

Kegawatdaruratan Obstetri dan Ginekologi

dr.Hervi wiranti.spOG

MRCCC Siloam Hospital Jakarta

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

jumat, 16 februari 2024



Kegawatdaruratan Ginekologi dan Obstetri

Kegawatdaruratan Ginekologi dan Obsteri

“Kondisi penyakit pada sistem reproduksi wanita yang mengancam kehidupan, fungsi seksual dan kelangsungan kesuburan wanita ”



**Nyeri Abdominal
Akut**

Pendarahan

**Komplikasi Awal
Kehamilan**

Gawat Darurat

PERDARAHAN

NYERI AKUT ABDOMEN

KOMPLIKASI

OBSTETRI

- Plasenta Previa
- Solusio Plasenta
- Vasa Previa
- Rupture Uteri
- Prolaps tali pusat
- Inversio Uteri

Ginekologi

- Kehamilan Ektopik terganggu
- Abortus
- Mola Hidatidosa
- Kista terpuntir
- Rupture kista



Nyeri Abdominal Akut

**Kehamilan Ektopik
Kista Ovarium Terpuntir
Ruptur dinding kista**

Kehamilan Ektopik Terganggu



Suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95 % kehamilan ektopik berada di saluran telur (Tuba Fallopii).

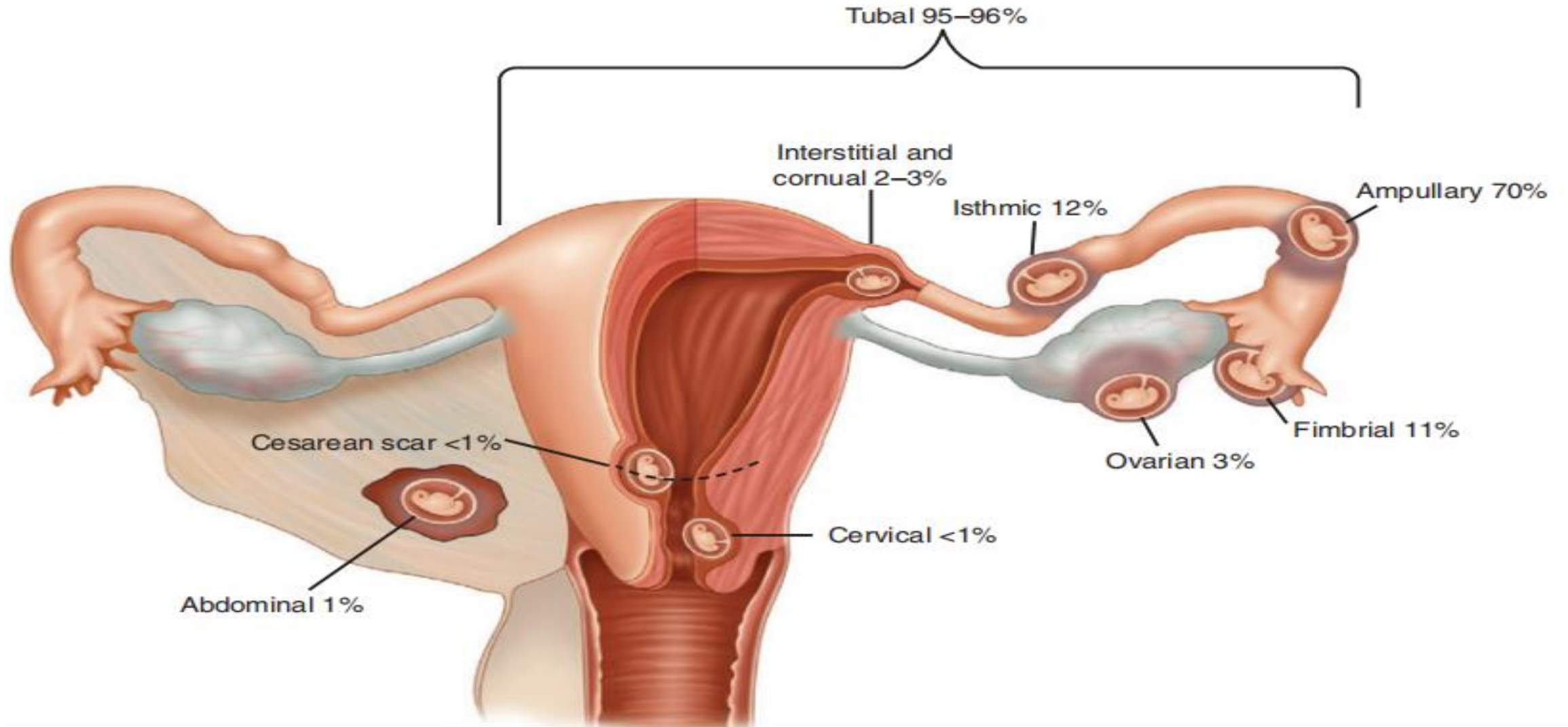
- ✓ Kehamilan tuba, meliputi > 95 % kasus
- ✓ Kehamilan ektopik lain (<5 %) antara lain terjadi di serviks uterus, ovarium, atau abdominal.
- ✓ Kehamilan intraligamenter
- ✓ Kehamilan heterotopik
- ✓ Kehamilan ektopik bilateral

Kehamilan Ektopik Terganggu



- **Penyebab utama kematian pada awal kehamilan**
- Kondisi dimana implantasi konseptus diluar lapisan endometrial normal
- Insidensi kehamilan ektopik terus meningkat, mulai dari 1:60 sampai 1:250 kehamilan

Lokasi Implantasi Kehamilan Ektopik



Faktor Risiko



Faktor Resiko	Odds Ration (95% CI)
Kehamilan ektopik sebelumnya	12.5 (7.5, 20.9)
Pembedahan Tuba Sebelumnya	4.0 (2.6, 6.1)
Merokok > 20 batang/hari	3.5 (1.4, 8.6)
IMS sebelumnya	3.4 (2.4, 5.0)
Keguguran 3 atau lebih	3.0 (1.3, 6.9)
Usia > 40 tahun	2.9 (1.4, 6.1)
Aborsi medikasi sebelumnya	2.8(1.1,7.2)
Infertilitas > 1tahun	2.6(1.6,4.2)
Pasangan seksual jangka panjang > 5	1.6(1.2,2.1)
Penggunaan IUD sebelumnya	1.3(1.0,1.8)

Manifestasi Klinis



- GEJALA : nyeri abdominal bagian bawah dengan pendarahan dari kemaluan yang minimal setelah tidak menstruasi selama 5-8 minggu
- PENEMUAN KLINIS
 - Tanda-tanda vital dalam batas normal
 - Rasa sakit pada abdomen yang semakin parah dengan manipulasi servikal
 - Massa pelvis (20% dari semua kasus)

Diagnosis



- PEMERIKSAAN LABORATORIUM
 - **Pengukuran β -hCG --> peningkatan nilai β -hCG yang tidak adekuat menunjukkan kehamilan tidak pada posisinya**
 - Nilai Progesterone --> <5 ng/mL --> kehamilan tidak pada posisinya

Diagnosis



• PEMERIKSAAN SONOGRAM



Masa inhomogen



Massa dengan kantong
extrauterine yang kosong

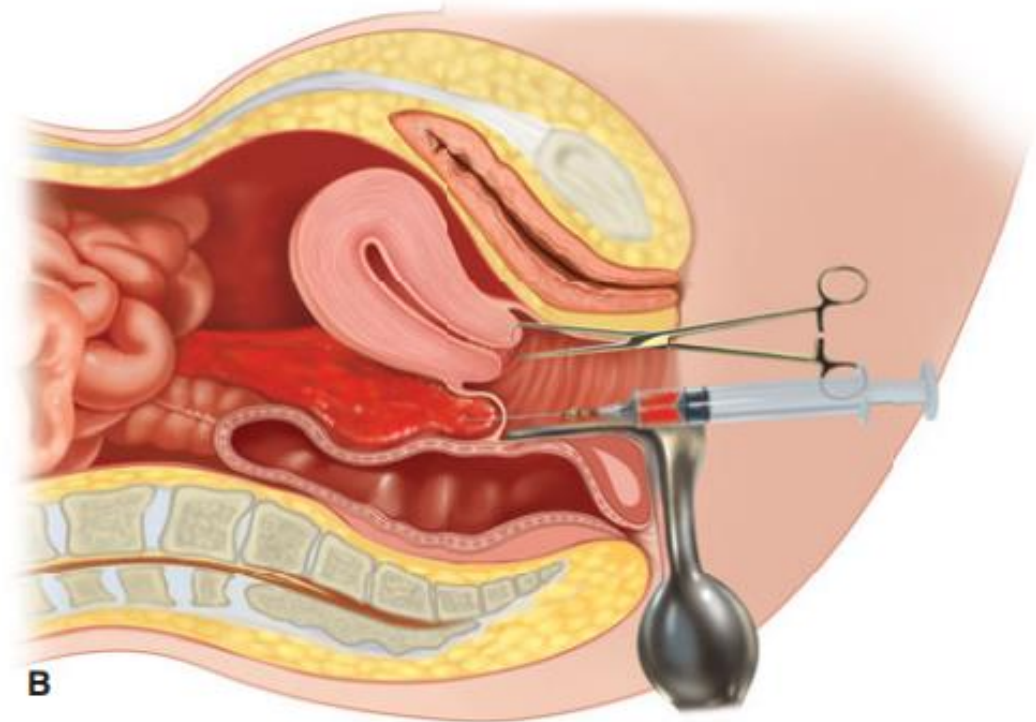
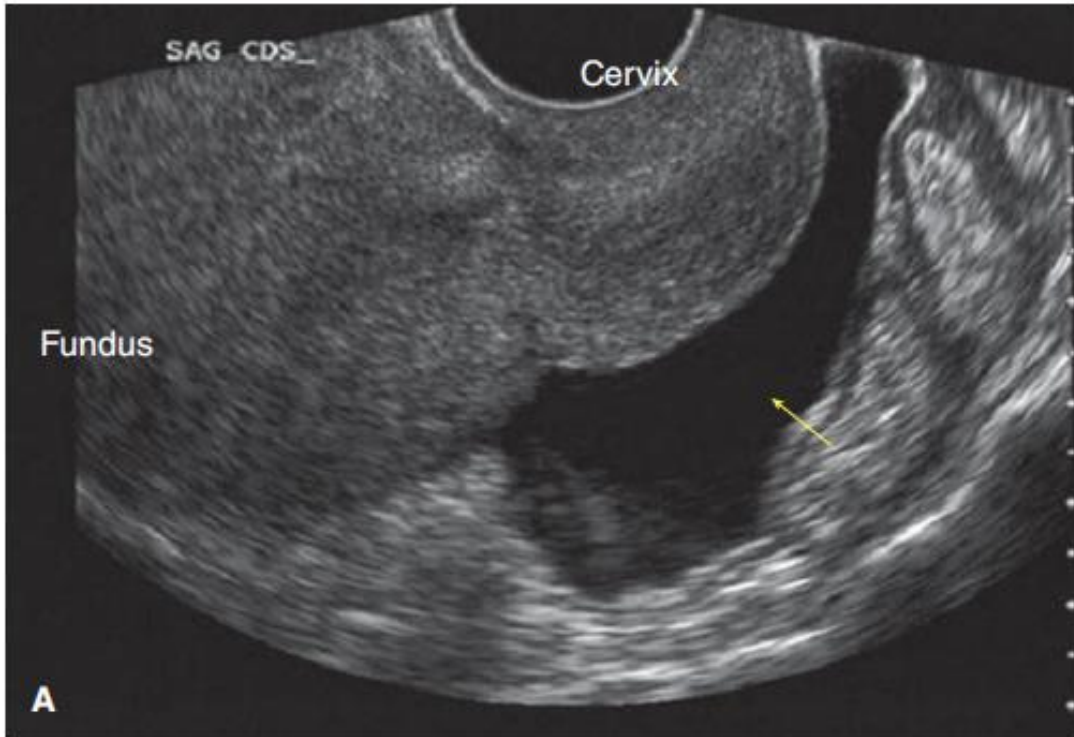


Massa dengan kantong telur
extratuterin

Diagnosis



• CULDOSENTESIS



Culdosentesis dengan 16-18 gauge, dimasukkan ke dalam cul-de-sac melalui fornix posterior vagina

Penatalaksanaan



- Expektant manajemen
- Medikasi
 - Methotrexate
 - Dosis tunggal (50mg/m² Permukaan tubuh) IM
- Pembedahan
 - Laparotomy
 - Laparoskopi
 - Salpingektomi
 - Salphingostomi

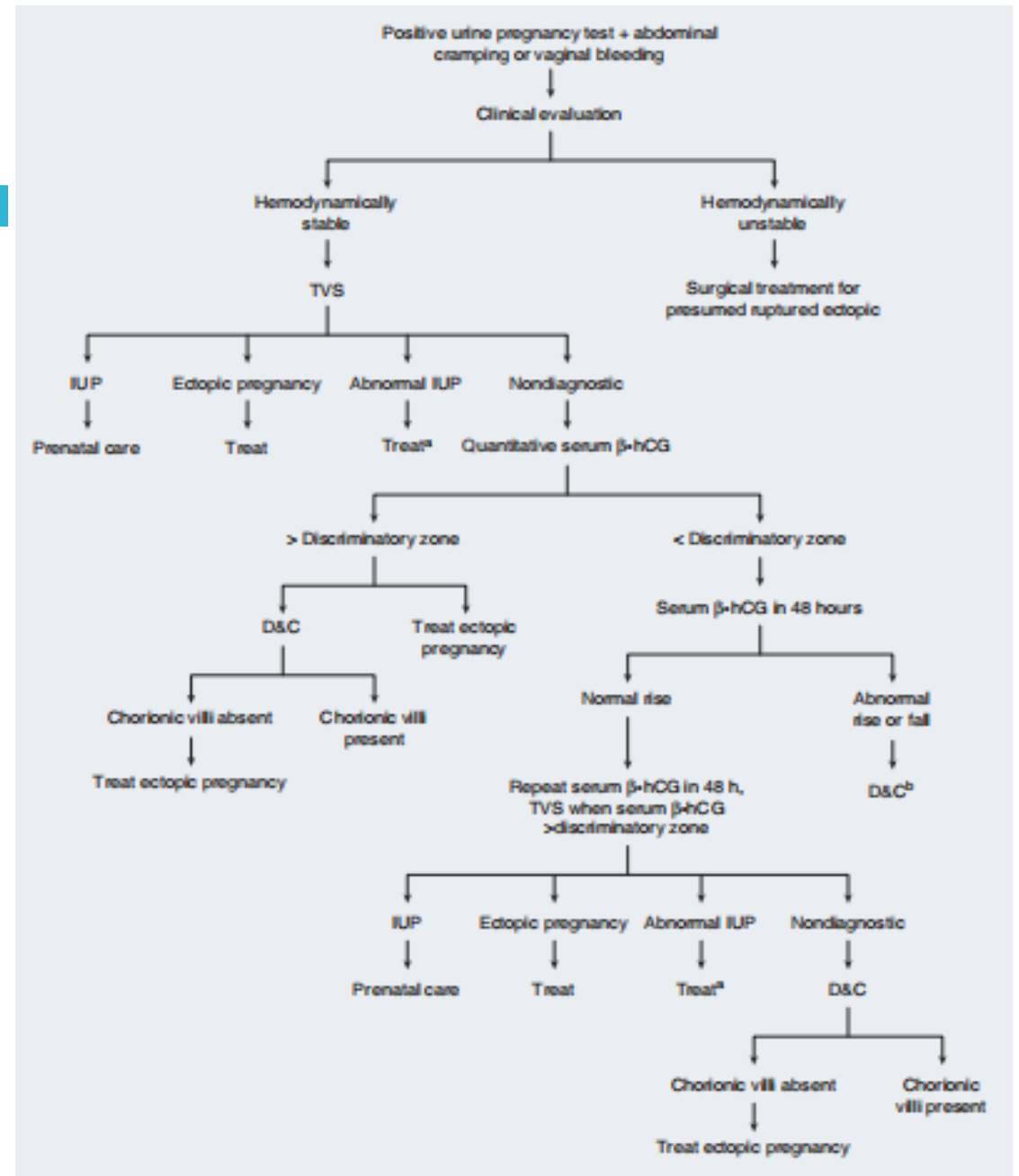


FIGURE 7-10 Algorithm of ectopic pregnancy evaluation.

Kista Ovarium Terpuntir



- 3% dari kedaruratan ginekologi
- Gejala khas : nyeri akut perut bagian bawah terus menerus, kadang disertai dengan mual dan muntah

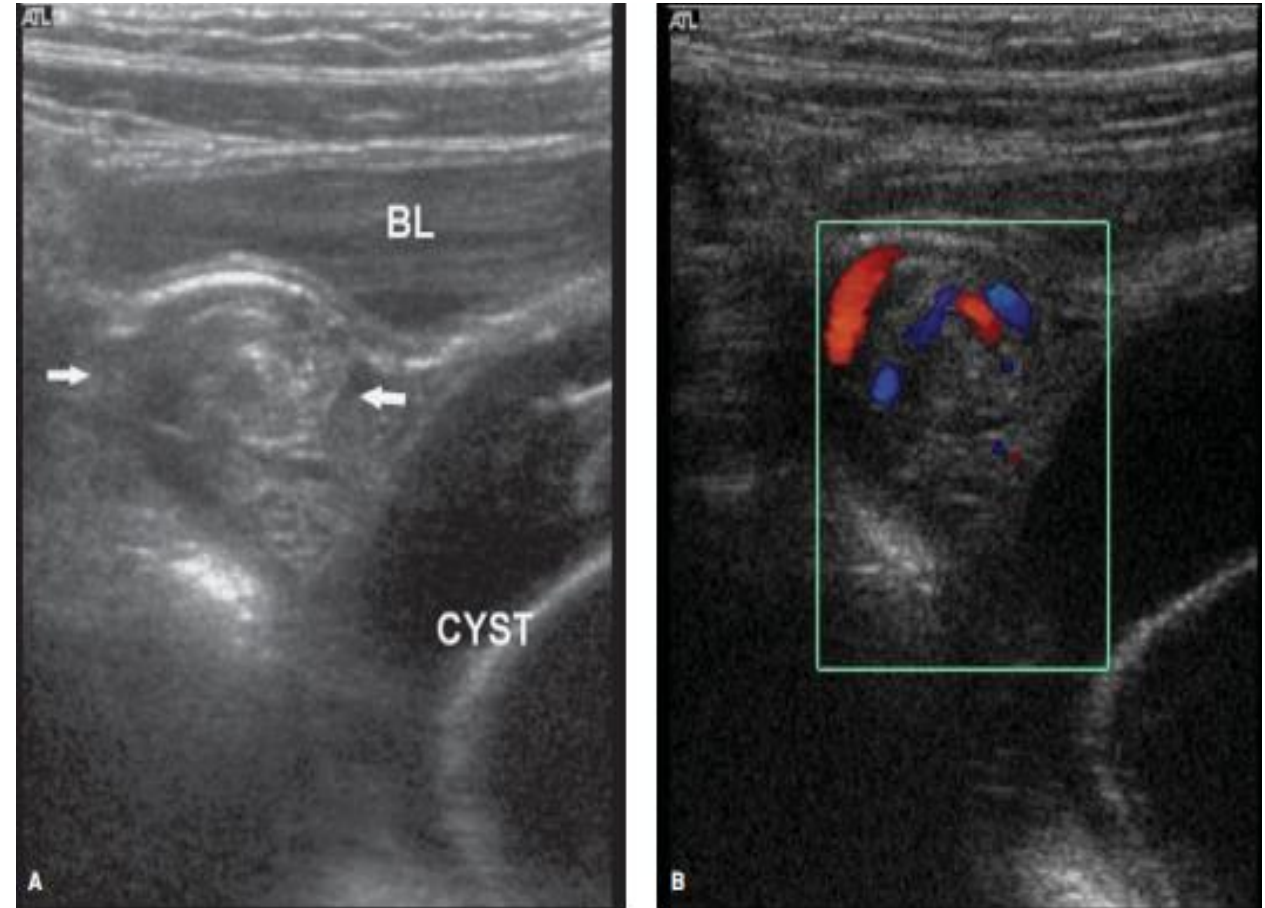


Kista Ovarium Terpuntir (con't)



Diagnosa

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
 - Nyeri tekan (+)
 - Massa pada daerah pelvis (+) pada saat bimanual palpasi
- Pemeriksaan penunjang
 - USG --> “whirpool sign”



Kista Ovarium Terpuntir



TUJUAN :

“Pengambilan adnexa yang terlibat, reseksi kista dan oophoropektomi (apabila memungkinkan)”



**LAPAROTOMI /
LAPAROSKOPI**

Ruptur Dinding Kista



- Terjadi pada torsi tangkai kista ovarium dan karena trauma seperti jatuh, diurut, pukulan pada perut, koitus
- **Gambaran klinis** : gejala nyeri terus menerus pada abdomen
- **Penatalaksanaan** : Laparotomi/Laparoskopi

Ruptur Dinding Kista



- **Diagnosis**

- Anamensis

- Nyeri pelvis sampai seluruh abdomen. Nyeri sangat mendadak, tajam, dan dapat meningkat dengan adanya aktivitas

- Pemeriksaan klinis

- Nyeri tekan (+)
 - Penurunan bising usus
 - Pemeriksaan pelvis : massa kista yang pecah namun belum mengalami ruptur secara menyeluruh



Komplikasi Awal Kehamilan

Abortus
Mola Hidatidosa



Abortus

Abortus



- Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.
- **Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram**
- Rata-rata terjadi 114 kasus aborsi per jam. Sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus antara 15-20% dari semua kehamilan.

Pembagian abortus



Menurut terjadinya dibedakan atas:

- **Abortus spontan** yaitu abortus yang terjadi dengan sendirinya tanpa disengaja atau dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis atau medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah.
- **Abortus provokatus** (induksi abortus) adalah abortus yang disengaja tanpa indikasi medis, baik dengan memakai obat-obatan maupun dengan alat-alat. -> terbagi lagi menjadi **abortus medisinalis** dan **abortus kriminalis**

Abortus



Diagnosis	Perdarahan	Nyeri Perut	Uterus	Serviks	Gejala Khas
Abortus Iminens	Sedikit	Sedang	Sesuai usia kehamilan	Tertutup	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Insipiens	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Inkomplit	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Ekspulsi sebagian jaringan konsepsi
Abortus Komplit	Sedikit	Tanpa/sedikit	Lebih kecil dari usia kehamilan	Terbuka/tertutup	Ekspulsi seluruh jaringan konsepsi
Missed Abortion	Tidak ada	Tidak ada	Lebih kecil dari usia kehamilan	Tertutup	Janin telah mati tapi tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus septik	Ada/tidak ada	Ada/tidak ada	Sesuai/lebih kecil dari usia kehamilan	Terbuka/tertutup	Terjadi tanda-tanda infeksi, didapatkan keputihan berbau

Abortus imminens (Threatened abortion)



- Pendarahan melalui vagina melalui os. servikal yang tertutup
- Rasa kram yang persisten pada bagian perut sampai dengan punggung, berhubungan dengan rasa tidak nyaman pada suprapubik
- Penatalaksanaan :
 - Jika pendarahan banyak : pemberian hematokrit
 - Jika sampai menyebabkan anemia : transfusi darah
 - Tirah baring total
 - Pemberian analgesik (acetaminofen) untuk mengurangi rasa sakit



Abortus Insiapiens



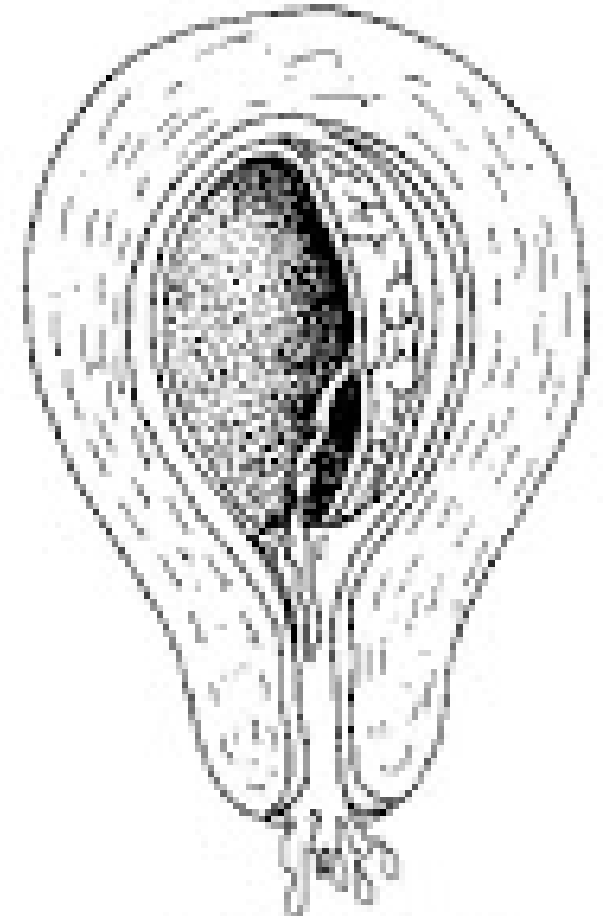
- Abortus mengancam, dimana serviks mendatar, ostium membuka, tapi hasil konsepsi masih didalam kavum uteri
- Penatalaksanaan :
 - Jika usia kehamilan <16 mg: evakuasi uterus dgn aspirasi vakum manual
 - Jika >16 mg: tunggu ekspulsi spontan kemudian evakuasi sisa konsepsi atau jika perlu infus oksitosin 20 U/500 cc RL



Abortus Inkomplit



- OUE terbuka dan keluar darah dan koagulasi darah
- Fetus atau plasenta masih berada di dalam uterine atau sudah keluar setengah melalui dilatasi os. servikal
- Sebelum minggu ke-10 --> fetus dan plasenta keluar bersama
- Penatalaksanaan :
 - Ekstraksi dengan forcep cincin
 - Kuretase hisap
 - Infus oksitosin 20IU/500 cc RL dilanjutkan dengan eakuasi sisa konsespsi



Inkomplit

Abortus Komplit



- Expulsi semua kehamilan sebelum pasien sampai di rumah sakit
- Riwayat pendarahan hebat, kram, dan keluar jaringan
- Pemeriksaan klinis : os servikal tertutup
- Pemeriksaan USG : penebalan endometrium tanpa kantong gestasi
- Pemeriksaan laboratorium : serum hCG
- Penatalaksanaan :
 - Observasi pendarahan
 - Pemberian tablet tambah darah
 - Konseling asuhan pasca keguguran



Missed Abortion



- Embrio/ fetus meninggal pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu tetapi seluruh hasil konsepsi masih tertahan dalam kandungan sampai 6 minggu atau lebih.
- Pasien memiliki riwayat “*morning sickness*”, perubahan payudara, dan pertumbuhan uterine
- Penatalaksanaan
 - Expektan manajemen diikuti dengan *spontaneous miscarriage*

Abortus Sepsis



- Abortus infeksiosa berat disertai penyebaran kuman secara sistemik
- Gejala seperti abortus infeksiosa tetapi demam lebih tinggi, peritonitis, nadi lebih cepat, tensi lebih rendah bahkan sampai syok
- Penatalaksanaan
 - Periksa biakan darah dan tes kepekaan
 - Pemberian antibiotik
 - Bila perdarahan terus → segera kuret
 - Bila tidak berdarah → kuret 6 jam setelah pemakaian obat

Tatalaksana Umum

- Nilai keadaan umum ibu (*vital sign*)
- Evaluasi tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik <90 mmHg).
 - Jika terdapat **syok**, lakukan tatalaksana awal syok.
 - Jika **tidak** terlihat tanda-tanda **syok**, tetap pikirkan kemungkinan tersebut saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.
- Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran.
- Lakukan tatalaksana selanjutnya sesuai jenis abortus.

Tatalaksana Pasca Evakuasi

- Lakukan evaluasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
- Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
- Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu diperbolehkan pulang.
- Kontrasepsi pasca keguguran dapat dilihat pada materi kontrasepsi



Mola Hidatidosa

Mola Hidatidosa



- Secara histologis ditandai oleh kelainan vili korionik yang terdiri dari proliferasi trofoblas dengan derajat bervariasi dan edema stroma vilus.
- Biasanya terletak di rongga uterus.
- Klasifikasi: *mola sempurna (complete)* dan *parsial (incomplete)*.



Mola Hidatidosa Komplit



- Definisi: Kehamilan abnormal tanpa embrio yang seluruh vili korialisnya mengalami degenerasi hidropik yang menyerupai anggur.

Temuan histologik ditandai oleh:

1. Degenerasi hidropik dan pembengkakan stroma vilus.
2. Tidak adanya pembuluh darah di vilus yang membengkak.
3. Proliferasi epitel trofoblas dengan derajat bervariasi.
4. Tidak adanya janin dan amnion.



FIGURE 22-64 Complete hydatidiform mole suspended in saline showing numerous swollen (hydropic) villi.

Mola Hidatidosa Parsial



- Masih ditemukan embrio yang biasanya mati pada masa dini.
- Embrio biasanya mati sebelum trimester pertama.
- Degenerasi hidropik dari vili bersifat setempat, dan yang mengalami hiperplasia hanya sinsitiotrofoblas saja.
- Gambaran yang khas adalah *crinkling* atau *scalloping* dari vili dan *stromal trophoblastic inclusions*.



Mola Hidatidosa



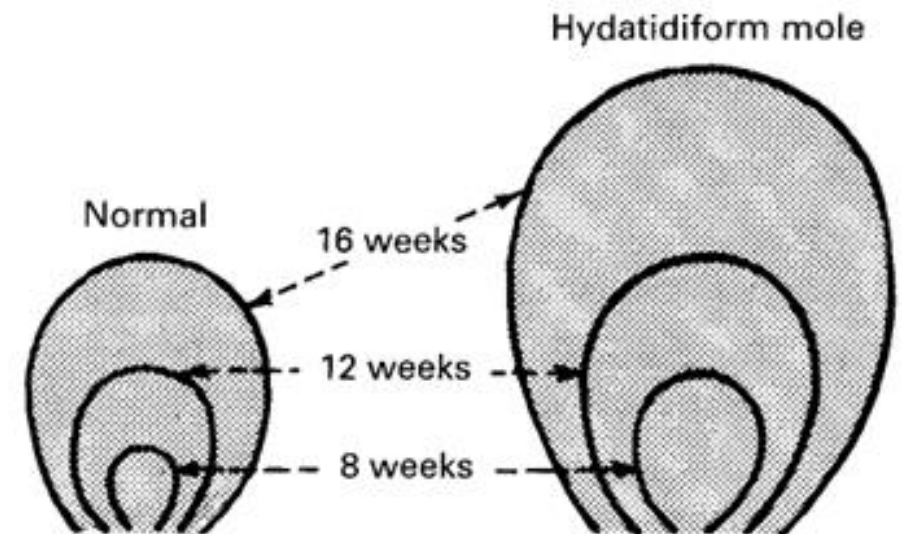
TABLE 11-2. Features of Partial and Complete Hydatidiform Moles

Feature	Partial Mole	Complete Mole
Karyotype	Usually 69,XXX or 69,XXY	46,XX or 46,XY
Pathology		
Embryo fetus	Often present	Absent
Amnion, fetal red blood cells	Often present	Absent
Villous edema	Variable, focal	Diffuse
Trophoblastic proliferation	Variable, focal, slight to moderate	Variable, slight to severe
Clinical presentation		
Diagnosis	Missed abortion	Molar gestation
Uterine size	Small for dates	50% large for dates
Theca-lutein cysts	Rare	25–30%
Medical complications	Rare	Frequent
Persistent trophoblastic disease	1–5%	15–20%

Mola Hidatidosa



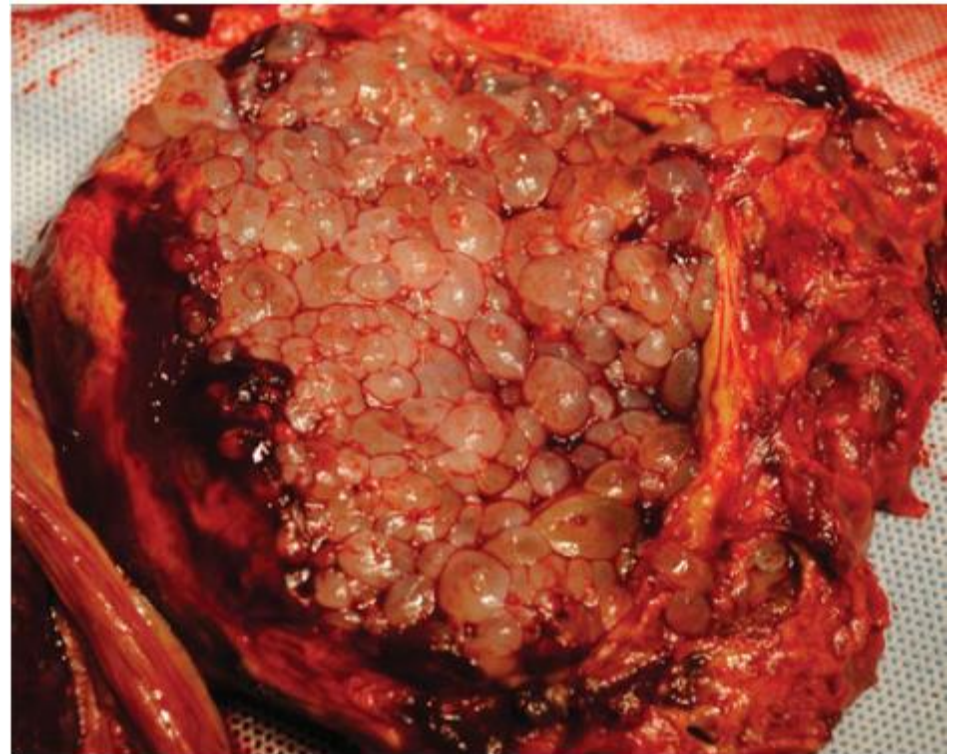
- Keluhan utama: Amenore dan perdarahan per vaginam.
 - *spotting* sampai perdarahan hebat
 - pertama kali terlihat antara minggu keenam dan kedelapan setelah amenore
 - berwarna merah segar
- Perubahan yang menyertai:
 - Uterus lebih besar dari tuanya kehamilan.
 - Kadar hCG yang jauh lebih tinggi dari kehamilan biasa.



Diagnosis



- Klinis terlihat adanya gelembung mola yang keluar dari uterus.
- **Pemeriksaan patologi anatomi.**



Penatalaksanaan

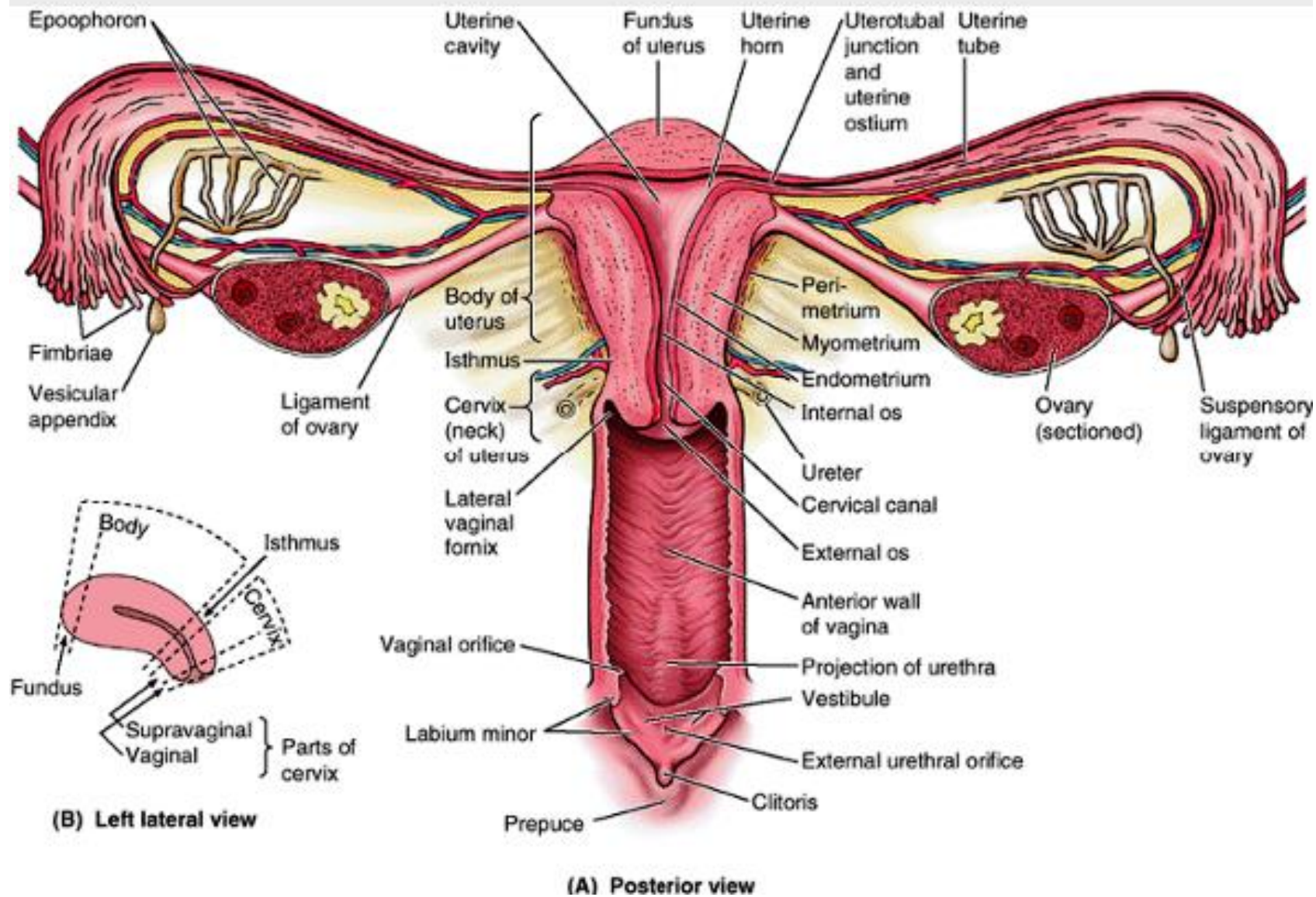
“GOLD STANDART : KURETASE HISAP”

- Memperbaiki keadaan umum
- Pengeluaran jaringan mola
 - Histerektomi
 - Kuretase.
- Terapi profilaksis dengan sitostatika
 - Methotrexate (MXT) 20 mg/hari intramuskular, asam folat 10 mg 3 kali sehari, dan Cursil 35 mg 2 kali sehari selama 5 hari berturut-turu
- Penatalaksanaan paska evakuasi



Perdarahan Anterpartum

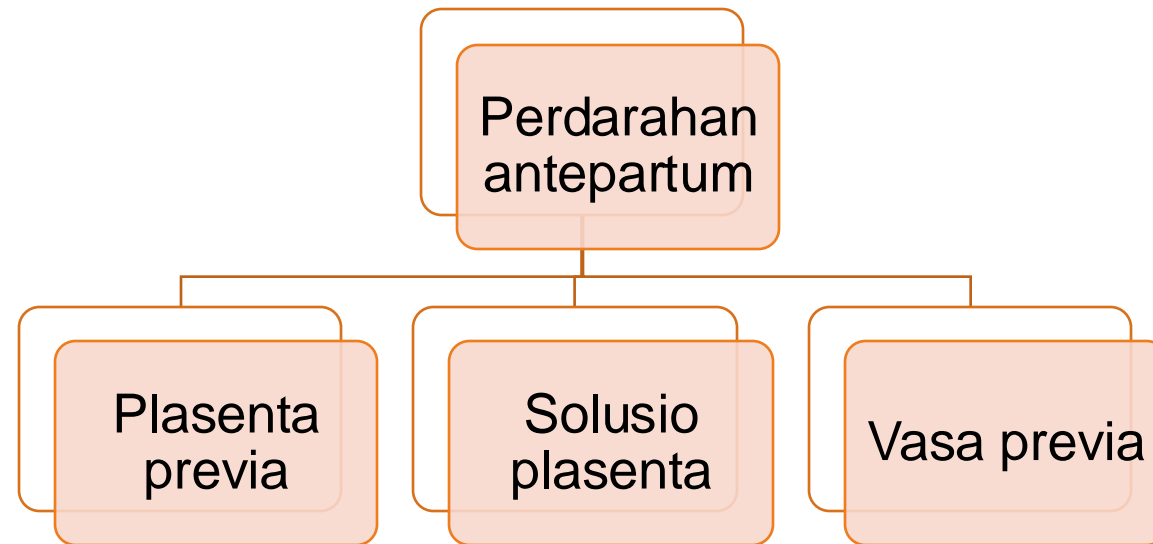
ANATOMI



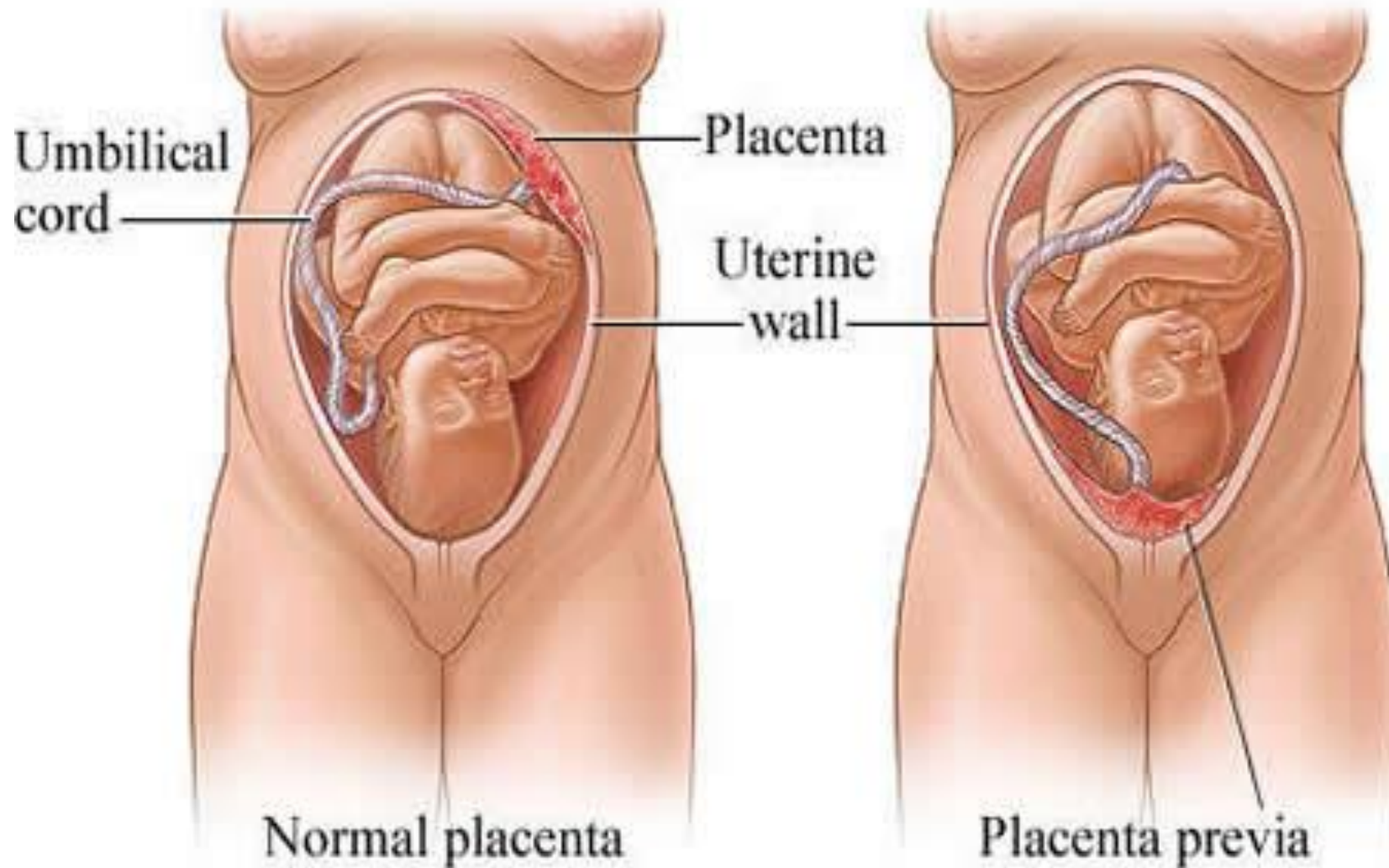
Perdarahan Antepartum



Perdarahan dari jalan lahir pada kehamilan \geq 20 minggu



PLASENTA PREVIA



Plasenta Previa

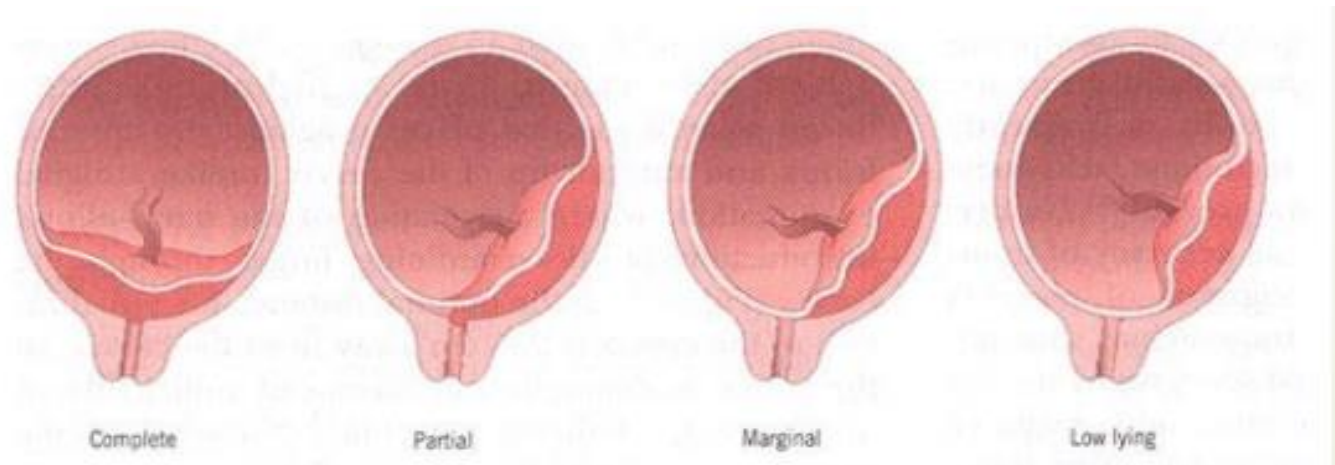


Definisi

Plasenta previa adalah **plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim** sehingga menutup seluruh, sebahagian atau berada sangat dekat dengan ostium uteri.

Faktor resiko

- Riwayat seksio sesaria
- Paritas tinggi
- Bertambah usia ibu
- Kehamilan ganda
- Merokok



Klasifikasi berdasarkan lokasi

Klasifikasi



Berdasarkan terabanya jaringan plasenta

- Plasenta previa totalis atau komplit adalah bila plasenta menutupi seluruh jalan lahir.
- Plasenta previa lateralis/persialis adalah bila hanya sebagian/separuh plasenta yang menutupi jalan lahir.
- Plasenta previa marginalis adalah bila hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir.
- Plasenta letak rendah bila plasenta yang letaknya abnormal di segmen bawah uterus, tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir, tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Pinggir plasenta kira-kira 3 atau 4 cm diatas pinggir pembukaan, sehingga tidak teraba pada pembukaan jalan lahir. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

Tipe-tipe plasenta previa



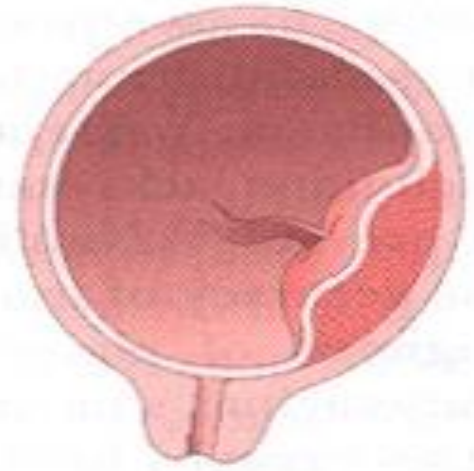
Complete



Partial



Marginal



Low lying

Klasifikasi



- Tipe I: tepi plasenta melewati batas sampai segmen bawah rahim dan berimplantasi < 5 cm dari ostium uteri internum.
- Tipe II: tepi plasenta mencapai pada ostium uteri internum namun tidak menutupinya.
- Tipe III: plasenta menutupi ostium uteri internum secara asimetris.
- Tipe IV: plasenta berada di tengah dan menutupi ostium uteri internum Tipe I dan II disebut juga sebagai plasenta previa minor sedangkan tipe III dan IV disebut plasenta previa mayor.

Tanda dan Gejala



1. Perdarahan terjadi tanpa rasa sakit dan biasanya darah berwarna merah segar.
2. Perdarahan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak, tetapi perdarahan berikutnya (recurrent bleeding) biasanya lebih banyak.
3. Bagian terdepan janin tinggi (floating), sering dijumpai kelainan letak janin.

Diagnosis



1. Anamnesis

Keluhan utama : perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu atau pada kehamilan lanjut (trimester III)

Sifat perdarahan tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang

2. Inspeksi

Perdarahan keluar pervaginam (dari dalam uterus)

Tampak anemis

Diagnosis



3. **Palpasi abdomen**

Janin sering belum cukup bulan, TFU masih rendah

Sering dijumpai kesalahan letak janin

Bagian terbawah janin belum turun

Pemeriksaan USG

Evaluasi letak dan posisi plasenta.

Posisi, presentasi, umur, tanda-tanda kehidupan janin.

Transabdominal ultrasonography

Bahaya!



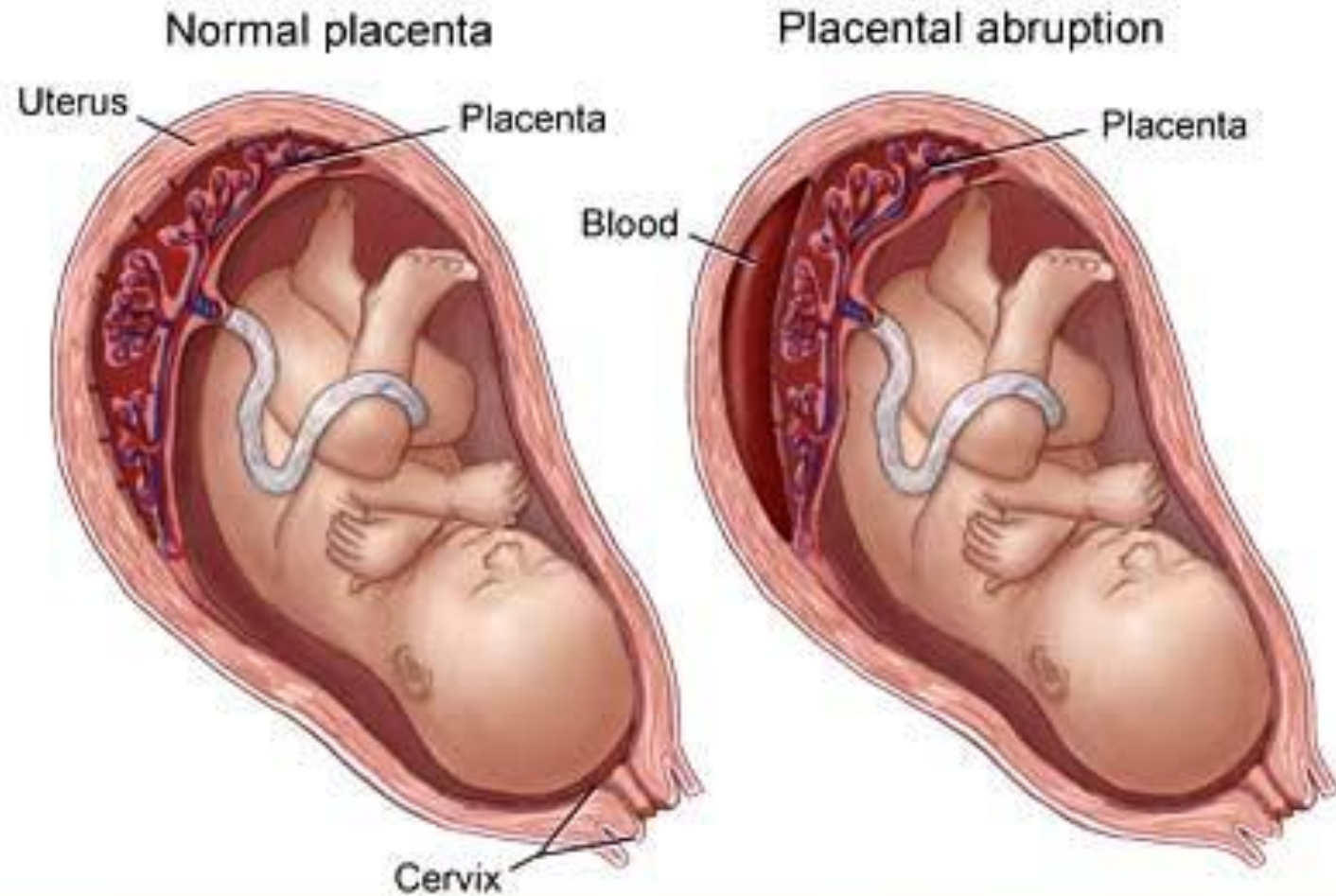
Ibu :

- Perdarahan hebat (daerah perlekatan luas, plasenta akreta, kontraksi SBR <)
- Infeksi sepsis
- Emboli udara

Anak :

- Hipoksia
- Perdarahan dan syok

SOLUSIO PLASENTA



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Nama lain



- ***Abruptio placentae***
- ***Ablatio placentae***
- ***Accidental haemorrhage***
- ***Premature separation of the normally implanted placenta***

Pelepasan sebagian atau seluruh placenta yang normal implantasinya antara minggu 28 dan lahirnya anak.

Solusio Plasenta



Manifestasi Klinis

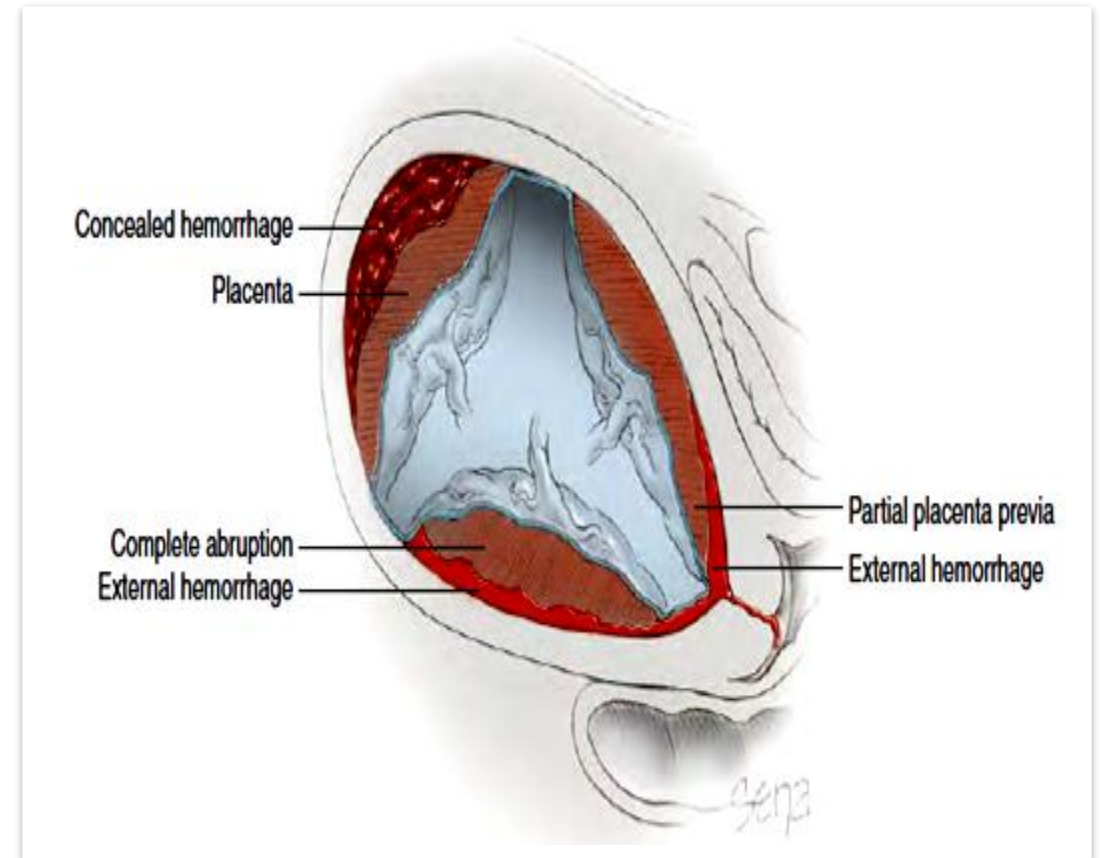
- Perdarahan (bisa tersembunyi-banyak), berwarna **merah tua /kehitaman**
- **Palpasi abdomen nyeri dan tegang**
- **Anemis dan tanda-tanda syok**
- Fundus uteri lama-lama naik
- VT: ketuban tegang

Pemeriksaan

- Janin sulit teraba
- **Fetal distress** : DJJ melemah/(-)
- USG : hematoma retroplasenta

Penatalaksanaan

- Perbaiki KU dan KP
- Bila janin hidup → **terminasi kehamilan (SC)**
- Bila janin meninggal → terminasi dengan pervaginam



Faktor Risiko



Faktor risiko	Risiko relatif
Pernah solusio plasenta	10 – 25
Ketuban pecah preterm/korioamnionitis	2,4 – 3,0
Sindroma pre-eklampsia	2,1 – 4,0
Hipertensi kronik	1,8 – 3,0
Merokok	1,4 – 1,9
Merokok + hipertensi kronik atau pre-eklampsia	5 – 8
Pecandu kokain	13 %
Mioma di belakang plasenta	8 dari 14
Gangguan sistem pembekuan darah berupa single-gene mutation/trombofilia	Meningkat s/d 7x
Trauma abdomen dalam kehamilan	Jarang

Solusio Plasenta



- **Solusio Placenta Ringan**
 - Luas plasenta yang terlepas < 25% atau < 1/6 bagian (Jumlah perdarahan < 250 ml)
 - Tumpahkan darah yang keluar terlihat seperti pada haid, sukar dibedakan dari plasenta previa kecuali warna darah yang kehitaman
 - Komplikasi terhadap ibu dan janin belum ada
- **Solusio Placenta Sedang**
 - Luas plasenta yang terlepas 25-50% (Jumlah perdarahan 250 ml-1.000 ml)
 - Gejala dan tanda sudah jelas: rasa nyeri pada perut yang terus menerus, denyut jantung janin menjadi cepat, hipotensi dan takikardia
- **Solusio Placenta Berat**
 - Luas plasenta yang terlepas > 50%, dan jumlah perdarahan > 1.000 ml
 - Gejala dan tanda klinik jelas: keadaan umum penderita buruk disertai syok, dan hampir semua janinnya telah meninggal. Komplikasi koagulopati dan gagal ginjal yang ditandai pada oliguri biasanya telah ada

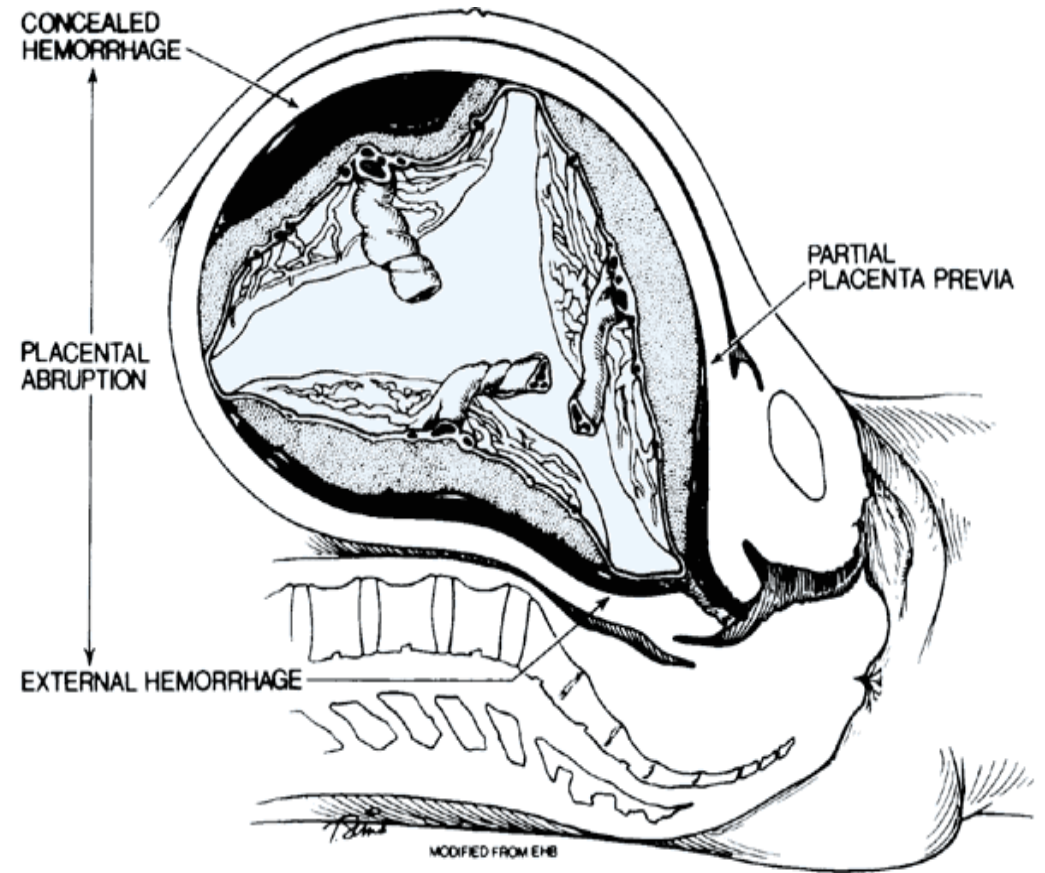
Pembagian



KLINIS

- Ringan
- Sedang
- Berat

- Perdarahan keluar
- Perdarahan tersembunyi
- Perdarahan keluar dan tersembunyi



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

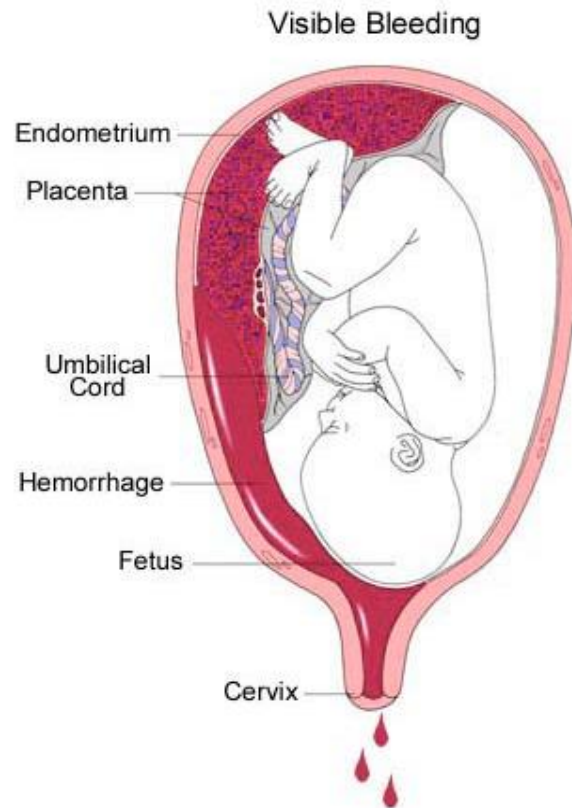
Manifestasi:

- Perdarahan disertai nyeri
- Anemi dan syok
- Uterus keras dan nyeri
- Palpasi anak sukar
- Fundus uteri makin naik
- Ketuban teraba tegang
- Proteinuria bila disertai toksemia

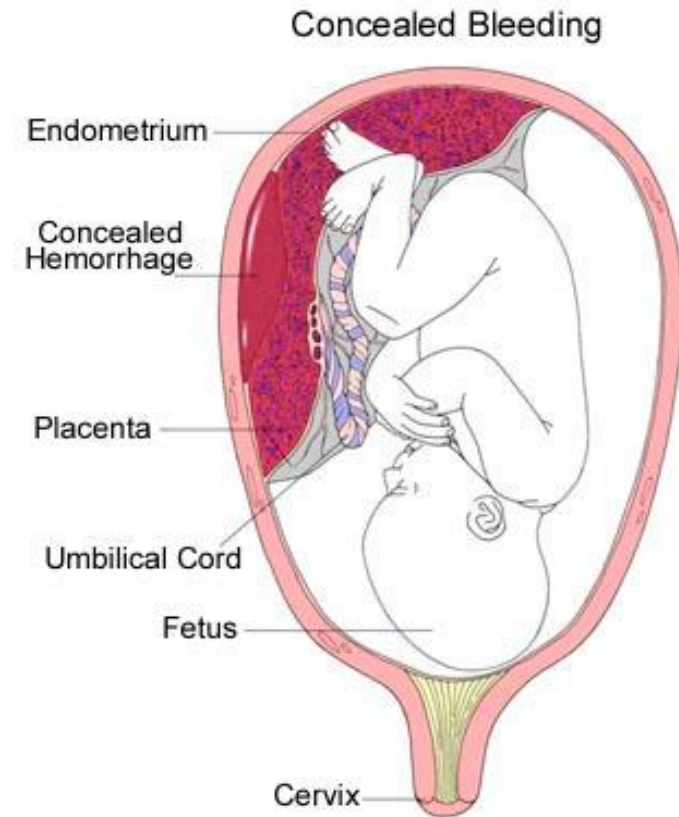
Solusio Plasenta (con't)



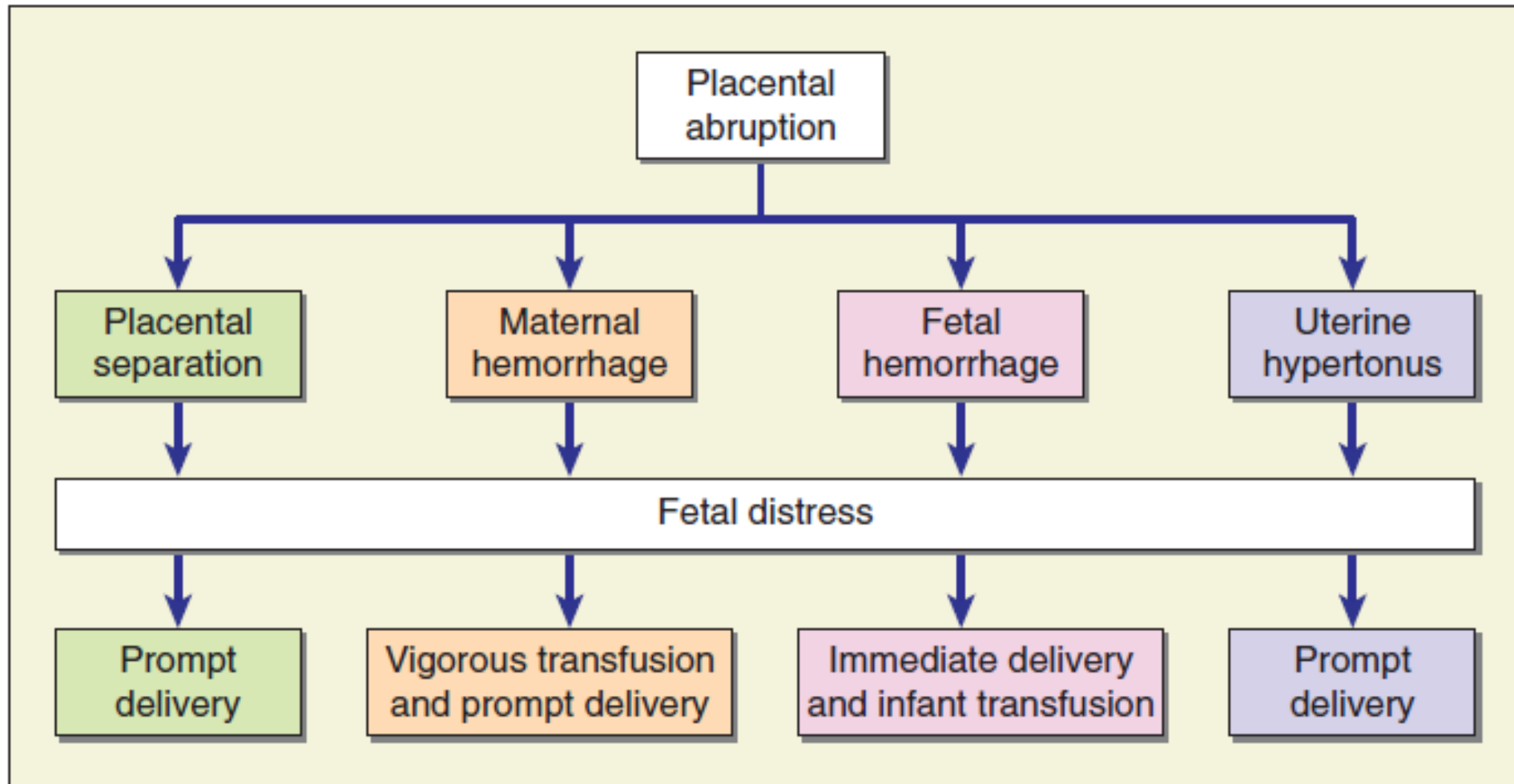
***perdarahan eksternal
(revealed hemorrhage)***



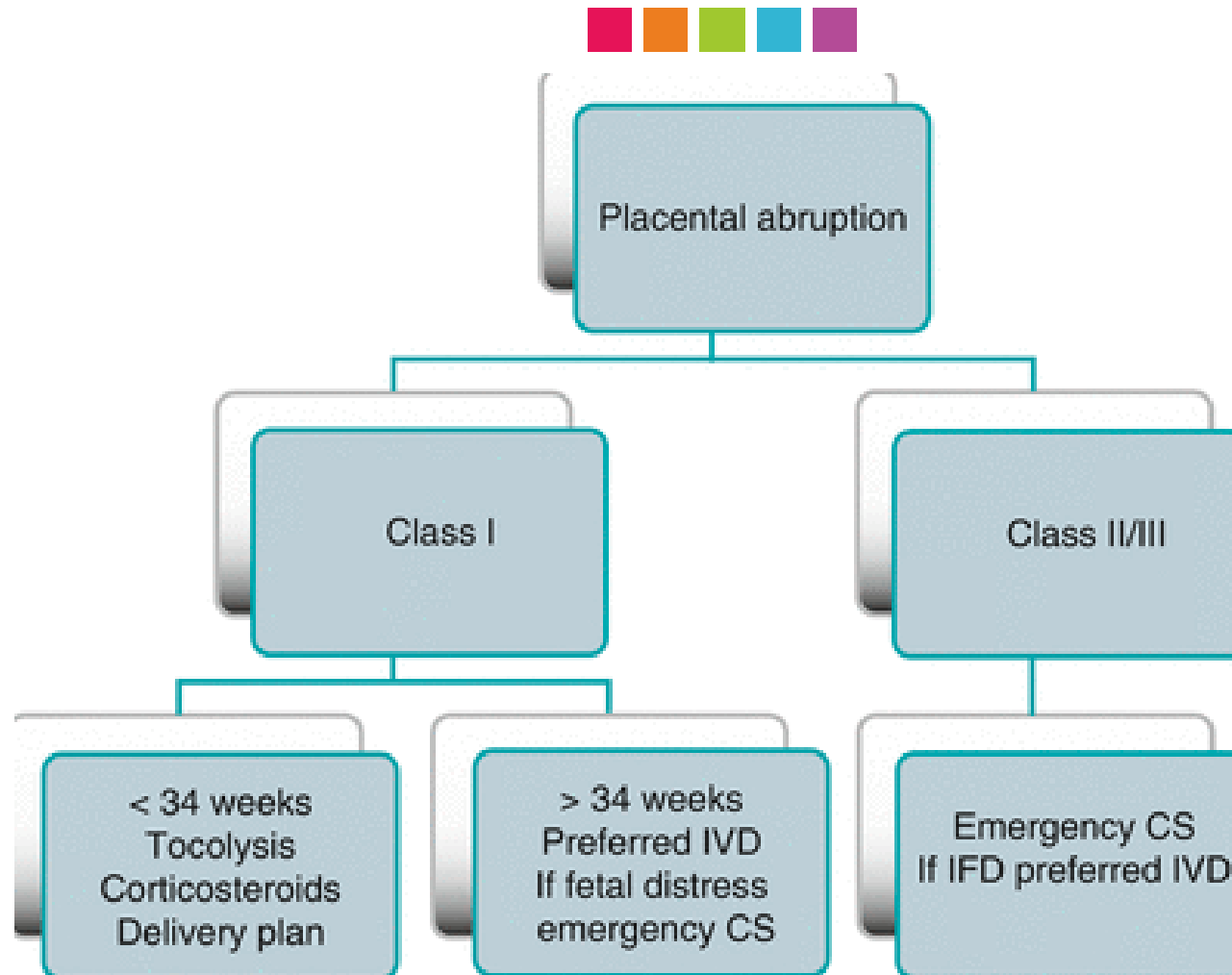
***perdarahan tersembunyi
(concealed hemorrhage)***



Solusio Plasenta (con't)



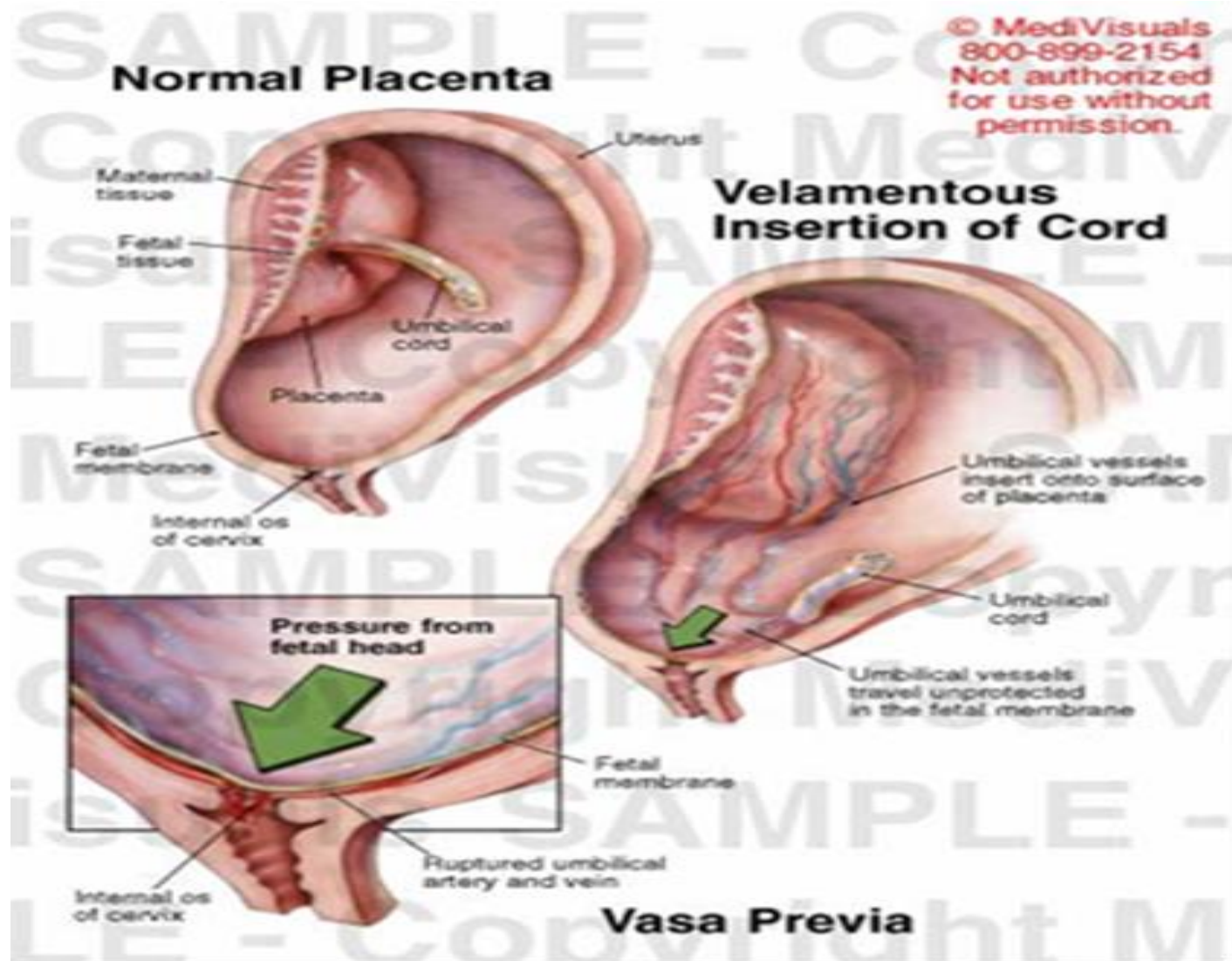
Solusio Plasenta (con't)



Solutio Placenta vs Placenta Previa

Kriteria	Solusio Plasenta	Plasenta Previa
Perdarahan	Merah tua s/d coklat hitam	Merah segar, Berulang , Tidak nyeri
Uterus	Terus menerus Disertai nyeri Tegang, Bagian janin tak teraba, Nyeri tekan	Tak tegang Tak nyeri tekan
Syok/Anemia	Lebih sering Tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar	Jarang Sesuai dengan jumlah darah yang keluar
Fetus	40% fetus sudah mati Tidak disertai kelainan letak	Biasanya fetus hidup Disertai kelainan letak
Pemeriksaan dalam	Ketuban menonjol walaupun tidak his	Teraba plasenta atau perabaan fornix ada bantalan antara bagian janin dengan jari pemeriksaan

VASA PREVIA



Vasa Previa



- ✓ **Keadaan dimana pembuluh darah janin berada didalam selaput ketuban dan melewati ostium uteri internum untuk kemudian sampai ke dalam insersinya di tali pusat.**
- ✓ Perdarahan terjadi bila selaput ketuban yang melewati pembukaan serviks robek atau pecah dan vascular janin itu pun ikut terputus.
- ✓ Perdarahan antepartum pada vasa previa menyebabkan angka kematian janin yang tinggi (33% sampai 100%)
- ✓ Faktor resiko antara lain pada **plasenta bilobata, plasenta suksenturiata, plasenta letak rendah, kehamilan pada vertilisasi di vitro, dan kehamilan ganda terutama triplet.**

Diagnosa



- Jarang terdiagnosa sebelum persalinan namun dapat diduga bila usg antenatal dengan Color Doppler memperlihatkan adanya pembuluh darah pada selaput ketuban didepan ostium uteri internum.
- ***Tes Apt : uji pelarutan basa hemoglobin.***
Diteteskan 2 – 3 tetes larutan basa kedalam 1 mL darah.
Eritrosit janin tahan terhadap pecah sehingga campuran akan tetap berwarna merah.
Jika darah tersebut berasal dari ibu, eritrosit akan segera pecah dan campuran berubah warna menjadi coklat.

Diagnosa



- Diagnosa dipastikan pasca salin dengan pemeriksaan selaput ketuban dan plasenta
- Seringkali janin sudah meninggal saat diagnosa ditegakkan mengingat bahwa sedikit perdarahan yang terjadi sudah berdampak fatal bagi janin
- **Terapi**
Seksio sesar



Ruptur Uteri

Ruptur Uteri



- **Robekan pada rahim sehingga rongga uterus dan rongga peritoneum dapat berhubungan.**
- Beberapa pendapat mengatakan bahwa ruptur uteri adalah adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium
- Ruptur uteri sendiri dapat di bedakan menjadi ruptur uteri komplit dan ruptur uteri inkomplit.
- Ruptur uteri dapat terjadi sebagai akibat cedera atau anomali yang sudah ada sebelumnya, atau dapat menjadi komplikasi dalam persalinan dengan uterus yang sebelumnya tanpa parut.

Diagnosa



ANAMNESIS

- Adanya riwayat partus yang lama atau macet
- Adanya riwayat partus dengan manipulasi oleh penolong
- Adanya riwayat multiparitas
- Adanya riwayat operasi pada uterus (misalnya seksio sesaria, enukleasi mioma atau miomektomi, histerektomi, histeretomi, dan histeografi)

Diagnosa



GAMBARAN KLINIS

- didahului his yang kuat dan terus menerus, rasa nyeri yang hebat di perut bagian bawah, nyeri waktu ditekan, gelisah, nadi dan pernapasan cepat, segmen bawah uterus tegang, nyeri pada perabaan lingkaran retraksi (Van Bandle Ring) meninggi sampai mendekati pusat, dan ligamentum rotunda menegang. Pada saat terjadinya ruptur uteri penderita sangat kesakitan dan seperti ada robek dalam perutnya. Keadaan umum penderita tidak baik, dapat terjadi anemia sampai syok.

Diagnosa



PEMERIKSAAN LUAR

- Nyeri tekan abdominal
- Perdarahan percaginam
- Kontraksi uterus biasanya akan hilang
- Pada palpasi bagian janin mudah diraba di bawah dinding perut ibu atau janin teraba di samping uterus
- Perut bagian bawah teraba uterus kira kira sebesar kepala bayi
- Denyut jantung janin (DJJ) biasanya negative (bayi sudah meninggal).

Diagnosa (con't)



PEMERIKSAAN DALAM

➤ Ruptur uteri komplit

Perdarahan pervaginam disertai perdarahan intraabdomen sehingga didapatkan cairan bebas dalam abdomen

Janin tidak teraba lagi atau teraba tinggi dalam jalan lahir, selain itu kepala atau bagian terbawah janin dengan mudah dapat didorong ke atas

➤ Ruptur uteri inkomplit

Perdarahan biasanya tidak terlalu banyak, darah berkumpul dibawah peritoneum atau mengalir keluar melalui vagina

Janin umumnya tetap berada di uterus

Ruptur Uteri (con't)



- Faktor predisposisi ruptur uteri lain yang sering dijumpai adalah riwayat manipulasi atau operasi traumatik, misalnya kuretase, perforasi, dan miomektomi.
- Tatalaksana -> keadaan gawat darurat
Atasi syok, antibiotik, oksigen
Laparotomi!

TERIMA KASIH