

**PER, PRESBO, KPD 1
HARI PADA
MULTIGRAVIDA HAMIL
POST DATE DENGAN
CUKUP ANAK**

Pembimbing : dr. Soetrisno SpOG (K)

Oleh :

Laurent
Febrilia
Yuwono
G0005123

Radhiana
Pursanti
G0005163

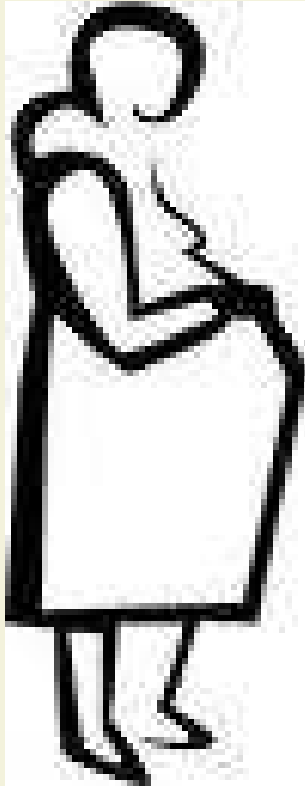
Priska Wahyu
I. G0007016

Berty
G0007044

Tri Astuti Diah
K.G0007163

ABSTRAK

- Pre eklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini terjadi pada triwulan ke 3 kehamilan tetapi dapat juga terjadi sebelumnya. Presentasi bokong merupakan letak memanjang dengan dengan bagian terbawah bokong dengan atau tanpa kaki. KPD dapat diartikan sebagai pecahnya ketuban pada saat fase laten sebelum adanya his. Kehamilan post date adalah kehamilan yang telah melewati hari perkiraan kelahiran, yaitu 280 hari, dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir.
- Seorang G₃P₂A₀, umur 43 tahun, datang sendiri, umur kehamilan 41⁺¹minggu. Riwayat fertilitas baik, riwayat obstetric baik., teraba janin tunggal intra uterin, memanjang, punggung di kiri, presentasi bokong, bokong sudah masuk panggul. Tinggi fundus uteri: 34 cm. TBJ 3400 gr. HIS (-), DJJ (+) reguler, belum dalam persalinan. Ketuban dirasakan pecah 24 jam sebelum pasien ke RSDM. Usul dilakukan persalinan abdominal dengan indikasi ibu dan indikasi janin menurunkan kematian maternal dan perinatal. Pada kasus ini dilakukan persalinan per abdominal.
- **Kata Kunci : PER, Presbo, KPD, Hamil Postdate.**



PREEKLAMSIA RINGAN

DEFINISI

suatu sindroma klinik pada kehamilan viable (usia kehamilan > 20 minggu atau berat janin > 500 gram) yang ditandai dengan hipertensi, proteinuria, dan edema

PER → TD 140/90, proteinuri +1

ETIOLOGI

- Idiopatik
- Beberapa teori :

imunologik

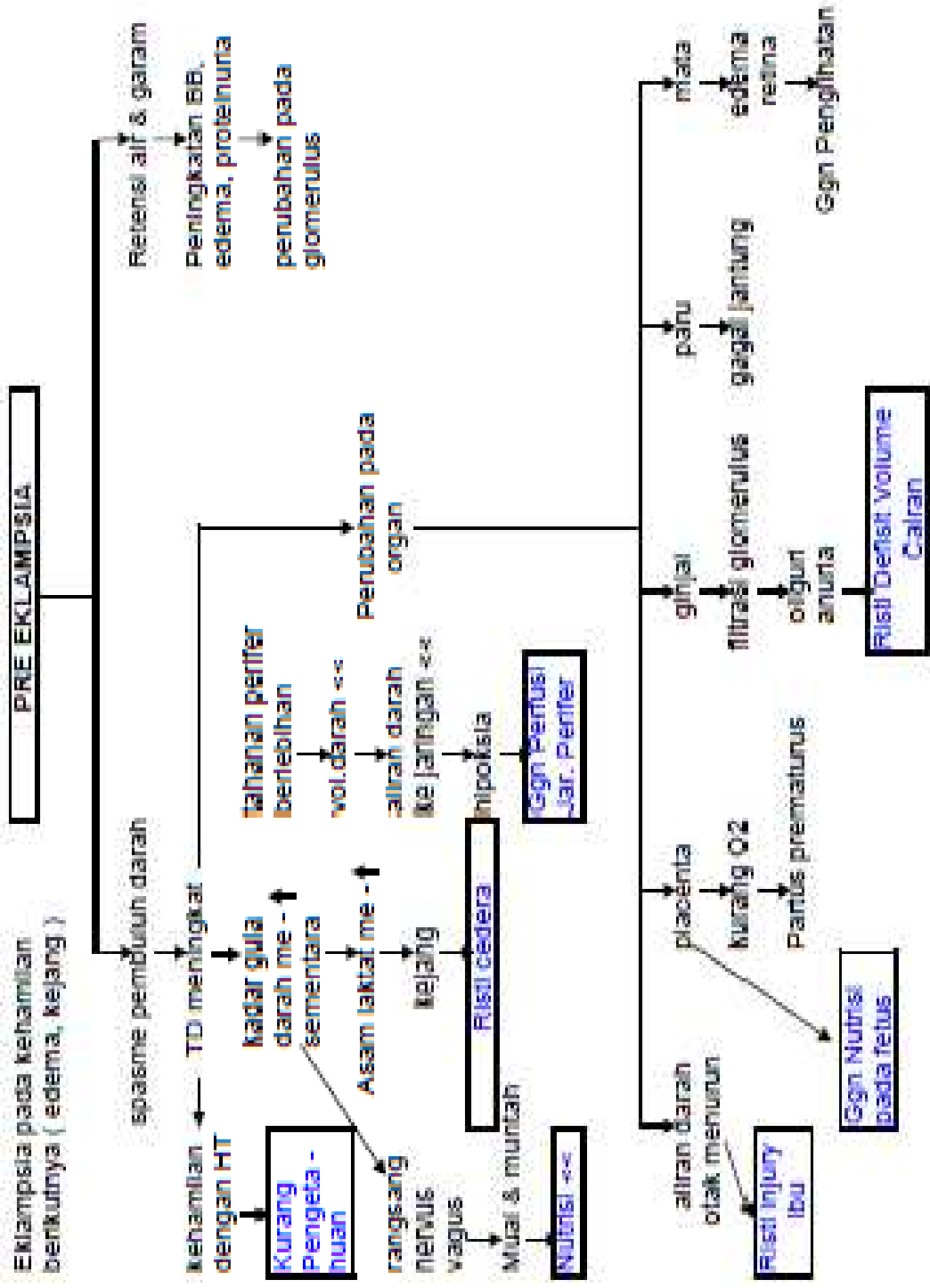
- Antara ibu dan janin

Sindrom PG

- Ketidakseimbangan vasodilator PG2 + prostasiklin dan vasokonstriktor PGF + tromboksan

Iskemi uteroplamenta

PATOFISIOLOGI



FAKTOR PREDISPOSISI

- Primigravid
- DM
- mola hidatidosa
- kehamilan ganda
- hidrops fetalis
- umur lebih dari 35 tahun
- obesitas

KLASIFIKASI PREEKLAMPSIA

PER

- TD \geq 140/90 mmHg yang diukur pada posisi terlentang; atau kenaikan sistolik \geq 30 mmHg atau diastolik \geq 15 mmHg.
- Cara pengukuran \rightarrow dua kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam.
- Edema umum, kaki, jari tangan dan muka, atau kenaikan BB \geq 1 kg per minggu.
- Proteinuria kuantitatif \geq 0,3 gram/liter; kualitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau mid stream

PEB

- TD \geq 160/110 mmHg.
- Proteinuria \geq 5 gram/liter.
- Oligouria yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc/24 jam.
- Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan nyeri epigastrium.
- Terdapat edema paru dan sianosis

DIAGNOSIS BANDING

- Hipertensi menahun
- Penyakit ginjal.
- Epilepsi

PENATALAKSANAAN

- menganjurkan kepada pasien untuk istirahat di tempat tidur
- diet rendah garam
- pemberian valium tablet 5mg yang diminum 3 kali 1 sehari atau fenobarbital tablet 30mg yang diminum 3 kali 1 sehari.
- Bila gejala PER masih menetap dapat dilakukan
 - rawat inap dan monitor terhadap janin
 - Induksi partus dapat dilakukan pada usia kehamilan minggu 37 ke atas.

PENCEGAHAN

Pasien diberi edukasi :

- pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi
- lebih banyak duduk dan berbaring
- Diet tinggi protein dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan
- Mengenal secara dini preeklampsia
- segera merawat penderita tanpa memberikan diuretik dan obat antihipertensi
- pemeriksaan antenatal yang baik

PRESENTASI BOKONG (LETAK SUNGSANG)

DEFINISI

**Letak memanjang
dengan dengan bagian
terbawah bokong dengan
atau tanpa kaki**

JENIS



Presbo murni (frank breech presentation)

- Hanya bokong saja terbawah sedangkan kedua kaki lurus keatas (berekstensi), sehingga kaki di depan muka janin.



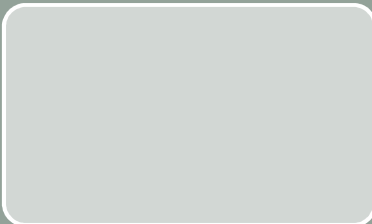
Presbo kaki (complete breech)

- Disamping bokong terdapat kaki presentasi bokong kaki sempurna bila terdapat 2 kaki



Presentasi kaki (incomplete breech)

- Presentasi kaki sempurna bila bagian terendah 2 kaki, presentasi kaki tidak sempurna bila bagian terendah



Presentasi lutut (incomplete breech)

Presentasi lutut sempurna bila bagian terendah 2 lutut, presentasi lutut tidak sempurna bila bagian terendah 1 lutut.

ETIOLOGI

Faktor ibu

- panggul sempit
- tumor jalan lahir
- uterus yang lembek (grandemultipara), kelainan uterus (uterus arkuatus/bikornus)
- letak plasenta di atas atau di bawah (plasenta previa)

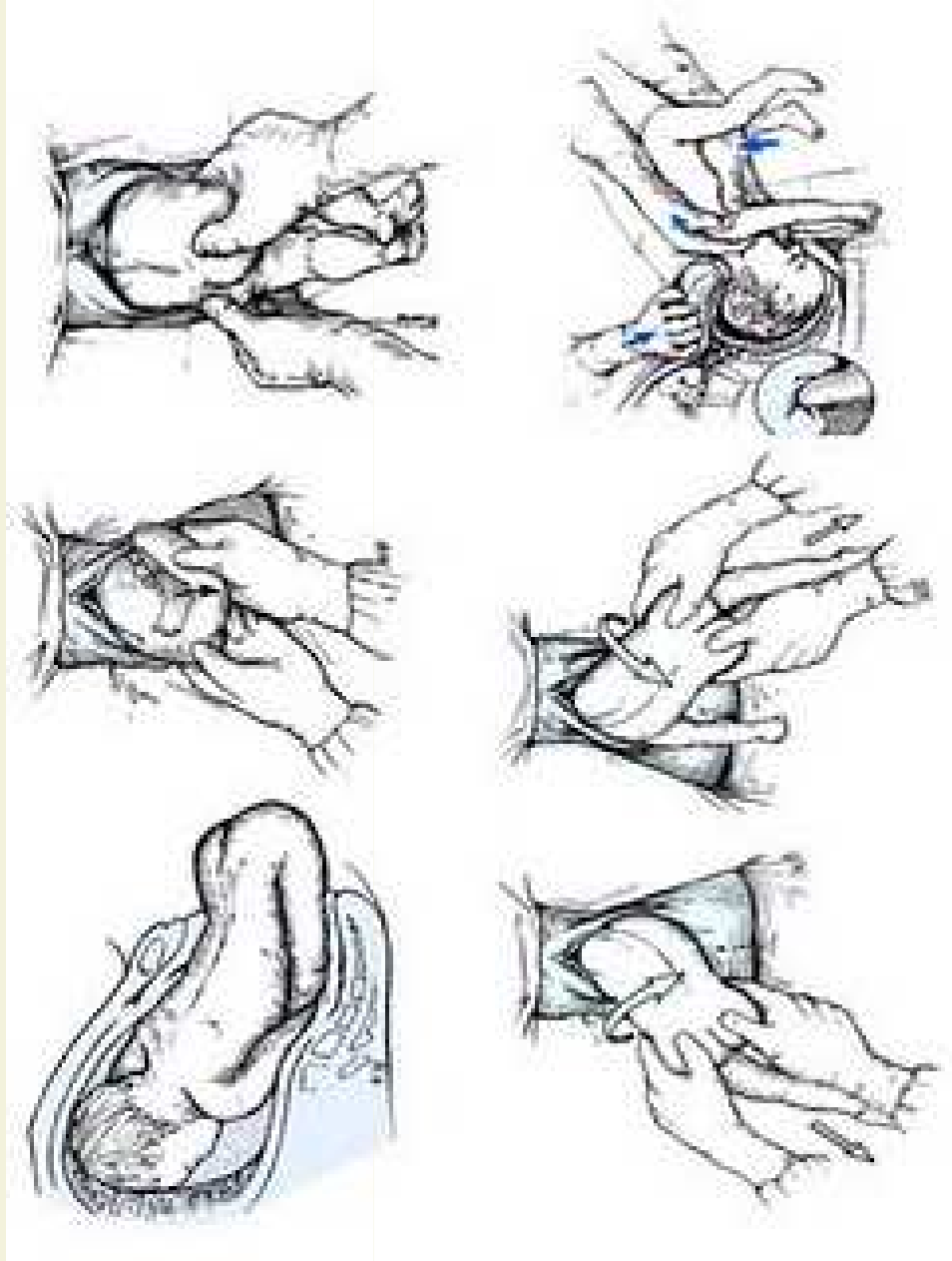
Faktor janin

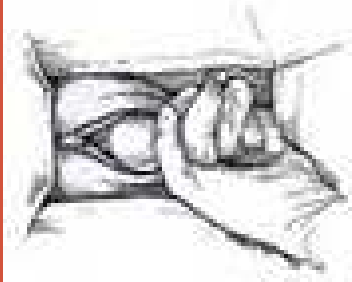
- janin kecil/prematur
- janin besar
- hamil ganda
- cacat bawaan (hidrosefalus/anensefalus),
- hidramnion
- Oligohidramnion
- kaki menjungkit.

DIAGNOSIS

- **Denominator sakrum**
- **Pemeriksaan luar :**
 - kepala di fundus uteri
 - DJJ diatas pusat kanan atau kiri
- **Pemeriksaan dalam :**
 - teraba 3 tonjolan ujung-ujung os koksigeus dan tuber osis ischii kanan dan kiri
- **Pemeriksaan Rontgenologi dan ultrasonografi**
 - menentukan keadaan kepala defleksi atau ekstensi dan juga kelainan janin

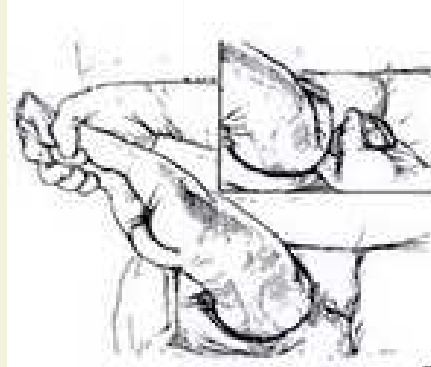
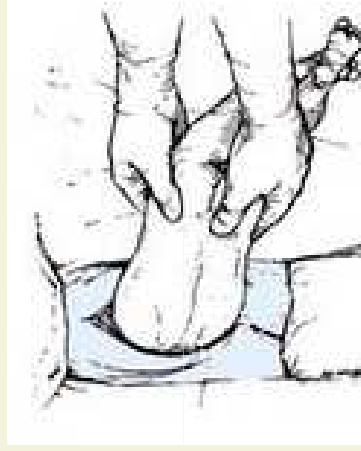
MEKANISME PERSALINAN



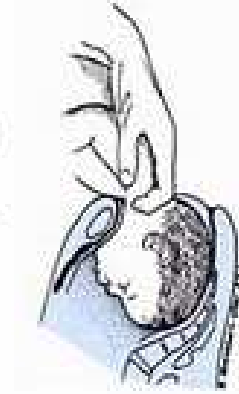
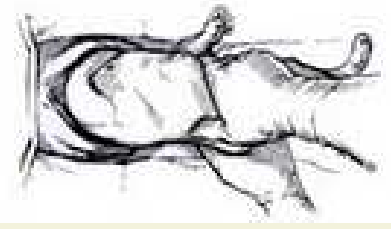


Breeds: extension, Flexion on the feet and ankles.

Extension of a hand, flexion using fingers in gloves.



Breeds: extension. The scapulae are visible and the body is rotating.



PROGNOSIS DAN KOMPLIKASI

DUBIA

Ibu

- Perlukaan vagina dan servik
- Ruptur perinei
- Ruptur plasenta

Janin

- Asfiksia
- Perdarahan intrakranial
- Kerusakan organ

PENATALAKSANAAN

■ Knee chest position

■ Versi luar

■ Dilakukan Pada UK > 36 minggu

Syarat : janin tunggal, belum masuk PAP, cairan amnion masih cukup banyak, ibu tidak obese.

Kontraindikasi : janin sudah masuk PAP, panggul sempit, oligohidramnion, plasenta previa, KPD, riwayat operasi uterus sebelumnya (SC, myomectomy), dicurigai malformasi kongenital pada janin, penyakit pada ibu (jantung, hipertensi, DM, tiroid).

■ Komplikasi :

- abrutio plasenta
- ruptur uteri
- embolisme cairan amnion
- persalinan prematur
- fetal distress
- perdarahan fetomaternal

PERSALINAN

pervaginam

- Presbo murni
- UK \geq 34 minggu
- TBJ 2100 – 3500 gram
- Kepala janin fleksi
- Diameter pelvis adekuat
- Tidak ada indikasi SC utk ibu & janin

SCTP

- Presbo komplit & inkomplit
- TBJ $>$ 3500 gr
- Kepala janin defleksi
- KPD
- Bokong belum masuk panggul
- Prematur (UK 25-34 mg)
- Ibu dengan riwayat obstetri yang buruk & infertilitas

KETUBAHAN PECAH DINI



DEFINISI

**pecahnya ketuban pada saat fase
laten sebelum adanya his**

ETIOLOGI

- **pengurangan kekuatan selaput ketuban**
 - Infeksi bakteri
 - His
 - Defek kromosom
 - Kelainan kolagen

- **peningkatan tekanan intrauterine**
 - Kehamilan ganda
 - Hidramnion

PATOGENESIS



FAKTOR PREDISPOSISI

1. Kehamilan multiple
2. Riwayat persalinan preterm sebelumnya
3. Koitus, namun hal ini tidak merupakan predisposisi kecuali bila hygiene buruk
4. Perdarahan pervaginam
5. Bakteriuria
6. pH vagina diatas 4,5
7. Servix yang tipis/kurang dari 39 mm
8. Flora vagina abnormal
9. Fibronectin > 50 ng/ml
10. Kadar CRH (Corticotropin Releasing Hormone) maternal tinggi

DIAGNOSIS

1. Air ketuban yang keluar dari vagina
2. Nitrazine test
3. Fern test
4. Evaporation test
5. Intraamniotic fluorescein
6. Amnioscopy
7. Diamine oxidase test
8. Fetal fibronectin
9. Alfa-fetoprotein test

KOMPLIKASI

- Infeksi
- Hyaline membrane disease
- Hipoplasi pulmoner
- Abruptio placenta
- Fetal distress
- Cacat pada janin
- Kelainan kongenital

PENATALAKSANAAN

konservatif

- rawat di Rumah sakit
- antibiotika jika ketuban pecah lebih dari 6 jam
- UK < 32 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
- UK 32-34 minggu masih keluar, maka pada usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan
- Nilai tanda-tanda infeksi
- UK 32-34 minggu berikan steroid selama 7 hari untuk memacu kematangan paru janin

aktif

- UK > 36 minggu, bila 6 jam belum terjadi persalinan maka induksi dengan oksitosin, bila gagal lakukan section cesaria
- DKP, letak lintang → sectio cesaria
- bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan terminasi persalinan :
 - Bila bishop score kurang dari 5, akhiri persalinan dengan section cesaria
 - Bila bishop score lebih dari 5, induksi persalinan dan partus pervaginam
 - Bila ada infeksi berat maka lakukan section cesaria

HAMIL POSTDATE

- **Definisi :** kehamilan yang telah melewati hari perkiraan kelahiran, yaitu 280 hari, dihitung dari HPMT
- **Kriteria Diagnosis :**
 - Usia kehamilan telah melewati 280 hari.
 - Palpasi bagian-bagian janin lebih jelas karena berkurangnya air ketuban.
 - Kemungkinan dijumpai abnormalitas denyut jantung janin.
 - Pengapuran atau kalsifikasi placenta pada pemeriksaan USG



PRESENTASI KASUS

Carko. 2011

STATUS PASIEN

- Nama : Ny S
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Umur : 43 tahun
- Alamat : Bonorejo RT 02/15, Nusukan, Sukoharjo
- Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- Status Perkawinan : Kawin
- Nama Suami : Tn. M
- Umur Suami : 51 tahun
- Pekerjaan : Buruh
- HPMT : 18 Juni 2010
- HPL : 25 Maret 2011
- UK : 41⁺¹ minggu
- Tanggal Masuk : 2 April 2011
- Tanggal Periksa : 4 April 2011
- No CM : 01 05 96 54

ANAMNESIS

Keluhan Utama : Keluar cairan dari jalan lahir

RPS → Datang seorang G₃P₂A₀, 43 tahun, datang sendiri, hamil 9 bulan lebih, air kawah dirasakan sudah keluar sejak 24 jam yang lalu, kenceng-kenceng teratur belum dirasakan, gerak janin masih dirasakan, lendir darah dari jalan lahir belum keluar.

Nyeri ulu hati (-), pusing (-), nyeri kepala (-), pandangan kabur (-), kejang (-), mual (-), muntah (-).

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

- R. Hipertensi : Disangkal
- R. DM : Disangkal
- R. Penyakit Jantung : Disangkal
- R. Alergi Obat : Disangkal
- R. Operasi : Disangkal
- R. Mondok di RS : Disangkal.

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

- R. Hipertensi : Disangkal
- R. DM : Disangkal
- R. Asma : Disangkal
- R. Alergi Obat : Disangkal

RIWAYAT HAID

- Menarche : 14 tahun
- Lama Haid : 6 hari
- Siklus Haid : 30 hari
- Nyeri haid : Tidak dirasakan

■ **Riwayat Fertilitas** : Baik

■ **Riwayat Obstetri** : Baik

1. Anak I. Laki-laki, 3100 gr, spontan, 26 tahun

2. Anak II Perempuan, 3500 gr, spontan, 23 tahun

3. Sekarang.

- Riwayat ANC : Tidak teratur, di bidan.
- Riwayat Perkawinan : Menikah 1 kali dengan suami sekarang, 27 tahun.
- Riwayat KB : pil KB.

PEMERIKSAAN FISIK

Status Interna

- **KU** : Compos mentis, sakit sedang. Gizi kesan cukup.
- **VS**
 - : **Tensi** : 150/100 mmHg
 - : **Nadi** : 92 x/menit
 - : **RR** : 20 x/menit
 - : **Suhu** : 36,8 derajat celcius.
- **Kepala** : Mesocephal
- **Mata** : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera ikterik (-/-), Oedem Palpebra (-/-)
- **THT** : Tonsil tidak Membesar, Faring tidak Hiperemis.
- **Leher** : KGB tidak membesar, glandula thyroid tidak membesar, JVP tidak meningkat.

■ Thorak

- Cor** : I : Ictus cordis tidak tampak
P: Ictus cordis tidak kuat angkat.
P : Batas Jantung kesan tidak melebar.
A: BJ I-II interval normal, regular, bising (-)
- Pulmo** : I : Pengembangan dada kanan = kiri
P : Fremitus raba kanan = kiri
P: Sonor/ sonor
A: SDV (+/+), Suara tambahan (-/-).

- **Abdomen** I: Dinding perut lebih tinggi dari dinding dada.
P: Supel, nyeri tekan (-), hepar lien sulit dievaluasi, teraba uterus gravid dengan bagian-bagian janin. (lihat pemeriksaan Leopold)
P: Timpani pada daerah hipogastrika, redup pada daerah uterus.
A: Peristaltik (+) normal.

- **Ekstremitas** : Oedem (-/-),
- **Genital** : Perdarahan (-), lendir darah (-), massa (-).

Status Obstetri

Inspeksi

- **Kepala** : Cloasma gravidarum (+)
- **Mata**: Conjunctiva pucat (-/-), sclera ikterik (-/-), oedem palpebra (-/-)
- **Thorak** : Glandula mammae kesan membesar, areola mammae hiperpigmentasi (+)
- **Abdomen** : Striae gravidarum (+), linea nigra (+), dinding perut lebih tinggi dari dada.
- **Genetalia Eksterna** : Vulva uretra tenang, darah (-), lendir darah (-), massa (-)

Palpasi

- **Abdomen** : Supel, nyeri tekan (-), tinggi fundus uteri 34 cm, TBJ 3400 g, HIS (-).
- **Pemeriksaan Leopold**
- **I** : Teraba 1 bagian besar, keras di fundus, kesan kepala
- **II** : Teraba 1 bagian besar memanjang di sebelah kiri, rata, keras kesan punggung dan disebelah kanan teraba bagian kecil kesan ekstremitas.
- **III** : Teraba 1 bagian bulat, lunak, kesan bokong.
- **IV** : Bokong janin masuk panggul < 1/3 bagian.
- **Kesimpulan**, teraba janin tunggal, intra uterin, memanjang, punggung di kiri, presentasi bokong, bokong sudah masuk panggul <1/3 bagian.
- **Auskultasi** : DJJ (+) 12-12-12 / 12-11-12 / 12-12-13. reguler.

- ***Pemeriksaan Dalam***

- **VT : Vulva uretra tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio lunak mencucu, Ø = - (belum ada pembukaan), kulit ketuban (-), penunjuk belum dapat dinilai, air ketuban (+) jernih, tidak berbau, STLD (-), nitrazin test (+)**

- **UPD :
promontorium tidak teraba
linea terminalis teraba , 1/3 bagian
spina ischiadica tidak menonjol
arcus pubis > 90
sudut MKM tumpul**

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium Darah tanggal 2 April 2011

Hb	: 11,5 g/dl	Ureum	: 17
Hct	: 33,2 %	Creatinin	: 0,5
Eritrosit	: $3,38 \times 10^6$	Na	: 136
Leukosit	: $14,3 \times 10^3 / \mu\text{L}$	K	: 4,4
Gol Darah	: AB	Cl	: 109
GDS	: 121	Albumin	: 3,6 g/dl
Trombosit	: 252000	Protein urin	: + 1
PT	: 14,9 detik		
APTT	: 30,0 detik		
HBsAg	: -		

Ultrasonografi (USG) tanggal 2 April 2011:

Tampak janin tunggal, memanjang, punggung kiri, intrauterin, presentasi bokong, DJJ (+), dengan biometri:

BPD : 92
FL : 68
AC : 340
EFBW : 3420

Plasenta berinsersi di fundus kiri Grade II-III

Air ketuban kesan cukup

Kelainan kongenital mayor tidak tampak jelas

Kesimpulan : saat ini janin dalam keadaan baik

KESIMPULAN

Seorang G3P2A0, 43 tahun, UK: 41 ⁺¹ minggu, dengan riwayat fertilitas baik, riwayat obstetrik baik, teraba janin tunggal, intra uterin, memanjang, punggung di kiri, presentasi bokong, bokong sudah masuk panggul < 1/3 bagian.

Tinggi fundus uteri: 34 cm. TBJ 3400 gr. HIS (-), DJJ (+) reguler, portio lunak, \emptyset = -, kulit ketuban (+), air ketuban (-), STLD (-), belum dalam persalinan dengan PER.

DIAGNOSIS

- Preeklamsia ringan, presentasi bokong, ketuban pecah dini 1 hari pada multigravida, hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.

PROGNOSIS

- Dubia

PENATALAKSANAAN

- Usul terminasi persalinan dengan SCTP emergensi dan MOW
- O₂ 3 lpm
- IVFD RL 20 tpm
- Nifedipin 10 mg per oral (1 x 1)
- Inj. Ceftriaxon 1gr/12jam → skin test
- Pasang DC → balance cairan
- Cek darah lengkap cito
- NST
- Observasi 10

LAPORAN PERSALINAN SCTP

- Jam 05.00 WIB lahir bayi jenis kelamin laki laki BB 3000g perabdominal. PB 53 cm, LK/LD 38/37 cm, APGAR score 8-9-9, Anus (+)
- Jam 05.05 Plasenta lahir spontan lengkap perabdominal, bentuk cakram, ukuran 20x20x2 cm. Insersi parasentral. Panjang tali pusat 50 cm.

INSTRUKSI POST OPERASI

- Awasi keadaan umum, tanda vital, *balance* cairan/6 jam
- Awasi tanda perdarahan, transfusi jika Hb < 10 g/dl
- Mobilisasi bertahap
- Medikamentosa :
 - - IVFD RL:D5%:NaCl 10 1: 2: 1
 - - Injeksi Cefriaxon 1 g/12 jam
 - - Injeksi Metronidazole 500 g/ 8 jam
 - - Injeksi Alinamin F 1 amp/ 8 jam
 - - Injeksi ketorolac 30 mg 1 amp/8 jam, intra vena
 - - Injeksi Vit C 1 amp/ 8 jam
 - - Injeksi B Complex 2 cc/ 24 jam

FOLLOW UP

Follow Up 3 April 2011

Kel : (-)
KU : Baik, CM.
VS : T: 130/80 N: 90 RR: 20 S: 36,7°C
Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)
Cor dan pulmo : dalam batas normal
Abdomen : Supel, nyeri tekan (-), luka operasi tertutup verban (+)
Genital : Perdarahan (-), discharge (-)
Laboratorium : Hb=8,4 AE=2,54 Hct=24,9 AL=19,8 AT=241

Diagnosa : Post SCTP atas indikasi PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravid hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.

Terapi : infus RL 12 tpm
 Transfusi 2 PRC
 Injeksi ceftriaxon 1gr/12jam
 Infus metronidazol 500g/8jam
 Injeksi ketorolac 1amp/ 8jam
 Injeksi Alinamin F 1 amp/ 8 jam
 Injeksi B Complex 2 cc/ 24 jam
 Injeksi vit C 1amp/8jam
 Injeksi asam tranexamat 1gr/8jam
BC : input=1350cc, output=1000cc IWL=400cc BC= -50

Follow Up 4 April 2011

Kel : (-)
KU : Baik, CM.
VS : T: 130/80 N: 88 RR: 20 S: 36,5°C
Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)
Cor dan pulmo : dalam batas normal
Abdomen : Supel, nyeri tekan (-), luka operasi tertutup verban (+)
Genital : Perdarahan (-), discharge (-)
Laboratorium : Hb=10 AE=2,99 Hct=31 AL=9,5 AT=283
Diagnosa : Post SCTP atas indikasi PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravid hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.
Terapi : infus RL 12 tpm
Injeksi ceftriaxon 1gr/12jam
Infus metronidazol 500g/8jam
Injeksi ketorolac 1amp/ 8jam
Injeksi Alinamin F 1 amp/ 8 jam
Injeksi B Complex 2 cc/ 24 jam
Injeksi vit C 1amp/8jam
Injeksi asam tranexamat 1gr/8jam
BC : input=1450cc, output=1100cc IWL=400cc BC= -50

Follow Up 5 April 2011

Kel : (-)

KU : Baik, CM.

VS : T: 130/80 N: 92 RR: 20 S: 36,5°C

Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)

Cor dan pulmo : dalam batas normal

Abdomen : Supel, nyeri tekan (-), luka operasi tertutup verban (+)

Genital : Perdarahan (-), discharge (-)

Diagnosa : Post SCTP atas indikasi PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravid hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.

Terapi : infus RL 12 tpm

Injeksi ceftriaxon 1gr/12jam

Infus metronidazol 500g/8jam

Injeksi ketorolac 1amp/ 8jam

Injeksi Alinamin F 1 amp/ 8 jam

Injeksi B Complex 2 cc/ 24 jam

Injeksi vit C 1amp/8jam

Injeksi asam tranexamat 1gr/8jam

BC : input=1450cc, output=1000cc IWL=400cc BC= +50

Follow Up 6 April 2011

Kel : (-)
KU : Baik, CM.
VS : T: 130/80 N: 82 RR: 20 S: 36,5°C
Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)
Cor dan pulmo : dalam batas normal
Abdomen : Supel, nyeri tekan (-), luka operasi tertutup verban (+)
Genital : Perdarahan (-), discharge (-)
Diagnosa : Post SCTP atas indikasi PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravid hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.
Terapi : infus RL 12 tpm
 Injeksi ceftriaxon 1gr/12jam
 Infus metronidazol 500g/8jam
 Injeksi ketorolac 1amp/ 8jam
 Injeksi Alinamin F 1 amp/ 8 jam
 Injeksi B Complex 2 cc/ 24 jam
 Injeksi vit C 1amp/8jam
 Injeksi asam tranexamat 1gr/8jam

Follow Up 7 April 2011

Kel : (-)
KU : Baik, CM.
VS : T: 130/80 N: 88 RR: 22 S: 36,5°C
Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)
Cor dan pulmo : dalam batas normal
Abdomen : Supel, nyeri tekan (-), luka operasi tertutup verban (+)
Genital : Perdarahan (-), discharge (-)
Diagnosa : Post SCTP atas indikasi PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravid hamil post date belum dalam persalinan dengan cukup anak.

Terapi : cefadroxil 2x500mg
 Metronidazol 3x500mg
 sulfas ferosus 1x1
 Vit C 2x1

ANALISIS KASUS

Analisis Diagnosis Kasus

1. Pre eklamsia Ringan

Pada kasus ini diagnosa ditegakkan dari :

Pemeriksaan Fisik :

Didapatkan : Tekanan darah : 150/100 mmHg

Pemeriksaan Laboratorium :

Proteinuria (Ewitz) : (+) 1

2. Ketuban pecah dini 1 hari

Ditegakkan dari:

a. Anamnesis:

Pasien mengaku air kawah telah keluar 1 hari sebelum pasien datang ke RSDM.

b.Pemeriksaan VT:

air ketuban (+) jernih, tidak berbau, nitrazin test (+).

3. Presbo

Ditegakkan dari pemeriksaan abdomen yaitu pada pemeriksaan Leopold I-IV.

- Leopold I : Teraba 1 bagian besar, keras di fundus, kesan kepala.
Leopold II : Teraba 1 bagian besar memanjang di sebelah kiri, rata, keras kesan punggung dan disebelah kanan teraba bagian kecil kesan ekstremitas.
Leopold III : Teraba 1 bagian bulat, lunak, kesan bokong
Leopold IV : bokong sudah masuk panggul

4. Hamil *post date*

Pada kasus ini diagnosa ditegakkan dari :

Anamnesa

Didapatkan keterangan HPMT : 18 juni 2010

HPL : 3 april 2011

UK : 41⁺² minggu

USG

Didapatkan placenta berinsersi grade II-III, artinya mulai ada tanda-tanda pengapuran atau kalsifikasi.

ANALISIS PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan untuk kasus ini dengan diagnosis PER, presbo, KPD 1 hari pada multigravida hamil postdate belum dalam persalinan yaitu dilakukan SCTP emergency. Indikasi SCTP sudah terpenuhi yaitu :

- Indikasi Ibu, KPD dan presbo dengan persalinan pervaginam dapat menyebabkan kematian ibu disebabkan oleh ruptura uteri spontan/tramautika akibat versi dan ekstraksi.

- **Indikasi Janin, KPD dan presbo dengan persalinan pervaginam dapat menyebabkan :**

Kematian perinatal. Kematian janin disebabkan tali pusat menumbang, trama oleh karena tindakan, hipoksia oleh karena segmen atas rahim menebal, hiperfleksi badan janin, gangguan aliran darah balik, gangguan sirkulasi jantung intrauterine. Ketuban pecah dini dapat menyebabkan infeksi.

- **Indikasi Obstetri**

Adanya KPD dan malpresentasi presbo.

Sehingga penatalaksanaan pada kasus ini, SCTP adalah pilihan yang terbaik untuk ibu maupun bayinya.

TERIMA KASIH



Carko. 2011

PRESBO

- **MANAJEMEN**

- **Knee Chest Position**

- **Versi Luar (External cephalic Version)**

- **Dilakukan Pada UK > 36 minggu**

Syarat : janin tunggal, belum masuk PAP, cairan amnion masih cukup banyak, ibu tidak obese.

Kontraindikasi : janin sudah masuk PAP, panggul sempit, oligohidramnion, plasenta previa, KPD, riwayat operasi uterus sebelumnya (SC, myomectomy), dicurigai malformasi kongenital pada janin, penyakit pada ibu (jantung, hipertensi, DM, tiroid).

- **Komplikasi :**

- - abrutio plasenta
- - ruptur uteri
- - embolisme cairan amnion
- - persalinan prematur
- - fetal distress
- - perdarahan fetomaternal

- **PERSALINAN**

- **Pervaginam**

- Perasat Bracht

- Perasat Klasik : cara melahirkan bahu dan lengan belakang lebih dulu karena bahu dan lengan depan tidak tampak.

- Perasat Mueller : cara melahirkan bahu dan lengan dalam keadaan bahu depan sudah tampak di depan vulva.

- Perasat Loevset : cara melahirkan bahu dan lengan dalam keadaan bahu dan lengan masih tinggi.

- Perasat Mauriceau ==> melahirkan kepala

- Sectio Caesaria ==> dianjurkan untuk presbo persisten**

■ KRITERIA

■ Pervaginam

Presbo murni

UK \geq 34 minggu

TBJ 2100 - 3500 gram

Kepala janin fleksi

Diameter pelvis adekuat

Tidak ada indikasi SC utk ibu & janin

Sectio Caesaria

Presbo komplit & inkomplit

TBJ > 3500 gr

Kepala janin defleksi

KPD

Bokong belum masuk panggul

Prematur (UK 25-34 mg)

Ibu dengan riwayat obstetri yang buruk & infertilitas

- **Metode persalinan vaginal untuk presbo:**

Spontaneous breech delivery (Bracht) : bayi dikeluarkan sepenuhnya secara spontan tanpa traksi atau manipulasi persalinan prematur

Partial breech extraction : bayi dilahirkan secara spontan sampai umbilikus, kemudian traksi atau manufer bantuan dilakukan untuk melahirkan bahu, lengan, dan kepala.

- Bahu dan lengan : perasat klasik, mueller, loevset.
- Kepala : perasat mauriceau, prague, prague terbalik, forceps.

Total breech extraction : seluruh tubuh bayi dikeluarkan dengan ekstraksi

noncephalic second twin

- ekstraksi kaki dan ekstraksi bokong.

■ KOMPLIKASI

Janin

Trauma

Asfiksia (jika kepala dilahirkan > 8 menit setelah umbilikus dilahirkan)

Kerusakan organ-organ abdominal

Ibu

Perlukaan vagina & serviks

Ruptur plasenta

Endometritis

■ PROGNOSIS

Risiko kematian janin 3x lebih besar bila dibandingkan dengan presbelkep

Penyebab kematian utama : prematuritas & perdarahan intrakranial

Kelainan kongenital dua kali lebih sering ditemukan pada bayi dengan presbo dan mempunyai andil terhadap kematian janin

Kelahiran kepala lebih lama dari 8 menit setelah umbilicus dilahirkan dapat menyebabkan terjadinya asfiksi sehingga membahayakan janin.