

PATOLOGI OBSTETRIK

Dr. KARTIKA LILISANTOSA



UNIVERSITAS ESA UNGGUL
PROGRAM STUDI MIK

KEHAMILAN

Lamanya kehamilan	Berat anak	Istilah
< 22 minggu	< 500 gram	abortus
22-28 minggu	500 gram- 1000 gram	Partus immaturus
28-37 minggu	1000 gram- 2500 gram	Partus praematurus
37-42 minggu	> 2500 gram- 4500 gram	Partus maturus / aterm
>42 minggu		Partus serotinus

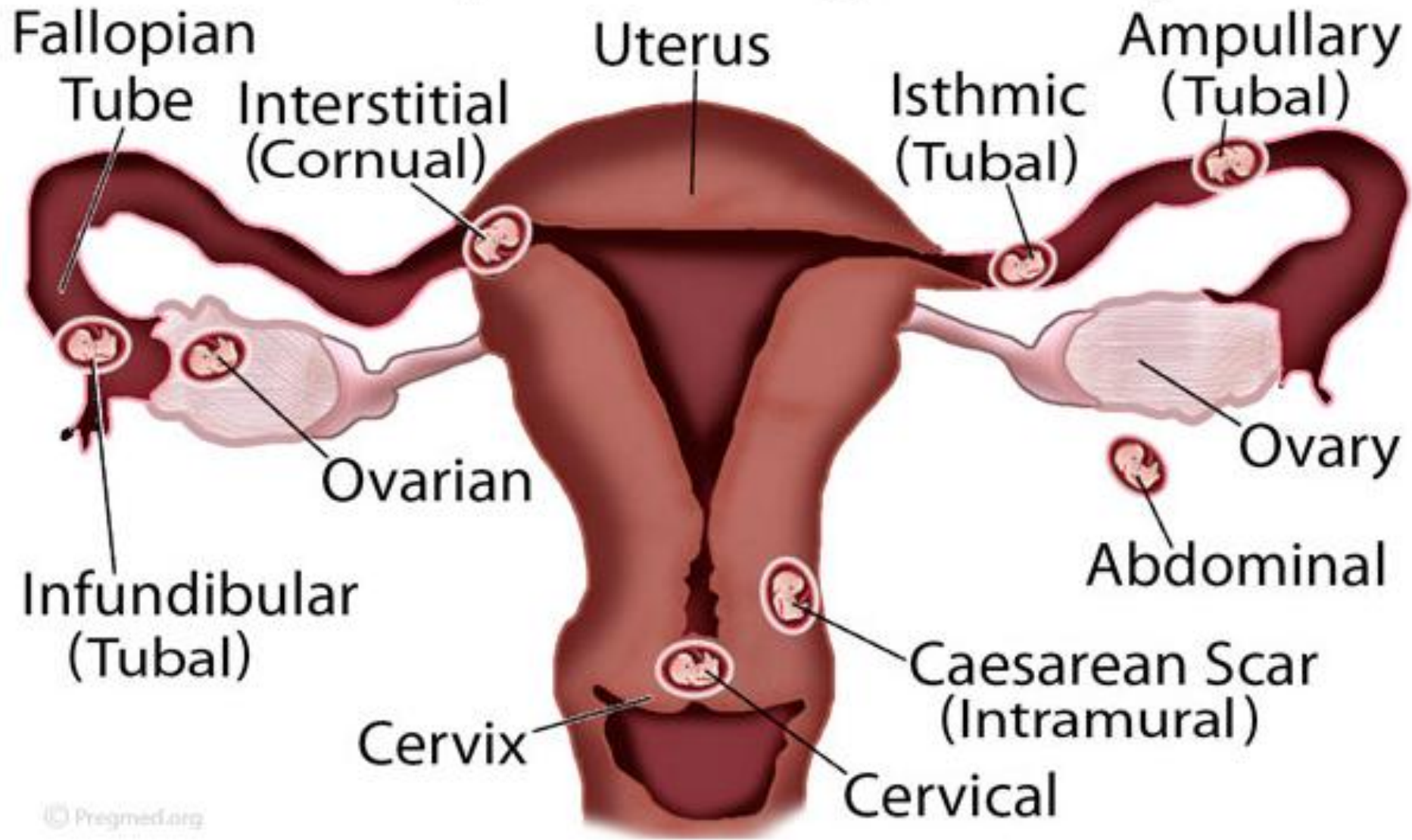
ICD 10

- 000-008 Pregnancy with abortive outcome
- [010-016](#) Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
- [020-029](#) Other maternal disorders predominantly related to pregnancy
- [030-048](#) Maternal care related to the fetus and amniotic cavity and possible delivery problems
- [060-075](#) Complications of labour and delivery
- [080-084](#) Delivery
- [085-092](#) Complications predominantly related to the puerperium
- [094-099](#) Other obstetric conditions, not elsewhere classified

000 Ectopic Pregnancy

- Kehamilan ektopik = extrauterin = luar rahim
- = kehamilan yang terjadi dan berada di luar batas endometrium yang normal
 - Tuba (98%) : kehamilan tuba biasanya berakhir pada minggu ke 6-12 berakhirnya ada 2 cara : abortus tuber dan ruptur tuba
 - Ovarium (0.5%)
 - Rongga abdomen (0.03%)
 - Cervix (0.1%)

Ectopic Pregnancy



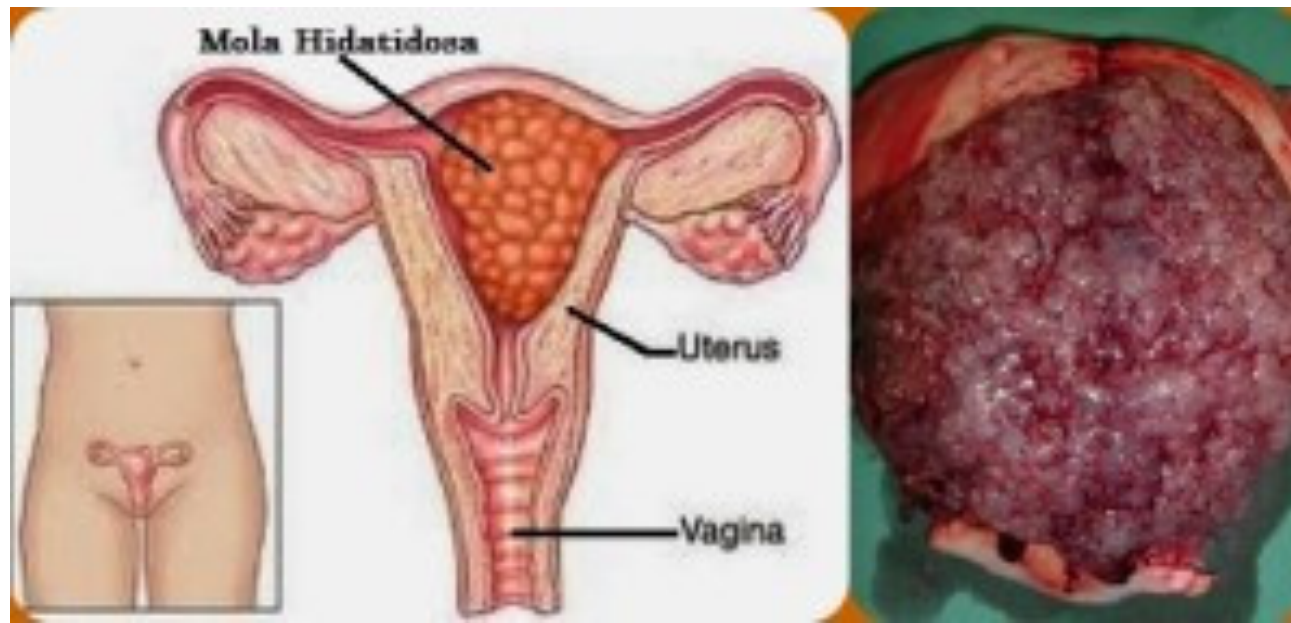
KEHAMILAN EKTOPIK

- Penyebab
 - Infeksi genitalia interna khususnya tuba fallopi
 - Terdapat desakan dari luar tuba, mis: kista ovarium, endometriosis
 - Operasi pada tuba fallopi
 - Kelainan kongenital alat reproduksi interna
 - Terjadi migrasi intraperitoneal spermatozoa atau ovum
 - Keterlambatan implantasi

Hamil ektopik intak	Hamil ektopik dengan ruptur
Amenorea	Trias ruptur hamil ektopik: <ul style="list-style-type: none"> • Amenorea • Nyeri abdomen mendadak • Terdapat perdarahan
Rasa tidak nyaman di abdomen bawah	
Mungkin terdapat perdarahan ringan	Perdarahan per vaginam akibat: <ul style="list-style-type: none"> • Deskuamasi endometrium • Aliran darah melalui tuba fallopii
Pemeriksaan vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri gerak serviks • Adneksa tegang atau teraba massa • Massa adneksa terasa nyeri saat palpasi 	Pemeriksaan dalam <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri goyang serviks • Cavum douglas menonjol dan nyeri
Tanda perdarahan intra abdomen negatif	Tanda perdarahan intraabdominal positif: Tanda cairan intraabdomen Collen sign mungkin positif Palpasi abdomen nyeri akibat iritasi peritoneum
Kesimpulan diagnosis sulit: <ul style="list-style-type: none"> • Konfirmasi dengan laparoscopi 	Konfirmasi diagnosis: Pinski cavum Douglass: darah (+)
Terapi: <ul style="list-style-type: none"> • Laparoscopi untuk mengangkat hasil konsepsi • Atau menyuntikkan kemoterapi sehingga hasil konsepsi mati dan diresorpsi 	Tindakan: <ul style="list-style-type: none"> • Laparotomi • Tangani syok

001 Hydatidiform mole

- Penyakit trofoblast yang berasal dari sel trofoblas mempunyai potensi yang cukup besar menjadi keganasan.
- Berdasarkan evaluasi histologis:
 1. Mola Hidatidosa
 2. Mola hidatidosa invasif (koriadenoma destruen)
 3. Placental site trophoblastic tumor (PSTT)
 4. Koriokarsinoma (khorioepitelioma)



MOLA HIDATIDOSA

- Mola hidatidosa komplet bersumber dari fertilisasi ovum tanpa nukleus atau nukleusnya tidak aktif sehingga tumbuh kembangnya berlangsung atas dominasi inti spermatozoa
- Faktor pemicu:
 - Perkawinan pada usia muda < 15 thn atau >45 thn
 - Pernah mengalami mola hidatidosa atau abortus
 - Kekurangan nutrisi, seperti kekurangan protein, kalori, dan defisiensi vitamin A

- Gambaran makroskopik mola hidatidosa:
 - Vili korialis membentuk massa yang mengandung air
 - Tidak terdapat pembuluh darah pada vili korialis
 - Tidak terbentuk janin karena tidak terdapat pembuluh darah
 - Proliferasi sel sito dan sinsitiotrofoblas sehingga pengeluaran hCG yang tinggi pada urin dan serum



MOLA HIDATIDOSA

- Gejala klinis:

1. Gejala hamil muda yang sangat menonjol- hiperemesis gravidarum
2. Terdapat komplikasi : tirotoksikosis, hipertensi-preeklampsia, anemia akibat perdarahan
3. Uterus lebih besar dari usia kehamilan (50-60%)

Pemeriksaan penunjang:

- USG : tidak terdapat janin atau tampak sebagian plasenta dan janin
- Beta hCG urin > 100.000mIU/ml
- Beta hCG serum > 40.000IU/ml

MOLA HIDATIDOSA

- Penanganan
 - Stabilisasi : perbaiki keseimbangan cairan, dan transfusi darah jika diperlukan
 - Lakukan Curettage suction tajam
 - Pemeriksaan histopatologi
 - Evaluasi konsentrasi beta hCG
 - Dalam kasus normal, sudah hCG negatif dalam 12 minggu
 - Jika terjadi plateau atau terjadi kenaikan, berarti masih terdapat sel trofoblas aktif yang tersangkut di mana saja dan mengeluarkan beta hCG sehingga masih diperlukan kemoterapi

Abortus

- Berakhirnya kehamilan sebelum anak dapat hidup di dunia luar yaitu umur kehamilan dibawah 28 minggu atau berat janin 500 gram
- Abortus dapat dibagi
 1. Abortus spontan (20%)
 2. Abortus provocatus (80%)

ABORTUS

- Terdapat beberapa istilah:
 - Abortus imminens (keguguran mengancam). Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya
 - Abortus incipiens (keguguran berlangsung). Abortus ini sudah berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi
 - Abortus incompletus (keguguran tidak lengkap): sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan dan sebagian masih tertinggal di dalam rahim
 - Abortus completus (keguguran lengkap): seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap
 - Missed abortion (keguguran tertunda): keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 22, tetapi tertahan di dalam rahim selama 2 bulan atau lebih setelah janin mati
 - Abortus habitualis (keguguran berulang-ulang): abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi, sekurang-kurangnya 3x

SPONTAN ABORTUS

Abortus Imminens



Abortus Insiapiens



Komplet Abortus



İnkomplet Abortus

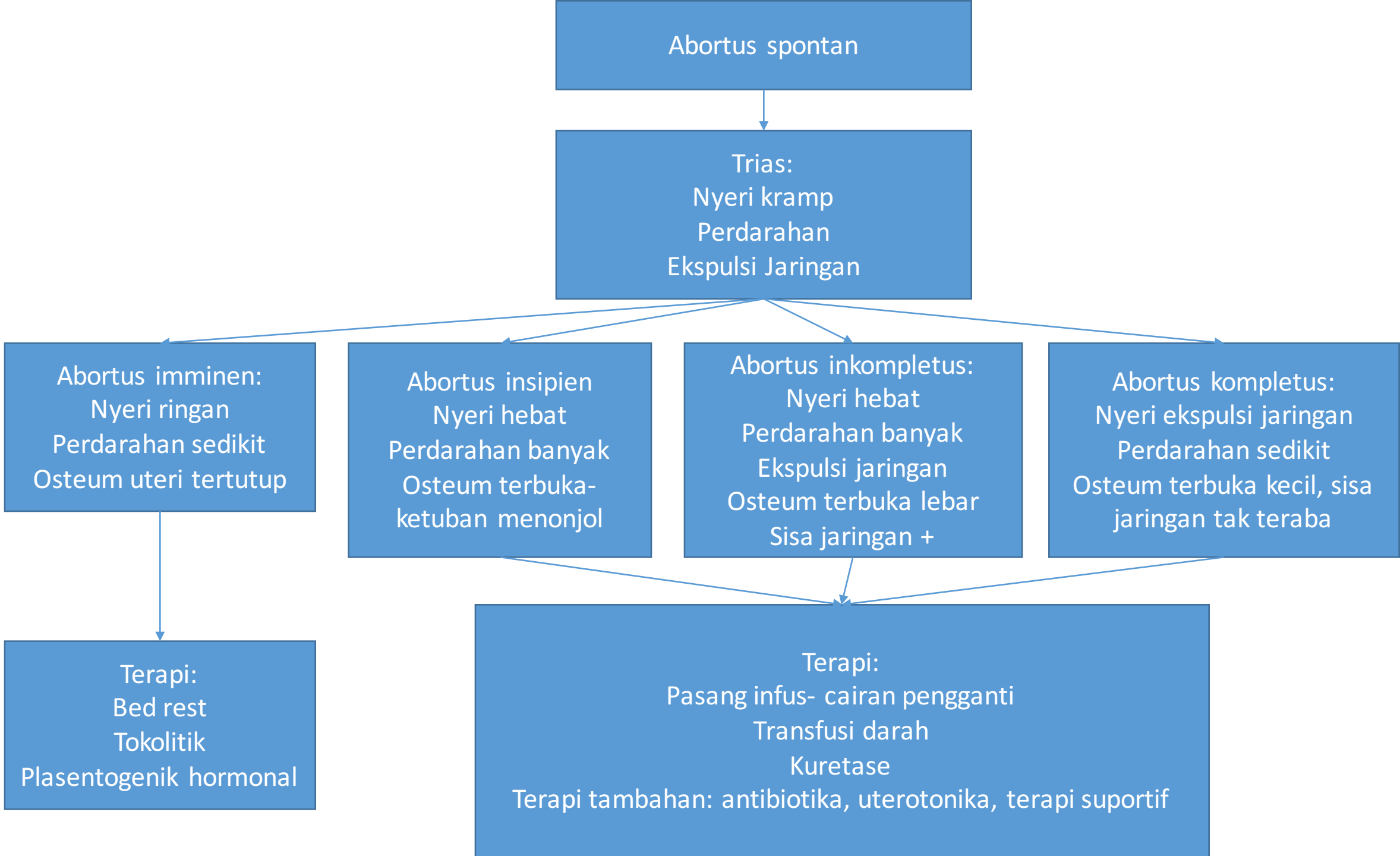


Missed Abortus



003 Spontaneous abortion

- Abortus terjadi tanpa intervensi dari luar, dan berlangsung tanpa sebab yang jelas
- Penyebab:
 - Faktor genetik, mis: kelainan kromosom
 - Faktor hormonal, mis: defisiensi luteal, Ibu hamil DM atau gangguan tiroid
 - Kelainan anatomi uterus, mis: submukosa mioma uteri, serviks inkompeten
 - Faktor infeksi genitalia interna, mis: toxoplasmosis, sitomegalovirus, rubeola, herpes simpleks
 - Intoksikasi agen eksternal, mis: alkohol, rokok



Abortus spontan

Trias:
Nyeri kramp
Perdarahan
Ekspulsi Jaringan

Abortus imminen:
Nyeri ringan
Perdarahan sedikit
Osteum uteri tertutup

Abortus insipien
Nyeri hebat
Perdarahan banyak
Osteum terbuka-
ketuban menonjol

Abortus inkompletus:
Nyeri hebat
Perdarahan banyak
Ekspulsi jaringan
Osteum terbuka lebar
Sisa jaringan +

Abortus kompletus:
Nyeri ekspulsi jaringan
Perdarahan sedikit
Osteum terbuka kecil, sisa
jaringan tak teraba

Terapi:
Bed rest
Tokolitik
Plasentogenik hormonal

Terapi:
Pasang infus- cairan pengganti
Transfusi darah
Kuretase
Terapi tambahan: antibiotika, uterotonika, terapi suportif

O05.0 Other abortion: incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection

- =Abortus infeksi
- Gejala klinis:
 - Terdapat perdarahan berbau busuk
 - Uterus tegang yang disertai nyeri atau discomfort
 - Temperatur di atas 38oC
 - Infeksi menjalar ke sekitar rahim:
 - Peritonitis
 - Miometritis
 - Endometritis

- Pemeriksaan penunjang
 - Darah lengkap, kultur darah
 - Bleeding / clotting time
 - Urin: volume 24 jam dan kultur urin
 - Serviks: Kultur cairan serviks
 - USG transvaginal: tampak sisa hasil konsepsi
 - Foto abdomen: Pembentukan gas intrainestinal (pada infeksi clostridium), gas dalam kavum peritonii menunjukkan keadaan perforasi

- Terapi:
 - Menghilangkan sumber infeksi, sebanyak mungkin
 - Menghindari penyebaran infeksi yang lebih luas
 - Menghindari peningkatan infeksi menjadi sepsis
- Pasang infus
- Perhatikan keseimbangan elektrolit, temperatur tubuh dan produksi urin, untuk menilai kegagalan ginjal
- Pemberian antibiotika
- Lakukan kuretase:
 - 3-5 hari bebas panas
 - Temperatur tidak turun
 - Perdarahan bertambah banyak
 - 6 jam setelah pemberian antibiotika adekuat
- Lakukan histerektomi, jika
 - Perforasi urin
 - (+) gas pada peritonii
 - Impending septic shock

HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN

- Terbagi atas:
 1. Hipertensi gestasional
 2. Preeklampsia
 3. Eklampsia
 4. Preeklampsia superimpose pada hipertensi menahun
 5. Hipertensi menahun

- **HIPERTENSI GESTASIONAL**

- TD $\geq 140/90$ mmHg
- Tidak dijumpai proteinuria
- TD kembali normal setelah 12 minggu postpartum
- Diagnosis terakhir hanya dibuat setelah post partum
- Mungkin dijumpai gejala preeklampsia
 - Nyeri epigastrium
 - trombositopenia

- **SUPERIMPOSE PREEKLAMPSIA**

- Proteinuria mendadak ≥ 300 mg/24 jam pd hamil dengan hipertensi yang sebelum umur kehamilan 20 minggu tidak dijumpai
- Jumlah trombosit $< 100.000/mm^3$

- **HIPERTENSI MENAHUN**

- Hipertensi TD $\geq 140/90$ mm Hg sebelum kehamilan atau ditegakkan sebelum umur kehamilan 20 minggu dan menetap sampai 12 minggu postpartum

- Hipertensi sangat menentukan tingkat kematian perinatal karena dapat terjadi:
 - Gangguan tumbuh kembang janin intrauteri akibat pertumbuhan plasenta yang terlalu kecil atau terjadi infark yang luas
 - Terjadi solusio plasenta yang melebihi sekitar 1/3 luas plasenta
 - Penyebab utama kematian intrauterin adalah terjadinya insufisiensi plasenta yang menahun atau solusio plasenta

- Landasan teori
 - Teori genetik
 - Teori immunologis
 - Teori iskemia regio uteroplasenter
 - Teori kerusakan endotel pembuluh darah
 - Teori radikal bebas
 - Teori trombosit
 - Teori diet

O14 Pre-eclampsia

- Kriteria minimum:
 - TD > 140/90 setelah hamil 20 minggu
 - Proteinuria \geq 300 mg/24 jam atau \geq +1
- Meningkatkan menjadi pasti preeklampsia:
 - TD \geq 160/110
 - Proteinuria 2.0 gr/24 jam \geq +2
 - Kreatinin serum diatas 1.2 mg/dl kecuali diketahui sebelumnya telah meningkat
 - Trombosit < 100.000/mm³
 - Mikroangiopati hemolisis (meningkatnya LDH)
 - Meningkatnya ALT atau AST
 - Gangguan serebral tetap
 - Sakit kepala
 - Gangguan penglihatan
 - Sakit pada epigastrium menetap

O15 Eclampsia

- Merupakan kelanjutan dari preeklampsia berat disertai semakin tingginya angka kematian maternal dan perinatal
- Tambahan gejala pada eklampsia adalah sebagai berikut
 - a. Menurunnya kesadaran sampai koma
 - b. Terjadi konvulsi

Gambaran klinis	Hipertensi menahun	Gestational Hipertensi	Preeklampsia
Waktu kejadian hipertensinya	Kurang 20 mgg kehamilan	Trisemester ketiga	Di atas 20 mg kehamilannya
Derajat hipertensi	Sedang sampai berat	Sedang	Sedang sampai berat
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Umumnya dijumpai
Serum asam urat > 5.5mg/dl	jarang	Tidak asa	Ada pada semua kasus
Hemokonsentrasi	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada semua kasus berat
Trombositopenia	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada kasus berat
Gangguan liver	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Selalu ada pada kasus berat

Ringan- sedang preeklampsia

Evaluasi maternal / janin

Hipertensi tetap
Hasil laporan abnormal
Proteinuria menetap
Kesejahteraan janin buruk
Reaksi pengobatan sulit ditentukan

Umur kehamilan
> 37 mgg

Umur kehamilan
<37 mgg

Serviks buruk
Bishop rendah
Janin stabil

Serviks baik
Bishop tinggi
Gejala subyektif tetap

Terapi gagal:
observasi ketat
Keadaan memburuk

Terapi berhasil:
Tensi turun
Janin baik

Persalinan sampai
aterm

Terminasi
kehamilan

Dilakukan rawat jalan :
Kontrol 2x/minggu
Jika rekuren masuk RS

O21 Excessive vomiting in pregnancy

- = HIPEREMESIS GRAVIDARUM
- Muntah yang berlebihan menyebabkan
 - Dehidrasi
 - berat badan menurun
 - keluhan mental dalam bentuk delirium, diplopia, nistagmus
 - (+) benda keton dalam darah akibat metabolisme anaerobik
- Umumnya hingga minggu 6-12

HIPEREMESIS GRAVIDARUM

- Penyebab:

1. Psikologis

- a. Apakah si ibu dapat menerima kehamilannya
- b. Apakah kehamilannya diinginkan atau tidak

2. Fisik

1. Terdapat kemungkinan masuknya vili khorealis ke dalam sirkulasi darah ibu
2. Erjadi peningkatan yang mencolok atau belum beradaptasi dgn kenaikan human chorionic gonadotropin
3. Faktor gizi/anemia

Tingkat gejala klinis	Gejala Klinis
Tingkat Pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Muntah terus menerus sehingga menimbulkan dehidrasi, turgor kulit menurun, nafsu makan berkurang, berat badan turun, mata cekung dan lidah kering • Epigastrium nyeri krn asam lambung • Nadi meningkat, TD turun • Nadi ≤ 100x/menit • Tampak lemah dan lemas
Tingkat kedua	<ul style="list-style-type: none"> • Dehidrasi meningkat • Nadi >100x/mnt, kecil • Panas badan meningkat • Ikterus dan fungsi liver terganggu • Ginjal: oligouria, anuria • Berat badan makin turun • Kadang muntah bercampur darah akibat ruptur esofagus
Tingkat ketiga	<ul style="list-style-type: none"> • Muntah berhenti atau muntah bercampur darah • Sindrom Mallory-Weiss (gastroesophageal laceration syndrome) • Keadaan kesadaran menurun hingga mencapai somnolen atau koma • Nadi kecil, TD turun, tempertaur meningkat • Ikterus berat • Oligouria-anuria

- Terapi:
 - Konseling
 - Rehidrasi
 - Diet ringan dan netral
 - Terapi medikamentosa
 - Obat anti muntah
 - Pemberian vitamin B complex

O42 Premature rupture of membranes

- = ketuban pecah dini
- Pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah satu jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya
- Penyebab:
 - Faktor umum, mis: infeksi STD, keadaan sosial ekonomi rendah, perokok, alkohol
 - Faktor keturunan, mis: kelainan genetik, rendahnya vit C dan Cu dlm serum
 - Faktor obstetrik, mis: overdistensi uterus akibat kehamilan kebar, hidramnion, serviks inkompeten
 - Tidak diketahui sebabnya

- **Diagnosis:**

- Riwayat pengeluaran cairan dalam jumlah besar secara mendadak atau sedikit demi sedikit per vaginam
- Pemeriksaan:
 - Inspekulo untuk pengambilan cairan pada forniks posterior kemudian di tes lakmus pH basa, Fern tes cairan amnon, kemungkinan infeksi mis: Chlamydia, N. gonorrhoeae
 - USG: amniotic fluid index (AFI), aktivitas janin, pengukuran BB janin, DJJ

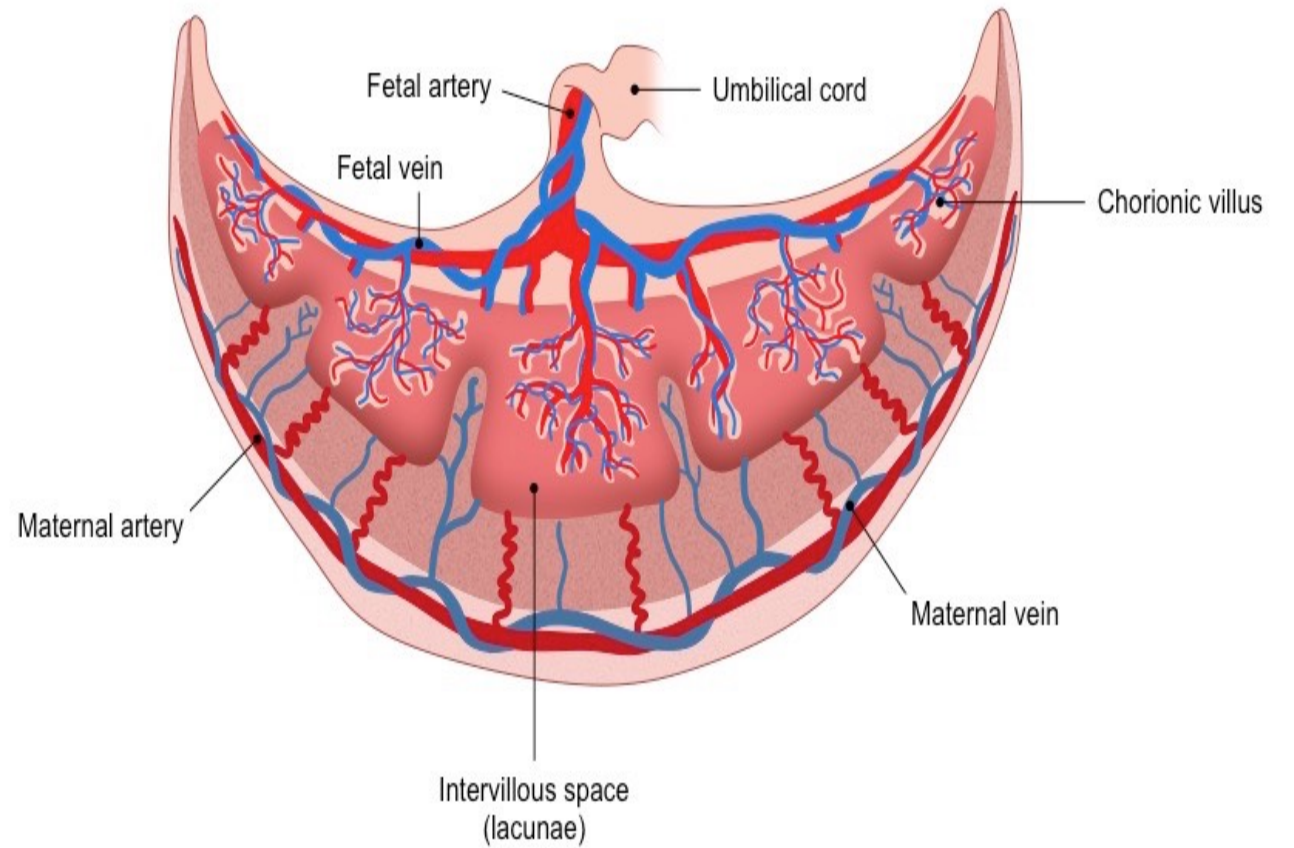
- Terapi dengan pertimbangan:
 - Lamanya waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi proses persalinan
 - Mata rantai infeksi
 - Perkiraan berat badan janin dan presentasi janin intrauteri
- Tatalaksana Konservatif:
 - Tirah baring disertai pemberian antibiotik sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang
 - Bahaya menunggu terlalu lama karena kemungkinan infeksi semakin meningkat sehingga terpaksa dilakukan terminasi
- Tatalaksana aktif
 - Kortikosteroid untuk mematangkan paru
 - Antibiotik
 - Induksi persalinan dengan observasi ketat
 - Lakukan secti sesarea jika: faktor sosial, riwayat obstetrik yang buruk, kelainan letaj janin, bayi besar, prolaps tali pusat, infeksi intrauteri, kehamilan ganda, solusio plasenta

TALI PUSAT

Anatomi tali pusat:

- Panjangnya sekitar 45-60 cm
- Mengandung 2 arteri umbilikalis yang merupakan cabang dari arteri hipogastrika interna dan 1 vena umbilikalis yang masuk menuju sirkulasi umum melalui vena ductus venosus
- Terbungkus oleh jelly Wharton sehingga terlindung dari kemungkinan kompresi
- Tali pusat lebih panjang sehingga tampak berliku-liku dalam jelly Wharton

Normal Placenta



Bentuk-bentuk plasenta

1. Variasi implantasi plasenta

- a. Masuknya kedalam kavum uteria agak terlambat
- b. Terjadinya kontraksi uterus, sehingga blastula yang seharusnya sudah implantasi difundus menjadi di bagian bawah uterus
- c. Bentuk implantasi di bagian bawah
 - Plasenta letak rendah
 - Plasenta previa

2. Gangguan kedalaman implantasi plasenta

- Implantasi normal
- Implantasi akreta/ adhesiva: lapisan Nitabushnya tidak terbentuk sehingga sulit melepaskan diri secara langsung
- Implantasi inkreta: jonjot korialis masuk ke dalam otot uterus
- Implantasi perkreta: jonjot korialis masuk dan menembus peritoneum

O44 Placenta praevia

- =implantasi plasenta di sekitar osteum uteri internum
- Dapat mengakibatkan perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu
- Gejala:
 - perdarahannya berulang tergantung dari luas plasenta yang lepas dan lingkaran lumen osteum uteri
 - perdarahan tidak dirasakan sakit
- Insidens 0.28%- 2%

- Terbagi atas:

- Plasenta previa marginalis: ujung implantasi plasenta berada pada tepi osteum internum pd pembukaan serviks 2 cm
- Plasenta previa lateralis: implantasi plasenta sebagian menutupi osteum uteri internum pada pembukaan serviks 2 cm
- Plasenta previa totalis: pusat plasenta identik dengan sumbu kanalis servikalis pada pembukaan 2 cm
- Plasenta letak rendah: plasenta berada di bagian bawah uterus sehingga tepinya dapat diraba dengan jari pada pembukaan 2 cm

Degrees of Placenta Previa



Complete



Partial



Marginal



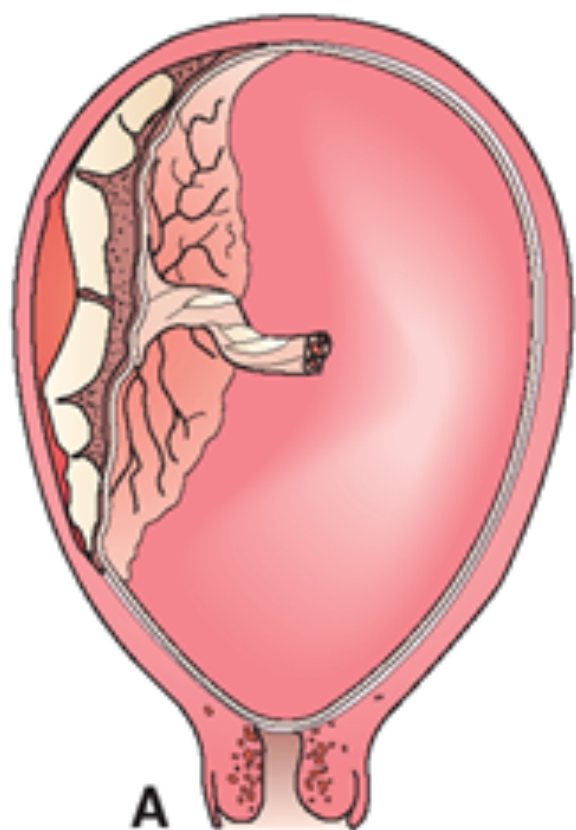
Low lying

Placenta Previa

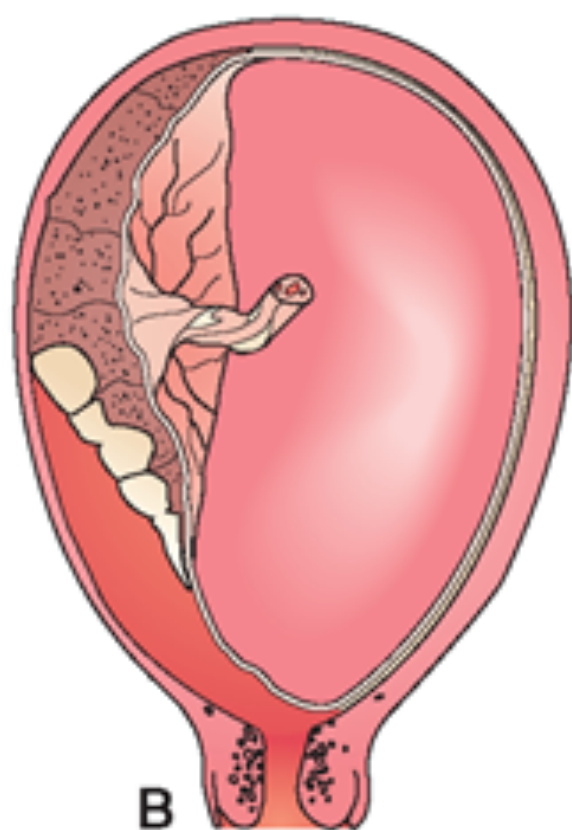
- Terapi Konservatif
 - Tirah baring absolut sampai perdarahan berhenti
 - Tokolitik
 - Profilaksis antibiotik
 - Jika perlu transfusi darah
- Terapi aktif
 - Terminasi kehamilan jika perdarahan aktif atau terjadinya gawat janin

045. Abruptio placentae

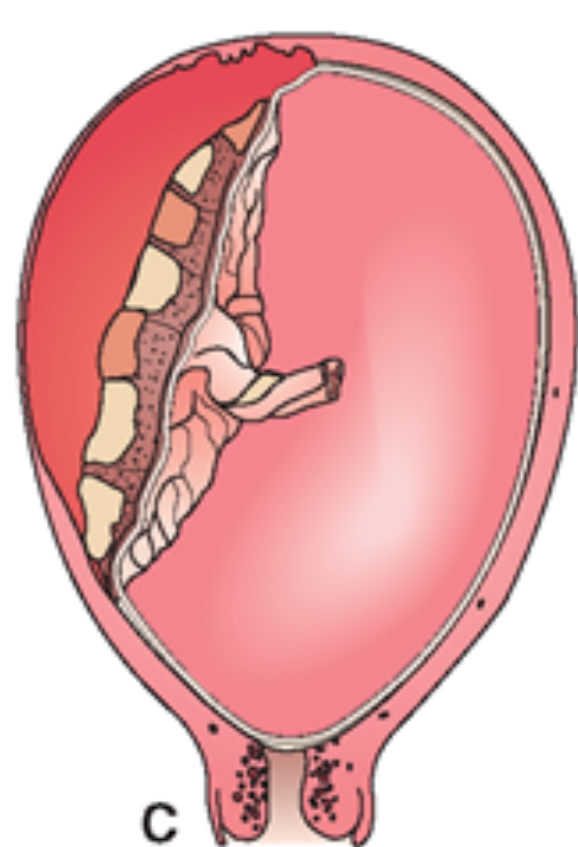
- = Solusio plasenta
- = lepasnya plasenta sebelum waktunya, pada usia kehamilan 22 minggu atau dengan perkiraan berat janin lebih dari 500 gram
- Insidens 0.4-1.2 %
- Perdarahan retroplasenter yang terjadi akan menimbulkan gejala klinik yang tergantung dari 2 faktor penting:
 1. Luasnya plasenta yang lepas dari implantasinya
 2. Besarnya timbunan darah retroplasenter yang terjadi



A
Partial Separation
(Concealed Hemorrhage)



B
Partial Separation
(Apparent Hemorrhage)



C
Complete Separation
(Concealed Hemorrhage)

Abruptio Placenta

- Penyebab
 - Maternal:
 - Tidak diketahui
 - Trauma abdomen
 - Paritas dan usia maternal yang semakin tinggi
 - Hipertensi maternal
 - Janin
 - Tali pusat pendek dengan aktivitas janin yang besar
 - Tindakan obstetrik
 - Setelah versi luar pada tali pusat yang kebetulan pendek
 - Kesalahan dalam versi luar

Abruptio Placenta

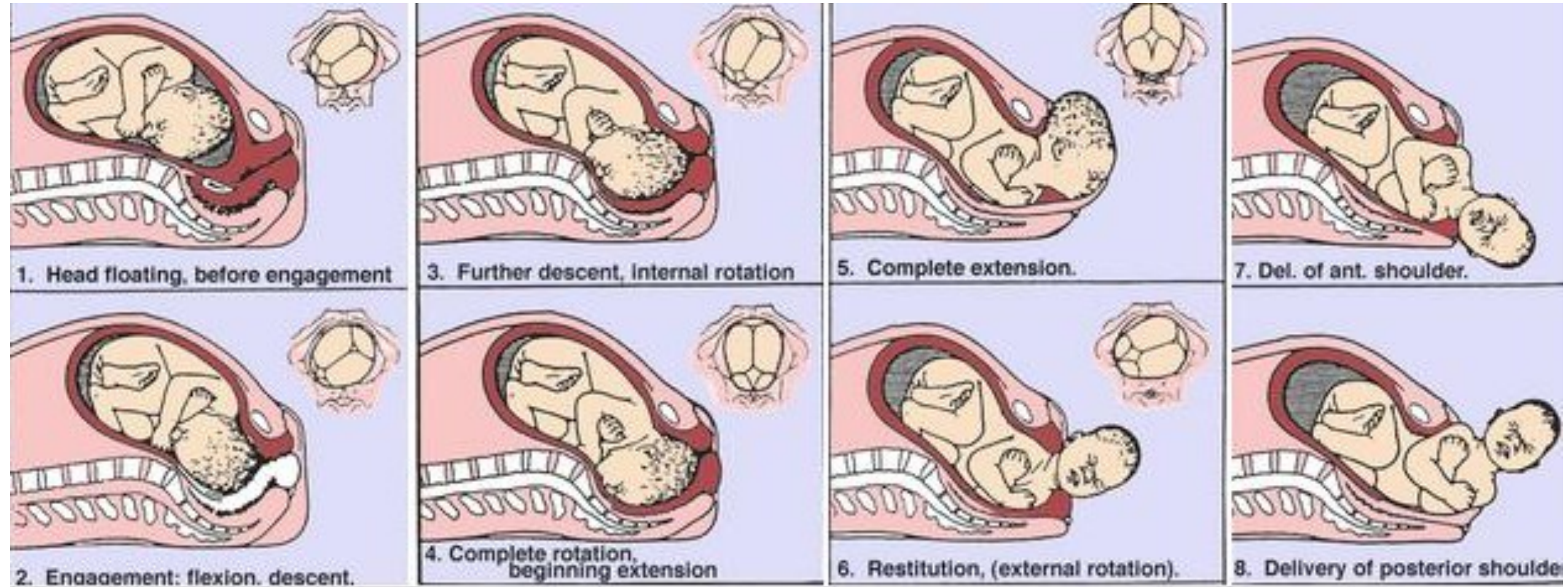
- Manifestasi klinis:
 - Solusio plasenta eksternal: Perdarahan yang tampak per vaginam
 - Solusio plasenta internal:
 - perdarahan pervaginam tidak tampak
 - Ketegangan dinding uterus sehingga sukar dilakukan palpasi
 - Sakit
 - Gawat janin lebih cepat tergantung dari besarnya perdarahan retroplasenter

Evaluasi klinik	Solusio Plasenta		
	Ringan	Sedang	Berat
Nadi	Tak berubah	meningkat	meningkat
TD	Tak berubah	menurun	Menurun sampai syok
Syok	tidak	Kadang-kadang	selalu
Hipofibrinogen	Normal (400-450mg%)	Kadang-kadang (250-300 mg%)	(+) , 150 mg%
Uterus	normal	Sedikit tegang	Tegang keras sulit palpasi
janin	hidup	Dapat meninggal	Selalu meninggal
perdarahan	< 1000cc	1500-2000 cc	>2500 cc

PERSALINAN NORMAL

- Ditentukan 3 faktor:
 1. Power: kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan
 2. Passage: jalan lahir tulang, jalan lahir otot
 3. Passenger: janin, plasenta dan selaput ketuban

Normal Spontaneous Delivery



Persalinan Normal

Proses persalinan dibagi menjadi

1. Kala I

- Mulai pembukaan 0-10 cm
- Diikuti ketuban pecah spontan

2. Kala II

- Kala persalinan bayi
- Dengan gerakan utama kepala bayi:
 - Engage
 - Desensus
 - Fleksi kepala janin
 - Putar paksi dalam
 - Ekstensi kepala bayi
 - Putar paksi luar

3. Kala III

- Persalinan plasenta dan selaputnya

4. Kala IV

- 2 jam setelah plasenta lahir
- Observasi utama oleh karena sering timbul perdarahan primer post partum

O60 preterm labour and delivery

- = persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat badan janin kurang dari 2500 gram.
- Penyebab:
 - Faktor yang berasal dari maternal
 - Kelainan uterus, penyakit maternal misalnya hipertensi
 - Pertumbuhan janin yang kurang selaras dan serasi
 - Pertumbuhan janin terlambat akibat gangguan sirkulasi retroplasenter, kekurangan nutrisi menahun
 - Terdapat pemicu, mis: solusio plasenta, plasenta previa, infeksi korioamnionitis
 - Terdapat faktor inkompatibilitas darah
 - Faktor khusus: serviks inkompeten
 - Dapat dijumpai abortus / persalinan prematur berulang
 - Overdistensi uterus
 - Kehamilan dengan hidramnion

- Gambaran klinis:
 - Kontraksi uterus berlangsung sekitar 4 kali per 20 menit atau 8 kali / 60 menit
 - Terjadi perubahan progresif serviks:
 - Pembukaan lebih dari 1 cm
 - Perlunakan sekitar 75-80%
 - Bahkan terjadi penipisan serviks

- Terapi:

- Masuk RS utk evaluasi dan tirah baring
- Evaluasi BB janin, dan kesejahteraan janin setiap hari/ 3 kali/ minggu
- Pemberian antibiotik
- Pemberian tokolitik untuk menghambat persalinan prematur
- Pemberian kortikosteroid untuk mematangkan paru janin, meningkatkan tumbuh kembang organ vital, menghindari terjadinya perdarahan

DYSTOCIA

- Penyebab:
 - Kekuatan yang mendorong anak kurang kuat (o62)
 - Kelainan presentasi, posisi (O64) atau kelainan janin (O66)
 - Panggul sempit (O65)
 - Kelainan alat kandungan
- Komplikasi dystocia
 - Trauma jalan lahir
 - Ruptur uteri
 - Infeksi intrauteri
 - Perdarahan akibat trauma dan/ atoni uteri

Dystocia



ginekoid



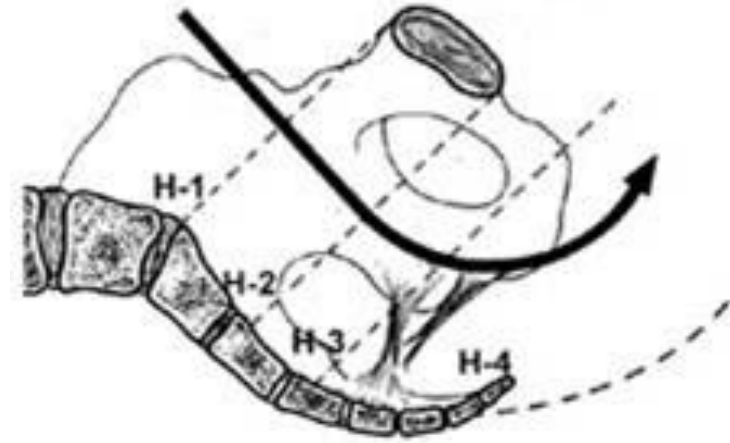
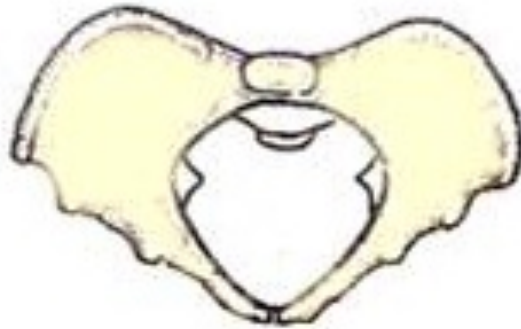
platipelloid



antropoid



android



Dystocia

SIKAP JANIN



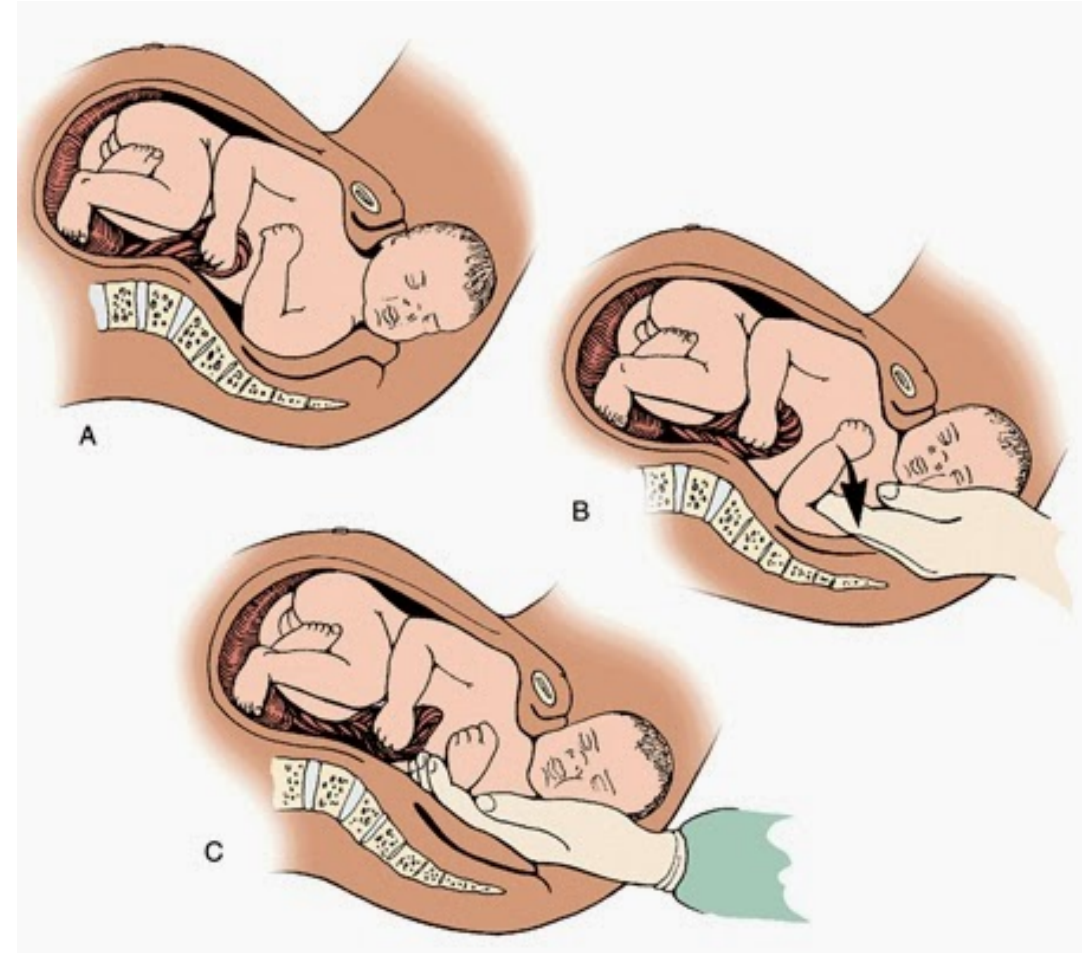
Fleksi



Defleksi



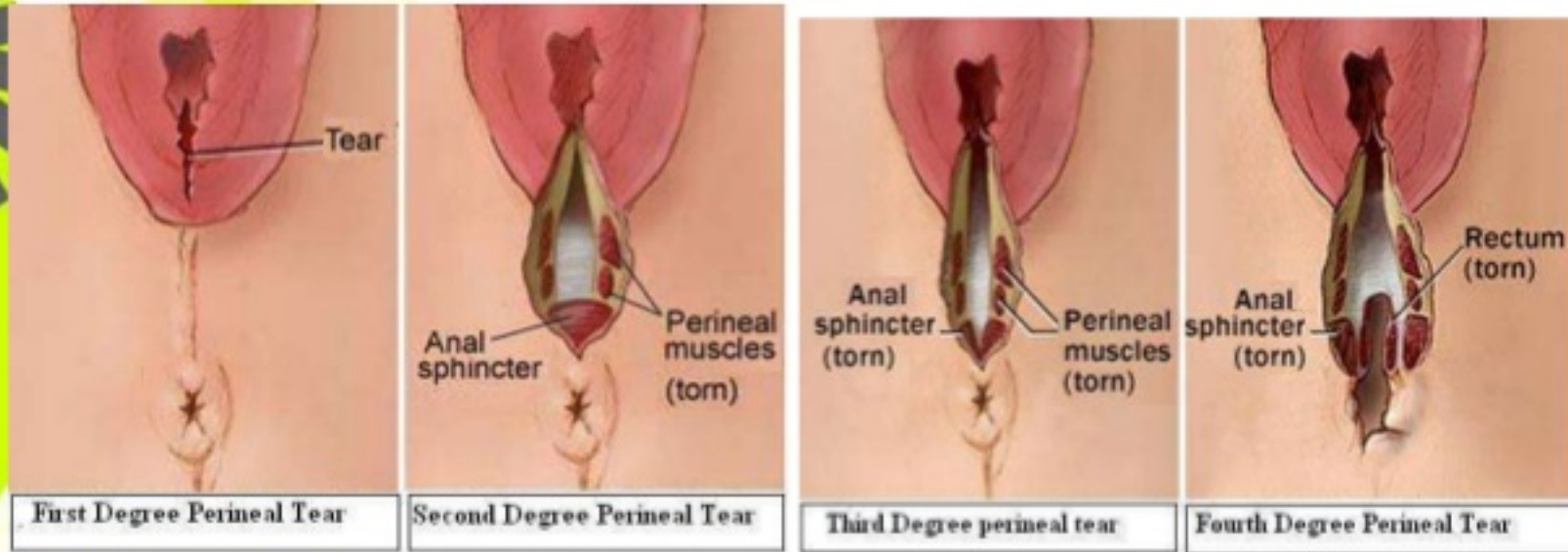
Ekstensi



O70 Perineal laceration during delivery

- Laserasi pada perineum
- Trauma saat melahirkan
- Pencegahan: peritomi
- Komplikasi: Perineal laserasi tingkat III dan IV dapat menyebabkan faecal inkontinensia, fecal urgency, nyeri perineum kronik, dan dyspareunia
- Penatalaksanaan: suturing

Types of perineal tear



SELAMAT BELAJAR