



ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DENGAN HIPERTENSI KRONIS SUPERIMPOSED PREEKLAMPSIA DAN MIOMA UTERI (SERVIKALIS)

MIDWIFERY CARE OF DELIVERY WITH CHRONIC HYPERTENSION SUPERIMPOSED PREECLAMPSIA AND UTERINE MYOMA (CERVICAL)

 Ivon Diah Wittiarika¹, Gitta Arinda Faustina¹, Zukhrufatin²

1. Program Studi Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Surabaya
2. RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Indonesia
Alamat korespondensi:
Perum Magersari Permai Blok AG No.3 Sidoarjo, Indonesia
*Email : ivon.diah@fk.unair.ac.id

Abstrak

Latar belakang: penyebab kematian ibu terbanyak di Indonesia terjadi akibat hipertensi/pre eklamsia/ eklamsia, perdarahan, dan infeksi. Hipertensi dalam kehamilan menempati urutan pertama penyebab kematian di Indonesia sebesar 33% (SRS Litbangkes, 2016). Mioma servikalis dapat menyebabkan komplikasi baik pada kehamilan maupun persalinan. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mempelajari asuhan kebidanan pada persalinan dengan hipertensi kronis *superimposed* preeklamsia, dan mioma uteri. **Laporan kasus:** Seorang perempuan 41 tahun, hamil kedua, usia kehamilan 36-37, primipaternitas, primuma sekunder dengan hipertensi kronis dan mioma uteri (servikalis) dirujuk ke RS untuk bersalin. Tatalaksana fokus pada dukungan kepada ibu, melibatkan keluarga, pemenuhan kebutuhan ibu, bersama dokter melakukan *informed consent* terkait diagnosis, memberikan KIE tentang kontrasepsi MOW, dan mendampingi ibu hingga menjelang operasi. Respon ibu baik, dan optimis terhadap kondisinya serta bayinya. **Kesimpulan:** bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus persalinan dengan hipertensi kronis *superimposed* preeklamsia dan mioma uteri di fasilitas Kesehatan tingkat lanjut (RS Tipe A). Asuhan kebidanan diberikan baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan profesi lainnya. Persalinan dilakukan secara *section caesarea* sesuai dengan indikasi dengan output keadaan ibu dan bayi sehat. Deteksi dini, pengenalan tanda dan gejala, menegakkan diagnosis, proses rujukan dan tatalaksana secara komprehensif dilakukan dengan tepat.

Kata kunci: Asuhan persalinan, hipertensi kronis, preeklamsia, mioma uteri

Abstract

Background: the most common causes of maternal death in Indonesia are hypertension/pre-eclampsia/eclampsia, bleeding, and infection. Hypertension in pregnancy ranks first as the cause of death in Indonesia at 33% (SRS Litbangkes, 2016). Cervical fibroids can cause complications in both pregnancy and childbirth. The purpose of this case report is to study midwifery care in complex cases. **Case report:** A 41-year-old woman, second pregnant, 36-37 week's gestation, primipaternity, secondary primuma with chronic hypertension and uterine myoma (cervical) was referred to the hospital for delivery. Management focuses on support for the mother, involving the family, fulfill the needs of the mother, collaboration with the doctor conducting informed consent regarding the





*diagnosis, providing counseling and health education on tubectomy contraception, and accompanying the mother until the time of surgery. The mother's response is good, and optimistic about her condition and the baby. **Conclusion:** midwives in providing midwifery care in cases of delivery with chronic hypertension, superimposed preeclampsia and uterine myoma at an advanced health facility (Type A Hospital). Midwifery care is provided both independently and in collaboration with other professions. Delivery was carried out by caesarean section in accordance with the indications with the output of the mother and baby being healthy. Early detection, recognition of signs and symptoms, diagnosis, referral process and comprehensive management are carried out appropriately.*

Keywords: Labor care, chronic hypertension, preeclampsia, uterine myoma

PENDAHULUAN

Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia diantaranya adalah karena hipertensi dalam kehamilan. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko penting pada penyakit kardiovaskular, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, stroke dan penyakit ginjal. Untuk menghindari komplikasi tersebut diupayakan pengendalian tekanan darah dalam batas normal baik secara farmakologis maupun non farmakologis (Kementerian Kesehatan RI, 2014; Nadar dan Lip, 2015).

Salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada ibu adalah penyakit kardio-serebrovaskular, dengan angka kematian 17 juta di seluruh dunia setiap tahunnya atau 31% dari seluruh mortalitas. Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi pre-eklampsia, eklampsia, hipertensi kronis pada kehamilan, hipertensi kronis disertai preeklampsia, dan hipertensi gestasional (Suhardjono, 2017; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Mioma merupakan tumor jinak uterus yang paling sering dijumpai pada wanita usia reproduksi, yang terjadi pada 40-60 % wanita usia reproduksi. Prevalensi kehamilan dengan leiomyoma berkisar 1.2 – 10.7%. Pada umumnya, myoma asimtomatik dan ditemukan pada pemeriksaan rutin kehamilan. Meskipun demikian, sekitar 10 – 28% dari semua kasus, memberikan komplikasi dan yang tersering adalah nyeri perut yang disebabkan oleh proses degenerasi merah mioma (Cimilli Senocak dan Topdagi Yilmaz, 2019)

Evaluasi mioma tergantung pada trimester, jumlah, ukuran, lokasi dan tipenya. Pada proses degenerasi merah, terjadi proses infark yang menimbulkan keluhan mual – muntah yang dapat dijumpai pada usia kehamilan pada usia 20–22 minggu. Wanita dengan mioma juga dapat menurunkan angka kehamilan sebesar 0.849% dan kegagalan implantasi sebesar 0.821%. Hal ini tampak jelas pada mioma submukosa 0.2% (Egbe et al., 2018). Mioma pada bagian serviks akan menghambat proses persalinan. Kehamilan dan persalinan dengan penyulit hipertensi dan mioma memerlukan asuhan yang komprehensif.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mempelajari peran bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pada kasus kompleks yaitu persalinan dengan hipertensi kronis *superimposed* preeklampsia dan mioma uteri.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan 41 tahun hamil kedua, usia kehamilan 36-37 minggu dirujuk ke RS Tipe A di Surabaya dengan mioma dan hipertensi, dirawat di ruang bersalin RS. Ibu berasal dari Trenggalek dengan Pendidikan terakhir sekolah dasar. Kehamilan ini direncanakan karena pernikahan kedua. Hipertensi telah diderita sejak 10 tahun yang lalu namun tidak ada keluhan khusus dan tidak berobat. Ibu tidak mengetahui kapan mulai ada massa pada rahimnya karena tidak mengalami keluhan. Pada Riwayat kehamilan telah melakukan ANC terpadu di puskesmas dengan hasil Hb:14 gr%, Goldar B rhesus (+), Albumin: negatif, Reduksi: negatif. Pemeriksaan HIV, HbsAg, Sifilis: non reaktif. Skrining preeklampsia dilakukan pada usia kehamilan 22 minggu, MAP (Mean Arterial Pressure) didapatkan 117 mmHg. Hasil USG juga didapatkan mioma uteri berukuran 106 x 88 mm. Keadaan ekonomi kurang namun biaya pengobatan ditanggung oleh pemerintah. Ibu merasa cemas terhadap penyulit yang dialaminya, namun lebih pasrah dengan keadaannya dan mengikuti saran di rujuk ke RS yang lengkap dari tenaga kesehatan untuk upaya yang terbaik. Tidak ada budaya yang menghambat dalam akses pelayanan kesehatan, pengambil keputusan adalah suami, dan keluarga memberikan support dalam pengobatan. Dari data pola fungsional tidak ada terek makanan tertentu ataupun kebiasaan yang merugikan, eliminasi, aktifitas dan istirahat selama hamil tidak ada keluhan. Pada perencanaan keluarga ibu dan suami sudah tidak ingin punya anak lagi.

Hasil pengkajian data objektif didapatkan ibu dalam keadaan umum yang baik, kompos mentis, tekanan darah 142/90 mmHg, nadi 78x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,7⁰C, SpO₂ 98%, skor MEOWS 1. Berat badan sebelum hamil 64kg, tinggi 161 cm, kenaikan selama hamil 6kg dan IMT saat ini 24,6kg/m². Wajah tidak pucat dan tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih. Tidak ada pembesaran vena jugularis maupun kelenjar tiroid pada leher, ASI belum keluar. Pada pemeriksaan Leopold didapatkan bagian keras melenting di fundus uteri, teraba keras seperti papan pada bagian kiri dan teraba bagian kecil janin di kanan perut ibu, bagian bawah teraba massa konsistensi keras. Tinggi fundus 34 cm (Mc Donald). Detak jantung janin 147x/menit teratur. Pemeriksaan penunjang USG dengan hasil janin tunggal, BPD: 8.89 mm ~ 35/36 minggu, HC: 31.77 mm ~ 35/36 minggu, AC: 30.9 mm ~ 35/36 minggu,

FL: 6.87 mm ~ 35/36 minggu, Taksiran Berat Janin: 2400 gr, plasenta di fundus, presentasi bokong. Terdapat bentukan massa di vagina anterior ukuran 10.23 x 11.19 x 8.76 cm.

Hasil Laboratorium:

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Berat Jenis (SG)	1,029		0,00-0,00
Ph	6,5		4,5-8,0
Leukosit	Negatif		Negatif
Nitrit	Negatif		Negatif
Protein	1+		Negatif
Glukosa	Negatif		Negatif
Keton	Negatif		Negatif
Urobilinogen	Normal		<1,0
Bilirubin	Negatif		Negatif
Warna	Amber		Kuning
Kejernihan	Clear		Jernih
Eritrosit (darah)	Negatif		Negatif
Albumin : creat (A : C)	80	mg/gCr	< 30 mg/gCr
Protein : creat (P : C)	0,15	g/gCr	< 0,15 g/gCr
GDA	100	mg/dL	100-126
SGOT	21,0	U/L	0-35
SGPT	15,0	U/L	0-35
BUN	7,0	mg/dL	7-18
Kreatinin serum	0,53	mg/dL	0,6-1,3
Kalium	4	mmol/l	3,5-5,1
Natrium	142,0	mmol/l	136-145
Klorida	102,0	mmol/l	98-107
HBsAg	Non reaktif <0,10		<0,99 (NR)

Hasil Oral Glucose Challenge Test (OGCT)

OGCT	HASIL
OGCT 50	147 mg/dL
OGCT 100 puasa	83 mg/dL
OGCT 100 1 jam	148 mg/dL
OGCT 100 2 jam	152 mg/dL
OGCT 100 3 jam	129 mg/dL

Hasil Konsultasi dengan spesialis Kardio: *stable cardiac condition* dan *good functional capacity*. Pemeriksaan Foto Thorax: Cor prominent, saat ini pulmo tidak tampak kelainan. Swab PCR Covid-19 ID Now: negative. Advice Dokter, terapi: SF 500 mg/12 jam, Kalk 500 mg/12 jam, Metildopa 500 mg/12 jam, Nifedipin 10 mg/ 8 jam.

Diagnosis dari kasus ini yaitu GIIP1001 36/37 minggu janin tunggal hidup intrauterine presentasi bokong dengan Hipertensi kronis Superimposed Preeklampsia dan Myoma servikalis, primi tua sekunder. Tatalaksana pada kasus ini dilakukan oleh Bidan dan dokter

spesialis kandungan, proses konsultasi juga dilakukan kepada disiplin lain seperti kardiovaskuler, serta pemeriksaan penunjang lainnya. Implementasi rencana asuhan diawali dengan menjelaskan keadaan ibu dan janin dari hasil pemeriksaan, melakukan kolaborasi terkait rencana persalinan yaitu persiapan SC dan MOW, memberikan KIE dan dukungan emosional untuk mengurangi kekhawatiran ibu, melibatkan ibu dan keluarga dalam asuhan, memberikan konseling terkait MOW, bersama dokter melakukan informed consent dan diskusi rencana tatalaksana mioma uteri selanjutnya, memfasilitasi pemenuhan nutrisi ibu dengan diet tinggi protein rendah garam, memfasilitasi personal hygiene, mendiskusikan terkait persiapan operasi dan ibu merasa sudah siap baik fisik maupun psikologi, mendampingi ibu hingga ke kamar operasi. Respon ibu baik, membutuhkan komunikasi dengan bahasa sederhana dan bertahap agar ibu dapat memahami dengan baik. Bayi lahir secara SC, pada usia kehamilan 36-37 minggu, langsung menangis, gerak aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, BB: 2900 gr, PB: 52 cm. Pada tindakan ini tidak dilakukan pemotongan mioma karena risiko perdarahan yang tinggi. Tatalaksana pasca SC dilakukan di ruang pemulihan kemudian ke ruang nifas.

PEMBAHASAN

Peran bidan dalam kaitannya dengan kasus kompleks pada kehamilan dan persalinan adalah dengan mengidentifikasi faktor risiko melalui pengkajian baik data subyektif maupun obyektif sangat penting dilakukan secara komprehensif dan fokus. Kehadiran dan dukungan bidan bertujuan agar perempuan dan keluarganya memahami keadaan, terlibat dalam pengambilan keputusan dan memberikan asuhan yang berkelanjutan (Crafter, Helen and Brewster, Jenny, 2014) kemampuan berikutnya yang harus dimiliki bidan yaitu, melakukan skrining, mengenali tanda dan gejala, menegakkan diagnosis baik diagnosis pasti maupun suspek, melakukan tatalaksanaan awal atau stabilisasi, melakukan kolaborasi dan rujukan.

Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai pre-eklampsia sebesar 25%. Hipertensi yang disertai pre-eklampsia biasanya muncul antara minggu 24-26 kehamilan. Hipertensi kronis disertai pre-eklampsia ada 2 yaitu hipertensi kronis disertai preeklampsia berat, yang disertai peningkatan tekanan darah, adanya proteinuria dengan adanya gangguan organ lain, sedangkan hipertensi kronis disertai preeklampsia, hanya ada peningkatan tekanan darah dan adanya proteinuria. Ketika terdapat gejala preeklampsia pada pasien hipertensi kronis atau kondisi hipertensi kronis yang memberat setelah umur kehamilan ≥ 20 minggu maka disebut dengan hipertensi *superimposed* preeklampsia (Penakib, 2016).

Pada kehamilan ini faktor resiko terjadinya hipertensi kronis *superimposed* preeklampsia yang pertama adalah usia hamil saat ini yaitu 41 tahun. Usia diatas 40 tahun merupakan salah



satu faktor risiko terjadinya preeklampsia (English et al., 2015; NICE, 2020). Pendapat lain juga dinyatakan oleh Khader et al., (2017) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa risiko preeklampsia berlipat dua ketika usia ibu di atas 30 tahun. Penakib (2016) menentukan usia ibu hamil yang berisiko terjadinya preeklampsia adalah ≥ 35 tahun. Penelitian menemukan bahwa usia ibu > 35 tahun meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Hal ini terkait dengan kerusakan endotel vaskular progresif yang terjadi dengan penuaan ibu dan obstruksi spiral arteriola lumina ibu oleh aterosclerosis (Luelon dan Phupong, 2010). Kerusakan pada sel endotel dapat mempengaruhi metabolisme prostaglandin karena sel endotel bertugas salah satunya untuk menghasilkan prostaglandin, sehingga produksi prostasiklin sebagai vasodilator kuat menjadi turun. Kemudian terjadi agregasi sel-sel trombosit ke daerah endotel yang rusak sehingga tromboksan yang merupakan vasokonstriktor kuat mengalami kenaikan (Keman, 2014).

Faktor risiko kedua, yaitu ibu memiliki anak terakhir berumur 20 tahun sehingga jarak kehamilannya lebih dari 10 tahun. Jika jarak kehamilan >5 tahun risiko terjadinya hipertensi meningkat dikarenakan terjadinya proses degeneratif atau melemahnya kekuatan fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi (Maharani dkk, 2012). Berhubungan dengan teori kelainan Vaskularisasi Plasenta, pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kegagalan “remodeling arteri spiralis”, sehingga aliran darah uteroplasenta menurun dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta (Prawirohardjo, 2016). Faktor ketiga yaitu primiparitas, dimana hal ini berhubungan dengan terjadinya preeklampsia melalui teori intoleransi imunologi ibu dan janin. Pada plasenta ibu preeklampsia, invasi trofoblas ke dalam desidua tidak berjalan sempurna disebabkan Human Leukocyte Antigen Protein G (HLA-G) yang bertugas mencegah trofoblas janin dihancurkan oleh sel Natural Killer (NK) ibu mengalami penurunan, dan memicu produksi sitokin kemudian terjadi *Immune- Maladaptation* (Keman, 2014; Lalenoh, 2018). Pada ibu dengan preeklampsia jumlah sel Th2 lebih banyak daripada jumlah sel Th1. Dominasi sel Th2 menyebabkan sitokin spesifik dikeluarkan kemudian memicu kerusakan, sehingga terjadi vasospasme sistemik yang menyebabkan penurunan aliran darah dari ibu ke plasenta dan mengganggu sirkulasi fetoplasenta.

Pada populasi umum, risiko preeklampsia adalah 3% hingga 5%, namun di antara wanita dengan hipertensi kronis, 17% hingga 25% mengalami superimposed preeklampsia (Sibai et

al., 2011). Dengan demikian, wanita dengan hipertensi kronis dengan superimposed preeklamsia memiliki hasil kelahiran yang lebih buruk dibandingkan wanita dengan hipertensi kronis tanpa superimposed preeklamsia. Data populasi Amerika, Kanada, dan Selandia Baru menunjukkan 10% hingga 20% prevalensi hambatan pertumbuhan janin, atau *small gestational age* pada kehamilan pada wanita dengan hipertensi kronis (Seely dan Ecker, 2014). Analisis yang lebih baru menunjukkan bahwa risikonya mungkin lebih tinggi antara wanita dengan superimposed preeklamsia dan tanpa preeklamsia, masing-masing 41% dan 21% (Seely dan Ecker, 2014). Karena abnormalitas pertumbuhan janin sering dianggap sebagai manifestasi disfungsi plasenta (Lowe et al., 2009). menarik untuk dicatat bahwa solusio plasenta lebih sering terjadi pada wanita dengan hipertensi kronis. Tingkat terjadinya solusio plasenta secara keseluruhan adalah 1,5%, dengan tingkat yang lebih tinggi pada mereka yang mengalami hipertensi kronis superimposed preeklamsia (3%) dibandingkan mereka yang tidak (1%). Analisis yang lebih baru dari pencatatan kelahiran di Swedia menemukan tingkat abrupsio plasenta sebesar 1,1% pada wanita dengan hipertensi kronis dan 0,4% ketika wanita tanpa hipertensi kronis (Zetterström et al., 2008).

Angka kelahiran prematur berkisar antara 12% hingga 34% di antara semua wanita dengan hipertensi kronis, tetapi setinggi 62% hingga 70% pada wanita dengan hipertensi berat. Persalinan dini sering kali merupakan hasil dari keputusan yang dibuat pasien dengan spesialis obstetri ketika kesehatan ibu atau janin yang memburuk sehingga mendukung dilakukannya induksi pada usia kehamilan dini. Prematuritas tentu berkontribusi pada peningkatan risiko kematian perinatal yang diakui di antara kehamilan pada wanita dengan hipertensi kronis. Zetterström dan rekan-rekannya melakukan analisis >800.000 catatan kelahiran Swedia, termasuk pada 4749 wanita dengan hipertensi kronis, dan melaporkan rasio odds 2,71 (95% CI, 1,96-3,73) untuk kematian intrauterin (lahir mati) dan rasio odds 2,89 (95% CI, 1,95-4,83) untuk kematian neonatus di antara kelompok dengan hipertensi kronis (Zetterström et al., 2008). Pada akhirnya, seperti dikatakan pada kehamilan dengan hipertensi kronis di mana ada kekhawatiran mengenai kesejahteraan ibu atau janin serta tingkat yang lebih tinggi terjadinya induksi persalinan dan kelahiran prematur, wanita dengan hipertensi kronis lebih mungkin untuk menjalani persalinan sesar daripada wanita dengan kehamilan normal. Sebuah penelitian di Israel terhadap >100.000 persalinan melaporkan rasio odds 2,7 (95% CI, 2,4-3,0) untuk seksio sesaria bahkan setelah penyesuaian untuk superimposed preeklamsia (Seely dan Ecker, 2014).

Berdasarkan hasil skrining preeklamsia didapatkan hasil positif (+). Hal ini diperoleh melalui hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang diketahui bahwa kehamilan saat ini



merupakan kehamilan primi tua sekunder dengan jarak kehamilan >10 tahun yang mana anak terkecil berusia 20 tahun, usia >35 tahun dan MAP > 90 mmHg, serta memiliki riwayat khusus hipertensi kronis. Hasil pemeriksaan laboratorium juga menunjukkan bahwa protein urine ibu +1, dimana protein urine merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil (Kemenkes, 2014).

Dalam riwayat kehamilan didapatkan bahwa ibu mengetahui adanya massa abnormal pada perut saat memeriksakan kehamilannya di Puskesmas, hasil USG didapatkan bahwa myoma yang memenuhi rongga vagina dengan ukuran diameter mioma 9 cm. Salah satu faktor risiko dari mioma ialah seiring berkembangnya usia dapat menyebabkan perkembangan mioma meningkat. Usia 41 tahun dihubungkan dengan penelitian yang menyatakan bahwa myoma didiagnosis pada 20-25% wanita usia reproduksi, dan 30-40% wanita di atas 40 tahun. Ibu memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2010 dan tidak pernah meminum obat hipertensi, sedangkan hipertensi pada ibu dengan mioma biasanya kronis dan membutuhkan pengobatan dengan obat antihipertensi (Sparic et al., 2016).

Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan cedera sel otot polos dan/atau pelepasan sitokin dan meningkatkan risiko pertumbuhan fibroid uterus, dalam proses yang serupa dengan aterosklerosis (Chen et al., 2021). Ada kemungkinan bahwa peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan cedera sel otot polos arteri dan pelepasan sitokin tertentu, akibatnya meningkatkan risiko berkembangnya plak ateromatosa, Proses ini dianggap penting untuk pertumbuhan fibroid uterus juga. Leiomioma uteri terdiri dari sel otot polos miometrium dan sejumlah besar matriks ekstraseluler yang mengandung kolagen, fibronektin, dan proteoglikan. Efek spasial leiomioma uteri, seperti konstiksi arteri miometrium dan penurunan aliran darah uterin mungkin bertanggung jawab atas efek leiomioma uteri; namun, bukti terbaru menunjukkan bahwa leiomioma uteri dapat mensekresi beberapa zat vasoaktif. Peningkatan ekspresi siklooksigenase-2 (COX-2) terbukti pada leiomioma uteri dengan peningkatan kadar beberapa prostaglandin (Ke et al., 2013). Bukti yang berkembang menunjukkan bahwa produksi prostanoid yang bergantung pada COX-2 memodulasi angiogenesis. Misalnya, beberapa prostanoid merangsang angiogenesis in vivo dan tingkat faktor pertumbuhan endotel vaskular meningkat sebagai respons terhadap PGE₂ di beberapa jenis sel (Iñiguez et al., 2003). Endothelin-1 (ET-1) adalah peptida 21-aa yang dilepaskan oleh sel endotel, dan salah satu vasokonstriktor paling kuat yang dijelaskan, ia bekerja pada reseptor endothelin A dan B yang ada di sel endotel dan otot polos. Secara signifikan, kadar ET-1 plasma meningkat pada wanita dengan leiomioma uteri dan implan leiomioma uteri menunjukkan peningkatan sekresi ET-1 in vitro, sehingga membentuk hubungan mekanistik potensial antara regulasi tekanan darah

dan leiomioma uteri (Wallace et al., 2014). Hubungan ini relevan mengingat peran penting yang dimainkan oleh ET-1 dalam fungsi miometrium (Tanfin et al., 2011) dan gangguan hipertensi kehamilan termasuk preeklamsia (Verdonk et al., 2015). Peningkatan aktivitas ATP-regenerating enzyme creatine kinase (EC 2.7.3.2) pada leiomioma uteri mungkin juga memiliki efek vasoaktif. Secara signifikan, aktivitas kreatin kinase yang relatif tinggi ditemukan pada jaringan leiomioma uteri dibandingkan dengan miometrium yang berdekatan. Aktivitas kreatin kinase mempertahankan tingkat ATP seluler yang menyediakan ATP untuk berbagai proses, di antaranya kontraksi sel otot polos. Beberapa bukti sebenarnya menunjukkan hubungan antara aktivitas creatine kinase dan hipertensi melalui potensiasi kontraksi dan redaman vasodilatasi, dan yang penting, aktivitas creatine kinase berkorelasi dengan hipertensi gestasional (Horjus et al., 2019).

Dalam menegakkan diagnosis, pemeriksaan Leopold dan diperkuat dengan USG, janin mengalami malpresentasi dengan presentasi bokong. Hal ini sesuai dengan teori dimana mioma selama kehamilan dikaitkan dengan komplikasi obstetri seperti malpresentasi janin. Mioma besar dengan diameter >5cm berhubungan dengan risiko kelahiran prematur, pemendekan serviks, jika dibandingkan dengan ukuran mioma yang kecil, atau tanpa mioma (Huang et al., 2015). Sebuah meta-analisis tahun 2008 menunjukkan peningkatan risiko yang signifikan untuk terjadinya malpresentasi (OR 2,9; 95% CI 2.6 to 3.2), persalinan dengan seksio caesaria (OR 3.7; 95% CI 3.5 to 3.9), dan persalinan preterm (OR 1.5; 95% CI 1.3 to 1.7). Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa mioma intra uteri meningkatkan risiko dari malpresentasi janin, namun tidak semua artikel menyertakan ukuran dan lokasi dari mioma. Fibroid multipel dan berukuran besar dapat mengubah rongga uterus dan secara konsisten berkaitan dengan malpresentasi fetus. (Milazzo et al., 2017). Pada kasus ini mioma berukuran ± 10 cm dan berada di bagian serviks, sehingga menutupi jalan lahir yang berakibat pada kepala janin tidak bisa masuk ke dalam rongga panggul. sehingga terjadi malpresentasi.

Fibroid uterus menyebabkan posisi yang salah pada fetus dan mengganggu aktivitas uterus pada persalinan. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan jumlah seksio sesarea yang dikonfirmasi oleh Aydenzi, Vergan, Rice et al. Aydeniz menunjukkan bahwa seksio sesarea lebih banyak di kalangan wanita hamil dengan fibroid pada uterus (52.9% vs 27.9% pada kelompok kontrol). Tidak ada hubungan antara jumlah komplikasi dengan jumlah fibroid pada wanita hamil. Namun begitu, jumlah tindakan seksio sesaria jauh lebih tinggi pada pasien dengan uterus fibroid yang terletak pada bagian bawah uterus daripada jumlah tindakan seksio pada uterus fibroid yang letaknya di fundus uteri (sebanyak 39% dan 18%). Dijumpai pula peningkatan jumlah seksio pada kejadian uterus fibroid dengan diameter lebih dari 5 cm, tidak



seperti kasus dengan ukuran yang kurang dari 5 cm (sebanyak 35% dan 17%) (Vilos et al., 2015). Studi *multicenter survey* pada 112.403 persalinan di China juga menunjukkan bahwa wanita hamil dengan fibroid uteri (Mioma uteri) meningkatkan risiko kelahiran sesar, presentasi sungsang. Ukuran dan lokasi mioma uteri memiliki pengaruh penting pada cara persalinan (Zhao et al., 2017). Berdasarkan pertimbangan ukuran mioma ibu yang menutupi jalan lahir, yaitu sebesar ± 10 cm, menyebabkan janin tidak bisa masuk ke dalam rongga panggul maka proses persalinan dilakukan secara *secio caesarea*.

Penatalaksanaan bidan pada kasus kompleks dilakukan baik secara mandiri maupun dengan kolaborasi dengan profesi lainnya sesuai dengan kebutuhan (Crafter, Helen and Brewster, Jenny, 2014). Dalam hal ini dokter spesialis obstetri dan ginekologi, spesialis kardiologi, spesialis anestesi, dan spesialis anak serta unit penunjang lain seperti radiologi, laboratorium dan gizi. Kolaborasi interprofesional adalah suatu kolaborasi internal yang terjadi bagi pelayan kesehatan dengan latar belakang pendidikan yang berbeda yang dapat mendukung pelayanan kesehatan dalam mencapai kesehatan serta keselamatan pasien. Peran bidan dalam asuhan yaitu dengan asuhan yang berpusat pada perempuan, melibatkan keluarga dalam tatalaksana, memberikan dukungan psikologis. Komunikasi Informasi dan Edukasi terkait perencanaan keluarga yaitu penggunaan kontrasepsi MOW karena sudah tidak ingin memiliki anak lagi serta rencana untuk observasi dan tindakan pengangkatan mioma uteri. Evaluasi asuhan yaitu ibu dan bayi sehat. Hal ini tidak lepas dari kesadaran perempuan, ANC yang komprehensif, rujukan tepat dan tatalaksana sesuai dengan kebutuhan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus kompleks yaitu persalinan dengan hipertensi kronis *superimposed* preeklampsia dan mioma uteri di fasilitas Kesehatan tingkat lanjut (RS Tipe A). Asuhan kebidanan dilakukan baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan profesi lainnya. Persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* sesuai dengan indikasi dengan output keadaan ibu dan bayi sehat. Saran dapat dilanjutkan asuhan pada pasca salin sebagai model asuhan kebidanan yang berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), (2013) *Hypertension in Pregnancy* 122, 1122–1131.
- Advancing, A., Invasive, M., Worldwide, G., (2012) AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Submucous Leiomyomas. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 19, 152–171. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.09.005>

- Chen, Yequna,*; Lin, Mengyuea,b,*; Guo, Pic,*; Xiao, Jiaxina; Huang, Xirua,b; Xu, Land; Xiong, Nianlinga,b; O’Gara, Mary Claree; O’Meara, Michael; Tan, Xueruia (2021) Uterine fibroids increase the risk of hypertensive disorders of pregnancy: a prospective cohort study, *Journal of Hypertension*: Volume 39 - Issue 5 - p 1002-1008. doi: 10.1097/HJH.0000000000002729.
- Cimilli Senocak, G.N., Topdagi Yilmaz, E.P., (2019) Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by intrahepatic cholestasis. *Eurasian J. Med.* 51, 270–272. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2019.18447>
- Crafter, Helen and Brewster, Jenny (2014) ‘*Common Problems associated with early and advance pregnancy, Myles Textbook for Midwifery*’: Churchill Livingstone Elsevier. Page: 222.
- Egbe, T.O., Badjang, T.G., Tchounzou, R., Egbe, E.N., Ngowe, M.N., (2018) Uterine fibroids in pregnancy: Prevalence, clinical presentation, associated factors and outcomes at the Limbe and Buea Regional Hospitals, Cameroon: A cross-sectional study. *BMC Res. Notes* 11, 4–9. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4007-0>
- English, F.A., Kenny, L.C., McCarthy, F.P., (2015) Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integr. Blood Press. Control* 8, 7–12. <https://doi.org/10.2147/IBPC.S50641>
- Horjus, D.L., Bokslag, A., Hutten, B.A., van den Born, B.-J.H., Middeldorp, S., Vrijkotte, T.G.M., (2019) Creatine kinase is associated with blood pressure during pregnancy. *J. Hypertens.* 37.
- Huang, Y.P., Hsu, M.C., Lee, C.N., Fan, S.Z., Chen, L.K., (2015) Myomectomy of a massive uterine myoma during cesarean section under regional anesthesia. *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.* 54, 196–197. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2012.07.043>
- Iñiguez, M.A., Rodríguez, A., Volpert, O. V, Fresno, M., Redondo, J.M., (2003) Cyclooxygenase-2: a therapeutic target in angiogenesis. *Trends Mol. Med.* 9, 73–78. [https://doi.org/10.1016/s1471-4914\(02\)00011-4](https://doi.org/10.1016/s1471-4914(02)00011-4)
- Ke, X., Dou, F., Cheng, Z., Dai, H., Zhang, W., Qu, X., Ding, P., Zuo, X., (2013) High expression of cyclooxygenase-2 in uterine fibroids and its correlation with cell proliferation. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 168, 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.01.006>
- Keman, Kusnarman (2014) *Patomekanisme Preeklamsi Terkini*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. <https://doi.org/10.1002/qj>
- Khader, Y.S., Batieha, A., Al-njadat, R.A., Hijazi, S.S., Khader, Y.S., Batieha, A., Al-njadat, R.A., Sa, S., (2017) Preeclampsia in Jordan : incidence , risk factors , and its associated maternal and neonatal outcomes and neonatal outcomes. *J. Matern. & Neonatal Med.* 0, 000. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1297411>
- Lowe, S.A., Brown, M.A., Dekker, G.A., Gatt, S., McIntock, C.K., McMahon, L.P., Mangos, G., Moore, M.P., Muller, P., Paech, M., Walters, B., (2009) Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008. *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.* 49, 242–246. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01003.x>
- Luelon, P., Phupong, V., (2010) Risk Factors of Preeclampsia in Thai Women. *J. Medica Assoc. Thai* 93, 661–666.
- Maharani, R. (2012). Hubungan jarak kehamilan dengan kejadian preeklamsia di RSUD Ulin Banjarmasin periode Maret- Juni tahun 2012. *Banjarbaru : Fak. Kedoktr. Unlam.*
- Milazzo, G.N., Catalano, A., Badia, V., Mallozzi, M., Caserta, D., (2017) Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 43, 1789–1804. <https://doi.org/10.1111/jog.13437>
- Nadar, S., Lip, G.Y.H., (2015) *Pathophysiology of hypertension in Oxford Cardiology Library Hypertension*, 2nd ed. Oxford University Press.



- NICE, 2020. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133). NICE Guidel. 55.
- Penakib, S., (2016) Penatalaksanaan Preeklampsia dan Perdarahan Postpartum. Satgas Penakib Jawa Timur, Jawa Timur.
- Prawirohardjo, S., (2016) *Ilmu Kebidanan*, 4 ed. Jakarta.
- Seely, E.W., Ecker, J., (2014) Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation* 129, 1254–1261. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003904>
- Sibai, B.M., Koch, M.A., Freire, S., Pinto E Silva, J.L., Rudge, M.V.C., Martins-Costa, S., Moore, J., De Barros Santos, C., Cecatti, J.G., Costa, R., Ramos, J.G., Moss, N., Spinnato, J.A., (2011) The impact of prior preeclampsia on the risk of superimposed preeclampsia and other adverse pregnancy outcomes in patients with chronic hypertension. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 204, 345.e1-345.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.027>
- Sparic, R., Mirkovic, L., Malvasi, A., Tinelli, A., (2016) Epidemiology of uterine myomas: A review. *Int. J. Fertil. Steril.* 9, 424–435. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4599>
- SRS Litbangkes (2016) Metadata Penelitian Badan Litbangkes Tahun 2018. Kemkes.go.id.
- Suhardjono, (2017) Hipertensi Pada Kehamilan. Dalam. *Ilmu Penyakit Dalam* 2, 4005–4008.
- Tanfin, Z., Leiber, D., Robin, P., Oyeniran, C., Breuiller-Fouché, M., 2011. Endothelin-1: physiological and pathological roles in myometrium. *Int. J. Biochem. Cell Biol.* 43, 299–302. <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2010.10.009>
- Vilos, G.A., Allaire, C., Laberge, P.Y., Leyland, N., Vilos, A.G., Murji, A., Chen, I., (2015) The Management of Uterine Leiomyomas. *J. Obstet. Gynaecol. Canada* 37, 157–178. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30338-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30338-8)
- Wallace, K., Chatman, K., Porter, J., Scott, J., Johnson, V., Moseley, J., LaMarca, B., (2014) Endothelin 1 is elevated in plasma and explants from patients having uterine leiomyomas. *Reprod. Sci.* 21, 1196–1205. <https://doi.org/10.1177/1933719114542018>
- Zetterström, K., Lindeberg, S.N., Haglund, B., Hanson, U., (2008) The association of maternal chronic hypertension with perinatal death in male and female offspring: A record linkage study of 866 188 women. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 115, 1436–1442. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01844.x>
- Zhao, R., Wang, X., Zou, L., Li, G., Chen, Y., Li, C., Zhang, W., (2017) Adverse obstetric outcomes in pregnant women with uterine fibroids in China: A multicenter survey involving 112,403 deliveries. *PLoS One* 12, e0187821.