

DOA BELAJAR

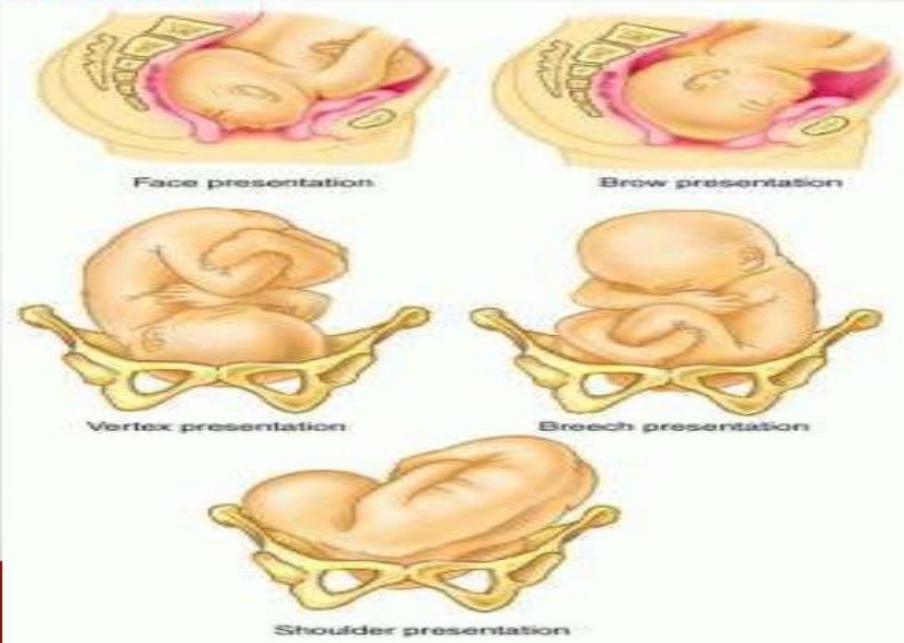
رَضِيتُ بِاللَّهِ رَبًّا وَبِالْإِسْلَامِ دِينًا وَبِمُحَمَّدٍ نَبِيًّا وَرَسُولًا
رَبِّي زِدْنِي عِلْمًا وَارزُقْنِي فَهْمًا

“Kami ridho Allah SWT sebagai Tuhanku, Islam sebagai agamaku, dan Nabi Muhammad sebagai Nabi dan Rasul, Ya Allah, tambahkanlah kepadaku ilmu dan berikanlah aku kefahaman”

Penyulit dalam Persalinan

Evi Wahyuntaru, S.ST., M.Keb

PRESENTASI



Presentasi janin

- Presentasi janin: bagian janin yang pertama kali memasuki PAP dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm
- Bagian presentasi: bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam
- Bagian presentasi: presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, presentasi muka, dll

Letak janin

- Letak janin: hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu.
- Letak janin: memanjang, melintang, obliq/miring
- Letak janin memanjang: letak kepala, letak bokong.

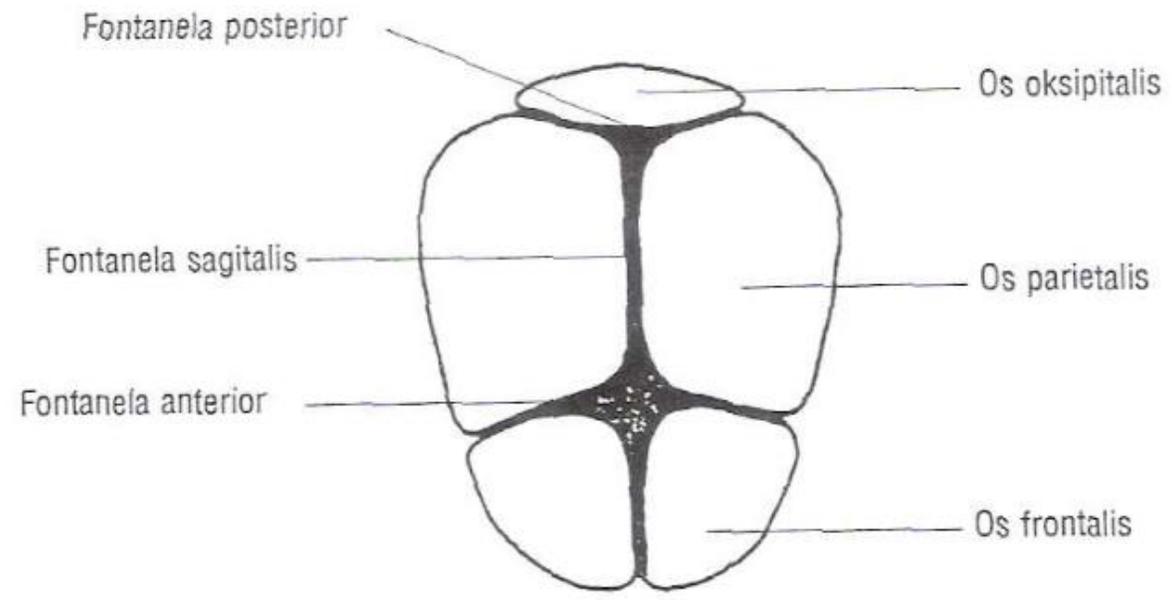
Sikap janin

- hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain, hal ini sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim.
- Fleksi umum, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kearah sendi lutut, tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai

Posisi janin

- hubungan antara bagian presentasi (occiput, sacrum, mentum, sinsiput/puncak kepala menengadah) yang merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap empat kuadran panggul ibu, missal pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang

Distocia Kelaianan Presentasi dan posisi (mal posisi)



Penanda pada tengkorak janin

Mal posisi

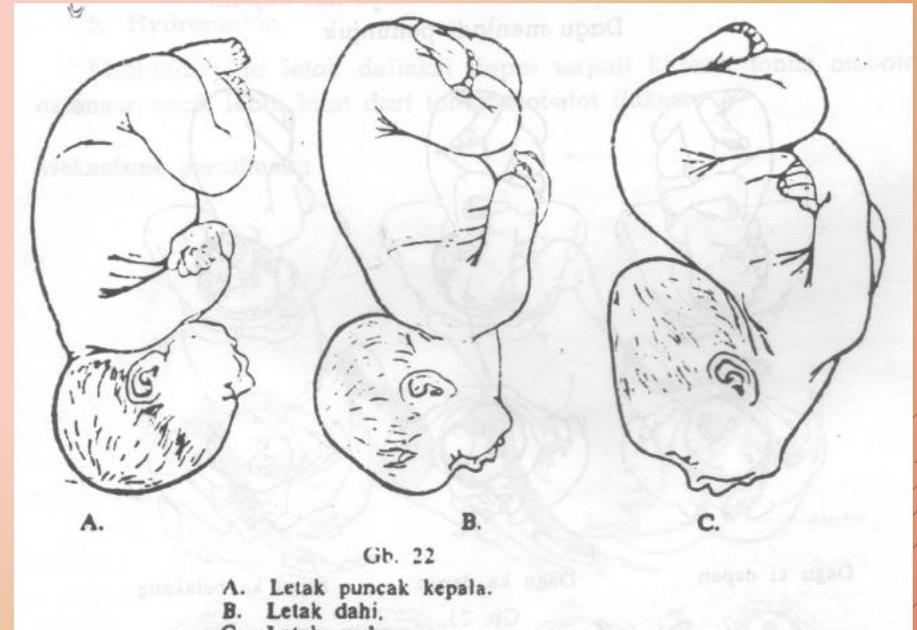
- kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu.
- Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

Pemeriksaan untuk mendiagnosa malposisi

- Pemeriksaan abdominal: bagian terendah abdomen datar, bagian kebagian terendah abdomen datar, bagian kecil janin teraba bagian anterior dan DJJ dibagian samping (flank)
- Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput dianterior akan mudah teraba bila kepala defleks

Presentasi puncak kepala

- Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi. Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput.



Etiologi

- Kelainan Panggul
- Anak kecil/mati
- Kerusakan dasar panggul

Penanganan

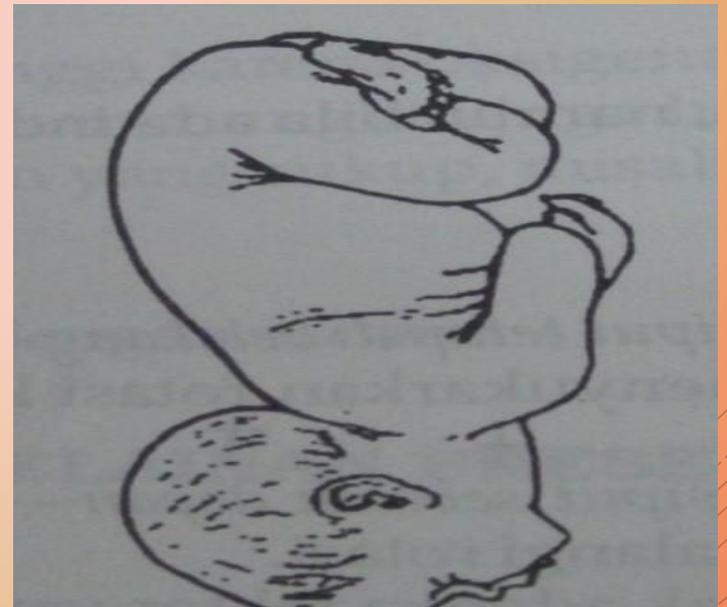
- Usahakan lahir pervaginam karena kira kira 75% bisa lahir pervaginam
- Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput dengan Ubum Ubum Besar

Komplikasi

- Ibu → Partus lama, robekan luas pada jalan lahir
- Bayi → mortalitas tinggi

Presentasi dahi

- Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian teredah.
- Pada pemeriksaan vaginal dapat diraba pangkal hidung, tepi atas orbita, sutura frontalis dan ubun-ubun besar.



Etiologi

- Panggul sempit
- Janin besar
- Multiparitas
- Kelainan janin
- Kematian janin intra uterin

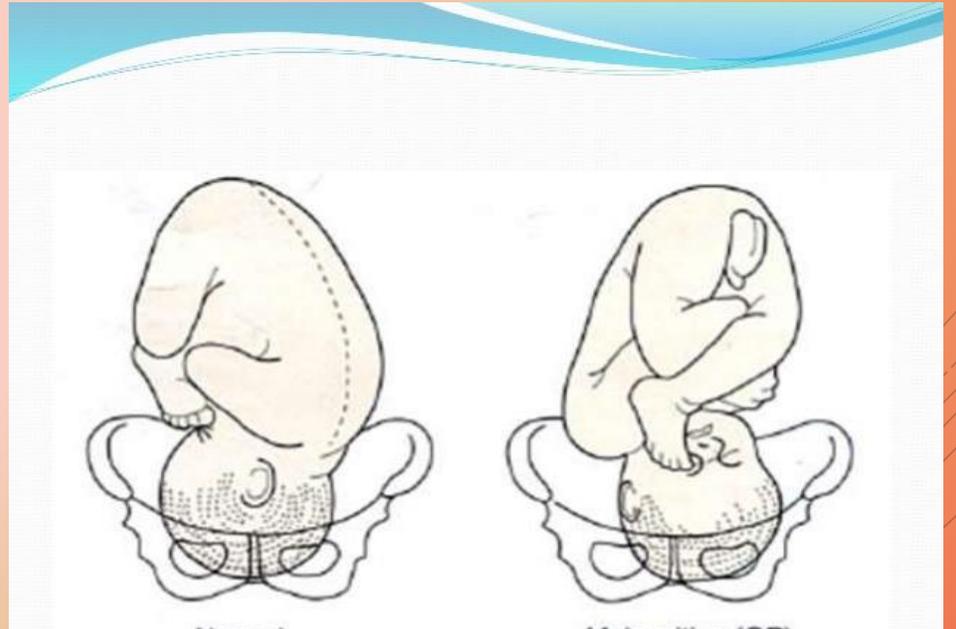
Penanganan

- Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC

Komplikasi

- Ibu → Partus lama, robekan luas pada jalan lahir
- Bayi → mortalitas tinggi

- Pada persalinan persentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui Pintu Atas Panggul dengansutura sagitaris melintang/miring, sehingga Ubun Ubun Kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang



Etiologi

- Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranvesa
- Segmen depan menyempit
- Otot -otot dasar panggul yang lembek pada multipara
- Kepala janin yang kecil dan bulat

Penanganan

- Lakukan pengawasan dengan seksama dengan harapan dapat lahir spontan
- Tindakan baru dilakukan jika kala II terlalu lama/ada tanda bahaya terhadap janin

Presentasi Muka

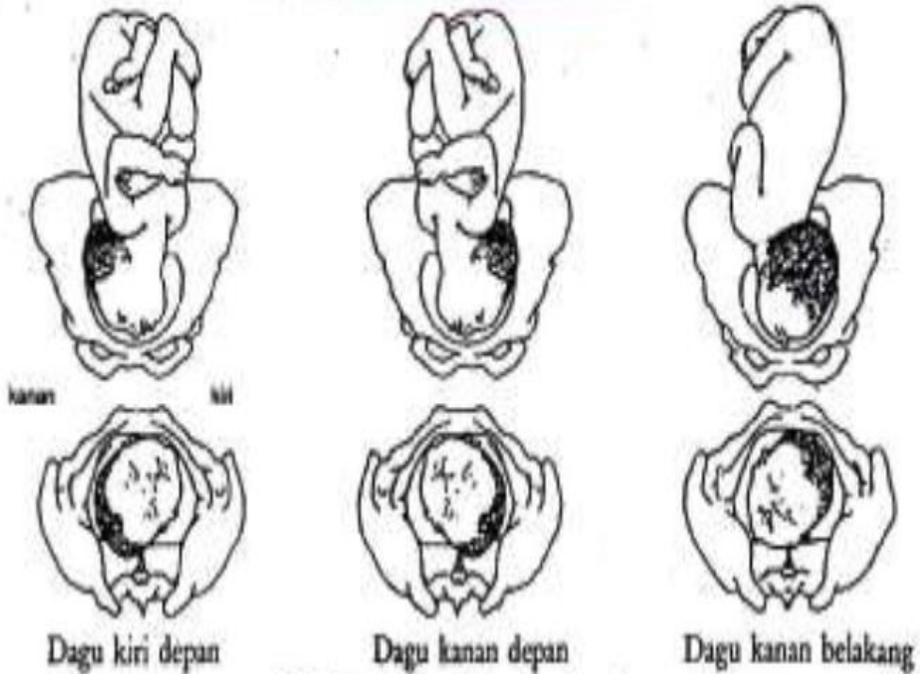
- disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin.
- Pada PD Terba muka, mulut, hidung dan pipi



Etiologi

- Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transvesa
- Segmen depan menyempit
- Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- Kepala janin yang kecil dan bulat

• **POSISI PADA PRESENTASI MUKA DENGAN PETUNJUK DAGU / MENTUM**



Gambar 17-6. Presentasi muka

- Dagu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu Anterior dan Posterior:
- 1) Presentasi muka dagu anterior posisi muka fleksi
- 2) Presentasi muka dagu posterior posisi muka defleksi Max

Penanganan

Dagu posterior

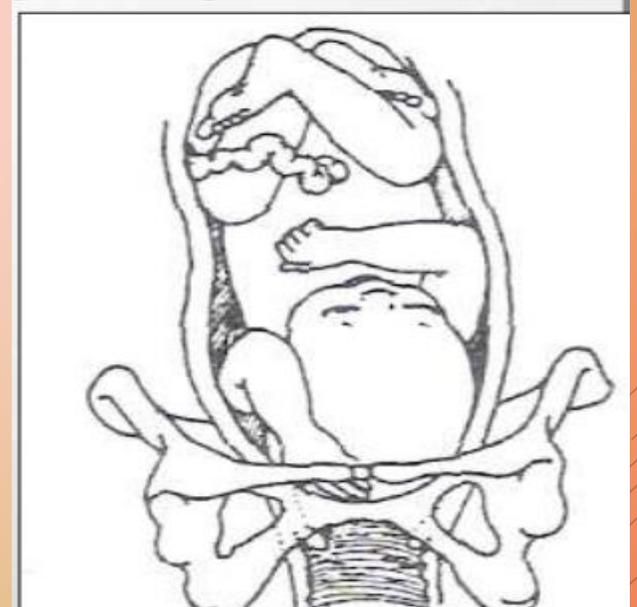
- Bila pembukaan lengkap: 1) Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam 2) Bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drip 3) Bila penurunan kurang lancar
- Bila pembukaan belum lengkap: Tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek

Penanganan

- **Dagu anterior** 1) Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria 2) Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Secio Caesaria

Presentasi ganda (majemuk)

- Apabila pada presentasi kepala terabajugatanan/lengandan/ataukaki
- Apabila pada presentasi bokong terabajugatanan/lengan.
- Persalinan spontan hanya terjadi bila janin kecil atau mati dan maserasi



Distocia karena
kelainan His

1. False Labour (persalinan palsu)

- His belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan

2. Persalinan lama

- Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh:
- Kontraksi uterus yang tidak efektif
- Disproporsi sefalopelvik
- Posisi oksipitoposterior

3. Prolonged latent phase(fase laten yang memanjang)

- Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, 2007 menyatakan bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu

4. Prolonged active phase (Fase aktif memanjang)

- urasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan
- Fase aktif yang memanjang disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor yang meliputi serviks, uterus, fetus dan pelvis ibu

5. Inersia Uteri Hipotonik

- kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaanserviks atau mendorong anak keluar
- kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang.

Inersia uteri primer

- Terjadi pada permulaan
- fase latent. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belu

Inersia uteri sekunder

- Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan

Penatalaksanaan

- Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki.
- Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.
- Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan section caesarea.

Inersia Uteri Hipertonik

- kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar

Etiologi

- rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan,
- ketuban pecah lama disertai infeksi,

Penatalaksanaan

- pengobatan simptomatis untuk mengurangi tonus otot, nyeri dan mengurangi ketakutan.
- Denyut jantung janin harus terus dievaluasi.
- Bila dengan cara tersebut tidak berhasil, persalinan harus diakhiri dengan section caesarea

His Yang Tidak Terkoordinasi

- Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar kontraksi dan bagian-bagiannya
- kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin
- ada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju

Penatalaksanaan

- Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot: berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedative dan analgetika)
- Apabila persalinan berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forceps atau section caesare

Faktor risiko

- anemia,
- uterus yang terlalu teregang, misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemulti para atau primipara,
- serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik

Distocia karena
kelainan alat
kandung

1. Vulva

- **Odema** : Bisa timbul waktu hamil, biasanya sebagai gejala preeklamsi tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misal gangguan gizi. Pada persalinan lama pada penderita di biarkan meneran terus , dapat timbul pada edem vulva.
- **Stenosis pada vulva**: Biasanya terjadi sebagai akibat dari perlukaan dan radang, yang menyebabkan ulkus yang embuh dengan parut yang dapat menimbulkan kesulitan. Walaupun dapat diatasi dengan ,melakukan episiotomy cukup luas.
- **Tumor**: Tumor dalam bentuk neoplasma jarang ditemukan di vulva, lebih sering terdapat kondiloma akuminta, kista, abses glandula bartolini.

2. vagina

- Septum vagina lebih sering terjadi. Septum vagina lengkap biasanya tidak menimbulkan dystocia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus, maupun untuk lahirnya janin. Selain septum terdapat juga tumor vagina yang dapat menyebabkan risiko, tergantung jenis dan besarnya tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung pervagina atau harus diselesaikan secara SC

3. servik

- Kondisi dimana struktur servik abnormal yang disebabkan karena kelainan konginetal atau di dapat. Kelainan konginetal, jaringan parut, stenosis atau servik tidak berkembang. Distocia karena kelaianya yang di dapat di sebabkan karena fibrosis dan infeksi, pembedahan dan radiasi. Meskipun kontraksi uterus normal, swrvik tidak membuka dan terasa kaku dank eras, oleh karena itu persalinan pervagina tidak dapat dilakukan dan di anjurkan secara SC.

4. Uterus

- Distocia karena mioma uteri dapat terjadi apabila letak mioma uteri menghalangi lahirnya janin pervagina, mioma uteri menyebabkan inersia uteri persalinan. Bila mioma merupakan halangan bagi lahirnya janin pervagina maka perlu dilakukan SC

Distocia
kelainan letak
janin

1. Bayi besar

- Bayi besar baretta badan lebih dari 4000 gram. Diagnosis dilakukan pemeriksaan yang teliti adanya DKP (disporposicepalo pelvik) perlu dilakukan. Besarnya kepala janin dan tubuh janin dapat di ukur menggunakan USG. Beberapa kasus pada panggul normal janin dengan berat badan kurang 4500 gram tidak menimbulkan kesukaran persalinan. Kesukaran terjadi karena dystocia ahu yang dapat menyebabkan kesukaran kelahiran sehingga bayi dapat meninggal akibat asfiksia

2. Hydrocephalus

- Kepala yang sangat besar yang disebabkan karena peningkatan jumlah cairan serebrospinal yang meluas ke otak. Tulang kranialnya lembut, fontanela besar dan sutura lebar. Keadaan ini menyebabkan obstruksi persalinan jika tidak didiagnosis dengan segera. Pada palpasi abdomen kepala terasa besar di bagian atas pinggir teraba abokong. Diagnosis ditetapkan dengan USG., radiografik dan pemeriksaan oervagina. Bila tidak segera dilakukan pertolongan, bahaya ruptur uteri akan mengancam. Ruptur uteri pada hidrocephalus dapat terjadi sebelum pembukaan lengkap, karena tengkorak yang besar ikut meregangkan segmen bawah Rahim.

Ancephalus

- Ancephalus adalah kondisi diaman tulang tengkorak tidak ada dan hamper tidak ada perkembangan otak.], yang terbukadan tampak masa gelap dan merah

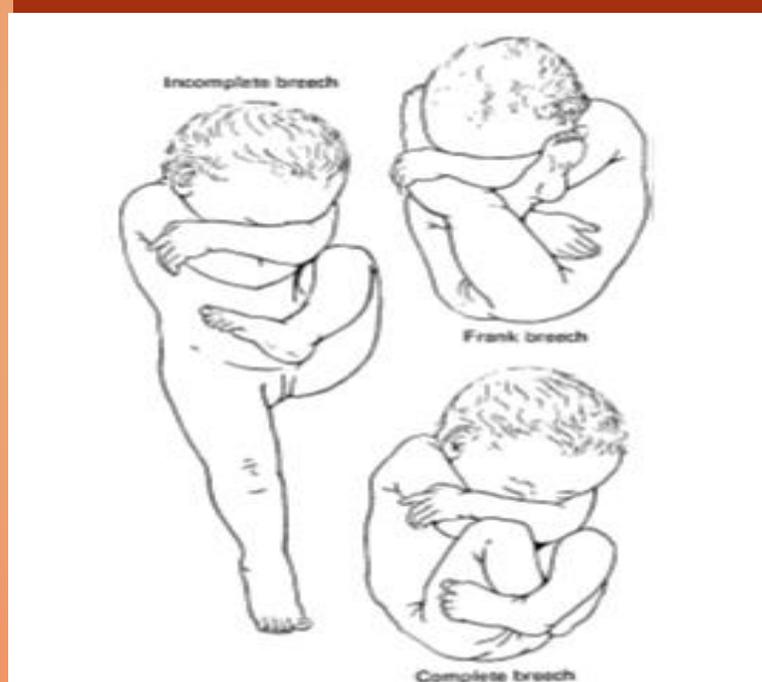
Presentasi bokong

- Presentasi bokong (Sungsang) didefinisikan bila janin dalam posisi membujur dengan bokong berada di uterus bagian bawah sedangkan kepala di bagian atas

Faktor predisposisi

- Prematuritas,
- kelainan bentuk uterus,
- mioma uteri,
- polihidramnion,
- anomali janin dan kehamilan kembar (gemelli).

Klasifikasi



- *Frank breech* (bokong murni) apabila bagian bawah janin adalah bokong saja tanpa disertai lutut atau kaki. Terjadi ketika kedua paha janin fleksi dan ekstremitas bawah ekstensi.
- *Complete breech* (bokong-kaki) apabila bagian bawah janin adalah bokong lengkap disertai kedua paha yang tertekuk atau kedua lutut tertekuk (duduk dalam posisi jongkok).
- *Footling* (presentasi kaki) apabila bagian bawah janin adalah kaki atau paha. Bisa satu kaki atau kedua kaki, bisa kaki dan paha atau kedua lutut.

Diagnosa

Pemeriksaan luar

- **Pemeriksaan Leopold:** Di bagian bawah uterus teraba besar bulat lunak, dan tidak mudah digerakkan. Di bagian fundus teraba bagian besar, bulat, keras.
- **Denyut jantung janin** umumnya ditemukan setinggi atau sedikit di atas umbilikus.
- **Pemeriksaan USG**

Diagnosa

Pemeriksaan dalam

- Setelah ketuban pecah, dapat diraba adanya bokong yang ditandai adanya sacrum, kedua tuber ossis iskii, dan anus.
- Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari-jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan.
- Untuk membedakan bokong dan muka, jari yang dimasukkan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang.

Tata laksana

- Spontan Bracht
- *Partial Extraction*/Manual Aid terdiri dari
- Melahirkan bahu dengan cara/teknik:
 - Muller
 - Klasik
 - Lovseet
- Melahirkan kepala dengan cara/teknik:
 - Mauriceau

Kriteria persalina pervagian

Kriteria Janin:

- *Frank breech presentation* (diutamakan)
- Berat janin 2000 – 3500 gr
- Usia kehamilan \geq 34 minggu
- Kepala fleksi

Kriteria ibu

- Panggul normal
- Tidak ada indikasi dilakukan seksio sesarea
- Tidak ada kontra indikasi

Tabel Zatuchni Andros¹¹

Keterangan	0	1	2
Paritas	Primi	Multi	
Usia Gestasi	≥ 39 minggu	38 minggu	≤ 37 minggu
TBJ	≥ 3630	3629 - 3176	≤ 3176
Riwayat pres. bokong	-	1 kali	2 kali
Station	-3	-2	-1/lebih rendah
Pembukaan	≤ 2 cm	3 cm	≥ 4 cm

Bila skor > 4 bisa dipertimbangkan untuk dilakukan partus pervaginam



Terimakasih

Doa sesudah Belajar

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُمَّ ارِنَا الْحَقَّ حَقًّا وَارْزُقْنَا اتِّبَاعَهُ وَأَرِنَا الْبَاطِلَ بَاطِلًا
وَارْزُقْنَا اجْتِنَابَهُ

**Ya Allah Tunjukkanlah kepada kami kebenaran
sehingga kami dapat mengikutinya Dan
tunjukkanlah kepada kami kejelekan
sehingga kami dapat menjauhinya**