

Multigravida Preterm dengan IUGR pada Preeklampsia Berat: Sebuah Laporan Kasus Febrina Halimatunisa¹, Ratna Dewi Puspitasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Departemen Ilmu Penyakit Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Dr. H. Abdoel Moeloek

Abstrak

Intrauterine growth retraction (IUGR) merupakan bayi yang lahir cukup bulan tetapi memiliki berat badan lahir rendah (BBLR) akibat terganggunya pertumbuhan janin ketika didalam rahim ibu. Intrauterine growth retraction (IUGR) berkaitan erat dengan Preeklampsia Berat (PEB). Pada PEB terjadi gangguan implantasi plasenta sehingga mengurangi aliran darah ke fetus. Aliran darah yang berkurang menyebabkan nutrisi tidak adekuat untuk pertumbuhan fetus. Intrauterine growth retraction (IUGR) merupakan komplikasi yang cukup sering terjadi, dimana prevalensinya mencapai 3-7% dari semua kehamilan di negara berkembang. Studi ini merupakan laporan kasus dimana didapatkan Ny. Ni, 41 tahun dengan G3P2A0 hamil 34 minggu datang ke PONEK dengan keluar cairan jernih dan mulas sampai ke pinggang. Pada os didapatkan konjungtiva anemis dan Tinggi Fundus Uteri tidak sesuai usia kehamilan. Pemeriksaan laboratorium mendapatkan hasil hemoglobin 10,4 gr/dL, Hematokrit 32 %, eritrosit 3,7 juta/ul, proteinuria ++. Berdasarkan data diatas pasien didiagnosis Ny Ni, G3P2A0, 41 tahun, usia kehamilan 34 minggu, Janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi bokong, punggung kanan, Belum inpartu dengan IUGR.

Kata kunci: Preterm, intrauterine growth retraction, PEB

Preterm Multigravida with IUGR in Severe Preeclampsia: A Case Report

Abstract

Intrauterine growth restriction (IUGR) is a baby born at term but has a low birth weight (LBW) due to impaired fetal growth while in the mother's womb. Intrauterine growth restriction (IUGR) is closely related to severe preeclampsia (PEB). In PEB there is interference with placental implantation, thereby reducing blood flow to the fetus. Reduced blood flow causes inadequate nutrition for fetal growth. Intrauterine growth restriction (IUGR) is a fairly common complication, where the prevalence reaches 3-7% of all pregnancies in developing countries. This study is a case report where Mrs. Ni, 41 years old with G3P2A0 34 weeks pregnant came to PONEK with clear discharge and heartburn up to the waist. On the os, it was found that the conjunctiva was anemic and the height of the uterine fundus did not match the gestational age. Laboratory examinations showed hemoglobin 10.4 g/dL, Hematocrit 32%, erythrocytes 3.7 million/ul, proteinuria ++. Based on the data above, the patient was diagnosed as Mrs. Ni, G3P2A0, 41 years old, 34 weeks gestation, single live fetus, intrauterine, breech presentation, right back, not yet inpartu with IUGR.

Keywords: Preterm, Intrauterine growth retraction, Preeclampsia

Korespondensi: Febrina Halimatunisa, Perumahan indah sejahtera IV blok k no 7 sukame, HP 081278578045, email febrinahalimatunisa48@gmail.com

Pendahuluan

Perkembangan plasenta yang abnormal pada kehamilan mungkin terjadi sehingga mengakibatkan komplikasi seperti preeklampsia (PE) dan restriksi pertumbuhan intrauterine (IUGR). Preeklampsia adalah kelainan kehamilan ibu yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria, dan terjadi pada 2-8% kehamilan di seluruh dunia. Restriksi pertumbuhan intrauterine adalah pertumbuhan janin yang buruk dalam rahim dengan berat janin lebih rendah dari perkiraan persentil ke-10 usia kehamilan dan jenis

kelamin, berhubungan dengan kelainan doppler pada janin dan pembuluh darah pusat.¹ Pertumbuhan dan diferensiasi plasenta harus berhubungan langsung untuk memastikan adanya gangguan psikologis pada ibu. Perubahan besar dari gangguan psikologis ini selanjutnya dapat berkembang menjadi kehamilan patologi seperti restriksi pertumbuhan janin dan terutama preeklampsia.²

IUGR merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas bayi. Hal ini menjadi masalah utama negara berkembang dan secara

signifikan paling banyak disumbangkan oleh benua Asia sejumlah 75% lalu diikuti oleh Afrika dan Amerika Latin. Pencatatan angka IUGR tidak dilakukan di Indonesia, angka tersebut dipublikasikan dengan angka kejadian BBLR, karena IUGR menyebabkan kejadian BBLR.³

Faktor pertumbuhan plasenta (PIGF) semakin penting dalam manajemen klinis preeklampsia. Ulasan ini menguraikan peran PIGF dalam fisiologi manusia tetapi berfokus secara khusus terhadap pemahaman saat ini tentang fungsi PIGF dalam normal dan perkembangan patologis plasenta. Perbedaan perifer konsentrasi PIGF antara normal dan praeklampsia kehamilan dan kegunaan PIGF sebagai prediktif atau tes diagnostik untuk preeklampsia dibahas. Terakhir, kemungkinan PIGF sebagai pengobatan untuk preeklampsia dipertimbangkan.⁴ Laporan kasus ini membahas tentang pasien Ny. Ni dengan multigravida preterm pada dengan IUGR pada preeklampsia berat

Kasus

Ny. Ni, usia 41 tahun, datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Abdul Moeloek Bandar Lampung pada tanggal 25 September 2020. Pasien datang dengan keluhan keluar cairan pervaginam dan mulas sampai ke pinggang. Tidak terdapat Riwayat penyakit sebelumnya. Pada riwayat penyakit keluarga hipertensi (+) oleh ayah pasien. Pada riwayat menarche didapatkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pasien 22 Januari 2020 dengan taksiran persalinan 29 Oktober 2020. Pasien menikah 1x yang telah berlangsung 18 tahun. Pasien mengandung anak ketiga, pada riwayat obstetri sebelumnya tidak didapatkan penyulit kemudian bayi lahir dengan berat 2.500 gr pada tahun 2006 dan bayi lahir dengan berat 2300 pada 2012. Pasien menggunakan kontrasepsi suntik. Pasien mengatakan riwayat antenatal care (ANC) berupa kontrol ke dokter Sp. OG dan kontrol ke bidan sebelumnya. Riwayat Ginekologi disangkal. Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak baik, kesadaran compos mentis, Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6 = 15 dan status emosional stabil. Tanda vital didapatkan tekanan darah 150/96

mmHg, nadi 101 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 37° C, berat badan 58 kg, tinggi badan 158 cm. Pada status generalis didapatkan konjungtiva anemis (+) dan refleks patella (+) normal. Pada status obstetri didapatkan Inspeksi perut tampak buncit, membusur, striae gravidarum (+), linea nigra (+), luka bekas SC (+). Palpasi Leopold I didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) 27 cm, teraba satu bagian besar, bulat, keras, melenting. Leopold II Kanan didapatkan teraba bagian rata memanjang, pada kiri teraba bagian – bagian kecil janin, undulasi (+). Leopold III teraba satu bagian bulat, lunak, tidak melenting. Leopold IV konvergen. His (-) Taksiran Berat Janin (TBJ): (TFU -12)x155=(27-12)x155=2.325 gr. Taksiran usia kehamilan berdasarkan TFU : 28 minggu. Auskultasi: Detak Jantung Janin (DJJ) (+) 1x/10'/30". 134 x/menit. Kesan: Janin tunggal hidup intrauterine presentasi bokong. Taksiran berat janin 2.325 gr. Pada pemeriksaan genitalia didapatkan vulva hematom (-), oedema (-), varises (-), hiperemis (-). Uretra muara (+), hematom (-), edema (-). Pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan hemoglobin (Hb):10,4 mg/dl, leukosit: 6.700/ul, trombosit: 336.000/ul, hematokrit: 32%, eritrosit 3,7 jt/uL, Mean Corpuscular Volume (MCV) 86 fL, Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH) 28 pg, Gula Darah Sewaktu (GDS) 126 mg/dL. Nitrit (+). Urinalisis didapatkan pH 5, berat jenis 1.000, protein ++. Pada ultrasonografi (USG) transabdominal tampak janin tunggal, intrauterine, letak Oblique, gerakan janin (+), gerakan jantung janin (+), TBJ 2.325 gr.

Pembahasan

IUGR dan preeklampsia merupakan penyebab utama morbiditas perinatal dan kematian. dalam banyak kasus, IUGR terjadi bersamaan dengan preeklampsia. Seringkali IUGR terjadi dengan sendirinya dengan gejala klinis pada janin, tetapi mekanisme di balik perkembangan penyakit ini sama dengan pada preeklampsia.⁵ Intrauterine Growth Factor Restriction (IUGR) didefinisikan sebagai proses patologis berkurangnya pertumbuhan janin, telah dikaitkan dengan peningkatan kematian

perinatal.⁶

Preeklampsia, kondisi yang ditandai dengan penurunan aliran darah uteroplasental dan iskemia, faktor risiko pada IUGR yaitu ibu dengan Preeklampsia dan merupakan penyebab paling umum pada kasus IUGR. preeklampsia berat memiliki berat lahir bayi 12% lebih rendah dari diharapkan, sementara kehamilan dengan preeklampsia ringan menunjukkan tidak ada perbedaan kenaikan berat badan.⁷

Pengenalan faktor resiko antenatal yang dapat menyebabkan pertumbuhan janin yang kurang optimal dalam rahim sangat penting. IUGR adalah manifestasi dari plasenta, janin, parental, oleh karena itu penyebab yang mendasari IUGR harus dipertimbangkan kapan stratifikasi manajemen antenatal setiap kehamilan.⁸

Pada PEB terjadi gangguan implantasi plasenta sehingga terjadi hipoksia persisten. Hipoksia persisten menyebabkan pelepasan sitokin proinflamasi, faktor antiogenik dan peningkatan stress terhadap retikulum endoplasma, fisiologi ibu berusaha mengkompensasi hipoksia tersebut.⁹

Seiring pertumbuhan fetus oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan meningkat, apabila tidak tertangani dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin yang mengarah ke IUGR.¹⁰ Janin manusia memiliki beberapa mekanisme untuk mengkompensasi retriksi malnutrisi akut meskipun memiliki keterbatasan untuk menyediakan cadangan kompensasi insufisiensi oksigen.¹¹

Simpulan

Intrauterine growth restriction merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada kehamilan. Bukti terbaru menunjukkan bayi yang lahir antara usia kehamilan 34-36 minggu secara fisiologis belum matang dibandingkan dengan bayi yang cukup bulan selanjutnya mengingat potensi preeklampsia mengganggu mekanisme yang mengatur pertumbuhan dan perkembangan janin

Daftar Pustaka

1. Awamleh Z, Gloor GB, Han VK. Placental

microRNAs in pregnancies with early onset intrauterine growth restriction and preeclampsia: potential impact on gene expression and pathophysiology. *BMC Med Genomics*. 2019;12(1):1-10.

2. Huppertz B. The critical role of abnormal trophoblast development in the etiology of preeclampsia. *Curr Pharm Biotechnol*. 2018;19(10):771-780.
3. Alisjahbana B, Rivami DS, Octavia L, et al. Intrauterine growth retardation (IUGR) as determinant and environment as modulator of infant mortality and morbidity: the Tanjungsari Cohort Study in Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2019;28(Supplement 1).
4. Duhig KE, Myers J, Seed PT, et al. Placental growth factor testing to assess women with suspected pre-eclampsia: a multicentre, pragmatic, stepped-wedge cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2019;393(10183):1807-1818.
5. Kwiatkowski S, Kwiatkowska E, Torbe A. The role of disordered angiogenesis tissue markers (sflt-1, Plgf) in present day diagnosis of preeclampsia. *Ginekol Pol*. 2019;90(3):173-176.
6. Kesavan K, Devaskar SU. Intrauterine growth restriction: postnatal monitoring and outcomes. *Pediatr Clin*. 2019;66(2):403-423.
7. Oskovi Kaplan ZA, Ozgu-Erdinc AS. Prediction of preterm birth: maternal characteristics, ultrasound markers, and biomarkers: an updated overview. *J Pregnancy*. 2018;2018.
8. McCowan LM, Figueras F, Anderson NH. Evidence-based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: comparison, consensus, and controversy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2):S855-S868.
9. Formanowicz D, Malińska A, Nowicki M, et al. Preeclampsia with intrauterine growth restriction generates morphological changes in endothelial cells associated with mitochondrial swelling—an in vitro study. *J Clin Med*. 2019;8(11):1994.
10. Zainiyah Z. Relationship Between Parity And Gestational Age With The Incidence Of Preeclampsia In RSUD Syarifah Ambami

- Rato Ebhu Bangkalan. *J Ilm OBGIN J Ilm Ilmu Kebidanan Kandung P-ISSN 1979-3340 E-ISSN 2685-7987*. 2021;13(1):20-23.
11. Menendez-Castro C, Rascher W, Hartner A. Intrauterine growth restriction-impact on cardiovascular diseases later in life. *Mol Cell Pediatr*. 2018;5(1):1-3.