

## Wanita G4P3A0 Hamil 32 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten Janin Tunggal Hidup Presentasi Bokong Dengan *Bad Obstetric History*

Kadek Erwin Wijaya<sup>1</sup>, Rodiani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung

### Abstrak

Kelahiran kurang bulan atau prematur adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan neonatus yang dilahirkan terlalu dini. Lebih dari 60% kelahiran prematur terjadi di Afrika dan Asia Selatan. Seseorang dengan riwayat obstetrik yang buruk dan berulang sebelumnya dapat digolongkan kedalam *Bad Obstetric History* (BOH). Persalinan prematur yang berulang termasuk kedalam BOH dan salah satunya penyebabnya Inkompetensi serviks dimana terjadi ketidakmampuan serviks untuk menahan janin yang disebabkan oleh kelainan fungsional atau struktural. Presentasi bokong sering terjadi pada persalinan prematur. Usia kehamilan 32 minggu beresiko 7% mengalami presentasi bokong sedangkan 28 minggu atau kurang meningkat menjadi 25%. Presentasi bokong dibagi menjadi bokong *frank*, inkomplit dan komplit. Klasifikasi ini penting karena memiliki implikasi terhadap keberhasilan persalinan pervaginam. Pasien wanita, usia 29 tahun diantar ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan keluhan mulas yang menjalar ke pinggang, hilang timbul dan dirasakan semakin lama semakin sering sejak 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Pemeriksaan *vaginal toucher* didapatkan portio lunak pada posisi medial, pendataran 25%, pembukaan 3 cm, ketuban masih utuh, bagian terendah janin adalah bokong, penurunan hodge II dan penunjuk belum dapat dinilai. Diagnosis pada pasien ini adalah G4P3A0 hamil 32 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup presentasi bokong dengan *Bad Obstetric History*. Penatalaksanaan pada pasien ini adalah observasi tanda vital ibu, kontraksi uterus, denyut jantung janin, pantau kemajuan persalinan dengan partograf, IVFD RL gtt XX/menit, injeksi dexamethason 12,5mg dan rencana partus pervaginam.

**Kata kunci:** persalinan preterm, persalinan sungsang, *Bad Obstetric History*, Inkompetensi serviks

## Woman G4P3A0 Pregnant 32 Weeks Inpartu Laten Phase I Life Singular Embryo Presentation Of Breech With Bad Obstetric History

### Abstract

Premature is a term used to define neonates who are born too early. More than 60% of preterm births occur in Africa and South Asia. A person with a repeated poor obstetrics history can be classified into Bad Obstetric History (BOH). Repeated preterm labor is included in BOH and one of the causes is cervical incompetence, which is the inability of the cervix to support the fetus due to functional or structural abnormalities. Breech presentation is common in preterm labor. At 32 weeks of gestation the risk of having a breech presentation is 7%, while at 28 weeks or less it increases to 25%. The breech presentation may becomes a frank, incomplete and complete breech. This classification is important because it has an effect on the success of vaginal delivery. A female patient, aged 29 years, was brought to the Abdul Moeloek Hospital with complaints of heartburn that radiates to the waist, the pain is occasionally and being felt more and more often since 3 hours before hospital admission. Examination of the vaginal toucher revealed a soft portio in the medial position, 25% flattening, 3 cm dilatation, intact membranes, the lowest part of the fetus is breech, Hodge II descent and the pointer cannot be assessed. The diagnosis in this patient was G4P3A0 pregnant 32 weeks inpartu laten phase I life singular embryo presentation of breech with *Bad Obstetric History*. Management in this patient is observation of maternal vital signs, uterine contractions, fetal heart rate, monitoring the progress of labor with a partograph, IVFD RL gtt XX/minute, injection of dexamethasone 12.5 mg and vaginal delivery plans.

**Keywords:** preterm delivery, breech delivery, bad obstetric history, cervical incompetence

Korespondensi : Kadek Erwin Wijaya, alamat Jl. Abdul Muis 8 No.9a, Raja Basa, Bandar Lampung, HP 081278975373, e-mail : kadekerwinwijaya@gmail.com

### Pendahuluan

Kelahiran kurang bulan atau prematur adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan neonatus yang dilahirkan terlalu dini. WHO menyatakan bayi prematur adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau kurang. Mortalitas dan morbiditas neonatus pada bayi prematur masih sangat tinggi berkaitan dengan

maturitas organ seperti paru, otak dan gastrointestinal.<sup>1,2</sup>

Lebih dari 60% kelahiran prematur terjadi di Afrika dan Asia Selatan. Di negara berpenghasilan rendah, rata-rata 12% bayi lahir prematur dibandingkan dengan 9% di negara berpenghasilan tinggi. Indonesia termasuk kedalam urutan ke-7 negara dengan jumlah persalinan prematur terbanyak didunia

sebanyak 15,5 persalinan prematur dalam 100 kelahiran.<sup>3</sup>

Apabila terjadi persalinan prematur berulang perlu diwaspadai adanya kelainan yang menyertai. *Bad obstetric history* (BOH) adalah 2 atau lebih riwayat obstetrik yang buruk seperti abortus spontan, IUFD, IUGR dan kelainan kongenital. Definisi lain menyatakan seseorang dengan riwayat obstetrik sebelumnya yang buruk, berulang dan merugikan sehingga dapat mempengaruhi kehamilan dan persalinan di masa mendatang.<sup>4,5</sup>

Kategori BOH meliputi: IUFD, kecil masa kehamilan, persalinan prematur, mola hidatidosa, kehamilan ektopik, abortus habitualis dan fetal malformasi berulang.<sup>5</sup>

Persalinan prematur merupakan kelainan proses multifaktoral. Untuk memprediksi kemungkinan terjadinya persalinan prematur harus dicermati beberapa kondisi. Kondisi yang beresiko terjadinya persalinan prematur antara lain kondisi janin, plasenta dan ibu. Kondisi janin dan plasenta meliputi perdarahan trimester awal, perdarahan antepartum, KPD, pertumbuhan janin terhambat, cacat bawaan janin, kehamilan ganda/gemelli dan polihidramnion. Kondisi ibu meliputi penyakit berat, diabetes militus, preeklamsia, infeksi saluran kemih, stress psikologi, kelainan bentuk uterus/serviks, riwayat persalinan prematur/abortus berulang, trauma, inkompetensi serviks dan kelainan imunologi.<sup>2</sup>

Salah satu penyebab persalinan prematur adalah Inkompetensi serviks dimana terjadi ketidakmampuan serviks untuk menahan janin yang disebabkan oleh kelainan fungsional atau struktural. Hal tersebut biasanya ditandai dengan dilatasi atau pendataran serviks sebelum usia kehamilan 37 minggu yang dapat mengakibatkan prolaps ketuban, KPD, keguguran atau persalinan preamatur.<sup>6</sup>

Inkompetensi serviks biasanya terjadi selama pertengahan trimester kedua atau awal ketiga. Penyebabnya dapat berupa kelainan kongenital seperti kelainan pada perkembangan ductus Mullerian atau didapat seperti trauma dan infeksi.<sup>7</sup>

Kelainan yang terjadi menyebabkan serviks tidak memiliki kemampuan untuk mempertahankan kehamilan hingga cukup bulan. Kecurigaan terhadap inkompetensi serviks timbul apabila terjadi abortus berulang atau persalinan prematur berulang pada riwayat persalinannya.<sup>6</sup>

Persalinan prematur meningkatkan kejadian presentasi bokong. Usia kehamilan 32 minggu beresiko 7% mengalami presentasi bokong sedangkan 28 minggu atau kurang meningkat menjadi 25%. Letak sungsang dengan presentasi bokong adalah keadaan janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Presentasi bokong dibagi menjadi bokong *frank*, inkomplit dan komplit.<sup>1,8</sup>

Pada presentasi bokong *frank* posisi panggul fleksi dan lutut ekstensi, sehingga kaki berada di atas dekat dengan kepala. Pada presentasi bokong komplit terjadi fleksi pada salah satu atau kedua lutut. Pada presentasi bokong inkomplit, salah satu atau kedua panggul tidak fleksi, dan salah satu atau kedua kaki atau lutut terletak di bawah bokong sehingga kaki atau lutut merupakan bagian terendah didalam jalan lahir. Klasifikasi ini penting karena memiliki implikasi terhadap keberhasilan persalinan pervaginam.<sup>9</sup>

### Kasus

Nyonya MS, usia 29 tahun diantar ke Rumah Sakit Abdul Moeloek oleh keluarganya pada tanggal 24 Mei 2021 dengan keluhan mulas yang menjalar ke pinggang, hilang timbul dan dirasakan semakin lama semakin sering sejak 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengaku hamil kurang bulan dan gerakan janin masih dirasakan. Riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga disangkal.

Pasien mengalami haid pertama kali pada usia 13 tahun dengan siklus haid teratur selama 28 hari, lama mensturasi 7 hari dengan jumlah yang normal. Hari pertama haid terakhir pasien adalah 11 September 2020 dan taksiran persalinan adalah 4 Juni 2021. Kehamilan ini adalah kehamilan keempat pasien, kehamilan pertama, kedua dan ketiga

mengalami persalinan prematur pada usia kehamilan 31 minggu.

Pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, RR 22x/menit dan suhu 36,3°C. Status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung, paru dan ekstremitas dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetric tinggi fundus uteri adalah 27 cm, TBJ 2325 gram, bagian teratas janin teraba bagian bulat keras, kesan kepala, bagian kiri teraba datar dan memanjang kesan punggung, bagian terbawah janin teraba bulat lunak kesan bokong, sudah masuk PAP dengan penurunan 3/5. Uterus berkontraksi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 20-40 detik. Denyut jantung janin 138 kali/menit. Pemeriksaan *vaginal toucher* didapatkan portio lunak pada posisi medial, pendataran 25%, pembukaan 3 cm, ketuban masih utuh, bagian terendah janin adalah bokong, penurunan hodge II dan penunjuk belum dapat dinilai.

Pasien menjalani pemeriksaan penunjang berupa darah lengkap, rapid antigen, HbsAg dan Anti HIV. Pada darah lengkap didapatkan hasil Hb 8,3 g/dL, leukosit 19.480/ $\mu$ L, hematocrit 28%, trombosit 545.000 / $\mu$ L, MCV 71, MCH 21, MCHC 30. Rapid antigen, HbsAg dan anti HIV negative.

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis pada pasien ini adalah G4P3A0 hamil 32 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup presentasi bokong dengan *Bad Obstetric History*.

Penatalaksanaan pada pasien ini adalah observasi tanda vital ibu, kontraksi uterus, denyut jantung janin, pantau kemajuan persalinan dengan partograf, IVFD RL gtt XX/menit, injeksi deksamethason 12,5mg dan rencana partus pervaginam.

### **Pembahasan**

Pada pasien ini diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis pasien mengeluhkan mulas yang menjalar ke pinggang, hilang timbul dan dirasakan 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Perut mulas

merupakan tanda terjadinya kontraksi uterus yang semakin lama semakin sering.

Tatalaksana pada kehamilan kurang bulan adalah manajemen konservatif dengan pemberian tokolitik. Pada kasus ini tidak diberikan tokolitik karena skor tokolitik Baumgartner mencapai 7 sehingga kemungkinan gagal tokolitik diatas 85%.<sup>10</sup>

Pemberian dexamethasone 12,5 mg secara IV digunakan untuk pematangan paru pada persalinan prematur. Pemberian dosis selanjutnya tidak dapat karena telah terjadi persalinan. Hal ini sesuai dengan panduan ACOG dimana kortikosteroid tetap diberikan meskipun dosis selanjutnya tidak memungkinkan untuk diberikan karena pemberian kortikosteroid dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas pada neonatus.<sup>11</sup>

Pada pemeriksaan obstetrik didapatkan kehamilan dengan presentasi bokong. Untuk menentukan cara persalinan pada presentasi bokong salah satunya menggunakan skor Zatuchni Andros. Pada pasien ini skor Zatuchni Andros nya adalah 7 berdasarkan paritas, masa gestasi, TBJ, riwayat presbo, station dan pembukaan. sehingga memungkinkan untuk dilakukan persalinan pervaginam.

Tidak ada bukti definitif untuk merekomendasikan operasi *sectio caesarea* atau persalinan pervaginam untuk kelahiran bayi sungsgang. Ibu hamil yang sudah memasuki kala II persalinan dengan presentasi bokong tidak diharuskan melakukan persalinan secara *sectio caesarea*. Persalinan dapat dilakukan jika penolong memiliki kemampuan dalam persalinan sungsgang. Pada kasus ini sudah dilakukan tatalakasana yang sesuai dimana dilakukan persalinan pervaginam karena skor Zatuchni Andros memenuhi syarat dan penolong memiliki kemampuan dalam persalinan pervagianam dengan presentasi bokong.<sup>12</sup>

Riwayat obstetri menunjukkan persalinan prematur sebanyak 3 kali dengan usia kehamilan yang sama. Hal tersebut dapat dikategorikan kedalam *Bad Obstetric History* dimana terdapat riwayat obstetrik yang buruk sebelumnya dan berulang. Penyebab BOH dapat berasal dari genetik, hormonal, abnormalitas uterus, infeksi dan imunologi.

Ibu hamil yang mengalami persalinan prematur berulang pada trimester kedua atau ketiga perlu dilakukan penilaian serviks.<sup>8</sup>

Diagnosis inkompetensi serviks dapat ditegakkan jika ditemukan dilatasi dan penipisan progresif yang tidak disertai nyeri atau tanda persalinan lain sebelum minggu ke-37 kehamilan. Riwayat obstetrik wanita yang mengalami riwayat persalinan berulang pada trimester kedua atau awal trimester ketiga mendukung diagnosis dari inkompetensi serviks. Diagnosis berdasarkan USG umumnya menunjukkan penipisan pada serviks, atau ditemukannya *funneling* dan *ballooning* membran yang melewati ostium uteri internum, namun pada saat yang bersamaan ostium uteri eksterna tertutup rapat. Pada kasus ini diperlukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mengetahui penyebab dari BOH<sup>4,5</sup>

Kelahiran prematur, seperti halnya kelahiran cukup bulan, membutuhkan pematangan serviks, pecahnya selaput ketuban, dan kontraksi rahim. Inkompetensi serviks yang mengarah langsung ke persalinan prematur spontan dianggap berkontribusi walaupun hanya sebagian kecil. Apabila didapatkan kemungkinan inkompetensi serviks maka harus dilakukan *servical cerclage*.<sup>8,13</sup>

Dua teknik yang umum digunakan adalah teknik McDonald dan Shirodkar. Pada Teknik McDonald dilakukan penjahitan *purse-string* yang dilakukan pada servikovaginal junction tanpa melipatkan mobilisasi kantung kemih. Sedangkan pada Shirodkar jahitan dilakukan setelah mobilisasi kantung kemih untuk memungkinkan penjahitan diatas ligament cardinal.<sup>14</sup>

### Kesimpulan

Telah ditegakkan diagnosis G4P3A0 hamil 32 minggu inpartu kala I fase laten janin tunggal hidup presentasi bokong dengan *Bad Obstetric History* berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Riwayat persalinan prematur berulang sebelumnya dikategorikan sebagai BOH. Salah satu penyebab persalinan prematur adalah Inkompetensi serviks dimana terjadi ketidakmampuan serviks untuk menahan janin yang disebabkan oleh kelainan fungsional atau struktural. Inkompetensi

serviks biasanya terjadi selama pertengahan trimester kedua atau awal ketiga. Pada kasus ini diperlukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mengetahui penyebab dari BOH.

### Daftar Pustaka

1. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008.
2. Cunningham FW. Obstetri william edisi 23. Jakarta: ECG. 2010.
3. WHO. Preterm birth [internet]. 2018 [disitasi tanggal 1 Juni 2021]. Tersedia dari: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/preterm-birth>.
4. Malhotra N, Puri R, Malhotra J. Manual of practical problems in obstetric. New Delhi: Jaypee brothders medical publisher LTD. 2012.
5. Padubidri V. Textbook of obsterics. New Delhi: Wolters Kluwer. 2018.
6. Brown R, Gagnon R, Delisie MF. Cervical insufficiency and cervical cerclage. Canada: Journal of Obstetric and Gynaecology Canada. 2013.
7. Thakur M, Mahajan K. Cervical incompetence. Treasure island: StatPearls Publishing. 2018.
8. Gray CG, Shanahan MM. Breech presentation. Treasure island: StatPearls Publishing. 2020.
9. Cluver C, Hofmeyr GJ. Breech presentation: The controversy continues. South Africa: Obstetric and Gynecology Journey. 2012.
10. Wiratman DK. evaluasi keberhasilan nifedipin sebagai tokolisis berdasarkan skor tokolisis baugarter pada ancaman persalinan prematur. Medan: Universitas Sumatra Utara. 2015.
11. ACOG. Management of preterm labour. Washington: The American College of Obstetric and Gynecology. 2016.
12. RCPI. National clinical guideline the management of breech presentation. Ireland: Royal College of Physicians of Ireland. 2020.
13. Vink J, Feltovich H. Cervical etiology of spontaneous preterm birth. Amsterdam: Semin Fetal Neonatal Med. 2017.

14. RCOG. cervical cerclage. London: Royal College of Obstetric and Gynaecologists. 2011.