



NY. P, 35 TAHUN DENGAN G4P1A2 HAMIL 32 MINGGU DENGAN IUGR

Anggita Dwi Paramitha*, Nova Ayu Purnama Yuda, Ratna Dewi Puspita Sari

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

[*anggitadwiparamitha@gmail.com](mailto:anggitadwiparamitha@gmail.com)

ABSTRAK

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) merupakan suatu keadaan berat lahir kurang dari persentil 10 pada estimated fetus weight (EFW), oligohidroamnion, abnormal Doppler dan jarak kecepatan pertumbuhan kurang dari 3 persentil. Studi ini merupakan laporan kasus, didapatkan Ny. P, 35 tahun dengan G4P1A2 Hamil 32 Minggu dengan IUGR ke Ponsek RS Abdul Moeloek dan telah diberikan Dexamethasone 12 mg/24 jam selama 2 hari untuk pematangan paru. Pada pemeriksaan fisik: Palpasi Leopold I didapatkan teraba bagian lunak dan bulat kesan bokong, TFU 25 cm. Leopold II teraba bagian datar memanjang pada sisi kanan, kesan punggung. Leopold III teraba bagian bawah bulat, keras, melintang, kesan kepala. Leopold IV didapatkan kepala sudah masuk PAP dengan penurunan 3/5. HIS 3X10'X30" regular, taksiran berat janin (TBJ) = 2015 gram. Auskultasi Detak Jantung Janin (DJJ) (+) 137 x/menit. Kesan Janin tunggal hidup intrauterine, bagian janin pada kepala sudah masuk PAP, punggung kanan. Pada pemeriksaan dalam: porsio lunak, pendataran 80%, pembukaan 5 cm, ketuban (+), bagian terbawah adalah kepala, penurunan H-II dan penunjuk adalah Ubin Ubin Kecil. Pada pukul 18.25 WIB pasien melahirkan secara pervaginam, lahir bayi laki laki dengan APGAR score 4/5, Berat Badan Lahir (BBL) 1200 gram, PB 37 cm, anus (+), cacat (-).

Kata kunci: aborsi; prematur; restriksi pertumbuhan intrauterus

MRS. P, 35 YEARS OLD WITH G4P1A2 PREGNANT 32 WEEKS WITH IUGR

ABSTRACT

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) is a condition of birth weight less than the 10th percentile of estimated fetus weight (EFW), oligohydroamnion, abnormal Doppler and growth velocity distance of less than 3rd percentile. This study is a case report, found by Mrs. P, 35 years old with G4P1A2 Pregnant 32 weeks with IUGR came to Ponsek Abdul Moeloek Hospital and was given Dexamethasone 12 mg / 24 hours for 2 days for lung maturation. On physical examination: Palpation of Leopold I obtained a soft and round palpable impression of the breech, the uterine fundal height is 25 cm. Leopold II feels flat elongated on the right side, back impression. Leopold III felt round bottom, hard, rolled, head impression. Leopold IV found that the head had entered PAP with a decrease of 3/5. HIS 3X10'X30" regular, estimated fetal weight (EFW) = 2015 grams. Auscultation Fetal Heart Rate (FHR) (+) 137 x / minute. Impression A single live intrauterine fetus, part of the fetus on the head has entered PAP, right back. On examination: in soft portions, 80% leveling, 5 cm opening, amniotic (+), the lowest part is the head, H-II decrease and the pointer is Small Crown. At 18.25 WIB the patient normal delivery, with a baby boy was born with APGAR score is 4/5, Birth Weight 1200 grams, Body Length 37 cm, anus (+), defect (-).

Keywords: abortur; intrauterine growth restrictio; premature

PENDAHULUAN

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) merupakan suatu keadaan berat lahir kurang dari persentil 10 pada estimated fetus weight (EFW), oligohidroamnion, abnormal Doppler dan jarak kecepatan pertumbuhan kurang dari 3 persentil (Royal College of Physicians of Ireland, 2017). IUGR merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting di tingkat global.

IUGR menjadi penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada bayi (Sharma et al., 2016). Kehamilan di seluruh dunia dipengaruhi oleh IUGR antara 5% dan 10% (Priante et al., 2019). Secara epidemiologi bahwa Intrauterine Growth Restriction (IUGR) didapatkan 6x lebih tinggi di negara berkembang. Janin IUGR sering ditemukan pada benua Asia, Afrika dan Amerika Latin. Negara di Asia Selatan, untuk kasus IUGR dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) tertinggi di dunia, seperti di Bangladesh sebesar 39%, India dan Pakistan sebesar 21% dan 18% dari seluruh kelahiran hidup. Negara Asia lain seperti Sri Lanka sebesar 13%, Kamboja 12%, Vietnam 11%, Filipina 6%, Malaysia 4%, Thailand 3%, dan China 2%. Sedangkan untuk insiden IUGR di Indonesia didapatkan 4,4% dari kelahiran hidup. Anak dengan BBLR yang berhubungan dengan IUGR paling banyak ditemukan pada provinsi Papua 27%, Nusa Tenggara Timur 20,3% dan Sumatera Selatan 19,5% (Lausman et al., 2013; National Population and Family Planning Board et al., 2018; Romo et al., 2009)

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi IUGR yaitu faktor obstetri, riwayat obstetri buruk (riwayat abortus), sosial demografi, kesehatan umum dan penyakit episodic, infeksi dan lingkungan, faktor ayah, kebiasaan, dan karakteristik BBL. Etiologi dan faktor risiko IUGR dapat dibagi menjadi faktor risiko maternal, faktor risiko plasenta, dan faktor risiko janin (Irwantoro et al., 2021). Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya IUGR yaitu riwayat abortus. Ibu yang memiliki riwayat abortus 1,79 kali lebih berisiko melahirkan bayi dengan berat rendah daripada ibu yang tidak memiliki riwayat abortus (Himpunan Kedokteran Fetomaternal Indonesia, 2012). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk identifikasi mengenai faktor risiko yang menyebabkan IUGR (Nardoza et al., 2017; Queenan et al., 2015). Faktor risiko IUGR dapat dibagi menjadi faktor risiko maternal, faktor risiko plasenta dan faktor risiko janin (Muniyar et al., 2017; Nardoza et al., 2017). Mengetahui faktor risiko seorang pasien untuk menentukan kemungkinan terjadinya IUGR (Manandhar et al., 2018). Identifikasi faktor risiko, dilanjutkan dengan pemeriksaan tinggi fundus uterus merupakan metode skrining awal, pemeriksaan lanjutan yang dapat dilakukan USG dan doppler velocimetry apabila ada kecurigaan terhadap IUGR (Dajiba Motghare et al., n.d.; Manandhar et al., 2018). Identifikasi IUGR pada saat pemeriksaan antenatal dapat menentukan tatalaksana dan rencana persalinan yang tepat (Gleicher, 2012).

METODE

Jurnal ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif, yaitu jenis penelitian yang digunakan untuk meneliti objek penelitian yang bersifat riil atau alamiah, dan tidak disetting seperti pada eksperimen juga memberikan gambaran secara lengkap dan jelas mengenai keadaan yang terjadi (Alisjahbana et al., 2019; Rijal Fadli, 2021). Jenis penelitian ini bersifat induktif yaitu membiarkan masalah-masalah timbul dari data dan dibiarkan terbuka untuk interpretasi (Surayya, 2015).

HASIL

Laporan Kasus

Ny. P, usia 35 tahun, datang ke instalasi gawat darurat Rumah Sakit Abdul Moeloek (RSAM) pada tanggal 20 April 2021 pukul 16.30 WIB dengan keluhan perut terasa mulas ingin melahirkan sejak pukul 11.00 WIB. Pasien hamil anak ke empat dengan kurang bulan. Tidak ada riwayat trauma sebelum keluhan terjadi. Untuk Riwayat menarche didapatkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pasien mengatakan pada 20 Agustus 2020 dengan taksiran persalinan pada 27 Mei 2021. Pasien menikah 1x yang telah berlangsung selama 21 tahun. Pasien mengandung anak pertama pada riwayat obstetrik sebelumnya pada tahun 2001 terjadi Abortus inkomplit. Pada anak kedua, pada tahun 2005 kelahiran bayi premature dengan persalinan pervaginam berat bayi saat lahir 2600 gram, jenis kelamin laki-laki. Pada anak ketiga, pada tahun 2017, pasien mengalami Missed abortus. Pasien mengatakan pada saat

Antenatal Care (ANC) kontrol ke bidan. Bidan berpesan untuk kontrol ke Sp.OG namun ditunda.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6 = 15. Tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80 mmhg, nadi 88 x/menit, pernafasan 22 x/menit dan suhu 36,5C. Pada status obstetric didapatkan inspeksi perut tampak buncit, membujur, striae gravidarum (+), linea nigra (+). Palpasi Leopold I didapatkan teraba bagian lunak dan bulat kesan bokong, TFU 25 cm. Leopold II teraba bagian datar memanjang pada sisi kanan, kesan punggung. Leopold III teraba bagian bawah bulat, keras, melinting, kesan kepala. Leopold IV didapatkan kepala sudah masuk PAP dengan penurunan 3/5. HIS 3X10'X30" regular, taksiran berat janin (TBJ) : (TFU-12)X155 = 2015 gram. Taksiran usia kehamilan melalui HPHT pada 20 Agustus 2020, hitungannya Hari +7 Bulan -3 dan Tahun +1 adalah 27 Mei 2021. Auskultasi Detak Jantung Janin (DJJ) (+) 137 x/menit. Kesan Janin tunggal hidup intrauterine, bagian janin pada kepala sudah masuk PAP, punggung kanan. Taksiran berat janin 2015 gram. Pada pemeriksaan dalam porsio lunak, pendataran 80%, pembukaan 5 cm, ketuban (+), bagian terbawah adalah kepala, penurunan H-II dan penunjuk adalah Ubin Ubin Kecil.

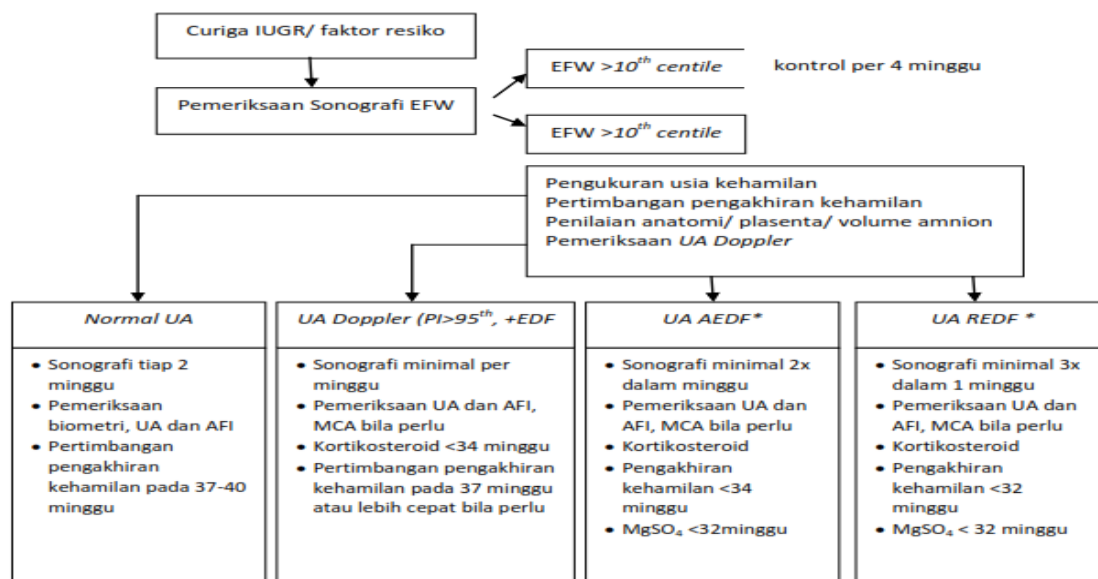
Pada pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan hemoglobin (Hb) 13,3 g/dL, leukosit 15.500/uL, eritrosit 4 juta/uL, hematocrit 40%, trombosit 234.000/uL, MCV 83 fL, MCH 28 pg, MCHC 34 g/dL, hitung jenis basofil 0%, eosinofil 0%, batang 0% segmen 81% limfosit 13% monosit 6%. Dan untuk pemeriksaan Covid-19 Rapid test antibody IgM (-) IgG (-) dan Rapid test antigen (-). Pada pukul 18.25 WIB pasien melahirkan secara pervaginam, lahir bayi laki laki dengan APGAR score 4/5, Berat Badan Lahir (BBL) 1200 gram, PB 37 cm, anus (+), cacat (-).

PEMBAHASAN

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) adalah suatu kondisi ketika pertumbuhan bayi berhenti sebelum dilahirkan sehingga bayi tampak kecil dan tidak memiliki pertumbuhan seperti pertumbuhan janin yang normal. Dalam pemeriksaan dengan USG maka ukuran bayi akan terlihat lebih kecil disertai dengan berat badan bayi yang sangat rendah (Karinassari et al., 2020; Suhag & Berghella, 2013). Hal itu akan dilihat oleh dokter berdasarkan usia kehamilan yang mengarah pada usia janin yang sebenarnya (Karinassari et al., 2020). IUGR memberikan dampak peningkatan resiko kematian pada janin, neonatus dan bayi, gangguan pertumbuhan setelah lahir, juga gangguan fungsi kekebalan dan fungsi intelektual (Departemen Kesehatan, 2018; King Edward Memorial Hospital, 2013). IUGR umumnya disebabkan oleh insufisiensi plasenta, malnutrisi ibu, kondisi ibu yang muncul saat akhir kehamilan (Gomella et al., 2013; Sofoewan, 2011). Memiliki riwayat obstetric yang buruk seperti riwayat abortus, riwayat persalinan premature, riwayat BBLR, bayi lahir mati, persalinan dengan tindakan (Ekstraksi vakum dan ekstraksi forseps) (Sofoewan, 2011).

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin hidup di luar kandungan, dengan batasan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Ibu yang memiliki riwayat abortus akan berisiko mengalami IUGR. Resiko pada ibu yaitu trauma intrauterine akibat kuretasi endometrial yang berlebihan atau endometritis pasca abortus. Hal ini dapat terjadinya perlekatan (adhesion) pada uteri. Perlekatan akan menyebabkan penurunan volume kavum uteri sehingga berpengaruh pada pertumbuhan plasenta yang abnormal. Plasenta adalah organ untuk menghantarkan nutrisi dan oksigen pada janin (Devaskar & Chu, 2016).

Apabila plasenta mengalami insufisiensi atau pertumbuhan abnormal akan mengakibatkan janin tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen yang cukup untuk pertumbuhan janin sehingga dapat terjadi janin mengalami IUGR (Devaskar & Chu, 2016; Ross & Beall, 2008).



Gambar 1. Algoritme diagnosis IUGR (Royal College of Physicians of Ireland, 2017)

Pada pasien memiliki faktor resiko dengan riwayat abortus sebanyak 2 kali dan pasien jarang melakukan pemeriksaan kehamilan di Bidan maupun Dokter, sehingga pasien tidak mengetahui perkembangan dan pertumbuhan janin. Pada saat pasien datang ke Ponsek RS Abdul Moeloek dengan G4P1A2 Hamil 32 Minggu inpartu kala I Fase Aktif JTH Preskep, penatalaksanaan yang diberikan dilakukan observasi terhadap HIS, DJJ dan kemajuan persalinan untuk rencana partus pervaginam, obat yang diberikan adalah IVFP Ringer Laktat 20 tetes/menit, Dexamethasone 12mg/24 jam selama 2 hari. Pemberian kortikosteroid pada usia kehamilan 34 minggu untuk pematangan paru pada janin dan pertimbangan kelahiran saat usia 37 minggu (Lausman et al., 2013). Pada pemeriksaan fisik yang sudah dilakukan, TBJ Janin didapatkan 2015 gram, tetapi saat pasien melahirkan, berat janin sebesar 1200 gram yang merupakan tidak sesuai dengan berat janin dengan usia dan tafsiran yang telah ditentukan.

SIMPULAN

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) adalah salah satu komplikasi paling sering terjadi di negara berkembang. Pemeriksaan kehamilan berkala dengan rutin sangat dibutuhkan karena dengan melakukan pemeriksaan berkala/skrining dapat memperbaiki prognosis dan komplikasi yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

Alisjahbana, B., Rivami, D. S., Octavia, L., Susilawati, N., Pangaribuan, M., Alisjahbana, A., & Diana, A. (2019). Intrauterine growth retardation (IUGR) as determinant and environment as modulator of infant mortality and morbidity: the Tanjungsari Cohort Study in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 28, 17–31. [https://doi.org/10.6133/apjcn.201901_28\(S1\).0002](https://doi.org/10.6133/apjcn.201901_28(S1).0002)

- Dajiba Motghare, D., Satiro Vaz, F., & Kulkarni, M. S. (n.d.). Maternal determinants of intrauterine growth restriction in Goa, India: a case-control study. <https://www.researchgate.net/publication/274256808>
- Departemen Kesehatan. (2018). Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu. Departemen Kesehatan.
- Devaskar, S. U., & Chu, A. (2016). Intrauterine growth restriction: Hungry for an answer. In *Physiology* (Vol. 31, Issue 2, pp. 131–146). American Physiological Society. <https://doi.org/10.1152/physiol.00033.2015>
- Gleicher, N. (2012). *Principles of Medical Therapy in Pregnancy*. Plenum Medical Book Company.
- Gomella, T. L., Cunningham, M. D., Eyal, F. G., & Zenk, K. E. (2013). *Neonatology : Management, Procedures, On-call Problems, Disease and Drugs* (7th ed.). The McGraw-Hill.
- Himpunan Kedokteran Fetomaternal Indonesia. (2012). *Panduan Penatalaksanaan Kasus Obstetri*. Himpunan Kedokteran Fetomaternal Indonesia.
- Irwantoro, G., Hidayat, D., & Aziz, M. A. (2021). Prevalensi dan Faktor Risiko pada Pasien Intrauterin Growth Restriction di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 4, 2615–496.
- Karinasari, I., Badriyah, T., Elektronika, P., & Surabaya, N. (2020). Deteksi Dini Penyakit IUGR (Intra Uterine Growth Retriction) Dengan Metode SVM (Support Vector Machine). *Kumpulan Jurnal Ilmu Komputer (KLIK)*, 7, 176–186.
- King Edward Memorial Hospital. (2013). “Clinical giudelines obstetrics and midwifery”, *Complication of pregnancy intrauterine growth restriction*. King Edward Memorial Hospital.
- Lausman, A., Kingdom, J., Gagnon, R., Basso, M., Bos, H., Crane, J., Davies, G., Delisle, M. F., Hudon, L., Menticoglou, S., Mundle, W., Ouellet, A., Pressey, T., Pylypjuk, C., Roggensack, A., & Sanderson, F. (2013). Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, And Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(8), 741–748. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30865-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30865-3)
- Manandhar, T., Prashad, B., & Nath Pal, M. (2018). Risk Factors for Intrauterine Growth Restriction and Its Neonatal Outcome. *Gynecology & Obstetrics*, 08(02). <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000464>
- Muniyar, N., Kamble, V., & Kumar, S. (2017). IUGR Pregnancies - Feto-Maternal Outcome. *Gynecology & Obstetrics*, 07(06). <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000440>
- Nardoza, L. M. M., Caetano, A. C. R., Zamarian, A. C. P., Mazzola, J. B., Silva, C. P., Marçal, V. M. G., Lobo, T. F., Peixoto, A. B., & Araujo Júnior, E. (2017). Fetal growth restriction: current knowledge. In *Archives of Gynecology and Obstetrics* (Vol. 295, Issue 5, pp. 1061–1077). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4341-9>
- National Population and Family Planning Board, Statistics Indonesia, Ministry of Health, & The DHS program ICF. (2018). *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. www.DHSprogram.com.

- Priante, E., Verlato, G., Giordano, G., Stocchero, M., Visentin, S., Mardegan, V., & Baraldi, E. (2019). Intrauterine growth restriction: New insight from the metabolomic approach. In *Metabolites* (Vol. 9, Issue 11). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/metabo9110267>
- Queenan, J. T., Spong, C. Y., & Lockwood, C. J. (2015). *Protocols for High-Risk Pregnancies* (6th ed.).
- Rijal Fadli, M. (2021). Memahami desain metode penelitian kualitatif. 21(1), 33–54. <https://doi.org/10.21831/hum.v21i1>
- Romo, A., Carceller, R., & Tobajas, R. (2009, February). Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology. *Pediatr Endocrinol Rev*.
- Ross, M. G., & Beall, M. H. (2008). Adult Sequelae of Intrauterine Growth Restriction. In *Seminars in Perinatology* (Vol. 32, Issue 3, pp. 213–218). <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2007.11.005>
- Royal College of Physicians of Ireland. (2017). *Clinical Practice Guideline Fetal Growth Restriction*.
- Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10, CMPed.S40070. <https://doi.org/10.4137/cmped.s40070>
- Sofoewan, S. (2011). *Defenisi, Faktor Resiko, Etiologi, dan Klasifikasi IUGR*. FK UGM.
- Suhag, A., & Berghella, V. (2013). Intrauterine Growth Restriction (IUGR): Etiology and Diagnosis. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 2(2), 102–111. <https://doi.org/10.1007/s13669-013-0041-z>
- Surayya, R. (2015). Pendekatan Kualitatif Dalam Penelitian Kesehatan. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 1.