

G2P1A0 Hamil 39 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif Memanjang JTH Preskep: Sebuah Laporan Kasus

Reva Dwi Yanty¹, Fahmi Ikhtiar², Nurul Islamy³

^{1,2}Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Angka kematian ibu (AKI) ialah salah satu dari beberapa parameter yang dapat mendeskripsikan kesejahteraan masyarakat pada suatu negara, terutama negara berkembang seperti Indonesia. Salah satu penyebab kematian ibu di di sebabkan oleh persalinan lama. Persalinan lama berada pada peringkat ke-5 penyebab kematian utama kematian ibu baik di Indonesia maupun didunia. Faktor terjadinya persalinan lama di bagi menjadi dua faktor yaitu faktor penyebab dan faktor resiko, faktor penyebab: his, mal presentasi dan mal posisi, janin besar, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelvik, dan ketuban pecah dini, dan faktor resiko: analgesik dan anastesi berlebihan, paritas, usia, wanita dependen, respons stres, pembatasan mobilitas, dan puasa ketat. Ny. NS hamil cukup bulan, usia 26 tahun dengan keluhan mulas-mulas sejak 18 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mulanya mulas dirasakan pada pukul 04.00 WIB dan hingga pukul 22.00 WIB masih didapatkan pembukaan 8 cm. Pada pemeriksaan obstetri, pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri adalah 32 cm, bagian teratas janin teraba bokong, bagian kiri ibu teraba punggung, bagian terbawah teraba kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau perlukaan 2/5. Denyut Jantung Janin (DJJ) 136 x/menit dan Taksiran Berat Janin (TBJ) 3100 gram. Pada pemeriksaan dalam didapatkan pendataran 90%, pembukaan 9 cm, hodge III, station 0. Penatalaksanaan pada pasien ini yaitu dilakukan terminasi kehamilan per vaginam.

Kata kunci: fase aktif, inersia, persalinan lama

G2P1A0 39 Weeks Pregnant During First Stage of Prolonged Active Phase JTH Preskep: A Case Report

Abstract

Maternal mortality rate (MMR) is one of several parameters that can describe the welfare of society in a country, especially developing countries such as Indonesia. One of the causes of maternal death is caused by prolonged delivery. Long labor is the 5th leading cause of maternal death both in Indonesia and in the world. The factors for the occurrence of prolonged labor are divided into two factors, namely causative and risk factors, causative factors: his, mal presentation and mal position, large fetus, narrow pelvis, cervical and vaginal abnormalities, fetovelvic disproportion, and premature rupture of membranes, and risk factors: excessive analgesia and analgesia, parity, age, dependent woman, stress response, restriction of mobility, and strict fasting. Mrs. NS was pregnant at term, 26 years old with complaints of heartburn since 18 hours before being admitted to the hospital. Initially, the heartburn was felt at 04.00 WIB and until 22.00 WIB there was still an 8 cm opening. On obstetric examination, external examination revealed that the height of the uterine fundus was 32 cm, the upper part of the fetus was palpable buttocks, the left side of the mother was palpated for the back, the lower part of the head was palpated into the pelvic inlet (PAP) or the fifth was 2/5. Fetal Heart Rate 136 x/minute and Estimated Fetal Weight 3100 grams. On internal examination, it was found that 90% flattened, 9 cm dilatation, hodge III, station 0. The management of this patient was vaginal termination of pregnancy.

Keywords: active phase, inertia, prolonged labor

Korespondensi: Reva Dwi Yanty, alamat Jl. Sukardi Hamdani Palapa 5a, Nomor 01, Labuhan Ratu, Kedaton, Bandar Lampung, HP 081996257396, e-mail revadwiyanty@gmail.com

Pendahuluan

Angka kematian ibu (AKI) ialah salah satu dari beberapa parameter yang dapat mendeskripsikan kesejahteraan masyarakat pada suatu negara, terutama negara berkembang seperti Indonesia. AKI di dunia berdasarkan data World Health Organization

(WHO) tahun 2017 yaitu sekitar 295.000 wanita di dunia meninggal dalam masa kehamilan, persalinan, dan setelah persalinan.¹ Berdasarkan data menurut Kemenkes RI pada tahun 2018, AKI di Indonesia secara umum sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, walau sudah cenderung menurun dibandingkan tahun

2013 namun belum berhasil mencapai target Millenium Development Goals (MDGs).²

Kematian ibu dapat terjadi karena beberapa sebab. Salah satu penyebab kematian ibu di di disebabkan oleh persalinan lama. Persalinan lama berada pada peringkat ke-5 penyebab kematian utama kematian ibu baik di Indonesia maupun didunia.¹ Persalinan lama adalah persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau 18 jam untuk multigravida³, masalah yang terjadi pada persalinan lama adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif.⁴ Menurut Manuaba⁵ persalinan lama pada kala II merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan lebih dari 1 jam multigravida.

Faktor terjadinya persalinan lama di bagi menjadi dua faktor yaitu faktor penyebab dan faktor resiko, faktor penyebab: his, mal presentasi dan mal posisi, janin besar, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelvik, dan ketuban pecah dini, dan faktor resiko: analgesik dan anastesis berlebihan, paritas, usia, wanita dependen, respons stres, pembatasan mobilitas, dan puasa ketat.⁶

Kasus

Ny. NS hamil cukup bulan, usia 26 tahun diantar ke PONEK RSUD Dr. H. Abdul Moeloek (RSUDAM) Provinsi Lampung rujukan dari RSUD A. Dadi Tjokrodipo pada 09 November 2021 dengan keluhan mulas-mulas sejak 18 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mulanya mulas dirasakan pada pukul 04.00 WIB dengan frekuensi yang tidak begitu sering namun lama-kelamaan semakin sering dan keinginan untuk mngejan semakin kuat. Pasien juga mengeluhkan keluar lendir berwarna kecoklatan yang bercampur darah dari jalan lahir. Pasien kemudian datang ke bidan pada pukul 11.30 WIB dan dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan servik 3 cm , pukul 15.30 WIB didapatkan pembukaan servik 6 cm dan hingga pukul 22.00 WIB masih

didapatkan pembukaan 8 cm.

Pasien mengalami haid pertama kali (*menarche*) pada umur 13 tahun dengan siklus haid 28 hari teratur, lama menstruasi 7 hari dengan banyaknya 2-3 kali ganti pembalut perhari. Hari pertama haid terakhir pasien adalah 04 Februari 2021 dan taksiran persalinan adalah 11 November 2021. Riwayat perkawinan sebanyak 1 kali, selama 7 tahun. Kehamilan ini adalah kehamilan kedua pasien, kehamilan pertama tahun 2014 merupakan anak pertama lahir cukup bulan, pervaginam, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3.500 gram. Pasien memiliki riwayat pemakaian kontrasepsi jenis suntik tiap 3 bulan yang sudah dihentikan dan dilanjutkan menggunakan implant selama sejak tahun 2015.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran kompos mentis, tekanan darah 120/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi pernapasan 24 x/menit, suhu 36,5 °C. Status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung, paru, dan ekstremitas pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri, pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri adalah 32 cm, bagian teratas janin teraba bagian besar, bulat, tidak melenting, lunak, kesan bokong. Bagian kiri ibu teraba memanjang, kesan punggung. Bagian terbawah teraba bulat, lunak, bulat, melenting, keras, kesan kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau perlimaan 2/5. Denyut Jantung Janin (DJJ) 136 x/menit dan Taksiran Berat Janin (TBJ) 3100 gram. Pada pemeriksaan dalam didapatkan tidak ada luka, massa, serta jaringan parut pada vulva, vagina, dan perineum, dengan konsistensi portio lunak, pendataran 90%, pembukaan 9 cm, posisi serviks ke arah anterior, namun ketuban negative, UUK di kiri depan, hodge III, station 0, pengeluaran terdapat lendir dan darah.

Pasien menjalani pemeriksaan darah lengkap dan diperoleh nilai hemoglobin 11,4 g/dL, leukosit 18.370/ μ L, eritrosit 4,5 juta/ μ L, hematokrit 35%, trombosit 139.000/ μ L, MCV 77

fl, MCH 25 pg, MCHC 33 g/dL, basofil 0, eosionofil 0, batang 0, segmen 94, limfosit 4, monosit 2. Pemeriksaan kimia darah didapatkan hasil natrium 136 mmol/L, kalium 4,1 mmol/L, calcium 7,7 mg/dL, chlorida 110 mmol/L. Pemeriksaan koagulasi didapatkan *Clothing time* (CT) 14 menit dan *Bleeding time* (BT) 2 menit. Pada pemeriksaan rapid antigen Covid19 pasien non reaktif.

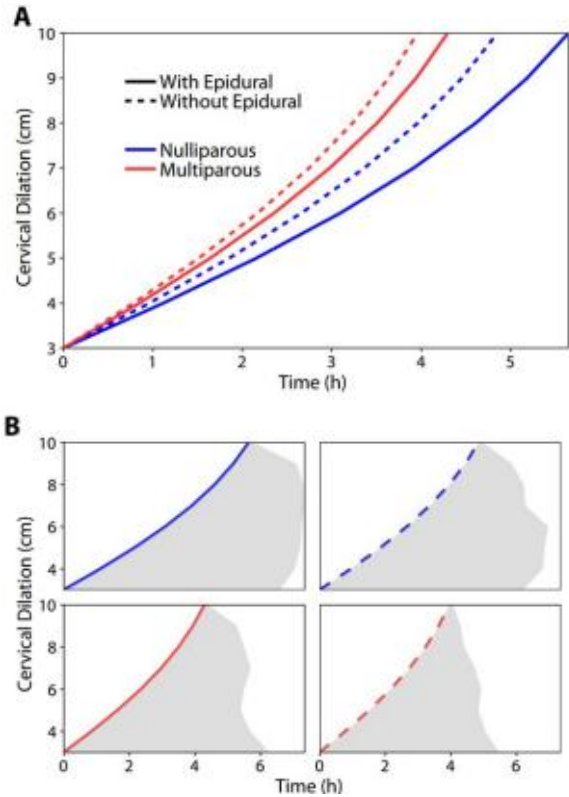
Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan maka didapatkan diagnosis pasien adalah G₂P₁A₀ hamil 39 minggu inpartu dengan inersia uteri, JTH presentasi kepala. Penatalaksanaan pada pasien ini yaitu dilakukan terminasi kehamilan per vaginam atas indikasi total *Bishop Score* pasien yaitu 12 menunjukkan bahwa persalinan dapat dipimpin secara spontan setelah pemberian terapi medikamentosa untuk stabilisasi ibu, yaitu berupa cairan infus *Ringer Lactate* (RL) ditambah drip oksitosin 5 IU. Farmakoterapi yang diberikan yaitu Ceftriaxone I.V 1 gram/12 jam. Bayi lahir pada 10 November 2021 pukul 00.55 WIB menangis setelah dilakukan dilakukan rangsangan taktil dengan skor APGAR 6/7, berat badan lahir 3400 gram, panjang badan 50 cm, jenis kelamin laki-laki.

Pembahasan

Persalinan lama atau distosia tergantung pada pemantauan yang cermat terhadap intensitas, durasi dan frekuensi kontraksi uterus, dilatasi serviks, dan turunnya janin melalui panggul. Persalinan lama dapat meningkatkan morbiditas ibu dan bayi dan menjadi indikasi utama untuk operasi caesar primer.⁷

Pada nulipara, durasi rata-rata fase laten yang berlangsung dari 6,0-7,5 jam dengan batas 10,3-11,5 jam. Untuk wanita multipara, durasi rata-rata yang dilaporkan oleh tiga penelitian berkisar 4,5-5,5 jam tanpa dengan batas mulai dari 5,4-8,7 jam. Berdasarkan Abalos *et al*, Waktu rata-rata untuk mencapai dilatasi serviks 10 cm pada presentasi nulipara dengan pelebaran 3- 4 cm adalah 5,3 – 6,9 jam dan maksimal sekitar 20

jam. Untuk wanita multipara, dua penelitian menunjukkan bahwa durasi rata-rata fase aktif dengan dari dilatasi 3 - 4 cm berkisar antara 2,2-4,7 jam dan maksimal 14 jam (Gambar 1). Pada ibu ini G2P1A0 adalah multipara dengan durasi fase aktif 11 jam yaitu dari jam 11.30 WIB hingga 22.30 WIB.^{7,8}



Gambar 1. Hubungan Dilatasi Serviks dan Waktu

Berdasarkan analisis Friedman tentang fase aktif bahwa kecepatan penurunan janin diperhitungkan selain kecepatan pembukaan serviks, dan keduanya berlangsung secara bersamaan. Penurunan mulai terjadi pada tahap akhir dilatasi aktif yaitu sekitar pembukaan 7 sampai 8 cm. Friedman membagi lagi masalah pada fase aktif menjadi gangguan *protraction* (berkepanjangan/berlarut-larut) dan *arrest* (macet/tak maju). Ia mendefinisikan protraksi sebagai kecepatan pembukaan atau penurunan yang lambat, untuk nulipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm/jam atau penurunan kurang dari 1 cm/jam. Untuk

multipara, protraksi adalah kurangnya pembukaan dari 1,5 cm/jam atau penurunan kurang dari 2 cm/jam. Lalu, definisi kemacetan pembukaan (*arrest of dilatation*) adalah tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan kemacetan penurunan (*arrest of descent*) sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Seperti pada ibu terjadi protraksi dan *arrest of dilation*, pembukaan servix pukul 18.00 sampai 22.00 tidak maju yaitu hanya 8 cm.⁹

Seringkali, etiologi pasti dari persalinan lama tidak diketahui. Secara garis besar, etiologi dapat dikategorikan ke dalam disfungsi kontraktile uterus atau inersia uteri dan kelainan rasio sefalopelvik (yaitu hubungan ukuran, presentasi dan posisi panggul ibu). Penyebab ini dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor genetik dan lingkungan termasuk pada usia ibu dan kehamilan, indeks massa tubuh sebelum hamil, berat badan saat hamil, aktivitas fisik, komorbiditas medis, paritas, dan komplikasi obstetrik (pre-eklampsia, ketuban pecah dini), korio-amnionitis, solusio plasenta. Pada ibu ini his kurang adekuat yaitu 3 x 10 menit dengan lama 20 detik.¹⁰

Inersia uteri disebut juga kontraksi uterus yang tidak adekuat. His atau kontraksi uterus yang efektif adalah bila koordinasi ada koordinasi dari gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, dan mempunyai amplitude 40 sampai 60 mmHg yang berdurasi 60 sampai 90 detik dengan jangka waktu antara kontraksi 2 sampai 4 menit, dan pada relaksasi tonus uterus kurang dari 12 mmHg. harus diperiksa keadaan serviks, presentasi dan posisi janin, turunnya kepala janin dalam panggul, dan keadaan panggul. Kemudian harus disusun rencana menghadapi persalinan yang lamban ini. Apabila ada disproporsi sefalopelvik yang berarti, sebaiknya diambil keputusan untuk melakukan seksiosesaria. Apabila tidak ada disproporsi atau disproporsi ringan dapat diambil sikap lain. Keadaan umum penderita sementara itu diperbaiki dan kandung kencing dikosongkan. Tindakan sederhana ini kadang menyebabkan his menjadi kuat dan dan selanjutnya persalinan berjalan lancar. Selain itu penyebab dari inersia uteri adalah anemia pada

ibu atau paritas yang banyak yaitu lebih dari sama dengan 3.⁹

Partograf digunakan untuk menilai kemajuan persalinan serta untuk mengumpulkan informasi tentang status ibu dan janin selama proses persalinan. Partograf diterapkan untuk mencegah persalinan lama dan macet, untuk meningkatkan keselamatan bagi wanita dan bayinya, terutama di negara berkembang. Dalam sebuah studi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pengenalan partograf mengurangi persalinan lama dan proporsi persalinan yang membutuhkan penambahan oksitosin dan tingkat operasi caesar darurat. Dalam partograf oleh WHO, kurang dari 1 cm/jam selama minimal 4 jam menuntut tindakan.¹¹

Amniotomi adalah pemecahan ketuban yang disengaja. Ini adalah salah satu intervensi yang paling biasa dilakukan selama persalinan. Prosedur ini dapat digunakan untuk induksi persalinan. Pada persalinan aktif, amniotomi dapat dilakukan untuk mencegah durasi yang lama atau untuk terapi ketika kemajuan lambat sudah ditetapkan. Penjelasan yang mungkin untuk efek amniotomi adalah pelepasan prostaglandin dan oksitosin endogen, yang mempengaruhi serviks dan uterus. Intervensi ini telah direkomendasikan sebagai prosedur rutin selama persalinan di bawah konsep aktif manajemen persalinan.¹¹

Oksitosin intravena biasanya digunakan selama persalinan dan dapat diterapkan pada semua tahap. Oksitosin dapat diadministrasikan untuk induksi pada fase laten, untuk profilaksis atau pengobatan perdarahan pada kala III persalinan (yaitu setelah kelahiran bayi) sampai lahirnya plasenta). Selama fase aktif persalinan, tujuan penggunaan oksitosin adalah untuk menghasilkan aktivitas uterus yang cukup untuk perubahan serviks dan penurunan janin sambil menghindari hiperstimulasi uterus (lebih dari 5 kontraksi dalam 10 menit, kontraksi yang berlangsung 2 menit atau lebih, atau kontraksi dalam satu menit satu sama lain dengan durasi normal). Waktu paruh oksitosin adalah 10-15 menit. Setelah peningkatan laju infus, dosis kondisi cukup dicapai setelah sekitar 40 menit. Untuk melakukan kontraksi yang efektif,

diperlukan dosis oksitosin sangat bervariasi. Bila pembukaan serviks <1 cm/jam selama dua jam pada fase aktif, pemberian oksitosin secara signifikan mengurangi durasi persalinan dan melipatgandakan risiko hiperstimulasi dibandingkan dengan pemberian oksitosin setelah 3-8 jam.¹¹

Simpulan

Persalinan lama atau distosia membutuhkan perhatian karena menyebabkan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi. Ada berbagai penyebab seperti malpresentasi, disproporsi sefalopelvik, inersia uteri, anemia, paritas ibu lebih dari tiga, dan sebagainya. Dibutuhkan diagnosis dan tatalaksana yang cepat jika sudah terdiagnosis persalinan lama. Tatalaksana yang diberikan mulai dari partograf sebagai pemantauan, dan dapat dilakukan akselerasi seperti dilakukannya amniotomi dan pemberian oksitosin.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. 2019. Maternal mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> , diakses pada tanggal 01 Agustus 2021.
2. Kementrian Kesehatan RI. 2019. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
3. Mochtar, R. Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologis Jilid I. Jakarta: EGC. 1998.
4. Saifuddin, A. B. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Bina Pustaka. 2004.
5. Manuaba, G. B. I. Ilmu Kebidanan, penyakit Kandungan & keluarga berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
6. Oxorn, H & Forte, R. W. Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM). 2010.
7. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:123-132.
8. Ashwal E, Livne MY, Benichou JIC, et al. Contemporary patterns of labor in nulliparous and multiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(3):267.e1-267.e9.
9. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Empat. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
10. Boatin AA, Eckert LO, Boulvain M, et al. Dysfunctional labor: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine.* 2017;35(48):6538-6545.
11. Sandström A. *Labour Dystocia : Risk Factors and Consequences for Mother and Infant.*; 2016.