



PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
(PPK)  
KSM OBSTETRI DAN  
GYNEKOLOGI  
TATA LAKSANA KASUS  
RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU

Pekanbaru, April 2024  
Ditetapkan,  
  
DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU  
  
  
drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG  
NIP. 19780618 200903 2 001

DISTOSIA

1. Pengertian (definisi)	<p>Gangguan kemajuan persalinan (kala I) yang diukur dalam batasan waktu 2 jam sejak pemeriksaan terakhir atau tidak terdapat kemajuan penurunan bagian terbawah janin setelah 1 jam pada kala II dengan his yang adekuat.</p> <p>a. <b>Kelainan tenaga/his (Power)</b> → his yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya, menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.</p> <p>b. <b>Kelainan janin (Passenger)</b> → Persalinan dapat mengalami gangguana atau kemacetan karena kelainan letak atau dalam bentuk janin.</p> <p>c. <b>Kelainan jalan lahir (Passage)</b> → kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan</p>
2. Anamnesis	<p>a. Usia</p> <p>b. Tinggi</p> <p>c. Riwayat penyakit ricketsia, osteomalasia, cedera panggul</p> <p>d. Riwayat operasi serviks sebelumnya</p> <p>e. Riwayat persalinan sebelumnya (induksi, penyebab seksio sesaria, penyebab vakum atau forseps)</p> <p>f. Riwayat kematian janin pada persalinan sebelumnya</p> <p>g. Komplikasi persalinan sebelumnya</p> <p>h. Lama waktu persalinan sejauh ini</p> <p>i. Jika pasien dirujuk dan menggunakan partograf, apakah pembukaan serviks telah melewati garis waspada atau garis bertindak</p> <p>j. Pola kontraksi uterus (frekuensi, durasi, kontraksi menghilang/tidak)</p> <p>k. Adakah ketuban pecah sebelumnya</p>
3. Pemeriksaan Fisik	<p><b>Penyebab</b></p> <p>Fetal: (<i>Fetopelvic disproportion</i>)</p> <p>a. Malpresentasi</p>

- Muka
- Dahi
- Bahu atau tangan
- Bokong
- Presentasi ganda

b. Malposisi

- Persistent occipito posterior
- Persistent occipito transverse

c. Malformasi pada janin

- Hidrosephalus
- Tumor abdomen (contoh: Wilms tumor)
- Higroma kistik.
- Kembar siam

d. Janin besar

- Risiko mengalami distosia sebesar 80% jika DBP  $\geq 95$  mm dan HC  $\geq 350$  mm,
- AC  $\geq 350$  mm.
- Jika AC  $\geq 350$  mm, 93% kasus mengalami makrosomia dan sebanyak 13% berisiko mengalami distosia bahu
- Janin dengan taksiran berat 4000-4250 gram memiliki risiko 5,2% mengalami distosia bahu, janin dengan taksiran berat 4250-4500 gram memiliki risiko distosia bahu 9,1%, janin dengan taksiran berat 4500-4750 gram memiliki risiko distosia bahu 14,3%, janin dengan taksiran berat 4750-5000 gram memiliki risiko distosia bahu 21%.

**Maternal**

a. Panggul sempit

- Malnutrisi
- Deformitas pada panggul

b. Tumor pada pelvik yang menghalangi jalan lahir

- Mioma
- Tumor ovarium
- Tumor pada rektum

c. Kelainan pada saluran reproduksi

- Stenosis serviks
- Septum

d. Gangguan kontraksi uterus

- Inersia uteri
- Incoordinate uterine action

Pada pemeriksaan fisik, dilakukan penilaian:

### 1. Keadaan umum

Tanda dan gejala pada kasus persalinan macet yang harus diperhatikan adalah :

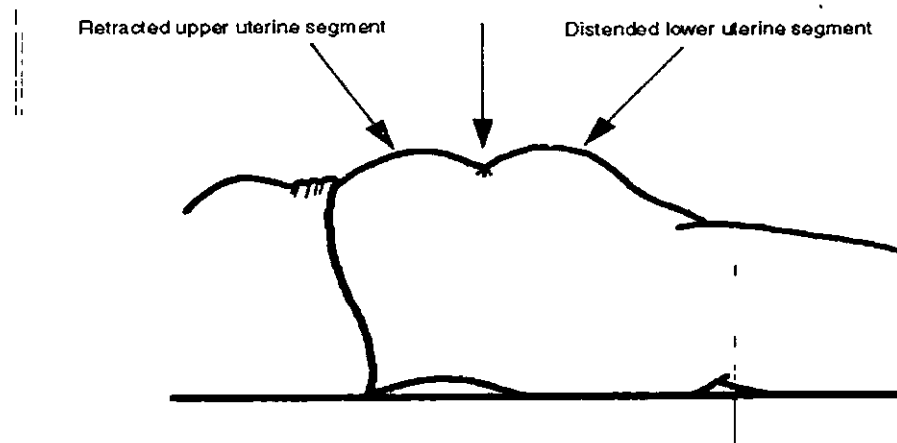
- Kondisi ibu yang buruk (kelelahan) dan tanda gawat janin.
- Dehidrasi dan ketoasidosis (mata cekung, rasa haus, mulut kering, kulit kering)
- Suhu yang meningkat
- Tanda syok: nadi cepat dan lemah ( $>100x$  per menit), tekanan darah yang rendah (sistolik  $< 90$  mmHg), takipneu ( $>30x$  per menit), produksi urin yang kurang, muka pucat dan lemah, nyeri perut, penurunan kesadaran (dapat disebabkan karena ruptur uteri atau sepsis).

### 2. Pemeriksaan Abdomen

Tanda dari persalinan macet yang dapat diidentifikasi dari pemeriksaan abdomen, berupa :

- Diameter terbesar dari kepala janin dapat diraba diatas pintu atas panggul yang diakibatkan karena kepala tidak turun.
- Kontraksi uterus yang panjang, kuat, dan berulang (kecuali pada persalinan yang telah lama  $\rightarrow$  kontraksi uterus melemah)
- Kontraksi tetanik
- Ring of Bandl*.
- Denyut jantung janin
- Kematian janin ditandai dengan tidak adanya denyut jantung janin.

Shape of the abdomen in obstructed labour  
**Bandl's ring**



### 3. Pemeriksaan Vagina

Tanda dari obstruksi yang harus diperhatikan adalah :

- Air ketuban yang berbau
- Urin yang kemerahan dan pekat pada kateterisasi

- c. Edema pada vulva
- d. Vagina yang kering dan hangat akibat dari dehidrasi
- e. Edema pada serviks
- f. Pembukaan yang belum lengkap (pembukaan dapat lengkap pada kasus obstruksi outlet)
- g. Adanya kaput sukse dan eum yang besar
- h. Adanya tanda malpresentasi atau malposisi
- i. Molase
- j. Panggul sempit

#### 4. Partograf

Persalinan macet juga dapat ditemukan pada pemeriksaan partograf, yaitu:

- Memanjangnya kala 1 atau 2 persalinan ditemukan dengan
- adanya pembukaan serviks yang melewati garis waspada dan
- selanjutnya apabila tidak dilakukan tindakan akan melalui
- garis bertindak walaupun pada kontraksi uterus yang adekuat.

## 5. Tanda Ruptur uteri

Tanda dan gejala klinis dari ruptur uteri dapat bervariasi dari ringan hingga non spesifik. Gejala yang dapat kita curigai adanya ruptur uteri adalah :

- Nyeri menetap pada segmen bawah rahim.
- Perdarahan pervaginam
- Takikardi ibu, hipotensi, dan sinkop
- Hematuri
- Abnormalitas pada denyut jantung janin : takikardi, deselerasi variabel, dan lamabat.

#### 4. Kriteria Diagnosis

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan obstetric

Pola Persalinan	Kriteria Diagnostik		Tindakan yang Disaranka n	Tatalaksan a eksepsiona l
	Nulipara	Multipara		

	Gangguan prolongasi ( <i>prolongation disorder</i> ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Fase laten memanjang</li></ul>	> 20 jam	> 14 jam	Tirah baring	Oksitosin atau seksio sesaria pada kondisi darurat
	Persalinan lama ( <i>protraction disorders</i> ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Pembukaan</li><li>• Penurunan</li></ul>	<1,2cm/jam <1 cm/jam	<1,5cm/jam <2 cm/jam	Ekspektan dan dukungan pada ibu	Seksio sesarea
	Persalinan macet ( <i>arrest disorders</i> ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Pemanjangan fase penurunan kepala</li><li>• Tidak ada penambahan pembukaan</li><li>• Tidak ada pembukaan</li><li>• Tidak ada penurunan</li></ul>	>3 Jam  >2 Jam  >1 Jam  Tidak ada penurunan kepala pada kala II	>1 Jam  >2 Jam  >1 Jam  Tidak ada penurunan kepala pada kala II	Evaluasi adanya CPD CPD: seksio sesarea Tidak ada CPD: oksitosin	Istirahat jika kelelahan Seksio sesarea
5. Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"><li>- Distosia PK I</li><li>- Distosia PK II</li></ul>				
6. Diagnosis Banding	-				
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laboratorium : DPL, UL, GDS, elektrolit, AST, ALT, ureum, kreatinin.</li><li>• Pemeriksaan USG</li><li>• Pemeriksaan radiologi panggul</li></ul>				
8. Terapi	Tatalaksana dari persalinan macet atau distosia tergantung dari faktor yang mendasari terjadinya ( <i>power, passage, passenger</i> ). Penilaian kembali faktor penyebab distosia menjadi hal yang penting. Hal yang dapat dilakukan adalah :				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perbaikan keadaan ibu (nutrisi, rehidrasi, koreksi elektrolit, pemberian antibiotik jika didapatkan tanda infeksi).</li> <li>b. Amniotomi → tidak rutin dikerjakan pada persalinan normal. Indikasinya adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk meningkatkan kontraksi (pada persalinan fase aktif dengan kemajuan persalinan yang lambat)</li> <li>- Untuk menilai volume dan keadaan air ketuban pada persalinan dengan risiko tinggi, terutama pada keadaan denyut jantung janin yang abnormal</li> <li>- Untuk meletakkan kateter tekanan intrauterine dan <i>fetal scalp electrode</i></li> </ul> </li> <li>c. Augmentasi persalinan (pada kasus obstruksi persalinan karena kontraksi inadkuat).</li> <li>d. Tindakan operatif pervaginam (ekstraksi vakum atau forseps) pada kasus dengan dilatasi serviks lengkap dan syarat ekstraksi terpenuhi.</li> <li>e. Seksio sesaria → standar prosedur pada persalinan dengan adanya tanda obstruksi (CPD/FPD)</li> <li>f. Pada keadaan janin mati dapat dipertimbangkan tindakan destruksi pada janin (kraniotomi, dekapitasi, eviserasi, kleidotomi), jika tidak dimungkinkan, persalinan dapat dilanjutkan dengan seksio sesarea</li> <li>g. Pada kasus dengan adanya bukti ruptur uteri dapat dilakukan laparotomi histerorafi sampai histerektomi.</li> </ul>
9. Komplikasi	<p><b>Ibu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ruptur uteri</li> <li>b. Fistula (vesikovagina, vesikoservikalis, rektovagina)</li> <li>c. Cedera otot dasar panggul</li> <li>d. Infeksi intrapartum dan postpartum</li> <li>e. Sepsis puerperium</li> <li>f. Retensio urin</li> </ul> <p><b>Janin :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gawat janin</li> <li>b. Asfiksia janin</li> <li>c. Sepsis neonatus</li> <li>d. Kaput suksedaneum dan molase pada kepala janin hingga perdarahan intrakranial janin</li> <li>e. Kematian janin</li> </ul> <p><b>Persalinan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan operatif pervaginam meningkat (forsep atau vakum)</li> <li>b. Angka seksio sesaria meningkat</li> </ul>

	c. Perdarahan postpartum
10. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. WHO. <i>Managing prolonged and obstructed labour: Education material for teachers of midwifery, second edition</i>. World Health Organization, 2008.</li><li>2. ALARM. <i>Chapter 4 management of labour and obstructed labour</i>. fourth edition of the alarm international program.</li><li>3. Cunningham FG et al. <i>Williams Obstetrics 24<sup>th</sup> Edition. Chapter 23. Abnormal labor</i>. 2014</li><li>4. Arulkumarran S. <i>Best practice in labour and delivery, Chapter 2. The first stage of labour</i>. Cambridge University : 2009.</li><li>5. Arias, Fernando, et al. <i>Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery</i>. India: Elsevier.</li></ol>