

G2P1A0 Hamil 30 Minggu Belum Inpartu dengan Riwayat *Sectio Caesaria* Satu Kali Janin Tunggal Hidup Presbo Anhidramnion IUGR: Laporan Kasus

Sonia Mahatva Dwi Pambella¹, Shania Ocha Sativa¹, Nadya Marshalita¹,
Nurul Islamy²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kandungan dan Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Intrauterine growth restriction merupakan gangguan pertumbuhan janin yang ditandai dengan taksiran berat janin kurang dari presentil 10 dan tidak dapat tumbuh sesuai potensi genetik dan ras janin. Anhidramnion merupakan kelainan volume cairan amnion berupa tidak ditemukannya cairan amnion atau $AFI \leq 2$ cm. Ny. FL, perempuan 32 tahun datang dengan keluhan perut dirasa lebih kecil dari ukuran kehamilan seharusnya dan perut terasa lebih nyeri saat janin bergerak. Gerakan janin dirasakan aktif, tidak ada perasaan perut mulas maupun keluar air air, lendir, ataupun darah. Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup intrauterine, presentasi bokong, BPD 26w6d, AC 28w0d, EFW 1.133 gram, 27w4d, *amniotic fluid index* 0, anhidramnion. Pasien didiagnosis dengan G2P1A0 hamil 30 minggu belum inpartu janin tunggal hidup presentasi bokong dengan anhidramnion dan IUGR. Pasien kemudian diberikan tatalaksana cairan RL 20 tpm, O₂ nasal canule 5 lpm, ceftriaxone 1 gram/ 12 jam, dexamethasone 12 mg/24 jam, kemudian dilakukan terminasi kehamilan secara SC. Pasien dan suami diberikan edukasi mengenai kontrasepsi dan menyetujui untuk pemasangan IUD saat operasi SC. Lahir neonatus hidup berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 1.000 gram, panjang badan 42 cm, dan Apgar Score 4/6, neonatus meninggal setelah perawatan 7 hari di NICU dengan diagnosis premature, BLSR, sepsis dan HMD grade I-II.

Kata Kunci: Anhidramnion, Intrauterine Growth Restriction, Section Caesarea

G2P1A0 30 Weeks Gestation with History of Section Caesaria, Singleton Pregnancy with Breech Presentation Anhidramnios and Intrauterine Growth Restriction: Case Report

Abstract

Intrauterine growth restriction is abnormality of fetal growth with estimated fetal weight less than 10th percentile and fetus can not grow as it's potential genetic and ras. Anhidramnios is abnormality of amnion fluid volume with absence of amnion fluid or $AFI \leq 2$ cm. Mrs. FL, a 32 years old woman comes with complaint of her uterus is small than normal and feeling of pain when fetus move. Fetal movement still active, she doesn't feel any contraction, or feel premature rupture of membrane, or bloody show. Ultrasonography examination shows single fetal intrauterine, breech presentation, BPD 26w6d, AC 28w0d, EFW 1.133 gram, 27w4d, *amniotic fluid index* 0, anhidramnios. Patient was diagnosed with G2P1A0 30 weeks gestation with history of section caesaria, singleton pregnancy with breech presentation anhidramnios and intrauterine growth restriction. Treatment has given to patient include rehydration with RL, O₂ nasal canule 5 lpm, ceftriaxone 1 gram/12 hours, dexamethasone 12 mg/24 hours, and termination of pregnancy with section caesaria method. Patient and her husband have been educated about contraception and chose IUD after SC. A male neonates born alive with birth weight 1.000gram, body length 42 cm, and Apgar Score 4/6, neonates died after seven days of treatment in the NICU with diagnosis of premature, low birth weight, sepsis and HMD grade I-II.

Keywords: Anhidramnios, Intrauterine Growth Restriction, Section Caesarea

Korespondensi: Sonia Mahatva Dwi Pambella, alamat: Jl. Onta No. 2C, Bandar Lampung, email soniamahatva97@gmail.com

Pendahuluan

Pertumbuhan janin terhambat atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) didefinisikan sebagai janin dengan taksiran berat janin (TBJ) dibawah presentil 10 dan janin tidak dapat tumbuh sesuai dengan potensi genetiknya berdasarkan ras dan jenis kelamin. Prevalensi IUGR di seluruh dunia mencapai rata-rata 10% – 15%.^{1,2}

Prevalensi IUGR di Indonesia bervariasi sebanyak 3% – 10% dengan rata-rata 4,4%. Secara klinis, *Intrauterine growth restriction* dapat diklasifikasikan menjadi IUGR simetris dan asimetris. Simetris apabila janin secara proporsional berukuran badan kecil, baik berat badan maupun panjang badan. Hal ini disebabkan oleh kelainan kromosom dan infeksi saat usia kehamilan kurang dari

20 minggu sehingga jumlah sel berkurang secara permanen dan menghambat pertumbuhan janin. Asimetris apabila ukuran badan janin tidak proporsional, yaitu lingkaran perut lebih kecil, namun skeletal dan diameter kepala normal. Hal tersebut dapat disebabkan adanya kelainan pada kehamilan trimester III yang sering disebabkan oleh insufisiensi plasenta sehingga ukuran sel dalam tubuh janin berkurang.¹⁻³

Etiologi dari IUGR dapat dibagi menjadi faktor maternal, faktor plasenta dan tali pusat, serta faktor janin. Faktor maternal diantaranya adalah hipertensi dalam kehamilan, penyakit jantung sianosis, diabetes melitus lanjut, hemoglobinopati, penyakit autoimun, malnutrisi, merokok, narkotika, kelainan uterus, dan trombofilia. Faktor plasenta dan tali pusat yaitu sindroma *twin to twin transfusion*, kelainan plasenta, solusio plasenta kronik, plasenta previa, dan kelainan insersi tali pusat. Faktor janin dapat berupa infeksi pada janin seperti HIV, CMV, rubella, herpes, toksoplasmosis, sifilis, dan kelainan kromosom atau genetik. Sedangkan faktor risiko dari IUGR dapat berupa lingkungan sosio-ekonomi yang rendah, riwayat obstetri yang buruk, adanya riwayat IUGR dalam keluarga, dan berat badan ibu sebelum kehamilan serta selama masa kehamilan yang rendah. Diagnosis IUGR dapat dilakukan dengan palpasi abdomen, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), mengukur TBJ dan *abdominal circumference* (AC), serta pengukur indeks cairan amnion (ICA).³

Salah satu gangguan volume cairan amnion yaitu anhidramnion. Anhidramnion didefinisikan sebagai tidak adanya cairan amnion atau *Amniotic Fluid Index* (AFI) yang ≤ 2 cm pada trimester kedua yang dapat dideteksi menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG).⁴⁻⁶ Anhidramnion dapat disebabkan karena adanya ketuban pecah dini (KPD), disfungsi plasenta, atau gangguan renal pada janin.⁷ Komplikasi dari anhidramnion dapat berupa kompresi dari umbilicus yang menyebabkan asfiksia atau *Intrauterine Fetal Death* (IUFD), gangguan struktur tulang janin, hypoplasia paru yang dapat

memburuk dan menjadi letal selama masa neonatus, serta menyebabkan tingginya angka *sectio caesarea*.⁶

Pemantauan fungsional janin pada kasus IUGR dapat dilakukan dengan pemeriksaan Non-Stress Test (NST), pemeriksaan indeks cairan amnion, penilaian kesejahteraan janin dengan skor profil biofisik, pengukuran Doppler Velocimetry, pemeriksaan pembuluh darah arteri, dan pemeriksaan pembuluh darah vena.⁵

Penatalaksanaan IUGR pada kehamilan preterm dilakukan berdasarkan etiologi dari IUGR tersebut, seperti adanya kelainan bawaan, infeksi, atau menurunnya sirkulasi fetoplacentar. Kemudian ditentukan apakah IUGR tersebut termasuk IUGR simetris atau asimetris. Tatalaksana diberikan sesuai dengan kondisi maternal, seperti mengurangi stress, meningkatkan asupan nutrisi, mengurangi rokok atau narkoba, dan dianjurkan untuk beristirahat dengan posisi tidur miring ke kiri. Pemberian kortikosteroid profilaksis pada kehamilan preterm untuk pematangan paru dapat diberikan hingga usia gestasi 36 minggu. Pemberian magnesium sulfat juga direkomendasikan sebagai neuroprotector pada kehamilan preterm. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan USG untuk evaluasi pertumbuhan dan dilakukan pemeriksaan Doppler velocimetry arteri umbilikalis setiap 3 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu atau sampai timbul keadaan oligohidramnion, dilakukan pemeriksaan profil biofisik setiap minggu, serta pemeriksaan NST. Syarat untuk dilakukan terminasi segera yaitu jika pasien ditemukan keadaan anhidramnion pada usia kehamilan 30 minggu atau lebih dengan adanya deselerasi berulang selama 2 minggu, tidak adanya pertumbuhan janin, namun paru janin sudah matang, dan pada pemeriksaan Doppler velocimetry ditemukan adanya absent end-diastolic flow (AEDF) atau reversed end-diastolic flow (REDF).^{3,8}

Kasus

Pasien Ny. FL, usia 32 tahun hamil 30 minggu, datang ke IGD PONEK Rumah Sakit Abdul Moeloek pada tanggal 22 November 2021 dengan keluhan air ketuban habis. Pasien merupakan rujukan dari salah satu rumah sakit swasta dalam kota dengan diagnosis gawat janin

untuk/asfiksia bayi baru lahir=O36.3 + Anhidramnion + IUGR pada G2P1A0 hamil 30 minggu + bekas SC 1x JTH Presbo. Pasien mengatakan perut dirasa lebih kecil dari ukuran kehamilan seharusnya. Pasien juga mengeluhkan perutnya terasa lebih nyeri saat janin bergerak dibandingkan dengan kehamilan sebelumnya. Gerakan janin dirasakan aktif, tidak ada perasaan perut mulas maupun keluar air air, lendir, ataupun darah. Keluhan pada BAK dan BAB disangkal. Riwayat trauma saat kehamilan disangkal. Pasien mengatakan sejak usia kehamilan 5 bulan, pasien rutin kontrol ke rumah sakit untuk melakukan USG oleh dokter Sp. OG dan dokter mengatakan air ketubannya sedikit serta pertumbuhan janin terhambat. Pasien datang ke rumah sakit swasta dalam kota untuk memeriksakan kandungannya kembali kemudian dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil air ketuban habis dan hasil CTG DJJ janin 90-140x/m (deselerasi). Oleh karena itu, pasien dirujuk ke RSAM untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Pasien tidak pernah mengalami hal serupa sebelumnya.

Riwayat penyakit serupa pada keluarga disangkal. Riwayat penyakit dahulu pada pasien yaitu dyspepsia. Tidak ada riwayat darah tinggi dan diabetes pada pasien dan keluarga. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi. Riwayat pernikahan pada pasien yaitu pasien menikah 1x pada saat usia 28 tahun dan telah menikah selama 4 tahun. Riwayat menstruasi pada pasien yaitu pasien mengalami menarche pada saat usia 13 tahun dengan siklus teratur 28 hari dan lama menstruasi selama 7 hari sebanyak 3x ganti pembalut setiap 24 jam. Hari pertama haid terakhir pasien yaitu 24 April 2021 dan hari perkiraan lahir 31 Januari 2022. Pasien memakai kontrasepsi pil KB sejak tahun 2018 namun tidak rutin diminum. Riwayat obstetri pasien yaitu pasien hamil anak pertama pada tahun 2018 dengan usia kehamilan aterm dan ditolong oleh dokter secara SC atas indikasi plasenta previa totalis, bayi laki-laki, berat badan 2.690 gram dan panjang badan 48 cm. Riwayat antenatal pasien rutin kontrol setiap bulan ke bidan. Pemeriksaan USG selama 5x di dokter Sp. OG. Pada bulan ke-7, hasil USG dikatakan bahwa janin presentasi bokong, air ketuban tidak ada. Pasien mendapat vaksinasi

TT selama kehamilan, suplementasi asam folat, dan zat besi.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 131/85 mmHg, nadi 118x/menit, laju napas 20x/menit, suhu 36,8 °C, SpO₂ 99%. Berat badan pasien 56 kg, tinggi badan 150 cm, IMT 24,8 kg/m². Status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri, Leopold I didapatkan tinggi fundus uteri didapatkan 21 cm, teraba bagian bulat, melenting, keras, kesan kepala. Leopold II teraba bagian panjang datar di sisi kanan kesan punggung kanan, denyut jantung janin 142x/menit. Leopold III teraba bagian bulat lunak kesan bokong. Leopold IV didapatkan bagian terbawah janin belum masuk PAP (konvergen). Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan portio livid, terletak di anterior, OUE tertutup, fluxus (-), perdarahan aktif (-), flour (+), erosi/polip/laserasi (-/-/-), tes nitrazin (-).

Pasien melakukan pemeriksaan darah lengkap dan diperoleh nilai hemoglobin 11,4 gr/dL; leukosit 13.260/uL; eritrosit 3,7 juta/uL; hematokrit 34%; trombosit 250.000/uL; MCV 91 fL; MCH 31 pg; MCHC 34 g/dL; basophil 0%; eosinophil 0%; neutrophil batang 0%; neutrophil segmen 89%; limfosit 10%; monosit 1%; GDS 95 mg/dL; CT 8 menit; BT 2 menit; Natrium 137 mmol/L; Kalium 4.7 mmol/L; Calcium 8.7 mg/dL; Chlorida 111 mmol/L; HbsAg Rapid non reaktif; anti HIV non reaktif; rapid antigen COVID-19 non reaktif; antibody COVID-19 IgM (-), IgG (-). Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup intrauterine, presentasi bokong, BPD 6.67 cm, 26 weeks 6 days, AC 23.66 cm 28 weeks 0 day, EFW 1.133 gram, 27 weeks 4 days, plasenta di posterior, *amniotic fluid index* 0, anhidramnion, kesan hamil 26 minggu.

Pasien kemudian diberikan tatalaksana berupa rehidrasi cairan RL 20 tpm, O₂ nasal canule 5 lpm, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam, dexamethasone 12 mg/24 jam, kemudian dilakukan terminasi kehamilan secara SC. Pasien dan suami diberikan edukasi mengenai kontrasepsi dan menyetujui untuk pemasangan IUD saat operasi SC. Lahir neonatus hidup berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 1.000 gram, panjang badan 42 cm, dan Apgar Score 4/6. Neonatus meninggal setelah perawatan 7 hari di NICU dengan diagnosis

premature, BBSLR, sepsis dan HMD grade I-II. Pasien pulang pada (26/11/21) dengan keadaan umum baik, dengan resep pulang Cefadroxil 500 mg 2x1, Natrium diclofenac 50 mg 3x1, Vit.B kompleks 3x1, dan Sucralfat 500 mg/5 ml 3x1. Sementara neonates meninggal pada (01/12/21) setelah perawatan 7 hari di NICU dengan diagnosis premature, BBSLR, sepsis dan HMD grade I-II.

Pembahasan

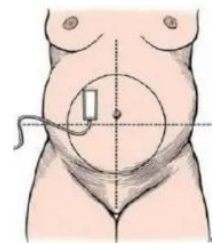
Pasien datang dengan keluhan utama hamil kurang bulan dengan air ketuban habis. Pasien merupakan pasien rujukan dengan diagnosis gawat janin untuk/asfiksia bayi baru lahir=O36.3 + Anhidramnion + IUGR pada G2P1A0 hamil 30 minggu + bekas SC 1x JTH Presbo. Butuh perawatan lebih lanjut untuk janin sehingga pasien dirujuk ke Rumah Sakit Abdul Moeloek.

Pada anamnesis pasien mengatakan perut dirasa lebih kecil dari ukuran kehamilan seharusnya. Pasien juga mengeluhkan perutnya terasa lebih nyeri saat janin bergerak dibandingkan dengan kehamilan sebelumnya. Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada pasien dengan oligohidramnion atau anhidramnion adalah uterus yang lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri di perut sewaktu ada HIS, dan bila ketuban pecah air ketubannya sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar, sering berakhir dengan partus prematurus, ibu merasa nyeri sekali sewaktu janin bergerak.⁹

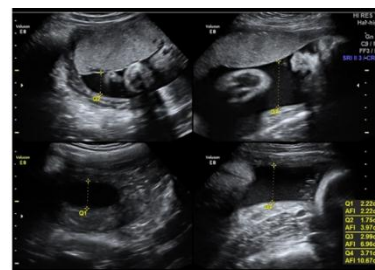
Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran komposmentis. Tekanan darah 131/85 mmHg, status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung, dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri didapatkan 21 cm. HIS (-). Denyut jantung janin 142x/menit. Pemeriksaan *Vaginal Toucher* (VT) menunjukkan portio livid, anterior, OUE tertutup, fluxus (-), perdarahan aktif (-), flour (+), erosi/polip/laserasi (-/-/-), tes nitrazin (-). Pada pukul 14.20 WIB, lahir neonates hidup laki-laki secara perabdominal dengan tindakan SSTP (*Sectio Saesarea Transperitoneal Profunda*) dengan APGAR Score 4/6, BB 1000 gram, panjang badan 42 cm, dan anus (+).

Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup intrauterine, presentasi bokong, BPD 6.67 cm, 26 weeks 6 days, AC 23.66 cm 28 weeks 0 day, EFW 1.133 gram, 27 weeks 4 days, plasenta di posterior, *amniotic fluid index* 0, anhidramnion, kesan hamil 26 minggu. Diagnosis anhidramnion dapat ditegakkan dengan ultrasonografi yang dapat menentukan *Amniotic Fluid Index* (AFI) yang ≤ 2 cm.¹⁰

Amniotic Fluid Index (AFI) adalah perkiraan atau perhitungan kasar terhadap jumlah cairan amnion dan merupakan indeks untuk menilai kesejahteraan janin.¹¹ AFI juga merupakan bagian dari profil biofisik. Pengukuran Indeks Cairan Amnion (ICA) atau *Amniotic Fluid Index* (AFI) dilakukan dengan pemeriksaan USG dengan cara penilaian semikuantitatif. Cara pengukuran AFI: (1) Pada pengukuran indeks cairan amnion, uterus dibagi dalam 4 kuadran yang dibuat oleh garis mediana melalui linea nigra dan garis horizontal setinggi umbilikalis. (2) Pada setiap kuadran uterus, dicari kantong amnion terbesar, bebas dari bagian tali pusat dan ekstremitas janin. (3) Indeks cairan amnion merupakan hasil penjumlahan dari diameter vertical terbesar kantong amnion pada setiap kuadran. (4) Nilai indeks cairan amnion yang normal adalah 5-25 cm; bila < 5 cm = oligohidramnion; 5.1-8 cm = low; 8.1-25 cm = normal; > 25 cm = polihidramnion.^{11,12}



Gambar 1. Pengukuran 4 kuadran pada AFI¹¹



Gambar 2. Pemeriksaan cairan amnion menurut Phelan, abdomen dibagi atas 4 kuadran, dan setiap kuadran diukur indeks cairan amnionnya¹²

Pengukuran indeks cairan amnion dapat juga dilakukan secara *Single Pocket*: (1) Berdasarkan satu kuadran saja; (2) Diambil kantong terbesar yang terletak antara dinding uterus dan tubuh janin; (3) Tidak boleh ada bagian janin yang terletak di dalam area pengukuran tersebut.¹²



Gambar 3. Pemeriksaan single pocket didapatkan 68.0 mm

Penyebab pasti anhidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan anhidramnion seperti obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis.¹³ Penyebab anhidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat, ketuban pecah dini merupakan penyebab paling tersering, penurunan produksi cairan amnion akibat kelainan ginjal kongenital yang akan menurunkan keluaran ginjal janin, dan adanya obstruksi kandung kemih atau uretra akan menurunkan luaran urin.⁹ Penyebab anhidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini.¹⁴ Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan anhidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan post term, insufisiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya golongan prostaglandin).¹⁵

Komplikasi dari anhidramnion dapat berupa: 1) Dari sudut maternal tidak ada kecuali akibat persalinannya oleh karena sebagian persalinannya dilakukannya dengan induksi dan persalinan dilakukan dengan tindakan *secsio sesaria*, 2) Komplikasi terhadap janinya menyebabkan tekanan langsung terhadap janinnya sehingga menyebabkan

deformitas janin, kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan *fetal distress*, *fetal distress* menyebabkan makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban.¹⁰

Sedikitnya air ketuban, dapat menyebabkan terjadinya hubungan langsung antara membran dengan janin sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) adalah janin dengan berat badan kurang atau sama dengan 10 persentil, atau lingkaran perut kurang atau sama dengan 5 persentil atau FL/AC > 24. Hal tersebut dapat disebabkan karena berkurangnya perfusi plasenta, kelainan kromosom, dan faktor lingkungan atau infeksi.¹⁶ Penentuan IUGR juga dapat ditentukan secara USG dimana biometri tidak berkembang secara bermakna setelah 2 minggu.

Diagnosis IUGR dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu:¹⁷ 1) Palpasi abdomen; namun akurasi terbatas, sehingga tidak boleh rutin digunakan dan perlu tambahan pemeriksaan biometri janin, 2) Mengukur tinggi fundus uteri (TFU); akurasi terbatas, sensitivitas 56-86% dan spesifisitas 80-93%. Pengukuran TFU secara serial akan meningkatkan sensitivitas dan spesifisitas, sehingga dianjurkan pada kehamilan diatas usia 24 minggu, 3) Taksiran berat janin (TBJ) dan abdominal circumference (AC); metode ini lebih akurat pada kehamilan risiko tinggi dengan AC < 10 persentil memiliki sensitivitas 72,9-94,5% dan spesifisitas 50,6-83,8%, 4) Mengukur indeks cairan amnion (ICA), Doppler, kardiografi (KTG) dan profil biofisik; metode tersebut bersifat lemah dalam mendiagnosis IUGR. Metaanalisis menunjukkan bahwa ICA antepartum < 5 cm meningkatkan angka bedah sesar atas indikasi gawat janin. ICA dilakukan setiap minggu atau 2 kali seminggu tergantung berat ringannya IUGR.¹⁷

Pada pemeriksaan obstetri, Leopold I didapatkan tinggi fundus uteri didapatkan 21 cm, yang seharusnya jika usia kehamilan 30 minggu normal TFU adalah 29.5 - 30 cm. Pada pemeriksaan USG didapatkan EFW 1.133 gram, berdasarkan kurva taksiran berat janin menurut Hadlock, usia kehamilan 30 minggu taksiran berat janin yang diharapkan adalah antara 1.300 - 1.800 gram.¹⁸ Sehingga taksiran berat badan janin < 10 persentil. Hasil *Amniotic fluid index* 0,

kesan anhidramnion. Janin PJT dengan oligohidramnion akan disertai dengan peningkatan angka kematian perinatal lebih dari 50 kali lebih tinggi.¹⁹ Oleh sebab itu oligohidramnion pada PJT dianggap sebagai suatu keadaan emergensi dan merupakan indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan pada janin viabel.^{10,20}

Tatalaksana medikamentosa yang diberikan pada pasien yaitu profilaksis kortikosteroid berupa dexamethasone 12 mg/24 jam untuk pematangan paru janin. Pemberian kortikosteroid sebelum paru matang akan memberikan efek berupa peningkatan sintesis fosfolipid surfaktan pada sel pneumosit tipe II dan memperbaiki tingkat maturitas paru. Kortikosteroid bekerja dengan menginduksi enzim lipogenic yang dibutuhkan dalam proses sintesis fosfolipid surfaktan dan konversi fosfatidilkolin tidak tersaturasi menjadi fosfatidilkolin tersaturasi, serta menstimulasi produksi antioksidan dan protein surfaktan. Efeknya pada paru meliputi peningkatan kemampuan dan volume maksimal paru, menurunkan permeabilitas vaskuler, meningkatkan pembersihan cairan paru, maturase struktur parenkim, memperbaiki fungsi respirasi, serta memperbaiki respon paru terhadap pemberian terapi surfaktan post natal.²¹

Antibiotik profilaksis yang diberikan pada pasien yaitu ceftriaxone 1 gram/12 jam. Pemberian antibiotik profilaksis dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi pasca operasi. Pemberian antibiotik sebelum tindakan SC juga dapat mengurangi insiden demam, infeksi luka operasi, endometritis, dan infeksi. Antibiotik profilaksis harus disesuaikan dengan mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi sesuai dengan peta kuman dan sensitivitasnya terhadap antibiotik. Jenis antibiotik yang diberikan pada pasien yaitu golongan sefalosporin generasi ketiga berupa ceftriaxone. Waktu pemberian antibiotik profilaksis yang direkomendasikan oleh WHO adalah 15 – 60 menit sebelum dimulainya prosedur section caesarea untuk mencapai kadar antibiotik yang cukup pada saat prosedur dilakukan. Rute pemberian antibiotik profilaksis yaitu secara intravena.²²⁻²⁴

Penatalaksanaan pada kehamilan preterm usia kehamilan <32 minggu, jika

ditemukan keadaan seperti ICA < 2,5 persentil dengan Doppler velocimetry arteri umbilikalis normal dan Doppler velocimetry arteri umbilikalis hilang (AEDF) atau terbalik (REDF), maka pasien memerlukan pemantauan ketat di rumah sakit. Jika pada pasien ditemukan keadaan seperti anhidramnion (tidak ada poket) pada usia kehamilan 30 minggu atau lebih, adanya deselerasi berulang, selama 2 minggu tidak ada pertumbuhan janin dan paru janin sudah matang, dan pada pemeriksaan Doppler velocimetry adanya AEDF atau REDF, maka sudah terpenuhi syarat untuk dilakukan terminasi kehamilan segera.¹⁸ Secara garis besar, perawatan konservatif pada kehamilan <32 minggu sangatlah kontroversial karena diragukan manfaatnya, sehingga sebagian besar kasus berakhir dengan terminasi kehamilan.

Morbiditas dan mortalitas perinatal kehamilan dengan IUGR lebih tinggi daripada kehamilan yang normal. Morbiditas perinatal antara lain prematuritas, oligohidramnion, DJJ yang abnormal, meningkatnya angka SC, asfiksia intrapartum, skor APGAR yang rendah, hipoglikemia, hipokalsemi, polisitemi, hiperbilirubinemia, hipotermia, apnea, kejang dan infeksi. Mortalitas perinatal dipengaruhi beberapa faktor, termasuk derajat keparahan IUGR, saat terjadinya IUGR, umur kehamilan dan penyebab dari IUGR. Makin kecil persentil berat badan makin tinggi angka kematian perinatal.¹⁶

Kesimpulan

Telah ditegakkan diagnosis G2P1A0 hamil 30 minggu belum inpartu dengan riwayat sectio caesarea 1x janin tunggal hidup presentasi bokong dengan anhidramnion dan intrauterine growth restriction pada pasien wanita usia 32 tahun. Bayi laki-laki dilahirkan secara perabdominal dengan berat badan lahir 1.000 gram dan panjang badan 42 cm serta Apgar Score 4/6. Neonatus meninggal setelah perawatan 7 hari di NICU dengan diagnosis premature, BLSR, sespsis dan HMD grade I-II. Pasien diberikan tatalaksana cairan Ringer Laktart 20 tpm, oksigen 5 lpm, dexamethasone 12 mg/12 jam untuk pematangan paru janin, dan antibiotik profilaksis ceftriaxone 1 gram/12 jam untuk mencegah infeksi. Persalinan kemudian dilakukan secara section caesarea.

Daftar Pustaka

1. Suhag A, Berghella V. Intrauterine Growth Restriction (IUGR): Etiology and Diagnosis. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2013;2(2):102–11.
2. Sharma D, Shastri S, Sharma P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clin Med Insights Pediatr.* 2016;10:CMPed.S40070.
3. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Pedomannya Nasional Persatuan Kolegium POGI. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. 2016.
4. Beall MH, Beloosesky R, Ross MG. Abnormalities of Amniotic Fluid Volume. *High Risk Pregnancy.* 2011;197-207.e5.
5. Şahin E, Madendağ Y. Evaluation of the impact of residual anhydramnios following preterm premature rupture of membranes on respiratory distress syndrome. *Perinat J.* 2021;29(1):13–9.
6. Marva Moxey-Mims, M.D., F.A.S.N.1 and Tonse N. K. Raju, M.D. DCH. Anhydramnios in the Setting of Renal Malformations: The National Institutes of Health Workshop Summary. *Obs Gynecol [Internet].* 2018;131(6):1069–79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5970061/pdf/nihms955125.pdf>
7. Teunissen KK, Lopriore E, Nijman RGW, Brouwer PA, van Kamp IL. Silent uterine rupture, an unusual cause of anhydramnios. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):8–9.
8. Lees CC, Stampalija T, Baschat A, da Silva Costa F, Ferrazzi E, Figueras F, et al. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(2):298–312.
9. Ai Yeyeh, Rukiyah, Yulianti, Lia.. Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita. Jakarta: Trans Info Medika. 2010.
10. Mannuaba, Chandranita M, Fajar M. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2007.
11. Karsono B. Ultrasonografi dalam Obstetri. Dalam Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjoastro GH, editor. Ilmu Kebidanan. Edisi Keempat, Cetakan Ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010.
12. Knipe, H. Amniotic fluid index. Case study, *Radiopaedia.org.* (accessed on 11 Dec 2021) <https://doi.org/10.53347/rID-35782>
13. Kusmiyati, Yuni; Heni. P. W; Sujuyatini.. Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil). Yogyakarta: Fitramaya. 2009.
14. Marmi K, R. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2015.
15. Prawirodiharjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka. 2016.
16. Maulik D. Fetal growth compromise: definitions, standards, and classification. *Clinical obstetrics and gynecology* 2006; 49(2): 214-8. RCOG. The investigation and management of the small-for-gestationalage fetus. 2014.
17. Murki S, Sharma D. Intrauterine Growth Retardation -A Review Article. *J Neonatal Biol.* 2014;3(3):1-11.
18. Manning FH, C. Diagnostic, prognostication and management based on ultrasonograph methods. In: Fleischer AR, R; Manning, FA; Jeanty, P; James AE, ed. The principles and practice of ultrasound in obstetrics and gynecology. 4 ed. London: Practice-hall Internat; 1991: 331-47.
19. Cousins LM, Poeltler DM, Faron S, Catanzarite V, Daneshmand S, Casele H. Nonstress testing at ≤ 32.0 weeks' gestation: a randomized trial comparing different assessment criteria. *American journal of obstetrics and gynecology* 2012; 207(4): 311 e1-7.
20. Ayu R, Sari N& RDP. Peran Kortikosteroid dalam Pematangan Paru. *Majority.* 2017;6(3):142–7.
21. Muzayyanah B, Yulistiani Y, Hasmono D, Wisudani N. Analysis of Prophylactic Antibiotics Usage in Caesarean Section Delivery. *Folia Medica Indones.* 2018;54(3):161.
22. Hardiyanti R. Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasien Sectio Caesarea. *J Heal Sci Physiother.* 2020;2(1):96–105.
23. Brahmana IB, Setyawati I. Evaluasi Pemakaian Antibiotik Profilaksis Ceftriaxone Injeksi dan Cefadroxil Oral Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea.

Smart Med J. 2020;3(2):90.