



# 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

---

Kontraktibilitas 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
<b>Latent</b>		
Nulliparous	> 20 hours	NA
Multiparous	> 14 hours	NA
<b>First stage</b>		
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
<b>Second stage</b>		
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

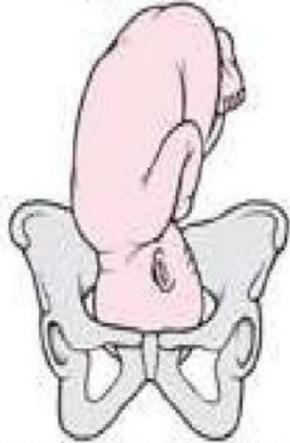
Labor Pattern	Diagnostic Criteria		Preferred Treatment	Exceptional Treatment
	Nulliparas	Multiparas		
<b>Prolongation Disorder</b>				
Prolonged latent phase	>20 hr	>14 hr	Bed rest	Oxytocin or cesarean delivery for urgent problems
<b>Protraction Disorders</b>				
Protracted active-phase dilation	<1.2 cm/hr	1.5 cm/hr	Expectant and support	Cesarean delivery for CPD
Protracted descent	<1 cm/hr	<2 cm/hr		
<b>Arrest Disorders</b>				
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**



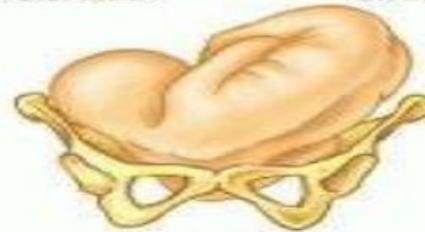
**Brow presentation**



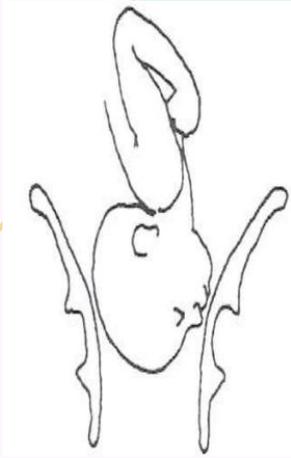
**Vertex presentation**



**Breech presentation**

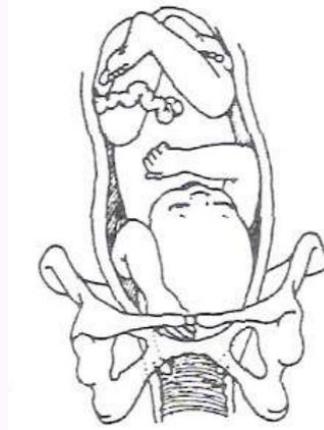


**Shoulder presentation**



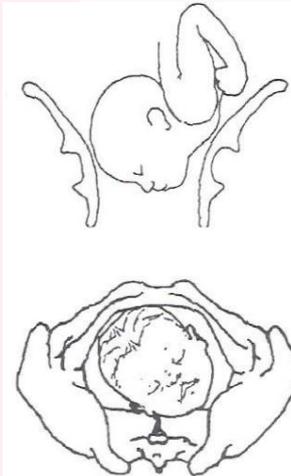
### Presentasi Dahi

- 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)

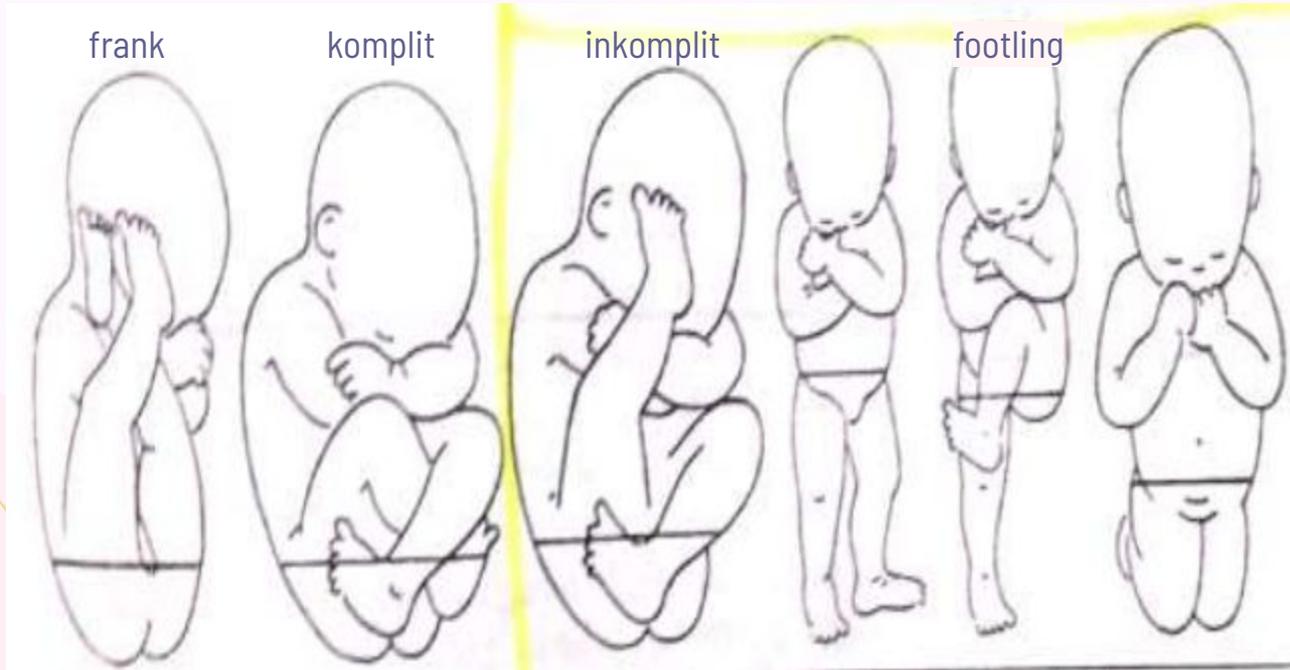
- presentasi kepala teraba juga tangan/lengan dan/atau kaki ATAU presentasi bokong teraba juga tangan/lengan.
- Persalinan spontan hanya terjadi bila janin kecil atau mati dan maserasi
- Lakukan koreksi dengan jalan Knee Chest Position, dorong bag yg prolaps ke atas, dan pada saat kontraksi masukkan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

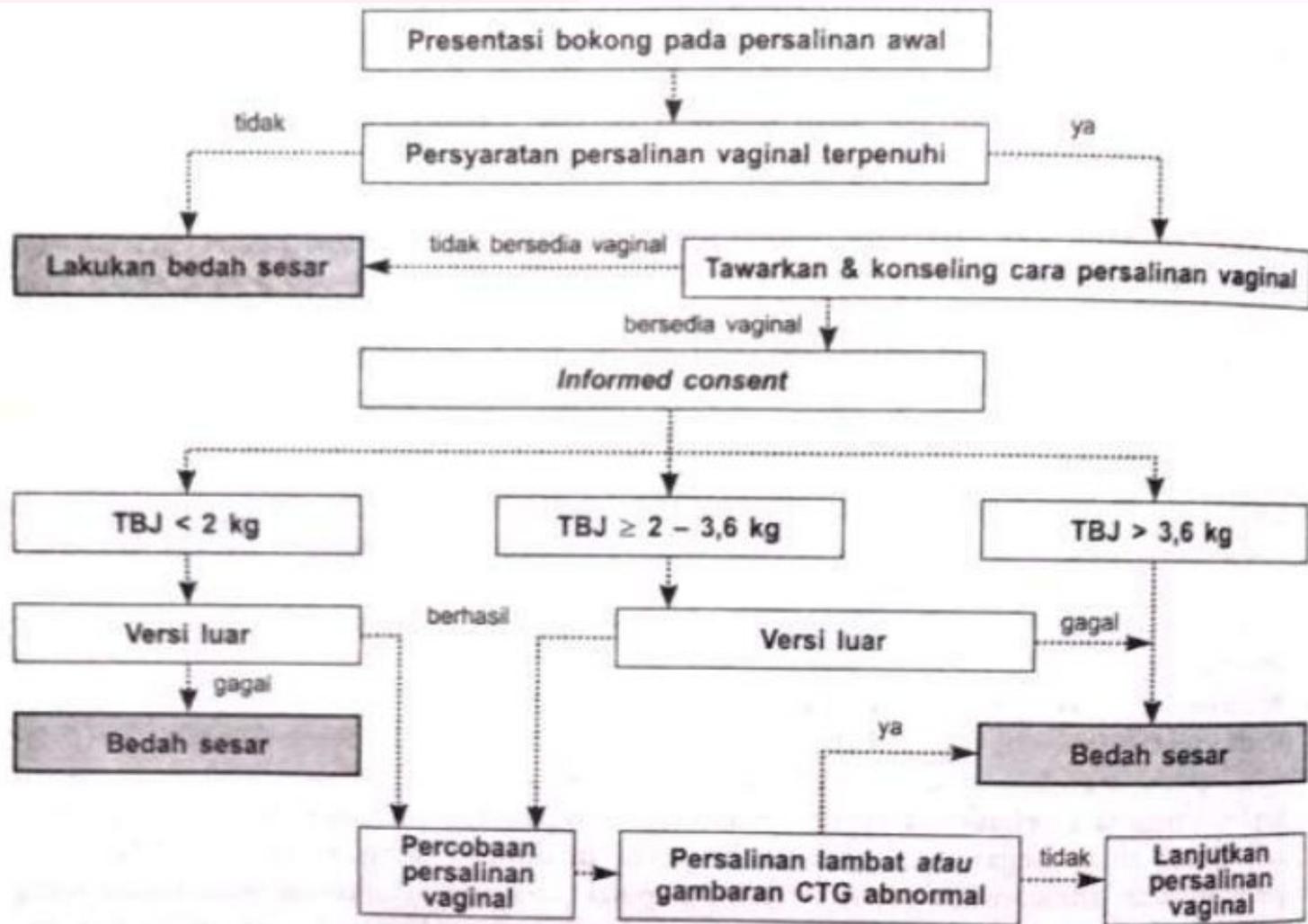
## Presentasi Bokong (Sungsang)

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 DARAH**
- **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

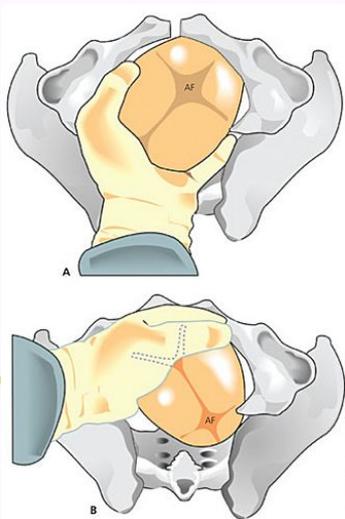
**Ruptured membranes without labor**

# Px Fisik

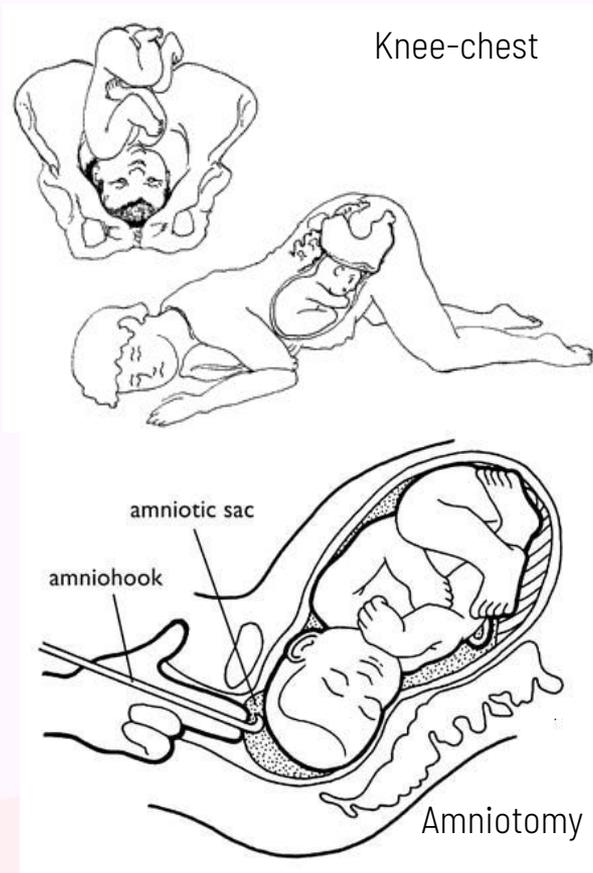
- Tanda vital ibu dan janin
- Palpasi posisi, presentasi janin, dan taksiran berat janin ( menggunakan teknik Leopold)
- Frekuensi dan durasi kontraksi (dapat dilakukan setiap 30 menit)
- Cairan ketuban (jika sudah pecah dapat dinilai warnanya)
- Penilaian dilatasi, posisi, dan penipisan serviks melalui 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.

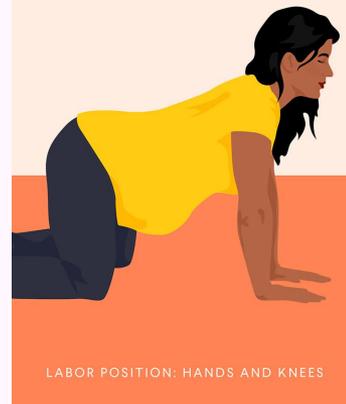


Manual Rotation



Knee-chest

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>