3	0	0
4-6	3	15,8	0	0
7-10	15	78,9	18	100
Jumlah	19	100	18	100

Dari tabel 4, kelihatan secara proporsional berbeda nilai Apgar 1 menit antara cara konservatif dan aktif, dimana kelompok konservatif lebih banyak nilai Apgar 1-3 dan 4-6 dibanding kelompok aktif.

Secara statistik tidak dapat diuji karena adanya sel yang bernilai 0.

Tabel 5. Sebaran kasus berdasarkan Infeksi pada Ibu dan cara penanganan

Infeksi pada ibu	Jenis Penanganan			
	Konservatif		Aktif	
	n	%	N	%
-	16	84,2	18	100
+	3	15,8	0	0
Jumlah	19	100	18	100

Dari tabel 5, terlihat infeksi ibu lebih besar secara proporsional pada cara konservatif dibanding cara aktif, namun secara statistik tidak dapat diuji karena tidak memenuhi syarat.

Tabel 6. Sebaran kasus berdasarkan cara Persalinan dan cara penanganan

Cara Penanganan	Cara Persalinan			
	Pervaginam		SC	
	n	%	N	%
Aktif	16	88,9	2	11,1
Konservatif	17	89,5	2	10,5
Jumlah	33	89,2	4	10,8

Fisher exact : 1-tailed P-value : 0,677

Dari tabel 6, terlihat tidak terdapat perbedaan bermakna, kejadian SC terhadap kedua jenis penanganan ketuban pecah dini aterm.

PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M.Djamil Padang dengan menggunakan pendekatan secara Uji Klinik Acak, selama penelitian ini didapatkan 37 kasus ketuban pecah dini, 18 kasus ditangani secara aktif (Induksi < 6 jam) dan 19 kasus ditangani secara konservatif (induksi setelah ditunggu sampai 6 jam). Kelemahan dari penelitian ini dikarenakan keterbatasan jumlah kasus yang diteliti.

Karakteristik Ibu

1. Sebaran kasus menurut umur, dimana pada kelompok konservatif didapatkan rata-rata ($28,421 \pm 3,469$) tahun dan pada kelompok aktif didapatkan rata-rata ($27,833 \pm 4,502$) tahun, terlihat bahwa rata-rata umur pada kedua kelompok hampir sama. **Tambunan, 1998** mendapatkan umur rata-rata pada masing-masing kelompok ($27,73 \pm 3,79$) tahun dan ($27,58 \pm 4,21$) tahun. **Appuzzio et al, 1990** mendapatkan umur rata-rata masing-masing kelompok 23,3 tahun dan 24,5 tahun. **Deborah A.W, Richard, H.P, 1998** mendapatkan umur rata-rata masing-masing kelompok 26,3 tahun dan 25,4 tahun. **Barrett, J.M, Boehm, F.H, 1982** mendapatkan umur rata-rata masing-masing kelompok ($23,4 \pm 5,4$) tahun dan ($25,2 \pm 2,9$) tahun. **Naef, R.W, et al, 1998** mendapatkan umur rata-rata masing-masing kelompok ($23,0 \pm 5,4$) tahun dan ($22,8 \pm 5,7$) tahun. Rata-rata umur pada kedua kelompok hampir sama, berarti kelompok ini layak untuk dibandingkan terhadap cara penanganan ketuban pecah dini.
2. Tingkat pendidikan ibu relatif sama antara kedua kelompok konservatif dan aktif, terbanyak SLTA dan Akademi/PT, masing-masing 89,5 % dan 83,3 %. **Tambunan, 1998** mendapatkan tingkat pendidikan terbanyak SLTA, kedua kelompok sama masing-masing 47,5 %. Dengan mendapatkan tingkat pendidikan yang hampir sama antara kedua kelompok, berarti kedua kelompok memang layak untuk dibandingkan terhadap penanganan ketuban pecah dini secara konservatif dan aktif. Tingkat pendidikan secara tidak langsung menggambarkan tingkat sosial ekonomi penderita.
3. Pantas, sebagian besar pada kedua kelompok paritas 0 (52,6 % dan 66,7 %), pantas rata-rata I yaitu ($0,737 \pm 0,933$) dan ($0,611 \pm 1,037$). **Tambunan, 1998** mendapatkan paritas rata-rata ($2,25 \pm 0,514$) dan ($2,40 \pm 0,526$). **Appuzzio, et al, 1990** mendapatkan paritas rata-rata masing-masing 1,7 dan 1,9. **Naef, R.W, et al, 1998** mendapatkan paritas rata-rata masing-masing ($2,7 \pm 1,6$) dan ($2,8 \pm 1,6$). **Barret, J.M, Boehm, F.H, 1982** mendapatkan paritas rata-rata masing-masing ($1,0 \pm 1,2$) dan ($1,2 \pm 1,2$). Paritas rata-rata yang didapatkan hampir sama antara kedua kelompok, berarti kedua kelompok ini memang layak untuk dibandingkan terhadap cara penanganan ketuban pecah dini.
4. Usia kehamilan, penanganan secara konservatif rata-rata ($39,263 \pm 1,147$ minggu) dan secara aktif rata-rata ($38,778 \pm 1,478$ minggu). **Tambunan, 1998** mendapatkan masing-masing ($39,3 \pm 1,62$ minggu) dan ($39,5 \pm 1,85$ minggu). **Appuzzio, et al, 1990** mendapatkan masing-masing 39,4 minggu dan 39,6 minggu. Sedangkan **NaefW-R, et al, 1998** mendapatkan ($34,5 \pm 1,4$) minggu dan ($34,3 \pm 1,4$) minggu. Dengan mendapatkan usia kehamilan yang hampir sama

antara kedua kelompok berarti kelompok tersebut layak untuk dibandingkan terhadap cara penanganan ketuban pecah dini.

5. Lama ketuban pecah, yang ditangani secara konservatif ($2,211 \pm 0,855$ jam), secara aktif ($1,5 \pm 0,707$ jam). **Tambunan, 1998** mendapatkan ($2,245 \pm 0,3669$ jam) dan ($2,145 \pm 0,3613$ jam). **Ray, D.A, Garite, T.J, 1992**, mendapatkan 10,96 dan 8,34 jam.

Keberhasilan Induksi

Keberhasilan dan kegagalan induksi pada kedua kelompok hampir sama. Pada kelompok konservatif kegagalan induksi didapatkan 10,5 % dan pada kelompok aktif kegagalan induksi didapatkan 11,1 %. **Ray, D.A, Garite, T.J, 1992** mendapatkan kegagalan induksi pada penanganan aktif 17,2% dan pada penanganan konservatif 19,0%. **Chua, et al, 1995**, mendapatkan kegagalan pada penanganan aktif 13,9 % dan pada penanganan konservatif 15,8 %. **Naef, R.W, et al, 1998** mendapatkan kegagalan pada konservatif 5 % dan pada penanganan aktif 7 %. Dari hasil diatas terlihat bahwa angka keberhasilan induksi atau kegagalan induksi hampir sama pada penanganan konservatif dan aktif, dengan kata lain pada penanganan aktif tidak lebih tinggi angka kegagalan induksi persalinan.

Lama Persalinan

Lama persalinan rata-rata pervaginam, secara proporsional didapatkan kelompok konservatif ($264,706 \pm 108,735$ menit) dan kelompok aktif ($217,813 \pm 114,178$ menit), terlihat lama persalinan rata-rata lebih lama pada kelompok konservatif 49 menit dari kelompok aktif Sama halnya dengan yang didapatkan oleh **Ray, D.A, Garite, T.J, 1992** lama persalinan pada kelompok konservatif dan aktif masing-masing 15,3 jam dan 12,8 jam, sedangkan **Chua, et al, 1995** mendapatkan sama masing-masing kelompok yaitu 7 jam, **Susetyo T, dkk, 2000** mendapatkan lama persalinan lebih singkat pada KPD yang dikelola aktif dibandingkan konservatif. Dari data yang didapatkan pada penelitian ini menunjukkan bahwa faktor menunggu (konservatif) sampai 6 jam sebelum dilakukan induksi persalinan tidak meningkatkan sensitivitas uterus, dimana lama persalinan lebih lama dibandingkan penanganan aktif (lansung diinduksi). Dengan perkataan lain lama persalinan tidak dipengaruhi oleh cara penanganan (konservatif atau aktif), bahkan faktor menunggu 6 jam pada penanganan konservatif meningkatkan risiko infeksi pada ibu.

Asfiksia Bayi.

Secara proporsional dapat dilihat perbedaan nilai Apgar 1 menit pada penanganan konservatif dan aktif. Pada penanganan aktif semua bayi baik dengan nilai Apgar 7-10 (1,00 %), pada konservatif terdapat bayi asfiksia sedang 15,8 % (NA = 4-6) dan asfiksia ringan 5,3 % (NA = 1-3). **Tambunan, 1998** mendapatkan asfiksia sedang pada penanganan konservatif dan aktif masing-masing 17,5 % dan 12,5 %. **Susetyo T, dkk, 2000** mendapatkan asfiksia bayi lebih tinggi pada kelompok yang dikelola secara konservatif **Naef, R.W, et al, 1998** mendapatkan asfiksia pada kedua kelompok masing-masing ($8,3 \pm 1,3$) dan ($8,3 \pm 1,6$). Pada penelitian ini didapatkan kejadian asfiksia pada kelompok penanganan konservatif sedangkan pada kelompok aktif tidak ditemukan, sehingga tidak dapat dinilai kemaknaannya secara asosiasi, hanya dapat dilihat secara proporsional, hal ini terjadi akibat jumlah sampel terlalu sedikit.

Infeksi pada Ibu.

Secara proporsional dapat dilihat terdapat perbedaan antara penanganan aktif dan konservatif terhadap kejadian infeksi pada ibu. Kejadian infeksi pada penanganan konservatif terdapat 15,8 %, sedangkan pada penanganan aktif tidak ditemukan. **Tambunan, 1998** mendapatkan kejadian infeksi pada penanganan konservatif 27,5 % dan pada penanganan aktif 10,0 %. **Naef, R.W, et al, 1998** mendapatkan pada kelompok konservatif 16 % dan pada kelompok aktif 2 %. Dengan perkataan lain faktor menunggu 6 jam pada penanganan konservatif dapat meningkatkan resiko infeksi pada ibu.

Cara Persalinan.

Persalinan SC hampir sama antara kedua kelompok penanganan konservatif dan aktif. Pada penanganan konservatif kejadian SC 10,5 % dan penanganan aktif SC 11,1 %. Tidak terdapat perbedaan bermakna kejadian SC terhadap kedua jenis penanganan, karena $P > 0,05$. **Tambunan, 1998** persalinan perabdominal pada penanganan konservatif 13,51 % dan aktif 7,5 %. Demikian juga **Appuzzio, et al, 1990** mendapatkan persalinan perabdominal lebih tinggi pada penanganan konservatif (28 %) dari pada aktif (20 %). Demikian juga **Susetyo, T, dkk, 2000** mendapatkan resiko persalinan perabdominal lebih tinggi pada KPD yang dikelola secara aktif (5 %) dibandingkan KPD yang dikelola secara konservatif (2,5 %). Dari hasil diatas didapatkan bahwa penanganan ketuban pecah dini aterm secara aktif tidak meningkatkan angka persalinan dengan SC, jika dibandingkan dengan penanganan ketuban pecah dini secara konservatif.

Kematian maternal dan perinatal.

Kematian perinatal dan maternal tidak ditemukan pada kedua kelompok.

KESIMPULAN

Telah dilakukan penelitian sejak Februari sampai April 2001 perbandingan penanganan aktif dan konservatif pada ketuban pecah dini kehamilan aterm sebanyak 37 kasus di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang. 19 kasus ditangani secara konservatif (ditunggu sampai 6 jam baru di induksi) dan 18 kasus ditangani secara aktif (langsung diinduksi sebelum 6 jam).

1. Karakteristik ibu, antara kedua kelompok hampir sama dalam hal umur, tingkat pendidikan, paritas, usia kehamilan dan lama ketuban pecah sehingga kedua kelompok layak untuk dibandingkan terhadap cara penanganan.
2. Keberhasilan dan kegagalan induksi persalinan hampir sama antara kedua kelompok.
3. Lama persalinan, lebih lama pada kelompok konservatif, dengan kata lain faktor menunggu 6 jam (konservatif) tidak meningkatkan sensitivitas uterus sebelum dilakukan induksi persalinan, bahkan dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu.
4. Secara proporsional asfiksia bayi lebih tinggi pada kelompok konservatif.
5. Infeksi pada ibu lebih tinggi secara proporsional pada kelompok konservatif dibanding kelompok aktif.
6. Penanganan ketuban pecah dini secara aktif tidak meningkatkan angka persalinan dengan SC pada penelitian ini.

SARAN

Penanganan ketuban pecah dini secara aktif tidak meningkatkan angka kegagalan induksi, kejadian asfiksia pada bayi, risiko infeksi pada ibu lebih banyak pada kelompok konservatif dibanding aktif. Angka persalinan dengan SC secara proporsional tidak berbeda. Namun tidak dapat dibuktikan perbedaan ini karena jumlah sampel yang sangat terbatas, disarankan untuk melakukan penelitian seperti ini dengan jumlah sampel yang dihitung secara minimal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Diucapkan terimakasih kepada lembaga penelitian Universitas Andalas dengan tersenggaranya penelitian ini dengan nomor kontrak 39/LP-UA/SPP-DPT/K/V/2001.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rovinsky,J.J.;Shapiro,W.J; Management of premature rupture of the membrane : Anear term, *Obstet gynecol*,32 :855,1978.
2. Andersen,H.F.;Hopkins,M.K.;Hayashi,R.H. Premature rupture of the membranes, in *Gynecology and Obstetrics*, Editor Sciarra,J.J, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, p 1-7, 1992.
3. Odunsi,K.;Rinaudo,P. Premature Rupture of Fetal membranes. Yale-New Haven Hospital, Vol 2;4,<http://www.hygeia.org/poems16.htm>.2000.
4. Naef,R.W.;Albert,J.R, at al. Premature Rupture of membranes at 34 to 37 weeks gestation Aggressive versus cnservative management. *AM J Obstet Gynecol*, 178;126-30, 1998.
5. Muchtar, E. Tinjauan Kasus Premature Rupture of the Membranes (KPD), Tesis pada bagian Obstetri dan Ginekologi FKUA, Padang, 1991.
6. Haris,Z.;Sulin,D.;Syahrial,A.R; Fetal Outcome pada ketuban pecah dini di RSUP dr.M.Jamil Padang selama 2 tahun (1996-1997).
7. Fayez,J.A. Premature Rupture of Membranes, in *Diagnosis and Management of Obstetric Emergencies*, edited by Fadel,H.E, Addison-Wesley Publishing Company, California, p 78-89, 1982.
8. Maxwell, G . L. Preterm Premature Rupture of Membranes, *Obstet and Gynecol*. 48 : 577-581, 1993.
9. Tambunan,J.R.;Perbandingan Penanganan Aktif dan Konservatif Pada Ketuban Pecah Dini Aterm. Tesis Bagian Obstetri dan Ginekologi FK.USU/RSU Dr.Pirngadi/RSUP H.Adam malik, Medan,1998.