

Partus Prematurus Imminens Akibat Penggunaan Obat Uretonika Dosis Tinggi: Sebuah Laporan Kasus

Aulia Sari Pratiwi¹, Risti Graharti², Intan Kusumaningtyas³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Patologi Klinik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Partus prematurus imminens merupakan kondisi obstetri yang ditandai dengan kontraksi uterus disertai perubahan serviks sebelum usia kehamilan 37 minggu, yang dapat berujung pada persalinan prematur. Kondisi ini masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di Indonesia. Berdasarkan *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*, prevalensi kelahiran prematur mencapai 29,5 per 1.000 kelahiran hidup dan berkontribusi terhadap 35% kematian neonatal. Penelitian ini bertujuan untuk melaporkan dan menganalisis kasus *Partus prematurus imminens* akibat penggunaan obat uretonika dosis tinggi, serta meninjau tatalaksana terkini berbasis bukti ilmiah. Data diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta telaah rekam medis pasien, yang kemudian dilengkapi dengan kajian literatur terkait mekanisme kerja obat uretonika, peran prostaglandin, dan panduan penatalaksanaan dari WHO, ACOG, serta WAPM-PMF. Hasil laporan menunjukkan bahwa pasien mengalami kontraksi uterus aktif dengan ketuban pecah dini pada usia kehamilan 29–30 minggu setelah konsumsi misoprostol dosis tinggi secara berulang. Penggunaan obat uretonika tersebut menimbulkan peningkatan kontraksi akibat stimulasi prostaglandin yang berlebihan. Penatalaksanaan meliputi pemberian kortikosteroid antenatal untuk mempercepat maturasi paru janin, tokolitik jangka pendek untuk menunda persalinan, serta magnesium sulfat sebagai agen neuroprotektif. Disimpulkan bahwa penggunaan obat uretonika tanpa pengawasan medis dapat menjadi faktor pencetus partus prematurus imminens. Pendekatan tatalaksana yang komprehensif dan berbasis bukti ilmiah mampu menurunkan risiko komplikasi neonatal dan memperbaiki luaran kehamilan, sehingga pengawasan ketat dan edukasi pasien menjadi langkah penting dalam pencegahan kasus serupa di masa mendatang.

Kata kunci: Misoprostol, partus prematurus imminens, uretonika

Imminent Preterm Labor Due to High-Dose Uterotonic Use: A Case Report

Abstract

Imminent preterm labor is an obstetric condition characterized by uterine contractions accompanied by cervical changes before 37 weeks of gestation, which can lead to preterm delivery. This condition remains the leading cause of perinatal morbidity and mortality in Indonesia. According to the 2018 Basic Health Research (Riskesdas), the prevalence of premature births reached 29.5 per 1,000 live births and contributed to 35% of neonatal deaths. This study aims to report and analyze cases of imminent premature labor due to the use of high-dose urethronics, as well as to review the latest evidence-based management. Data were obtained through anamnesis, physical examination, and review of patient medical records, which were then supplemented with a literature review related to the mechanism of action of uterotonic drugs, the role of prostaglandins, and management guidelines from the WHO, ACOG, and WAPM-PMF. The results of the report showed that patients experienced active uterine contractions with premature rupture of membranes at 29–30 weeks of gestation after repeated consumption of high doses of misoprostol. The use of uretonic drugs caused an increase in contractions due to excessive prostaglandin stimulation. Management included the administration of antenatal corticosteroids to accelerate fetal lung maturation, short-term tocolytics to delay labor, and magnesium sulfate as a neuroprotective agent. It is concluded that the use of uterotonic drugs without medical supervision can be a factor in triggering imminent premature labor. A comprehensive and evidence-based management approach can reduce the risk of neonatal complications and improve pregnancy outcomes, making strict supervision and patient education important steps in preventing similar cases in the future.

Keywords: Misoprostol, imminent preterm labor, uterotonics

Korespondensi: Aulia Sari Pratiwi, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedung Meneng, Kec. Rajabasa, Kota Bandar Lampung, Lampung 35145, HP 082221449235, e-mail auliasp.asp@gmail.com

Pendahuluan

Partus prematurus imminens atau ancaman persalinan prematur adalah kondisi

ketika terjadi kontraksi uterus yang disertai dengan perubahan serviks berupa dilatasi dan efase men sebelum usia kehamilan 37 minggu,

yang berpotensi menyebabkan terjadinya persalinan prematur. Kelahiran prematur merupakan salah satu masalah obstetri dengan prevalensi tinggi di seluruh dunia dan menjadi tantangan utama bagi tenaga medis, khususnya dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dalam upaya menemukan penyebab serta strategi pencegahannya. Masalah utama pada kelahiran prematur adalah tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal, yang sering kali disebabkan oleh keterlambatan diagnosis maupun ketidaktepatan dalam penatalaksanaan kasus.¹

Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi kelahiran prematur mencapai 29,5 per 1.000 kelahiran hidup. Artinya, dari setiap seribu kelahiran terdapat sekitar 29 bayi yang lahir sebelum usia kehamilan cukup bulan. Persalinan prematur berkontribusi terhadap sekitar 35% dari seluruh kematian neonatal di Indonesia, dengan Angka Kematian Neonatal (AKN) sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup. Hingga saat ini, persalinan prematur masih menjadi penyumbang utama tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal, baik di negara berkembang maupun negara maju.²

Faktor risiko *partus prematurus imminens* bersifat multifaktorial dan dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok, yaitu faktor maternal, obstetri, sosial, dan farmakologis. Faktor maternal meliputi usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, status gizi yang buruk, serta adanya penyakit penyerta seperti hipertensi atau diabetes melitus. Faktor obstetri mencakup riwayat persalinan prematur sebelumnya, kehamilan multipel, perdarahan antepartum, polihidramnion, serta infeksi saluran kemih atau genital. Faktor sosial meliputi kondisi ekonomi rendah, tingkat pendidikan yang kurang, keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, serta pekerjaan dengan aktivitas fisik berat. Sementara itu, faktor farmakologis seperti penggunaan obat uretonika (misalnya misoprostol atau oksitosin) tanpa pengawasan medis dapat meningkatkan risiko terjadinya kontraksi uterus berlebihan yang berujung pada persalinan prematur.³

Obat uretonika, termasuk misoprostol, oksitosin, dan ergometrin, bekerja dengan

meningkatkan tonus dan frekuensi kontraksi miometrium melalui aktivasi reseptor prostaglandin atau oksitosin.^{4,5,6} Dalam praktik medis, obat ini digunakan untuk induksi persalinan, penatalaksanaan abortus inkomplet, dan pencegahan perdarahan postpartum. Namun, penyalahgunaan atau penggunaan dalam dosis tinggi tanpa indikasi medis yang jelas dapat menyebabkan hiperstimulasi uterus, pecahnya ketuban dini, serta persalinan prematur.⁷

Studi menunjukkan bahwa pemberian misoprostol dosis tinggi tanpa pengawasan medis berisiko memicu kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi, menyebabkan pelepasan plasenta prematur, serta menginduksi partus sebelum usia kehamilan cukup bulan. Efek samping yang paling sering dilaporkan dari misoprostol umumnya ringan dan meliputi menggigil, demam, diare, nyeri perut, demam tinggi, mual, muntah, kembung, sembelit, dispepsia, sakit kepala, perdarahan breakthrough, dan ketidakaturan menstruasi. Efek samping ringan yang kurang sering dilaporkan meliputi pingsan, kelelahan, kelemahan, dan vertigo. Reaksi sedang hingga berat lebih jarang terjadi tetapi dapat meliputi hipotensi, takikardia sinus, bradikardia janin, kontraksi rahim dan nyeri, perdarahan vagina, edema, infark miokard, ruptur rahim, luka serviks, kematian janin, teratogenesis, emboli paru, reaksi anafilaktoid, dan trombotik.^{8,9}

Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan kejadian *partus prematurus imminens* yang diduga kuat disebabkan oleh penggunaan obat uretonika dosis tinggi secara berulang tanpa pengawasan medis, sekaligus menyoroti pentingnya edukasi dan pengawasan klinis dalam penggunaan obat-obatan yang memengaruhi kontraktilitas uterus. Dengan pemahaman yang lebih baik mengenai mekanisme dan risikonya, diharapkan tenaga kesehatan dapat meningkatkan upaya pencegahan terhadap kejadian serupa yang berpotensi membahayakan keselamatan ibu dan janin. Pemilihan kasus ini juga didasarkan oleh penggunaan obat jenis misoprostol yang cenderung diperjualbelikan secara bebas,

Kasus

Seorang perempuan, Ny. A, berusia 18 tahun, dengan status obstetri G1P0A0 dan usia kehamilan diperkirakan 29–30 minggu, datang ke unit gawat darurat dengan keluhan utama keluarnya air ketuban sejak malam sebelumnya pukul 11.00 siang. Pasien melaporkan adanya kontraksi perut yang terasa kencang hilang timbul. Berdasarkan anamnesis, diketahui bahwa pasien telah mengonsumsi misoprostol secara mandiri sejak bulan Juni dengan frekuensi satu kali per minggu, sebanyak tujuh kali, tanpa pengawasan medis. Pasien baru menikah secara siri satu bulan yang lalu dan mengaku melakukan hubungan suami istri pada malam sebelum timbulnya keluhan.

Riwayat menstruasi terakhir pasien (HPHT) tercatat pada 5 Maret 2025 dengan perkiraan hari persalinan (HPL) pada 12 Desember 2025. Tidak terdapat riwayat obstetri sebelumnya karena ini merupakan kehamilan pertama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum cukup baik dengan GCS E4V5M6, tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 87 kali/menit, laju napas 19 kali/menit, suhu tubuh 36,4°C, dan saturasi oksigen 99% pada udara ruangan. Berat badan pasien tercatat 44 kg, tinggi badan 145 cm, dan lingkaran lengan atas 25 cm. Pemeriksaan tanda vital menunjukkan hemodinamik yang masih stabil.

Pemeriksaan sistemik menunjukkan kesadaran baik, dengan jantung (cor) terdengar bunyi S1S2 reguler, tanpa murmur maupun gallop. Pada pemeriksaan paru, suara vesikuler terdengar normal bilateral, tanpa adanya ronki atau wheezing.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri (TFU) 17 cm, balotemen positif, dan denyut jantung janin (DJJ) 149 kali/menit, dengan presentasi kepala pada hodge I. Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) menunjukkan pembukaan serviks 4 cm, efase men 50%, ketuban negatif, dan kontraksi uterus (his) 2 kali dalam 10 menit dengan durasi 20 detik. Hasil uji lakmus menunjukkan reaksi positif, menandakan adanya cairan ketuban. Pada ekstremitas tidak ditemukan edema.

Berdasarkan temuan klinis tersebut, pasien didiagnosis dengan inpartu fase aktif pada

usia kehamilan 29–30 minggu dengan ketuban pecah dini (KPD) yang diduga kuat terkait dengan penggunaan obat uretonika (misoprostol) dosis tinggi dan berulang tanpa indikasi medis yang jelas. Kondisi ini mengarah pada partus prematurus imminens, yang memerlukan evaluasi lebih lanjut melalui pemeriksaan ultrasonografi dan penatalaksanaan obstetri yang tepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut seperti infeksi intrauterin atau perdarahan.

Pembahasan

Kasus Ny. Amanda menggambarkan terjadinya *Partus prematurus imminens* pada usia kehamilan 29–30 minggu yang diduga kuat berkaitan dengan penggunaan obat uretonika (misoprostol) dalam dosis tinggi dan tanpa pengawasan medis. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E₁ yang bekerja dengan merangsang kontraksi miometrium serta menyebabkan dilatasi serviks. Pada penggunaan yang terkontrol, obat ini memiliki peran penting dalam terminasi kehamilan, induksi persalinan, serta penanganan partus prematurus imminens. Namun, pemakaian tidak sesuai dosis dan tanpa indikasi medis yang tepat dapat menimbulkan komplikasi serius seperti hiperstimulasi uterus, ruptur uteri, dan persalinan prematur, yang dalam kasus ini tampak melalui kontraksi uterus yang sering serta pecahnya ketuban dini.^{9,10}

Misoprostol merupakan analog prostaglandin E₁ yang dikembangkan untuk pengobatan tukak lambung; namun, efektivitas misoprostol untuk menginduksi kematangan serviks dan kontraktilitas uterus membuatnya banyak digunakan sebagai obat penginduksi persalinan. Misoprostol menyebabkan abortus karena bekerja sebagai analog prostaglandin E₁ yang merangsang kontraksi kuat pada otot rahim dan sekaligus melunakkan serta melebarkan serviks. Kombinasi kedua efek ini membuat rahim berkontraksi untuk mengeluarkan hasil konsepsi, sementara serviks menjadi lebih mudah dilewati. Selain itu, misoprostol juga mengubah stabilitas endometrium sehingga kehamilan tidak dapat dipertahankan, sehingga secara keseluruhan obat ini efektif menginduksi terjadinya abortus. Dosis misoprostol oral umumnya diberikan adalah 20–25 µg tiap 2–4 jam.¹¹

Penggunaan misoprostol secara berulang dalam jangka panjang seperti yang dilakukan pasien, yaitu satu kali per minggu selama tujuh minggu berpotensi menyebabkan kram rahim yang kuat dan pendarahan yang lebih berat daripada menstruasi, seringkali disertai gumpalan darah. Kram dan pendarahan biasanya mulai dalam beberapa jam setelah menggunakan misoprostol dan berlangsung selama tiga hingga lima jam. Pendarahan yang lebih ringan biasanya berlangsung rata-rata sembilan hingga 16 hari. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya *partus prematurus imminens*.¹²

Secara fisiopatologis, kontraksi uterus yang berlebihan akibat stimulasi prostaglandin selama kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot uterus yang berperan dalam proses pengeluaran hasil konsepsi. Secara fisiologis, prostaglandin berfungsi sebagai mediator kimiawi yang dapat merangsang aktivitas miometrium dan menyebabkan pematangan serviks. Oleh karena itu, prostaglandin dianggap sebagai pemicu utama terjadinya proses persalinan. Peningkatan kadar prostaglandin, baik dalam cairan amnion maupun dalam sirkulasi perifer ibu hamil, telah terbukti terjadi secara alami menjelang persalinan atau selama fase aktif persalinan.¹³

Selain faktor farmakologis, usia muda pasien (18 tahun) dan status gizi yang kurang optimal (BB 44 kg, TB 145 cm, LILA 25 cm) turut berkontribusi terhadap kerentanan terhadap komplikasi kehamilan. Usia remaja diketahui memiliki risiko lebih tinggi terhadap kelainan implantasi dan gangguan kontraktilitas uterus akibat imaturitas hormonal.¹⁴

Pemberian kortikosteroid antenatal terbukti meningkatkan luaran neonatal pada ibu hamil dengan risiko tinggi mengalami kelahiran prematur. Obat ini paling efektif diberikan dalam rentang waktu 48 jam hingga 7 hari sebelum persalinan prematur, dan direkomendasikan untuk ibu dengan usia kehamilan antara masa viabilitas hingga 34 minggu. Berdasarkan pedoman ACOG, SMFM, dan WAPM-PMF, pemberian kortikosteroid juga dapat dipertimbangkan pada periode periviabilitas (≥ 22 minggu) jika tindakan resusitasi neonatal direncanakan. Selain itu, penggunaan agen

tokolitik dapat membantu menurunkan frekuensi dan kekuatan kontraksi uterus, sehingga memperpanjang masa kehamilan dalam waktu singkat. Namun, tokolitik tidak mengatasi penyebab utama persalinan prematur spontan dan belum terbukti meningkatkan luaran neonatal secara mandiri, sehingga penggunaannya dibatasi maksimal 48 jam, terutama untuk memberi waktu agar efek kortikosteroid antenatal optimal atau selama proses pemindahan pasien ke fasilitas kesehatan dengan pelayanan neonatal intensif.¹⁵

Sementara itu, magnesium sulfat (MgSO_4) berperan penting dalam memberikan perlindungan saraf pada bayi yang berisiko tinggi lahir prematur. Berdasarkan tinjauan Cochrane tahun 2024, pemberian magnesium sulfat sebelum persalinan dapat menurunkan risiko cerebral palsy dan perdarahan intraventrikular berat pada neonatus yang lahir sebelum usia kehamilan 34 minggu. Pedoman WHO (2024) sangat merekomendasikan penggunaannya pada ibu hamil yang berisiko melahirkan sebelum 32 minggu, sementara ACOG (2020) menegaskan manfaat optimal bila diberikan sebelum 32 minggu dan mendorong adanya standar penggunaan di setiap fasilitas kesehatan. Pedoman NICE dan WAPM-PMF juga mendukung pemberian magnesium sulfat dengan rentang usia kehamilan yang sedikit berbeda, menyesuaikan dengan kondisi klinis dan berat janin. Dengan demikian, kombinasi kortikosteroid antenatal, tokolitik jangka pendek, dan magnesium sulfat untuk neuroproteksi menjadi strategi tatalaksana utama dalam mencegah dan mengurangi komplikasi akibat *partus prematurus imminens*.^{16,17}

Laporan kasus ini memperkuat bukti bahwa penggunaan misoprostol dosis tinggi secara tidak terkontrol dapat menyebabkan partus prematurus imminens, terutama pada kehamilan trimester kedua. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan edukasi reproduksi dan akses terhadap layanan kesehatan yang aman dan terjangkau, agar pasien tidak melakukan swamedikasi yang berisiko membahayakan keselamatan ibu maupun janin.

Simpulan

Partus prematurus imminens merupakan

kondisi yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus disertai perubahan serviks sebelum usia kehamilan 37 minggu, yang berpotensi menyebabkan persalinan prematur. Kelahiran prematur masih menjadi masalah serius di bidang obstetri karena berkontribusi besar terhadap tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi kelahiran prematur di Indonesia mencapai 29,5 per 1.000 kelahiran hidup dan menyumbang sekitar 35% dari total kematian neonatal.

Berbagai faktor risiko seperti usia ibu yang ekstrem, status gizi, penyakit penyerta, riwayat obstetri, infeksi, faktor sosial ekonomi, serta penggunaan obat-obatan tertentu seperti uretonika dosis tinggi dapat memicu terjadinya *partus prematurus imminens*. Pemberian prostaglandin atau obat uretonika yang berlebihan selama kehamilan dapat menstimulasi kontraksi otot uterus sehingga mempercepat terjadinya persalinan sehingga itu, penggunaan obat ini harus diawasi secara ketat.

Dalam penatalaksanaannya, pendekatan rasional berbasis bukti diperlukan untuk memperbaiki luaran ibu dan bayi. Kortikosteroid antenatal diberikan untuk mempercepat maturasi paru janin, tokolitik digunakan secara terbatas untuk menunda persalinan dalam jangka pendek, dan magnesium sulfat diberikan untuk melindungi sistem saraf janin dari risiko kerusakan neurologis. Ketiga intervensi ini telah terbukti secara ilmiah menurunkan komplikasi akibat kelahiran prematur bila diberikan sesuai indikasi dan usia kehamilan.

Dengan demikian, deteksi dini, pengawasan ketat penggunaan obat uretonika, serta penerapan tatalaksana obstetri yang terstandar menjadi kunci dalam mencegah dan menurunkan angka kejadian partus prematurus imminens. Pendekatan multidisipliner antara dokter, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya sangat diperlukan untuk memastikan keberhasilan terapi dan keselamatan ibu serta bayi.

Daftar Pustaka

1. Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, Tsakiridis I, Kesrouani A, Tekay A, et al. Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM–World Association of Perinatal Medicine and the PMF–Perinatal Medicine Foundation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;291:196-205.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Kementerian Kesehatan RI; 2018.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):e155-64.
4. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;157:3-50.
5. Carrick MM, Leonard J, Slone DS, Mains CW, Bar-Or D. Hypotensive resuscitation among trauma patients. *Biomed Res Int.* 2016;2016:8901938.
6. Johansson PI, Oliveri RS, Ostrowski SR. Hemostatic resuscitation with plasma and platelets in trauma. *J Emerg Trauma Shock.* 2012;5:120-5.
7. Nomura R, Nakamura-Pereira M, Nomura-Brizot R, Júnior A, Medeiros HPR, Surita FL, et al. Misoprostol use in obstetrics. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45:356-68.
8. Turner JV, Agatonovic-Kustrin S, Ward H. Off-label use of misoprostol in gynaecology. *Facts Views Vis Obgyn.* 2015;7(4):261-4.
9. Krugh M, Patel P, Maani CV. Misoprostol. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12:CD011689.
10. Pierce S, Bakker R, Myers DA, Edwards RK. Clinical insights for cervical ripening and labor induction using prostaglandins. *AJP Rep.* 2018;8(4):e307-e314.

11. Morris J, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations formisoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138:363-6.
12. Mark A, Foster AM, Grossman D, et al. Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: A recommendation from the National Abortion Federation's Clinical Policies Committee. *Contraception*. 2019;99(5):265-6.
13. Cunningham FG. *Obstetri Williams*. Edisi 23. Jakarta: EGC; 2018.
14. World Health Organization. *Maternal mortality: Key facts*. WHO; 2023.
15. Wilson A, Hodgetts-Morton VA, Marson EJ, Markland AD, Larkai E, Papadopoulou A, et al. Tocolytics for delaying preterm birth: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;8:CD014978.
16. Shepherd ES, Goldsmith S, Doyle LW, Middleton P, Marret S, Rouse DJ, et al. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;5:CD004661.
17. World Health Organization. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: WHO; 2015.