



DYSTOCIA

Bunga Vidya Prajnanta - 1810211105 - C2

DISTOSIA

- Distosia adalah gangguan persalinan, yang menyebabkan ibu sulit melahirkan.
- Di AS, dari 20-25% bayi yang dilahirkan secara caesar 30%nya mengalami distosia.
- Distosia sering didiagnosis pada nullipara (seseorang yang belum pernah melahirkan)
- Indikasi tersering untuk persalinan sc
- Distosia dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti:
 1. Abnormalitas kekuatan mendorong
 2. Abnormalitas presentasi, posisi, dan perkembangan janin
 3. Abnormalitas tulang panggul ibu atau jalan lahir
 4. Abnormalitas jaringan lunak saluran reproduksi yang menjadi hambatan untuk penurunan janin.

DISTOSIA



POWER

Kontraktilitas uterus dan usaha mendorong ibu

1. Inersia Uteri (primer dan sekunder)
2. Tetani Uteri
3. Inkoordinasi Uteri Kontraksi

PASSAGE

- Kelainan Bentuk Panggul
- Kelainan Bentuk Serviks
- Kelainan pada vulva, vagina

PASSENGER

1. Kelainan Letak Janin
2. Kelainan Bentuk / Besar Janin

Abnormalitas Kekuatan Mendorong

- Kriteria diagnosis: pasien harus dalam fase aktif persalinan (dilatasi serviks sudah maksimal). Jika kontraksi adekuat, dilatasi serviks rata-rata 1.2 - 1.5cm/jam atau 3-5 kontraksi dalam periode 10 menit pada persalinan spontan. Jika kurang dari itu -> kelainan protraksi. Jika tidak ada dilatasi serviks dalam 2 jam maka di diagnosis henti dilatasi (arrest of dilatation).
- Sebelum menentukan diagnosis henti dilatasi, kecukupan kontraksi harus dievaluasi (dengan Kateter tekanan intrauterine, yang digunakan untuk mengukur intensitas kontraksi) diukur dalam unit Montevideo. Pola kontraksi memadai jika >200 unit Montevideo dalam periode 10 menit. Jika pola ini muncul selama 2 jam perubahan serviks, diagnosis henti dilatasi dapat ditegakkan dengan pasti.

Dystocia in Nulliparous Women

Table 1
Traditional Definitions of Abnormal Labor

STAGE OF LABOR	LABOR ABNORMALITY	
	Protracted	Arrested
Latent		
Nulliparous	> 20 hours	NA
Multiparous	> 14 hours	NA
First stage		
Nulliparous	< 1 cm per hour dilation	≥ 2 hours of active labor without cervical change
Multiparous	< 1.2 to 1.5 cm per hour dilation	≥ 2 hours of active labor without cervical change
Second stage		
Nulliparous or multiparous	With no regional anesthesia:	No descent after 1 hour of pushing
	> 2 hours duration	
	or	
	< 1 cm per hour descent	
With regional anesthesia:		
> 3 hours duration		

Etiologi: primigravida tua, multigravida, grandemultipara, postmatur, faktor herediter, kelainan uterus

DIAGNOSA DISTOSIA POWER



Keadaan His

Inersia Uteri

**Primer → tetap lemah
Sekunder → mula
mula normal melemah**

Hypotonic uterine contraction.
Kontraksi uterus lebih lemah,
singkat dan jarang daripada normal.

Tetani Uteri

**Terus dan kuat
Tanpa interval**

Hypertonic uterine contraction sering
menyebabkan persalinan
berlangsung singkat tanpa relaksasi
rahim.

**Inkoordinat Uteri
Kontraksi**

**Kontraksinya tidak
sinkron dari masing
masing otot**

TABLE 23-2. Abnormal Labor Patterns, Diagnostic Criteria, and Methods of Treatment

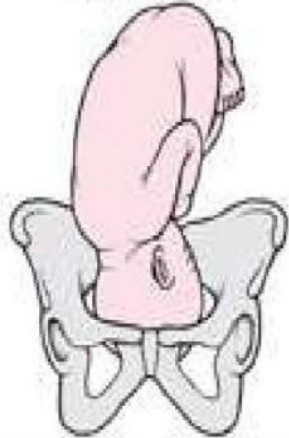
Labor Pattern	Diagnostic Criteria		Preferred Treatment	Exceptional Treatment
	Nulliparas	Multiparas		
Prolongation Disorder				
Prolonged latent phase	>20 hr	>14 hr	Bed rest	Oxytocin or cesarean delivery for urgent problems
Protraction Disorders				
Protracted active-phase dilation	<1.2 cm/hr	1.5 cm/hr	Expectant and support	Cesarean delivery for CPD
Protracted descent	<1 cm/hr	<2 cm/hr		
Arrest Disorders				
Prolonged deceleration phase	>3 hr	>1 hr	Evaluate for CPD: CPD: cesarean No CPD: oxytocin	Rest if exhausted Cesarean delivery
Secondary arrest of dilation	>2 hr	>2 hr		
Arrest of descent	>1 hr	>1 hr		
Failure of descent	No descent in deceleration phase or second stage			

CPD = cephalopelvic disproportion.
Modified from Cohen, 1983.

Abnormalitas Presentasi, Posisi, dan Perkembangan Janin

- Persalinan normal terjadi ketika bagian kepala janin terletak di bagian bawah panggul.
- **Kelainan letak janin:**
 - a. Letak Defleksi
 - i. Puncak Kepala
 - ii. Dahi
 - iii. Muka
 - b. Letak Sungsang (persalinan 3x lebih sulit) dapat terjadi pada keadaan posisi plasenta berada di bawah (dekat jalan lahir), bayi berukuran besar, dan adanya tumor atau kista.
 - c. Letak Lintang
 - d. Presentasi Rangkap
 - i. Kepala + Tangan/kaki
 - ii. Bokong + Tangan
- **Kelainan Bentuk/Besar Janin**
 - a. Distosia Kepala (hidrosefalus, tumor di leher)
 - b. Distosia Bahu (Makrosemia >4kg)
 - c. Distosia Perut (asites, akardiakus)
 - d. Distosia bokong (meningokokel, spina bifida)
 - e. Kembar siam/monster (kraniopagus, torapagus)

**Facing Backward
Head First**



**Normal Position and
Presentation**

Facing Forward



**Abnormal
Position**



Face presentation



Brow presentation



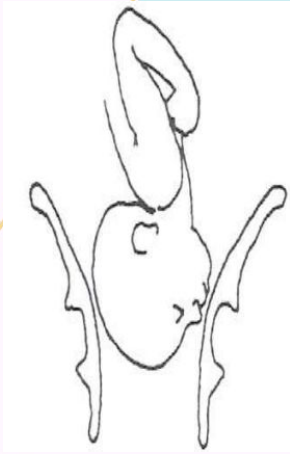
Vertex presentation



Breech presentation

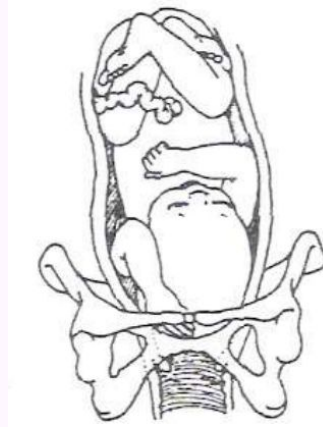


Shoulder presentation



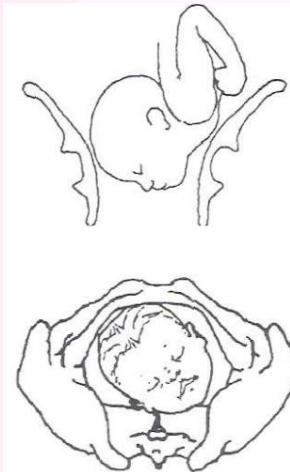
Presentasi Dahi

- PF vaginal dapat diraba pangkal hidung, tepi atas orbita, sutura frontalis dan ubun-ubun besar.
- Bila janin hidup lakukan SC
- Bila janin mati, pembukaan belum lengkap -> SC



Presentasi Muka

- PF Vagina: Teraba muka, mulut, hidung dan pipi
- Pada presentasi muka dengan dagu depan akan terjadi kesulitan penurunan karena kepala dalam keadaan defleksi maksimal → SC
- Posisi dagu belakang, bila pembukaan lengkap :
 - lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
 - bila kemajuan persal lambat lakukan oksitosin drip
 - bila penurunan kurang lancar, lakukan forsep
- Jangan lakukan ekstraksi vakum pada presentasi muka



Presentasi Ganda (Majemuk)

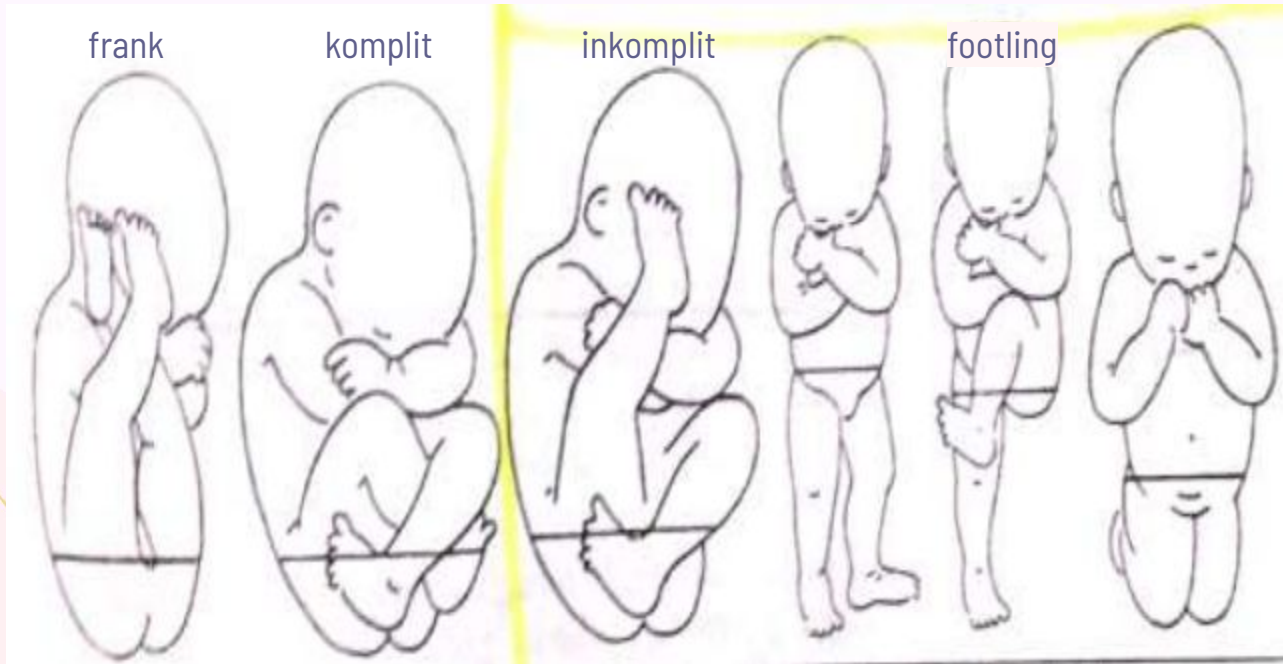
- presentasi kepala teraba juga tangan/lengan dan/atau kaki ATAU presentasi bokong teraba juga tangan/lengan.
- Persalinan spontan hanya terjadi bila janin kecil atau mati dan maserasi
- Lakukan koreksi dengan jalan Knee Chest Position, dorong bag yg prolaps ke atas, dan pada saat kontraksi masukkan kepala memasuki pelvis.
- Bila koreksi tidak berhasil lakukan SC

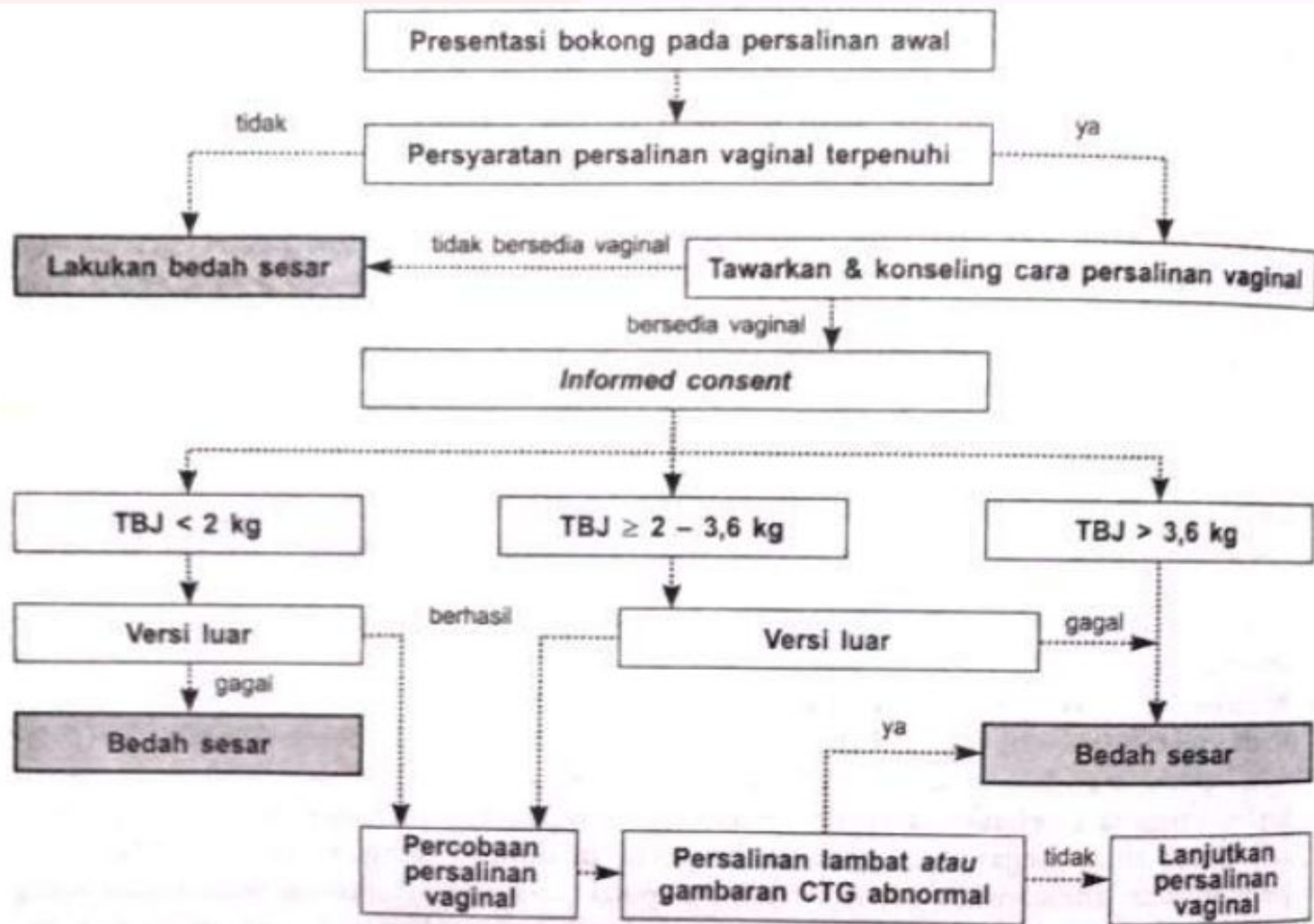
Presentasi Bokong (Sungsang)

Varian: komplit, inkomplit, frank, lutut

Faktor predisposisi: persalinan preterm, kelainan uterin, anomali janin

Komplikasi: trauma lahir, distosia, kematian perinatal





Abnormalitas Tulang Panggul Ibu atau Jalan Lahir

- Panggul wanita dapat diklasifikasikan menjadi 4 jenis berdasarkan bentuk saluran masuk panggul (ginekoid, antropoid, android, dan platypelloid)
- Batas dari pintu masuk panggul adalah (anterior) batas posterior simfisis pubis dan (di posterior) promontori sakralis dan di lateral linea terminalis.
- Jenis gynecoid dan antropoid memiliki prognosis yang **baik** untuk persalinan pervaginam
- jenis **android dan platypelloid** memiliki prognosis yang **buruk** untuk persalinan pervaginam.
-

DISTOSIA PASSAGE (JALAN LAHIR LUNAK)

DISTOSIA SERVIKS

- **RIGID SERVIKS**
- **HANGING SERVIKS**
- **KONGLUMERATIO SERVIKS**
- **EDEM SERVIKS**

DISTOSIA VAGINA

- **KEL. SELAPUT DARA**
- **SEPTA VAGINA**

Septum vagina yang tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin sehingga harus dipotong dahulu

DISTOSIA PASSAGE (JALAN LAHIR KERAS)

PANGGUL SEMPIT

- **PINTU ATAS PANGGUL**
- **CV < 11 CM**
- **CT < 12 CM**
- **CO < 12,5 CM**
- **PINTU TENGAH PANGGUL**
- **INTERSPINARUM < 10 CM**
- **PINTU BAWAH PANGGUL**
- **ARCUS PUBIS < 90°**

KELAINAN LAINNYA

- **KELAINAN BENTUK PANGGUL**
- **PLATYPELOID**
- **ANTROPOID**
- **ANDROID**
- **KELAINAN KONGENITAL**
- **SIMPLE FAT**
- **AUTLET SEMPIT**
- **DLL**
- **KELAINAN TULANG BELAKANG**
- **LORDOSIS**
- **LIPHOSE**
- **DLL**

Diagnosis

Anamnesis: onset of regular contractions, frequency, intensity, and duration of the contractions; patient's last cervical examination; Past obstetric history and prenatal events should be explored, riwayat penyakit ibu, riwayat kehamilan dan persalinan di keluarga

TABLE 23-1. Common Clinical Findings in Women with Ineffective Labor

Inadequate cervical dilation or fetal descent:

- Protracted labor—slow progress
- Arrested labor—no progress
- Inadequate expulsive effort—ineffective pushing

Fetopelvic disproportion:

- Excessive fetal size
- Inadequate pelvic capacity
- Malpresentation or position of the fetus
- Abnormal fetal anatomy

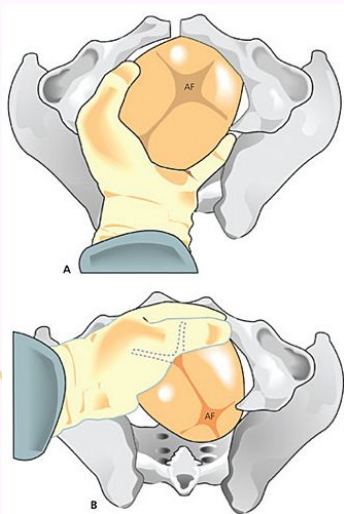
Ruptured membranes without labor

Px Fisik

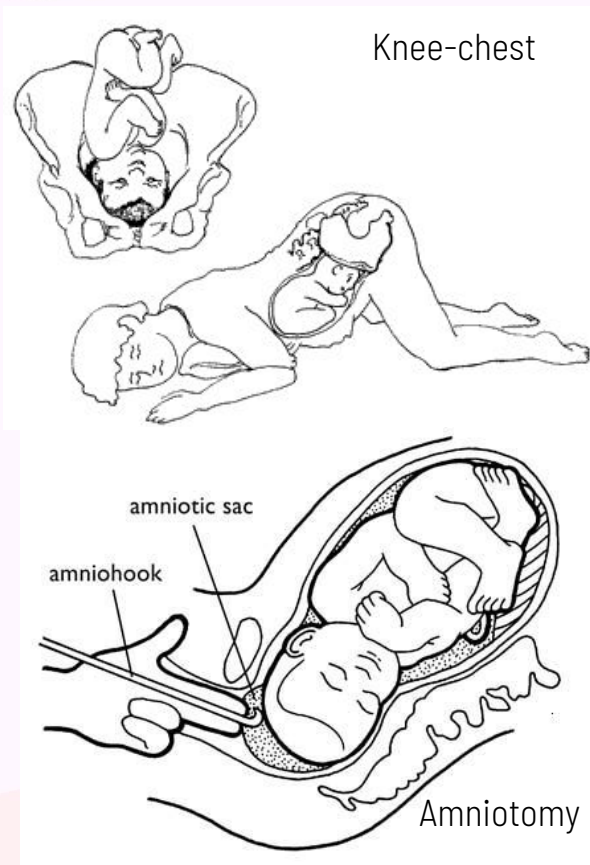
- Tanda vital ibu dan janin
- Palpasi posisi, presentasi janin, dan taksiran berat janin (menggunakan teknik Leopold)
- Frekuensi dan durasi kontraksi (dapat dilakukan setiap 30 menit)
- Cairan ketuban (jika sudah pecah dapat dinilai warnanya)
- Penilaian dilatasi, posisi, dan penipisan serviks melalui pemeriksaan dalam atau *vaginal touche* (dapat dilakukan setiap jam pada kala 2)
- Penilaian jalan lahir (apakah terdapat massa yang dapat menutupi jalan lahir)
- Kondisi emosional dan psikologis ibu

Tata Laksana

- **Amniotomy with early oxytocin augmentation** shortens labor by as much as two hours
Amniotomi = merobek kantong ketuban menggunakan alat yang disebut *amnihook* dan *amnicot*. Pecahnya ketuban secara disengaja ini diyakini dapat merangsang timbulnya kontraksi rahim yang lebih kuat, sehingga leher rahim terbuka dan mempercepat bayi lahir
- Jika kontraksi tidak kuat dapat diberi **oksitosin i.v** untuk meningkatkan frekuensi, durasi, dan kekuatan (low dose mulai 0,5-2,0 mU/menit, dinaikkan 1-2 mU/menit setiap 15-40menit dengan dosis max 20-40 mU/menit. High dose mulai 6mU/menit dan dinaikkan 1-6 mU/menit max 40-42mU/menit)
- Pada malposisi janin, dapat melakukan **manual rotation** atau **ibu dapat melakukan beberapa posisi** dan pergerakan seperti posisi *knee-chest*, *hands-and-knees*, *pelvic rocking*, *side-lying*, atau duduk asimetris.
- Lakukan **tindakan operatif** (forsep, vakum, atau seksio sesarea) untuk gangguan *passenger* dan/atau *passage*, serta untuk gangguan *power* yang tidak dapat diatasi oleh augmentasi
- Jika ditemukan obstruksi atau CPD, tatalaksananya adalah seksio sesarea.
- Pantau tanda-tanda gawat janin.



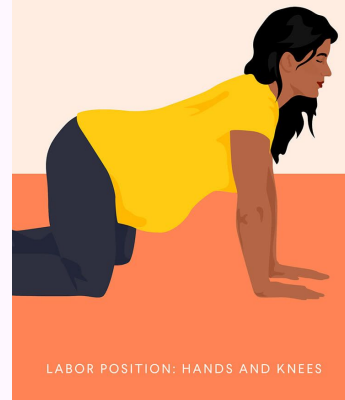
Manual Rotation



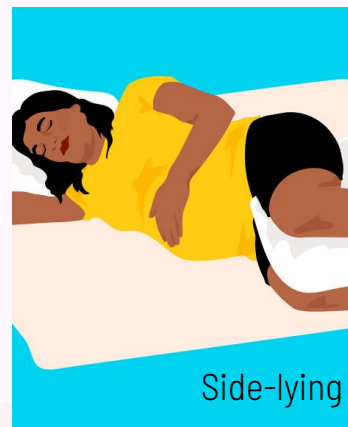
Knee-chest

Amniotomy

Hands-and-knees



LABOR POSITION: HANDS AND KNEES



Side-lying

Pencegahan

- Cara mencegah gangguan persalinan
 - (1) Dibantu oleh tenaga kesehatan yang terlatih
 - (2) Menghindari masuk rumah sakit pada tahap laten persalinan;
 - (3) Menghindari induksi elektif dengan serviks yang belum matang;
 - (4) Penggunaan analgesia epidural secara hati-hati.
 - (5) Istirahat cukup sebelum persalinan,
 - (6) rutin kontrol kehamilan,
 - (6) kontrol diabetes
 - (7) senam kehamilan
 - (8) pijat perineum
 - (9) Diet Makanan: hindari karbohidrat berlebih, minum susu yang rendah gula

Komplikasi

- Infeksi: intrapartum chorioamnionitis, postpartum pelvic infection, infeksi saluran kemih
- Postpartum hemorrhage akibat atonia uteri
- Sepsis puerperium
- Ruptur uterus
- Cedera pada dasar panggul → akibat kompresi langsung dari kepala janin dan tekanan kebawah saat mengejan → meregangkan dasar panggul → perubahan fungsional dan anatomi pada otot, saraf, dan jaringan ikat sekitarnya.
- Cedera pada saraf ekstremitas bawah
- Pada tetania uteri/his terlalu kuat → terjadi perlukaan luas pada jalan lahir (dapat menyebabkan ruptur uteri) dan bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena mendapat tekanan kuat dalam waktu singkat.
- Komplikasi perinatal: peripartum fetal sepsis, trauma mekanik (cedera saraf, fraktur, cephalohematoma)

Resources

- William's Obstetrics 25th Edition
- <https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6700/OBGYN/f/web/Dystocia/index.htm>
- <https://www.aafp.org/afp/2007/0601/p1671.html>
- <https://pspk.fkunissula.ac.id/sites/default/files/3.%20MalPosisi%20MalPresentasi.pdf>