

Multigravida Hamil 30 Minggu dengan Partus Prematurus Imminens dan Pemendekan Serviks Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala

Inna Kurniaji¹, Zulfadli²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Abstrak

Partus Prematurus Imminens adalah adanya suatu ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 – 37 minggu). Pemendekan serviks adalah salah satu penyebab umum terjadinya kelahiran prematur. Kelahiran prematur spontan dan pemendekan serviks keduanya dianggap sebagai sindrom multifaktorial. Serviks pendek didefinisikan sebagai *cervical length* (CL) ≤ 25 mm pada pemeriksaan sonografi transvaginal (TVS) sebelum usia kehamilan 24 minggu sampai 32 minggu. Studi ini bersifat laporan kasus. Didapatkan data seorang wanita 31 tahun, datang dengan keluhan hamil kurang bulan dengan perut rasa mulas menjalar sampai kepinggang yang semakin sering terjadi 7 jam SMRS. Keluhan disertai dengan adanya keluar darah dan lendir dari kemaluan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, compos mentis, tekanan darah 121/86 mmHg, nadi 112x/menit, pernafasan 20x/menit, dan suhu 36.5 C. Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) 3 jari dibawah processus xiphoideus (25 cm), his (+), 3x dalam 10 menit durasi 30 – 40 detik, denyut jantung janin 156x/menit.. Pemeriksaan inspekulo didapatkan portio levide, OUE tertutup, ketuban (+), pendarahan tidak aktif, erosi, laserasi/polip (-) dan pemeriksaan dalam tidak dilakukan. Pemeriksaan USG transvaginal didapatkan ketebalan serviks 2.48 cm. Pasien didiagnosa G5P3A1 hamil 30 minggu dengan partus prematurus imminens dan pemendekan serviks. Selanjutnya direncanakan terapi konservatif berupa observasi his, DJJ dan tanda vital ibu, cek laboratorium: darah lengkap, IVFD ringer laktat + 2 amp isosuprine gtt xx/menit. Injeksi dexametason 2 x 10 mg, dan nifedipine nifedipine 4 x 10 mg.

Kata kunci: Partus prematurus imminens, pemendekan serviks

Thirty Week Multigravid Pregnant Woman with Imminent Preterm and Cervical Shortening Single Life Fetus Presentation of Head : A Case Report

Abstract

Imminent preterm in the presence of a threat in pregnancy with emergence signs in 20 weeks – 37 weeks. Cervical shortening is one of the the common reason of preterm labour. Both Preterm labour and cervical shortening are are considered multifactorial syndromes. A short cervix is defined as a cervical length (CL) ≤ 25 mm on transvaginal sonography (TVS) before 24 weeks to 32 weeks of gestation. This is a case report. A 31 years old woman with preterm pregnancy come with pain that intermitently radiating to the waist and become worst seven hour before entering hospital. Complaints accompanied by blood and mucus discharge from the genitals. From physical examination found that moderate sick in general condition, compos mentis, Blood pressure 121/86 mmHg, heart rate 112x/min, respiratory rate 20x/min, temperature 36.5 C. General examination within normal limits. In obstetric examination found that fundus uteri is 3 finger under processus xiphoideus (25cm), his (+) 3x in 10 minutes duration 30-40 second, fetal heart rate 156x/min. In inspekulo examination found that portio is livide, OUE closed, not found active bleeding, erosion/laserasion/polip (-) and vaginal toucher not performed in this patient. In Transvaginal USG found cervical length 2.48 cm. The diagnosis are G5P3A1 in 30 weeks with imminent preterm and cervical shortening. Patient planned conservative therapy such as observation of his, fetal heart rate, and vital signs mother, IVFD ringer laktat + 2 amp isosuprine gtt xx/min, dexamethasone 2x10 mg, nifedipine 4x10 mg.

Keywords: Imminent preterm, cervical shortening

Korespondensi: Inna Kurniaji, alamat jl. Bumi Manti II Gg. Sawah Baru No. 13A Bandar Lampung, HP 085694430398, e-mail: innakurniaji@gmail.com

Pendahuluan

Salah satu ancaman dalam kehamilan adalah Partus Prematurus Imminens (PPI), yaitu ancaman persalinan berupa kontraksi uterus dan/atau tanda-tanda persalinan lainnya pada usia kehamilan antara lebih dari

20 minggu dan kurang dari 37 minggu.¹ Menurut Songthamwat (2018), Ancaman persalinan prematur atau PPI yang didefinisikan sebagai “kondisi di mana kontraksi uterus teratur minimal 1 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama lebih dari 30

menit sebelum usia kehamilan 37 minggu tanpa dilatasi serviks." Bila dilaporkan adanya ancaman persalinan prematur, maka hal ini dapat berlanjut ke tahap persalinan lanjut pada sekitar 30% kasus.² Persalinan prematur dapat menimbulkan berbagai masalah medis dan sosial, janin yang lahir prematur memerlukan perawatan khusus dan memiliki risiko lebih besar terjadinya kelainan atau gangguan kesehatan baik jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), perdarahan intra/periventrikular, NEC (*Necrotizing Enterocolitis*), displasia bronkopulmoner, sepsis, dan *Patent Duktus Arteriosus* (PDA).³ Pencegahan komplikasi kelahiran prematur memerlukan penanganan yang tepat. Salah satunya dengan cara menangani ancaman kelahiran prematur atau partus prematurus imminens (PPI) dengan tepat.⁴

Pemendekan serviks (*Cervical shortening*) adalah salah satu penyebab umum terjadinya kelahiran prematur. Kelahiran prematur spontan dan pemendekan serviks (penipisan) keduanya dianggap sebagai sindrom multifaktorial. Serviks pendek didefinisikan sebagai *cervical length* (CL) ≤ 25 mm pada pemeriksaan sonografi transvaginal (TVS) sebelum usia kehamilan 24 minggu sampai 32 minggu. CL merupakan variabel kontinu dengan rata-rata 35 hingga 40 mm antara usia kehamilan 14 dan 30 minggu.⁵ Penyebab pemendekan serviks termasuk infeksi intra-amniotik (IA) atau peradangan steril (didefinisikan sebagai tidak adanya mikroorganisme yang terlihat dalam cairan ketuban), perdarahan desidua, distensi uterus yang berlebihan, gangguan toleransi ibu-janin, dan lain-lain. Situasi klinis ini dapat menyebabkan pemendekan serviks prematur dan seringkali keguguran pada trimester kedua atau kelahiran prematur.⁶ Penyebab keguguran berulang pada trimester kedua atau kelahiran prematur adalah pendeknya leher rahim akibat perubahan struktural yang menyebabkan kondisi *cervical insufficiency* (CI). Insufisiensi serviks ditentukan oleh empat kriteria, yaitu dilatasi serviks tanpa rasa nyeri, cenderung berulang, persalinan trimester kedua, dan tidak terdapat penyebab lain,

dengan keyakinan bahwa kriteria tersebut dapat mengidentifikasi wanita yang mengalami persalinan dini hanya disebabkan oleh kelemahan struktur jaringan serviks yang dapat dikoreksi dengan pembedahan.⁷

Kasus

Pasien Ny. NY berusia 31 tahun, hamil kurang bulan, datang dengan keluhan perut mulas-mulas sejak 7 jam SMRS. Perut mulas ini menjalar hingga pinggang hilang timbul dan semakin lama semakin kuat dan sering 1 hari SMRS. Keluhan ini disertai dengan adanya keluar lebir darah dari kemaluan 5 jam SMRS. Kemudian pasien datang ke rumah sakit swasta terdekat lalu pasien dirujuk ke RSAM. Riwayat trauma tidak ada, riwayat bersenggama sebelumnya tidak ada, riwayat keputihan tidak ada, riwayat minum jamu atau obat-obatan tidak ada dengan riwayat antenatal care setiap bulan ke bidan terdekat. Pasien mengaku hamil kurang bulan dengan gerakan janin masih dirasakan.

Pasien mengalami haid pertama kali (menarke) pada usia 15 tahun dengan siklus haid teratur, lama menstruasi 5-7 hari dengan jumlah yang normal. Kehamilan ini adalah kehamilan kelima pasien dengan riwayat satu kali abortus pada 2019 dan tiga kali persalinan kurang bulan sebelumnya pada tahun 2011, 2014 dan 2021. Riwayat kencing manis, ginjal, darah tinggi dan lambung dalam keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 121/86 mmHg, nadi 112x/menit, pernafasan 20x/menit, dan suhu 36.5 C. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri 25 cm, bagian teratas janin teraba bagian besar, bulat dan lunak kesan bokong. Bagian kanan dan kiri teraba bagian memanjang di kiri. Kesan letak memanjang punggung kanan. Bagian terbawah janin teraba satu bagian besar, bulat, melenting, keras dengan kesan kepala. Konvergen dengan kesan kepala belum masuk PAP. Penurunan 5/5 uterus berkontraksi teratur, 3x dalam 10 menit durasi 30 – 40 detik. Denyut jantung janin 156x/menit dan pemeriksaan dalam tidak dilakukan. Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan OUE tertutup, flour (-), fluksus (-), pendarahan tidak

aktif dan tidak ada erosi/laserasi/polip.

Pemeriksaan penunjang pasien meliputi hemoglobin 12.0 gr/dL, leukosit 11.200 /uL, hematokrit 36%, trombosit 266.00/uL. Indeks tokolitik 4. Pada pemeriksaan USG didapatkan kesan biometri janin 30 minggu, TBJ 1700 gram, plasenta di funus, ketuban cukup. Serta dilakukan pemeriksaan USG transvaginal dan didapatkan ketebalan serviks 2.48 cm.

Berdasarkan pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis pada pasien ini adalah G5P3A1 hamil 30 minggu dengan partus prematurus imminens dan pemendekan serviks, janin tunggal hidup presentasi kepala. Penatalaksanaan pada pasien dengan observasi tanda-tanda vital, his dan djj, cek laboratorium: darah lengkap, IVFD ringer laktat + 2 amp isoxsuprine gtt xx/menit. Injeksi dexametason 2 x 10 mg, dan nifedipine nifedipine 4 x 10 mg.

Pembahasan

Pada kasus ini, diagnosis partus prematurus imminens dan pemendekan serviks ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis didapatkan pasien mengeluhkan perut mulas-mulas yang menjalar sampai ke pinggang dan semakin lama semakin sering sejak 7 jam SMRS disertai dengan munculnya bercak darah dan lendir. Pada pemeriksaan luar didapatkan his (+) dan teratur. Pasien Ny. NY didapatkan dari pemeriksaan adanya kontraksi his yang berulang kali dan teratur serta terjadinya pendarahan bercak atau spotting pada usia kehamilan yang masih 30 minggu. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut maka pasien didiagnosis mengalami Partus Prematurus Imminens. Diagnosis partus prematurus imminens atau sering disebut "*threatened preterm labour*" menurut Prawirohardjo (2008) meliputi : kontraksi yang berulang sedikitnya 7 – 8 menit sekali, atau 2 0 3 kali dalam waktu 10 menit, adanya nyeri pada punggung bagian bawah, pendarahan bercak, pemeriksaan serviks menunjukkan telah terjadinya pembukaan sedikitnya 2 xm dan penipisan 50-80%, presentasi janin rendah sampai mencapai spina isciadica, selaput ketuban pecah dapat menjadi tanda awal terjadinya persalinan preterm; dan terjadi di

usia kehamilan 22-37 minggu.⁸

Pada pasien sudah terjadi persalinan prematur dan abortus yang berulang. Riwayat obstetri seperti ini dapat disebut sebagai bad obstetric history dimana terjadinya dua atau lebih riwayat obstetri buruk seperti abortus spontan, kematian neonatus dini, lahir mati, IUFD, kelahiran prematur dan kelainan kongenital. Kemungkinan penyebab keguguran dan persalinan berulang pada trimester kedua adalah pendekanya leher rahim akibat perubahan struktur yang berujung pada kondisi insufisiensi (inkompetensi).⁵ Inkompetensi serviks merupakan ketidakmampuan ketidamampuan serviks untuk mempertahankan kehamilan akibat kelainan fungsional atau struktural serviks.⁹

Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri adalah 25 cm, bagian teratas janin teraba bokong, bagian kanan dan kiri teraba bagian memanjang di kiri. Kesan letak memanjang punggung kanan. Bagian terbawah janin teraba kesan kepala. Konvergen dengan kesan kepala belum masuk PAP. Penurunan 5/5. Uterus berkontraksi dengan teratur. Denyut jantung janin 156x/menit. Pada pasien ini tidak dilakukannya pemeriksaan VT, dikarenakan pemeriksaan VT pada kehamilan preterm dapat mengakibatkan terakumulasinya serviks dengan flora vagina yang menjadi patogen sehingga menimbulkan pelepasan prostaglandin, infeksi intrauterin dan persalinan preterm. VT dapat dilakukan jika pasien mengalami ketuban pecah dini dengan usia kehamilan aterm atau dilakukannya induksi persalinan¹⁰

Pada pasien ini, dikarenakan adanya riwayat persalinan prematur berulang yang dapat dicurigai adanya inkompetensi serviks pada pasien ini (Putera & Tokan, 2022) sehingga dilakukannya USG Trans Untuk menilai adanya pemendekan serviks yang dapat dinilai melalui USG transvaginal dimana untuk panjang serviks normal 35 – 48mm dan leher rahim pendek adalah panjang leher rahim <25mm atau 2.5cm pada usia kehamilan 16 – 24 minggu, namun pada pasien ini dilakukannya USG transvaginal pada usia kehamilan 30 minggu dengan didapatkan

panjang serviks 24,8mm atau 2.48cm yang menandakan adanya pemendekan serviks.⁹ Untuk Pada pemeriksaan laboratorium darah didapatkan hasil dalam batas normal. Dari anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan pada pasien mengarah ke diagnosis Partus Prematurus Iminens dan pemendekan serviks, sehingga diagnosa G5P3A1 hamil 30 minggu dengan partus prematurus imminens dan pemendekan serviks janin tunggal hidup presentasi kepala sudah tepat.

Pada pasien ini diberikan terapi konservatif dengan pertimbangan keadaan umum ibu dan janin masih baik. Terapi konservatif yang dilakukan pada pasien yaitu observasi tanda-tanda vita ibu, his dan DJJ tiap 4 – 6 jam sekali, diberikan terapi cairan, injeksi dexametasone 2 x 10 mg, diberikan tokolitik berupa nifedipine 4 x 10 mg dan 2 ampul isoxsuprine dalam ringer laktat 500 cc gtt xx/menit, serta edukasi mengurangi aktivitas berat, vulva hygiene dengan harapan janin dapat dipertahankan.

Pada pasien ini dilakukan observasi terhadap DJJ dan tanda vital ibu. Hal ini dilakukan guna mengetahui keadaan janin dan juga keadaan ibu, hal ini karena tingkat morbiditas dan mortalitas meningkat pada kasus partus prematuru imminens. Menurut Despandhe (2013) terdapat beberapa syarat yang harus dipenuhi untuk manajemen konservatif yakni usia gestasi 24 – 34 minggu, dilatasi serviks <3 cm, tidak ditemukan infeksi intrauterine, preeclampsia dan pendarahan aktif, tidak ada fetal distress dan ketuban yang intak. Hal ini sesuai dengan pasien Ny. NY karena dalam usia gestasi 30 minggu, tidak ditemukannya dilatasi serviks < 3 cm, dan tidak ada pendarahan aktif, maupun tidak ada tanda preeklampsi.¹¹

Penatalaksanaan konservatif meliputi pemberian obat untuk pematangan paru janin. Pemberian tokolitik yaitu pemberian nifedipine oral 4 x 10 mg tab dengan 2 ampul isoxsuprine dalam ringer laktat 500 cc dan pemberian deksametason 2 x 10 mg/hari intramuskular selama 2 hari.¹² Pasien tidak direncanakan partus pervaginam sebab indeks tokolitik bernilai 4, dan selama observasi tidak ada tanda gawat janin, kematian janin, pendarahan aktif, atau tanda tanda

korioamnionitis

Pada ibu hamil dengan resiko terjadi persalinan preterm dan/atau menunjukkan tanda-tanda persalinan preterm perlu dilakukan intervensi untuk meningkatkan neonatal outcomes. Beberapa langkah yang dilakukan pada persalinan preterm, terutama mencegah morbiditas dan mortalitas neonatus preterm adalah pemberian tokolitik dan kortikosteroid untuk pematang paru. Beberapa macam obat tokolisis yang dapat diberikan adalah golongan kalsium antagonis, misalnya Nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3x/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang dan dapat diberikan lagi jika kontraksi berulang dan dosis perawatan 3x10 mg. Alternatif medikasi lainya dapat dengan golongan β -mimetik. Lain seperti salbutamol, terbutaline, ritrodin dan isoxuprine dan magnesium sulfat (MgSO₄) dan antiprotagladin (Indometasin), namun jarang dipakai karna efek samping pada ibu ataupun janin.¹³

Pemberian terapi kortikosteroid bertujuan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insidensi RDS, mencegah pendarahan intraventrikular, yang akhirnya dapat menurunkan resiko kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan jika usia kehamilan <35 minggu. Obat yang dapat diberikan adalah deksametason (dengan dosis 4x6 mg intramuskular dengan jarak pemberian 12 jam) atau betametason (dengan dosis 2x12 mg intramuskular dengan jarak pemberian 24 jam).^{14,15}

Simpulan

Pasien wanita, 31 tahun didiagnosa G5P3A1 hamil 30 minggu dengan partus prematurus imminens dan pemendekan serviks janin tunggal hidup presentasi kepala. Penatalaksanaan pasien secara konservatif sudah tepat.

Daftar Pustaka

1. Gofur N, Gofus A, Soesilaningtyas, Gofur R, Putri H. Partuition Premature Imminens Management : A review article. International Journal of Research Publication. 2022 ; Vol 91 (1) 91 - 96
2. Songthamwat M, Nan N.C, Songthamwat

- S. Effectiveness of nifedipine in threatened preterm labor: a randomized trial. *International Journal of Women's Health*. 2018 ; Vol 10 317–323
3. Yeni C M, Rismawati, Hasanuddin. Threatened Preterm Labor: Which are become Preterm Labor ?. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology* . 2020 ; Vol 8 (4) 216-221
4. ACOG Committe on Practice Bulletin Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 8- : Premature ruptur of membranes : clinical guidelines for obsterician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2007 ; 109 (4) 1007 – 19
5. Kornete A, Volozonoka L, Zolovs M, Rota A, Kempa I, Gailite L, Rezeberga D, Miskova A. Management of Pregnancy with Cervical Shortening : Real-Life Clinical Challenges. *Medicina (Kaunas)*. 2023 ; 59(4):653
6. Sinno. Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 ;144(3) 340-346
7. Bernolian *et al*. Sirkase Serviks. Palembang : UPT Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya Press. 2021
8. Prawirohardjo, S. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008
9. Putera, Tokan. Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology*. 2022 ; Vol 41(7) 387-391
10. Soraya AB, Fitria DA, Sari RDP. Laporan kasus: Penilaian Keberhasilan Terapi Tokolitik dengan Tokolitik Index pada pasien G1POA0 Hamil 28 Minggu dengan KPD. *Majority*. 2022 ; 11(01) 48-52
11. Deshpande S, van Asselt A, Tomini F, Armstrong N, Allen A, Noake C, *et al*. Rapid fetal fibronectin testing to predict preterm birth in women with symptoms of premature labour : A systematic review and cost analysis. *Health Techol Assess Winch Engl*. 2013 ; 17 (40) 1 – 138
12. Rundell K, Panchal B. Preterm Labor : Prevention and Management. *American Acedemy of Family Physicians Journal* 95 .2017 ; (6) 366 – 371
13. Giorgino L, Egan C. Use of isoxsuprine hydrochloride as a tocolytic agent in the treatment of preterm labour : a systematic review. 2010 ; 60 (7) 4015 – 420
14. Oktavia N, Yulistiana, Markus UH, Mamo HI. Effectiviness and safety differences of isoxsuprine and nifedipine as tocolytics in the risk of preterm labour. *Folia Medica Indonesiana*. 2017 ; 53 (4) 242
15. Oxorn, H. Ilmu kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan (Human Labor and Birth). Yogyakarta : YEM ; 2010