

Case Report

Ruptur Uteri Komplit Disertai *Fetal Death* pada Pasien Multipara: Sebuah Laporan Kasus

Revynca Petronella Izaak,¹ Lydia Linasari²

¹Dokter Umum, RSUD Dr. TC. Hillers, Maumere, Nusa Tenggara Timur

²Departement Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr. TC. Hillers, Maumere, Nusa Tenggara Timur

Korespondensi: Revynca Petronella Izaak, Email: vyncadotcom@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan : Ruptur uteri adalah suatu kondisi yang mengancam nyawa yaitu terjadi robekan pada rahim baik sebagian atau seluruhnya selama kehamilan atau persalinan.

Presentasi kasus: Wanita 43 tahun G3P2002 usia kehamilan 37 - 38 minggu datang ke RSUD Dr. TC. Hillers mengeluh nyeri perut dan perut terasa tegang sejak 4 jam yang lalu. Pemeriksaan fisik didapatkan hipotensi, takikardi, takipnea, konjungtiva anemia, ekspansi dada bilateral, distensi perut, dan nyeri tekan suprapubik. Pemeriksaan dalam belum ada pembukaan dan perdarahan aktif. DJJ tidak terdeteksi dan satu janin dapat dipalpasi. Dilakukan operasi sesar darurat, ditemukan kematian janin di rongga perut dan robekan 10 cm pada segmen bawah rahim juga anterior dinding vagina.

Diskusi: Kurangnya ANC yang adekuat, multipara, operasi sesar sebelumnya merupakan faktor risiko ruptur uteri. Ruptur uteri terjadi secara tiba-tiba dengan gejala akut yang bervariasi. Tatalaksana berupa pembedahan yaitu sterilisasi lengkap dengan histerektomi dan pilihan yang konservatif termasuk *uterine sparing* dengan atau tanpa ligasi tuba.

Kesimpulan: Ruptur uteri merupakan suatu kegawatdaruratan obstetri yang berpotensi menimbulkan kematian ibu dan bayi. Diagnosis yang cepat, transportasi dini, transfusi produk darah yang memadai, dan tim bedah berpengalaman sangat penting untuk penatalaksanaan ruptur uteri.

Kata kunci: Ruptur uteri, kematian janin, multipara

Complete Uterine Rupture with Fetal Death in a Multiparous Patient: A Case Report

Abstract

Introduction: Uterine rupture is a life-threatening condition when there is a tearing of the uterus either partially or completely during pregnancy or delivery.

Case presentation: A 43 year old pregnant woman visited RSUD Dr. T.C. Hillers with the main complains of abdominal pain and tension since 4 hours prior to the visit. physical examinations showed hypotension, tachycardia, tachypnea, anemic conjunctiva, bilateral chest expansion, abdominal distension, and suprapubic tenderness. However, the results of intravaginal examination showed no dilated cervix or active bleeding. No FHR were detected, and a single fetus can be palpated. An emergency caesarean section was performed, and fetal death was found in the abdominal cavity with 10 cm sized tear in the lower uterine segment and anterior vaginal wall.

Discussion: Poor ANC follow up, multiparous women and previous history of caesarean section are the core risk factors for uterine rupture. Uterine rupture often is sudden and may be catastrophic, and the acute signs and symptoms are variable. The treatment is often surgical and limited to two options which are either complete sterilization with hysterectomy and the more conservative option including uterine sparing option of surgical repair with or without tubal ligation.

Conclusion: Uterine rupture is an obstetric emergency which could potentially cause of maternal and perinatal mortality. Prompt diagnosis, early transport, adequate blood products transfusion, and an experience surgical team are essential for the management of uterine rupture.

Key words: Uterine rupture, fetal death, multiparous

Pendahuluan

Ruptur uteri adalah robeknya dinding rahim dan hilangnya integritasnya selama kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan. Hal ini tergolong kedaruratan obstetri yang mengancam nyawa ibu dan bayi sehingga berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu dan perinatal. Meskipun ruptur uteri masih dianggap sebagai kejadian langka, namun hal ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama, terutama di negara-negara berkembang. Secara global, prevalensi keseluruhan adalah 3 kasus per 10.000 kelahiran.

Pada wanita yang belum pernah melahirkan sesar sebelumnya, prevalensinya adalah 0,6 per 10.000 kelahiran, dan meningkat secara signifikan menjadi 22 per 10.000 pada mereka yang pernah melahirkan sesar sebelumnya. Beberapa faktor berkontribusi terhadap risiko terjadinya ruptur uteri, meskipun sebagian besar faktor dianggap dapat dihindari. Multi-graviditas, kehamilan usia remaja, primitua, status sosial ekonomi yang buruk, bekas luka operasi sesar sebelumnya, persalinan tanpa pengawasan, dan penggunaan augmentasi persalinan yang berlebihan merupakan faktor-faktor umum yang meningkatkan risiko tersebut.^{1,2} Oleh karena kasus ruptur uteri merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan perinatal, untuk itu diperlukan ketepatan dalam mendiagnosis terjadinya ruptur uteri dan melakukan penatalaksanaan dengan tepat dan cepat sehingga angka kematian ibu dan perinatal menurun. Jadi dapat disimpulkan bahwa kasus ruptur uteri memberikan dampak yang negatif baik pada ibu, maupun pada bayi sehingga penulis tertarik untuk melaporkan kasus ini. Dalam kasus ini, kami melaporkan kasus ruptur uteri komplit dengan komplikasi kematian janin pada pasien multipara dengan riwayat operasi sesar sebelumnya.

Presentasi Kasus

Seorang wanita berusia 43 tahun dengan G3P2002 dan usia kehamilan 37 - 38 minggu datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. TC Hillers mengeluh nyeri perut sejak 4 jam yang lalu, selain nyeri pasien merasakan perut terasa tegang. Keluhan seperti ini mendadak dan selama kehamilan pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa. Gerak Janin dirasakan pasien mulai berkurang sejak 30 menit yang lalu. Pada saat pemeriksaan sedang dilakukan, pasien tiba-tiba mengeluh keringat berlebih, pusing, dan sesak napas. Perdarahan jalan lahir dan keluar air-air dari jalan lahir disangkal oleh pasien. Jatuh, terbentur atau kecelakaan disangkal pasien. Pasien mempunyai riwayat hanya satu kali pemeriksaan kehamilan di bidan setempat pada usia kehamilan 20 minggu dan belum pernah mengunjungi dokter spesialis kandungan. Pasien adalah seorang istri yang tinggal serumah dengan 2 orang anak; satu anak perempuan usia 25 tahun dengan riwayat melahirkan di puskesmas dan persalinan spontan dengan berat lahir 3400 gram, dan anak laki-laki usia 8 tahun lahir di RS melalui operasi sesar dengan berat lahir 3200 gram. Pada riwayat penyakit dahulu tidak ditemukan adanya penyakit kronis.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan pasien compos mentis, tampak sakit berat, tekanan darah 80/60 mmHg, denyut jantung 110 kali per menit, laju pernapasan 28 kali per menit, suhu 36,7 C, dan saturasi oksigen 98%. Pada pemeriksaan dari kepala sampai kaki menunjukkan konjungtiva anemia, ekspansi dada bilateral tanpa ditemukan ronki atau mengi, pada abdomen didapatkan gravida, distensi, dan nyeri tekan suprapubik.

Pemeriksaan status obstetrik tinggi fundus uteri 33 cm, pemeriksaan leopold sulit dievaluasi namun terdapat satu janin dan sebagian kecil janin teraba, serta detak jantung janin tidak terdeteksi. Pada

pemeriksaan dalam belum ada pembukaan dan tidak ada perdarahan aktif. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium, didapatkan Hemoglobin 7.4g/dL, Trombosit 208.000/uL, Gds 114 mg/dL, SGOT 35 U/L, SGPT 40 U/L, Ureum 17 mg/dL, Kreatinin 1,06 mg/dL, HIV Rapid negatif, HBsAg non reaktif, waktu perdarahan, dan pembekuan normal. Penatalaksanaan awal dilakukan dengan memperbaiki hemodinamik via rehidrasi cairan, pemasangan O2 NC 2-4 lpm, pemasangan kateter urin, pemberian norepinefrin, persiapan transfusi darah, dan persiapan terminasi dengan *sectio caesarea* serta pertimbangan histerorafi sampai dengan histerektomi. Janin ditemukan di dalam rongga perut dengan kondisi kematian janin dan berat lahir 2900 gram. Robekan ditemukan pada rahim dengan diameter 10

cm pada segmen bawah rahim serta robekan pada dinding anterior vagina. *Sectio caesarea* dengan Tubektomi bilateral dilakukan dan primary hecting pada vagina anterior. Pascaoperasi dilakukan pemberian cairan Ringer Lactate disertai 20 IU oksitosin 28 tpm hingga 24 jam pascaoperasi, vasokonstriktor, antibiotik, anti-fibrinolitik, analgesik, juga dilakukannya transfusi darah. Perawatan pasien dilanjutkan di ICU. Kondisi pasien berangsur stabil pada hari ke-3 lalu dilakukan perpindahan perawatan ke bangsal sampai hari ke-6 dan pasien dipulangkan dengan antibiotik dan analgesik oral. Kontrol ke poli dilakukan 3 hari setelah pulang dari rumah sakit dan luka pascaoperasi tampak baik, tidak ditemukannya tanda infeksi maupun perdarahan.



Gambar 1 Penemuan Intraoperatif Menunjukkan Perluasan Luka Anterior pada Uterus dan Vagina



Gambar 2 Penemuan Pascaoperasi

Diskusi

Ruptur uteri merupakan suatu kondisi berbahaya yang berpotensi menyebabkan perdarahan hebat. Kondisi ini terjadi ketika terjadi robekan pada rahim baik sebagian atau seluruhnya selama kehamilan atau persalinan. Hal ini juga didefinisikan sebagai pemisahan seluruh ketebalan dinding rahim dan lapisan serosa di atasnya. Kondisi ini berpotensi mengakibatkan keluarnya hasil konsepsi ke dalam rongga perut, kerusakan pada rahim, pendarahan pada ibu, dan kematian janin. Ruptur uteri merupakan salah satu dari empat pilar penyebab kematian ibu di seluruh dunia, selain perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan sepsis/infeksi.^{3,4} Ruptur uteri komplit melibatkan seluruh lapisan dinding rahim, termasuk serosa dan selaput. Di sisi lain, ruptur parsial adalah jenis yang paling umum terjadi karena serosa atau membran tidak terkena. Ruptur parsial sebagian besar ditemukan secara kebetulan sebagai *dehiscence* pada operasi sesar elektif atau pra-persalinan darurat; biasanya tidak menimbulkan konsekuensi. Ruptur uteri bisa terjadi sebelum atau selama persalinan, namun ruptur uteri sebelum melahirkan dianggap jarang terjadi.⁵

Ruptur ini bisa bersifat primer yang berarti terjadi pada rahim yang sebelumnya utuh atau tidak ada bekas luka, atau sekunder jika berhubungan dengan insisi, anomali, atau cedera pada miometrium yang sudah ada sebelumnya. Cedera atau anomali uterus yang sudah ada sebelumnya termasuk pembedahan yang melibatkan miometrium seperti persalinan sesar atau histerektomi, ruptur uteri yang telah diperbaiki sebelumnya, sayatan miomektomi melalui atau ke dalam endometrium, histeroskopi operatif, trauma tajam atau tumpul, kecelakaan, peluru, pisau, atau *silent rupture* pada kehamilan sebelumnya. Sementara itu, cedera atau kelainan uterus dapat diklasifikasikan menjadi penyebab sebelum persalinan (kontraksi

yang terus-menerus dan intens, rangsangan persalinan melalui obat-obatan, pemasangan intraamniotik, perforasi oleh kateter tekanan internal uterus, trauma/versi eksternal atau distensi uterus yang berlebihan), penyebab selama persalinan (kesulitan melahirkan dengan forsep, ekstraksi sungsang, anatomi janin yang menggembungkan segmen bawah, tekanan rahim yang kuat selama persalinan, dan kesulitan mengeluarkan plasenta secara manual), dan penyebab yang didapat (plasenta akreta, adenomiosis).⁶

International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS) mengidentifikasi 864 kasus ruptur uteri komplit pada 2,6 juta persalinan. Prevalensi keseluruhan adalah 3,3 kasus per 10.000 kelahiran. Kelompok wanita yang belum pernah melahirkan sesar sebelumnya memiliki prevalensi 0,6 per 10.000 kelahiran, dan 22 per 10.000 pada mereka yang pernah melahirkan sesar sebelumnya.⁷ Dalam sebuah penelitian terhadap 3.942 kasus ruptur uteri pada lebih dari 15 juta wanita, hanya sekitar setengahnya terjadi pada wanita yang pernah melahirkan sesar sebelumnya.² Angka ruptur uteri secara global mengalami peningkatan di tengah meningkatnya penggunaan operasi sesar dan penggunaan oksitosin untuk augmentasi/induksi persalinan. Perkiraan kematian neonatal setelah ruptur uteri komplit bervariasi dari 69% hingga 75% di lokasi dengan sumber daya rendah, dibandingkan dengan 12% hingga 25% di lokasi dengan sumber daya yang lebih baik.^{8,9,10} Ibu yang berasal dari daerah rural mempunyai kemungkinan 5,44 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri jika dibandingkan dengan ibu yang berasal dari daerah perkotaan. Pemantauan ANC yang buruk, prevalensi melahirkan di rumah yang tinggi, kehamilan remaja, status sosial ekonomi yang rendah, infrastruktur yang buruk, dan sistem rujukan yang buruk merupakan faktor risiko utama meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas ibu dan janin akibat ruptur uteri.^{3,4} Tingkat ruptur

uteri komplit dan ruptur inkomplit berbeda-beda pada berbagai penelitian, beberapa penelitian menyatakan bahwa ruptur uteri komplit lebih dominan dibandingkan ruptur uteri inkomplit, dan penelitian lainnya menyatakan hasil sebaliknya.¹¹

Ibu grandemultipara mempunyai kemungkinan 2,38 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri dibandingkan ibu primipara. Penjelasan yang mungkin adalah bahwa peningkatan paritas pada akhirnya melemahkan otot-otot rahim sehingga tidak dapat menahan persalinan yang lama dan sulit, terutama pada wanita multipara. Otot yang lemah juga menyebabkan kepala janin tidak dapat bergerak sejak dini sehingga menyebabkan berbagai malpresentasi dan berujung pada ruptur uteri. Selain itu, paritas meningkatkan risiko diabetes gestasional, makrosomia, kelainan janin, dan percepatan persalinan yang pada akhirnya meningkatkan risiko ruptur uteri. Ruptur uteri ditemukan lebih tinggi pada wanita dengan riwayat jaringan parut pada rahim. Ibu yang pernah memiliki bekas luka operasi sesar memiliki kemungkinan 7,10 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri dibandingkan ibu yang tidak memiliki bekas luka operasi sesar. Alasannya mungkin karena ibu yang pernah melahirkan secara operasi sesar sebelumnya lebih mungkin mengalami *dehiscence* bekas luka, terutama bila sayatan dinding rahim dibuat secara vertikal dan jarak antar kehamilan pendek setelah bekas luka operasi sesar. Hal ini kemudian akan menyebabkan wanita tersebut mengalami ruptur.^{3,4,12}

Studi yang membahas risiko dan manfaat TOLAC (percobaan persalinan setelah operasi sesar) pada wanita yang menjalani lebih dari satu kali persalinan sesar telah melaporkan risiko ruptur uteri antara 0,9% dan 3,7%. Dua penelitian besar melaporkan risiko pada wanita dengan dua persalinan sesar sebelumnya yang menjalani TOLAC. Satu penelitian tidak menemukan peningkatan risiko ruptur uteri (0,9% berbanding 0,7%)

pada wanita yang pernah melahirkan satu kali dibandingkan beberapa kali operasi sesar, sedangkan penelitian lainnya mencatat risiko ruptur uteri meningkat dari 0,9% menjadi 1,8% pada wanita yang pernah melahirkan satu kali berbanding dua kali sebelumnya dengan persalinan sesar.

Kedua penelitian tersebut melaporkan adanya peningkatan risiko morbiditas pada wanita yang pernah menjalani lebih dari satu kali persalinan sesar sebelumnya, meskipun perbedaan risiko ini kecil (2,1% dibandingkan 3,2%).¹³ Dalam kasus ini, pasien merupakan wanita multipara yang memiliki riwayat melahirkan dua kali sebelumnya, salah satunya dengan operasi sesar. Pasien mempunyai dua faktor risiko yang berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya ruptur uteri, namun penting untuk dicatat bahwa kedua persalinan tersebut terjadi bertahun-tahun yang lalu, yaitu delapan dan dua puluh lima tahun yang lalu. Sayangnya belum ada penelitian yang membandingkan perbedaan rentang waktu persalinan sebelumnya atau riwayat pembedahan. Terlebih lagi, pasien hanya pernah menjalani satu kali operasi sesar, yang menurut penelitian tidak akan meningkatkan risiko secara signifikan.

Ibu yang tidak mendapat layanan ANC mempunyai kemungkinan 4,05 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri. Ibu yang tidak mendapatkan pelayanan antenatal rentan untuk melahirkan di rumah, memiliki kesadaran yang rendah akan persiapan persalinan dan rencana kesiapsiagaan menghadapi komplikasi tanda bahaya kehamilan yang pada akhirnya meningkatkan risiko keguguran. Ibu yang mengalami persalinan lama mempunyai kemungkinan 6,1 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri dibandingkan ibu yang tidak mengalami persalinan lama. Hal ini terjadi karena persalinan lama menyebabkan peningkatan penggunaan oksitosin, peningkatan risiko persalinan terhambat,

dan persalinan instrumental yang pada akhirnya meningkatkan ruptur uteri. Apalagi jika persalinan berlangsung lama dan tidak ditangani sejak dini, otot rahim menjadi lelah dan cenderung ruptur.^{3,4,14} Pasien dalam kasus ini kurang mendapat pemeriksaan kesehatan, hanya sekali memeriksakan diri ke bidan pada usia kehamilan 20 minggu. Kurangnya pelayanan ANC pada masa kehamilan akan menurunkan pengetahuan ibu tentang status kesehatannya dan faktor risiko terjadinya ruptur uteri seperti kehamilan ganda, diabetes gestasional, kelainan rahim dan janin. Dengan demikian, hal ini akan mengurangi persiapan ibu dalam merencanakan persalinan, bagaimana ibu berisiko tinggi harus bersiap untuk melahirkan di rumah sakit yang memiliki fasilitas dan tim bedah yang lebih memadai dalam mempersiapkan komplikasi, sehingga mempercepat waktu untuk penatalaksanaan definitif.

Ibu yang mengalami persalinan macet mempunyai kemungkinan 7,22 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri dibandingkan ibu yang tidak melahirkan. Penyebabnya mungkin karena pada saat persalinan macet terdapat penghalang yang menghalangi proses turunnya persalinan meskipun terjadi kontraksi rahim yang kuat sehingga meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri. Ibu yang tidak diikuti partograf saat melahirkan mempunyai kemungkinan 3,43 kali lebih besar untuk mengalami ruptur uteri dibandingkan dengan ibu yang diikuti partograf saat melahirkan. Penggunaan partograf yang tepat merupakan alat yang penting untuk memantau kemajuan persalinan dan sebagai alat peringatan untuk mendeteksi penyimpangan dari persalinan normal, mencegah persalinan macet, ruptur uteri, dan dengan demikian meningkatkan *outcome* ibu dan janin. Oleh karena itu, tidak menggunakan partograf meningkatkan kemungkinan terjadinya ruptur uteri.^{3,15} Pada kasus ini, tidak ada hambatan persalinan karena pasien segera dilakukan operasi sesar

darurat.

Dalam hal ini, bertambahnya usia ibu mungkin merupakan faktor risiko yang lebih besar.¹⁶ Ruptur uteri juga meningkat dengan induksi persalinan dengan prostaglandin dan oksitosin pada mereka yang pernah atau belum pernah menjalani persalinan sesar sebelumnya.¹⁷ Ruptur uteri juga dapat dikaitkan dengan operasi lain yang menyebabkan trauma, termasuk kuretase atau perforasi uterus, ablasi endometrium, miomektomi, histeroskopi operatif, atau ruptur uteri sebelumnya.¹⁸ Penyebab yang jarang terjadi termasuk versi podalik internal dan ekstraksi, kesulitan melahirkan dengan forceps, ekstraksi sungsang, dan pembesaran janin yang tidak biasa seperti hidrosefalus.¹⁹ Pasien dalam kasus ini berusia 43 tahun, sehingga usia tersebut menambah daftar faktor risiko yang dimiliki pasien. Secara total, pasien memiliki beberapa faktor risiko yang meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri, yaitu usia ibu yang tinggi, multiparitas, riwayat operasi sesar sebelumnya, dan tindak lanjut ANC yang tidak memadai.

Uterus yang sebelumnya utuh, jika mengalami ruptur selama persalinan paling sering melibatkan segmen bawah rahim yang menipis. Jika robekan dekat dengan leher rahim, robekan dapat meluas secara melintang atau miring. Jika robekan terjadi pada bagian rahim yang berdekatan dengan ligamen latum, robekan biasanya bersifat longitudinal. Meskipun robekan ini terutama terjadi di segmen bawah rahim, robekan ini dapat meluas ke atas hingga ke segmen aktif atau ke bawah melalui leher rahim dan ke dalam vagina. Dalam beberapa kasus, kandung kemih juga mungkin terlibat. Jika rupturnya cukup besar, biasanya isi rahim akan keluar ke rongga peritoneum. Namun, bila bagian presentasi janin sudah melekat kuat, maka hanya sebagian janin saja yang bisa dikeluarkan dari rahim. Prognosis janin tergantung pada beberapa faktor termasuk besarnya robekan, derajat pemisahan

plasenta, besarnya hipovolemia ibu, dan kecepatan diagnosis dan respon.⁶

Ruptur uteri sering terjadi secara tiba-tiba dan dapat berakibat fatal, namun belum ada prediktor akurat mengenai ruptur uteri pada masa antenatal yang dapat diidentifikasi. Tanda dan gejala ruptur uteri bergantung pada waktu, lokasi, dan luasnya defek uterus, serta tanda dan gejala akut ruptur uteri bervariasi. Tanda dan gejala klasik ruptur uteri meliputi bradikardia janin, gawat janin, peningkatan/kehilangan kontraksi uterus, nyeri perut, perdarahan, resesi bagian presentasi janin, hilangnya station janin, dan syok. Namun, tanda dan gejala awalnya tidak spesifik dan membuat diagnosis menjadi sulit sehingga terkadang menunda terapi definitif. Namun, tanda paling umum yang menunjukkan ruptur uteri adalah kelainan detak jantung janin, yang dikaitkan hingga 70% kasus ruptur uteri.^{4,13}

Penilaian awal harus dilakukan untuk memeriksa ketidakstabilan hemodinamik, termasuk hipotensi dan takikardia. Pemeriksaan fisik untuk ruptur uteri mungkin tidak menghasilkan temuan yang spesifik, namun palpasi perut untuk melokalisasi nyeri mungkin berguna jika ada kecurigaan adanya ruptur uteri. Ruptur uteri dapat menyebabkan nyeri *midline* dan nyeri tekan pada perut, bahkan saat menerima epidural. Kontraksi rahim bisa berkurang atau berhenti sama sekali. Denyut jantung janin adalah salah satu indikator paling sensitif terhadap perfusi organ akhir ibu. Berkurangnya aliran darah ke janin dapat muncul sebagai bradikardia janin, berkurangnya variabilitas, atau deselerasi lambat. Bradikardia janin adalah kelainan paling umum yang terkait dengan ruptur uteri. Tanda patognomonik ruptur uteri adalah tidak adanya detak jantung janin. Pemeriksaan dalam dapat mengidentifikasi darah, gumpalan, atau hasil konsepsi, meskipun hal ini tidak terjadi kecuali robekan meluas ke vagina/leher rahim. Spekulum dapat membantu mendiagnosis perdarahan yang

tidak berhubungan dengan kehamilan dan pemeriksaan vagina dapat mengidentifikasi hilangnya posisi janin yang terjadi jika bagian janin memasuki peritoneum.²⁰

Pemeriksaan menyeluruh pada kasus ini menunjukkan hipotensi, takikardia, takipnea, konjungtiva anemia, nyeri suprapubik, tidak ada DJJ, dan anemia sesuai dengan tanda ruptur uteri. Pemeriksaan dalam tidak menunjukkan dilatasi serviks. Pasien tidak sedang aktif dalam persalinan selama pemeriksaan; namun, urgensi kondisi pasien yang tidak stabil dan DJJ yang tidak terdeteksi mendorong keputusan untuk melakukan operasi sesar darurat. Penatalaksanaan awal dilakukan dengan rehidrasi cairan, pemasangan O2 NC 2-4 lpm, pemasangan kateter urin, pemberian norepinefrin, persiapan transfusi darah, dan kemudian dilakukan operasi. Diagnosis ruptur uteri dibuat selama operasi sesar darurat ketika ditemukan robekan lebar pada rahim dan dinding anterior vagina.

Setelah ruptur uteri terdiagnosis, pengobatan berupa pembedahan yang terbatas pada dua pilihan yaitu sterilisasi lengkap dengan histerektomi dan pilihan yang lebih konservatif termasuk pilihan *uterus sparing* dengan atau tanpa ligasi tuba. Prosedurnya meliputi histerektomi total, histerektomi subtotal, dan *uterus sparing* dengan/tanpa ligasi tuba. Perbaikan primer bersifat *uterus sparing* namun dapat membuat pasien rentan terhadap peningkatan risiko ruptur uteri berulang pada kehamilan berikutnya. Perbaikan rahim dengan ligasi tuba mengakibatkan hilangnya fungsi reproduksi, namun memberikan pasien pilihan pengobatan kesuburan di masa depan. Histerektomi mengakibatkan hilangnya fungsi reproduksi sepenuhnya, memerlukan keahlian bedah tingkat tertentu, dan dapat berdampak signifikan pada keadaan emosional dan psikologis pasien. Terlepas dari prosedur pembedahan yang dilakukan, keputusan harus dibuat berdasarkan kasus

per kasus. Situasi klinis mencakup stabilitas pasien, lokasi dan luasnya defek, serta paritas pasien, dan keinginan kesuburan di masa depan harus dipertimbangkan.²¹ Pada kasus ini, keputusan yang diambil yaitu operasi sesar dengan tubektomi bilateral dan dilakukan penjahitan pada robekan dinding anterior vagina.

Pascaoperasi, diberikan cairan Ringer Laktat bersama oksitosin 20 IU 28 tpm hingga 24 jam pascaoperasi, juga vasokonstriktor, antibiotik, antifibrinolitik, analgesik, dan transfusi darah. Oksitosin diberikan untuk mencegah perdarahan postpartum yang dengan membantu kontraksi uterus yang sangat penting karena pasien sebelumnya mempunyai ketidakstabilan hemodinamik yang ditandai dengan hipotensi dan anemia.. Pasien dirawat di ICU selama 3 hari dan dipindahkan perawatan ke bangsal selama 3 hari berikutnya sampai dapat dipulangkan dengan analgesik oral dan antibiotik. Kontrol selanjutnya di poliklinik dengan bekas luka yang baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi/perdarahan.

Ruptur uteri menyebabkan komplikasi berat pada ibu dan janin, baik di negara-negara berpendapatan tinggi maupun rendah. Ruptur uteri berkisar antara 1-13% di negara berpendapatan rendah.^{22,23} Kematian ibu berhubungan dengan hipovolemia akibat perdarahan masif dan septikemia, DIC, keterlambatan masuk rumah sakit, dan durasi pembedahan >2 jam (menunjukkan kompleksitas lesi uterus dan kondisi umum pasien yang buruk).^{11,24}

Secara global, angka kematian perinatal akibat ruptur uteri hampir 11,2%. Ruptur uteri komplisit dikaitkan dengan persentase besar kematian intrapartum/bayi, mencapai 26,2% dari total ruptur uteri dalam penelitian selama 40 tahun. Paritas >3, pelepasan plasenta, dan/atau ekstrusi bayi secara signifikan meningkatkan risiko kematian intrapartum/bayi, terutama bila waktu dari ruptur hingga persalinan melebihi 30 menit.

Risiko tertinggi kematian intrapartum/bayi adalah ketika ruptur berhubungan dengan pelepasan plasenta dan atau ekstrusi janin.¹⁵ Dalam kasus ini, ditemukan janin dalam posisi dirongga perut, hal ini menjelaskan bahwa beberapa saat setelah ruptur uteri terjadi perpindahan janin dari rahim ke arah luar.

Mayoritas kematian akibat ruptur uteri terjadi dalam jangka waktu singkat setelah masuk rumah sakit (median 3,3 jam) menurut sebuah penelitian. Ketika ruptur uteri dicurigai atau didiagnosis, hal ini merupakan keadaan darurat obstetri dan laparotomi darurat harus diprioritaskan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi. Karena sebagian besar kematian akibat ruptur uteri dapat dicegah, terutama di daerah dengan sumber daya terbatas, maka harus ada fokus untuk memfasilitasi pencegahan melalui perencanaan persalinan yang sesuai dan pengenalan dini terhadap persalinan terhambat, juga menghindari keterlambatan perawatan definitif dalam hal rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas yang memadai.

Wanita dengan risiko tinggi terjadinya ruptur uteri harus memiliki perencanaan antenatal yang memadai termasuk melahirkan di rumah sakit untuk memfasilitasi segala komplikasi yang mungkin terjadi. Populasi wanita berisiko tinggi harus mendapatkan konseling antenatal yang memadai tentang penanganan kemungkinan komplikasi. Persalinan tanpa bantuan atau pengawasan sering terjadi pada perempuan yang mempunyai hambatan besar dalam mengakses layanan kesehatan. Kurangnya pengawasan selama persalinan meningkatkan risiko terhambatnya persalinan tanpa disadari dan meningkatkan kemungkinan tertundanya pemindahan ke fasilitas medis. Kewaspadaan terhadap gejala klinis persalinan terhambat penting dilakukan untuk mengantisipasi komplikasi lebih lanjut. Pemantauan terutama harus diberikan kepada wanita yang telah menjalani beberapa kali operasi

sesar atau menerima oksitosin/prostaglandin berlebihan selama persalinan atau upaya lain untuk menginduksi persalinan, yang lebih mungkin mengalami ruptur uteri. Terakhir, jangka waktu rata-rata sejak kedatangan hingga kematian biasanya hanya berlangsung beberapa jam, sehingga menyoroti aspek waktu kritis dalam diagnosis. Prioritas pada wanita yang memiliki faktor risiko yang jelas sangat penting.^{10,25}

Simpulan ruptur uteri merupakan suatu kegawatdaruratan obstetri yang berpotensi menimbulkan kematian ibu dan perinatal. Untuk mencegah hal tersebut, tenaga kesehatan harus dapat mendiagnosis adanya ruptur uteri secara tepat dan cepat, transportasi dini yang memadai, persiapan transfusi dengan produk darah yang memadai, dan tim bedah yang berpengalaman sangat penting dalam penanganan ruptur uteri yang sangat membantu dalam mengurangi angka kematian ibu dan janin.

Daftar Pustaka

1. Astatikie G, Limenih MA, Kebede M. Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Apr 12;17(1).
2. Yao R, Goetzinger KR, Crimmins SD, Kopelman JN, Contag SA. Association of Maternal Obesity With Maternal and Neonatal Outcomes in Cases of Uterine Rupture. *Obstetrics & Gynecology*. 2017 Apr;129(4):683–8.
3. Ayenew AA, Asres A, Bahir N, Ferede B, Bahir Z. Incidence of uterine rupture and associated factors in Ethiopia: A systematic review and Meta-analysis. 2020; Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-30569/v2>
4. Abebe F, Mannekulih E, Megerso A, Idris A, Legese T. Determinants of uterine rupture among cases of Adama city public and private hospitals, Oromia, Ethiopia: A case control study. *Reprod Health*. 2018 Sep 27;15(1).
5. Al-Zirqi I, Vangen S. Prelabour uterine rupture: characteristics and outcomes. *BJOG*. 2020 Dec 1;127:1637–44.
6. Cunningham F, Leveno K, Dashe J, Hoffman B, Spong C, Casey B. Causes of obstetrical hemorrhage. In: *Williams Obstetrics*. 26th ed. McGraw Hill; 2022.
7. Vandenberghe G, Bloemenkamp K, Berlage S, Colmorn L, Deneux-Tharoux C, Gissler M, et al. The International Network of Obstetric Survey Systems study of uterine rupture: a descriptive multi-country population-based study. *BJOG*. 2019 Feb 1;126(3):370–81.
8. Mengesha MB, Weldegeorges DA, Hailesilassie Y, Werid WM, Weldemariam MG, Welay FT, et al. Determinants of Uterine Rupture and Its Management Outcomes among Mothers Who Gave Birth at Public Hospitals of Tigray, North Ethiopia: An Unmatched Case Control Study. *J Pregnancy*. 2020;2020.
9. Savukyne E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R, Maciuleviciene R. Symptomatic uterine rupture: A fifteen year review. *Medicina (Lithuania)*. 2020 Nov 1;56(11):1–7.
10. Namagembe I, Chukwuma SM, Nakimuli A, Kiwanuka N, Byamugisha J, Moffett A, et al. Learning from maternal deaths due to uterine rupture: review of cases from peri-urban Uganda. *AJOG Global Reports*. 2022 Aug 1;2(3).
11. Jacques Ngoy K, Olivier M, Xavier K K, Prosper L K. Maternal and perinatal outcomes of uterine rupture in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Clinical Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020 Oct 20;3(2):136–41.
12. Abdulmane MM, Sheikhal OM, Alhowaidi RM, Qazi A, Ghazi K. Diagnosis and Management of Uterine Rupture in the Third Trimester of

- Pregnancy: A Case Series and Literature Review. *Cureus*. 2023 Jun 2;
13. ACOG. Practice bulletin no. 205: Vaginal birth after cesarean delivery [Internet]. 2019 Feb. Available from: <http://guide.medlive.cn/>
 14. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit A, Vangen S. Uterine rupture: trends over 40 years. *BJOG*. 2016 Apr 1;123(5):676–7.
 15. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Vangen S. Infant outcome after complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jul 1;219(1):109.e1-109.e8.
 16. Hochler H, Wainstock T, Lipschuetz M, Sheiner E, Ezra Y, Yagel S, et al. Grandmultiparity, maternal age, and the risk for uterine rupture—A multicenter cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 Feb 1;99(2):267–73.
 17. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsén L, Stray-Pedersen B, Vangen S. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Feb 1;216(2):165.e1-165.e8.
 18. Zhao B, Wang Y, Zhang Y. Uterine rupture in patients with a history of laparoscopy or hysteroscopy procedures Three case reports. *Medicine (United States)*. 2019 May 1;98(20).
 19. N. Sudha, MN. Amulya. A Study on Maternal and Fetal Outcome in Uterine Rupture at a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2019 Sep 3(6):141-144
 20. Togioka B, Tonismae T. Uterine rupture. *StatPearls*. 2023 Jun 29;
 21. Bruney LM, Facog MD. Trends in Surgical Management of Uterine Rupture. *Med Res Arch [Internet]*. 2019 May;7(5). Available from: <http://journals.ke-i.org/index.php/mra>
 22. Addisu D, Mekie M, Melkie A, Necho W. Burden of Uterine Rupture and Its Determinant Factors in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biomed Res Int*. 2020;1–12.
 23. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Vangen S. Maternal outcome after complete uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Aug 1;98(8):1024–31.
 24. Abrar S, Abrar T, Sayyed E, Naqvi SA. Ruptured uterus: Frequency, risk factors and feto-maternal outcome: Current scenario in a low-resource setup. *PLoS One*. 2022 Apr 1;17(4 April).
 25. Chavane LA, Bailey P, Loquiha O, Dgedge M, Aerts M, Temmerman M. Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Mar 22;18(1).