

**Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran**



OBSTETRI PATOLOGI

Ilmu Kesehatan Reproduksi

Edisi 2

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC



BUKU ASLI BERSTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI

Bahan dengan hak cipta

EGC 1568

ILMU KESEHATAN REPRODUKSI: OBSTETRI PATOLOGI, E/2

Editor: Prof. Sulaiman Sastrawinata, dr, SpOG(K),

Prof. Dr. Djamhoer Martaadisoebrata, dr, MSPH, SpOG(K)

Prof. Dr. Firman F. Wirakusumah, dr, SpOG(K)

Copy Editor: Shanti Handini & Lia Astika Sari

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2003 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Buku ini diterbitkan atas kerja sama Penerbit Buku Kedokteran EGC dengan Padjadjaran Medical Press.

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Samson P. Barus

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 2005

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Ilmu kesehatan reproduksi : obstetri patologi / penyusun, Sulaiman Sastrawinata ... [et al.] editor, Sulaiman Sastrawinata, Djamhoer Martaadisoebrata, Firman F. Wirakusumah. — Ed. 2. — Jakarta : EGC, 2004.

x, 202 hlm. ; 15,5 x 24 cm.

ISBN 979-448-675-2

I. Kebidanan, Ilmu I. Sastrawinata, Sulaiman.
II. Martaadisubrata, Jamhur. III. Wirakusumah, Firman F.

618.2



Isi di luar tanggung jawab percetakan



Kelainan Lama Kehamilan

Sofie R. Krisnadi

Lamanya kehamilan yang normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid yang terakhir. Kadang-kadang kehamilan berakhir sebelum waktunya dan ada kalanya melebihi waktu yang normal.

Berakhirnya kehamilan menurut lamanya kehamilan dapat dibagi menjadi:

LAMANYA KEHAMILAN	BERAT ANAK	ISTILAH	
<20 minggu	<500 g	abortus	
20-28 minggu	500-1000 g	partus imatur	/ persalinan kurang bulan (preterm)
28-37 minggu	1000-2500 g	partus prematur	
37-42 minggu	>2500 g	partus matur	— persalinan cukup bulan (aterm)
>42 minggu		partus serotin	— persalinan lewat waktu (postterm)

ABORTUS

Pengertian

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. Bayi baru mungkin hidup di dunia luar bila berat badannya telah mencapai >500 gr atau umur kehamilan >20 minggu.

Klasifikasi Abortus

1. *Abortus spontan* adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
2. Abortus buatan, *Abortus provocatus* (disengaja, digugurkan), yaitu:
 - a. Abortus buatan menurut kaidah ilmu (*Abortus provocatus artificialis* atau *abortus therapeuticus*). Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya: penyakit jantung, hipertensi esensial, dan karsinoma serviks. Keputusan ini ditentukan oleh tim ahli yang terdiri dari dokter ahli kebidanan, penyakit dalam dan psikiatri, atau psikolog.
 - b. Abortus buatan kriminal (*Abortus provocatus criminalis*) adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh orang yang tidak berwenang dan dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh yang tidak berwenang.

Kemungkinan adanya abortus provokatus kriminalis harus dipertimbangkan bila ditemukan abortus febrilis.

Aspek hukum dari tindakan abortus buatan harus diperhatikan.

Bahaya abortus buatan kriminalis:

- Infeksi
- Infertilitas sekunder
- Kematian

Insidensi abortus sulit ditentukan karena kadang-kadang seorang wanita dapat mengalami abortus tanpa mengetahui bahwa ia hamil, dan tidak mempunyai gejala yang hebat sehingga hanya dianggap sebagai menstruasi yang terlambat (siklus memanjang). Terlebih lagi insidensi abortus kriminalis, sangat sulit ditentukan karena biasanya tidak dilaporkan. Angka kejadian abortus dilaporkan oleh rumah sakit sebagai rasio dari jumlah abortus terhadap jumlah kelahiran hidup. Di USA, angka kejadian secara nasional berkisar antara 10–20%. Di Indonesia kejadian berdasarkan laporan rumah sakit, seperti di RS Hasan Sadikin Bandung berkisar antara 18–19%.

Etiologi

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya abortus, yaitu:

1. *Faktor janin*—Kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yakni:
 - a. Kelainan telur, telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio, atau kelainan kromosom (monosomi, trisomi, atau poliploidi)
 - b. Embrio dengan kelainan lokal
 - c. Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas):
2. *Faktor maternal*
 - a. Infeksi—Infeksi maternal dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal

trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, apakah janin yang menjadi terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya.

Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus:

- Virus—Misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, *varicella zoster*, *vaccinia*, campak, hepatitis, polio, dan ensefalo-mielitis.
- Bakteri—Misalnya *Salmonella typhi*.
- Parasit—Misalnya *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium*.
- b. Penyakit vaskular—Misalnya hipertensi vaskular.
- c. Kelainan endokrin—Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid; defisiensi insulin.
- d. Faktor imunologis—Ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem HLA (*Human Leukocyte Antigen*).
- e. Trauma—Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan:
 - Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8.
 - Pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.
- f. Kelainan uterus—Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma sub-mukosa), serviks inkompeten atau *retroflexio uteri gravidi incarcerata*.
- g. Faktor psikosomatik—Pengaruh dari faktor ini masih dipertanyakan.

3. Faktor Eksternal

- a. Radiasi—Dosis 1–10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.
- b. Obat-obatan—Antagonis asam folat, antikoagulan, dan lain-lain.

Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu, kecuali telah dibuktikan bahwa obat tersebut tidak membahayakan janin, atau untuk pengobatan penyakit ibu yang parah.
- c. Bahan-bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen dan benzen.

Patogenesis

Kebanyakan abortus spontan terjadi segera setelah kematian janin yang kemudian diikuti dengan perdarahan ke dalam desidua basalis, lalu terjadi perubahan-perubahan nekrotik pada daerah implantasi, infiltrasi sel-sel peradangan akut, dan akhirnya perdarahan per vaginam. Buah kehamilan terlepas seluruhnya atau sebagian yang diinterpretasikan sebagai benda asing dalam rongga rahim. Hal ini menyebabkan kontraksi uterus dimulai, dan segera setelah itu terjadi pendorongan benda asing itu keluar rongga rahim (ekspulsi). Perlu ditekankan bahwa pada abortus spontan, **kematian embrio biasanya terjadi paling lama 2 minggu sebelum perdarahan**. Oleh karena itu, pengobatan untuk

mempertahankan janin tidak layak dilakukan jika telah terjadi perdarahan banyak karena abortus tidak dapat dihindari.

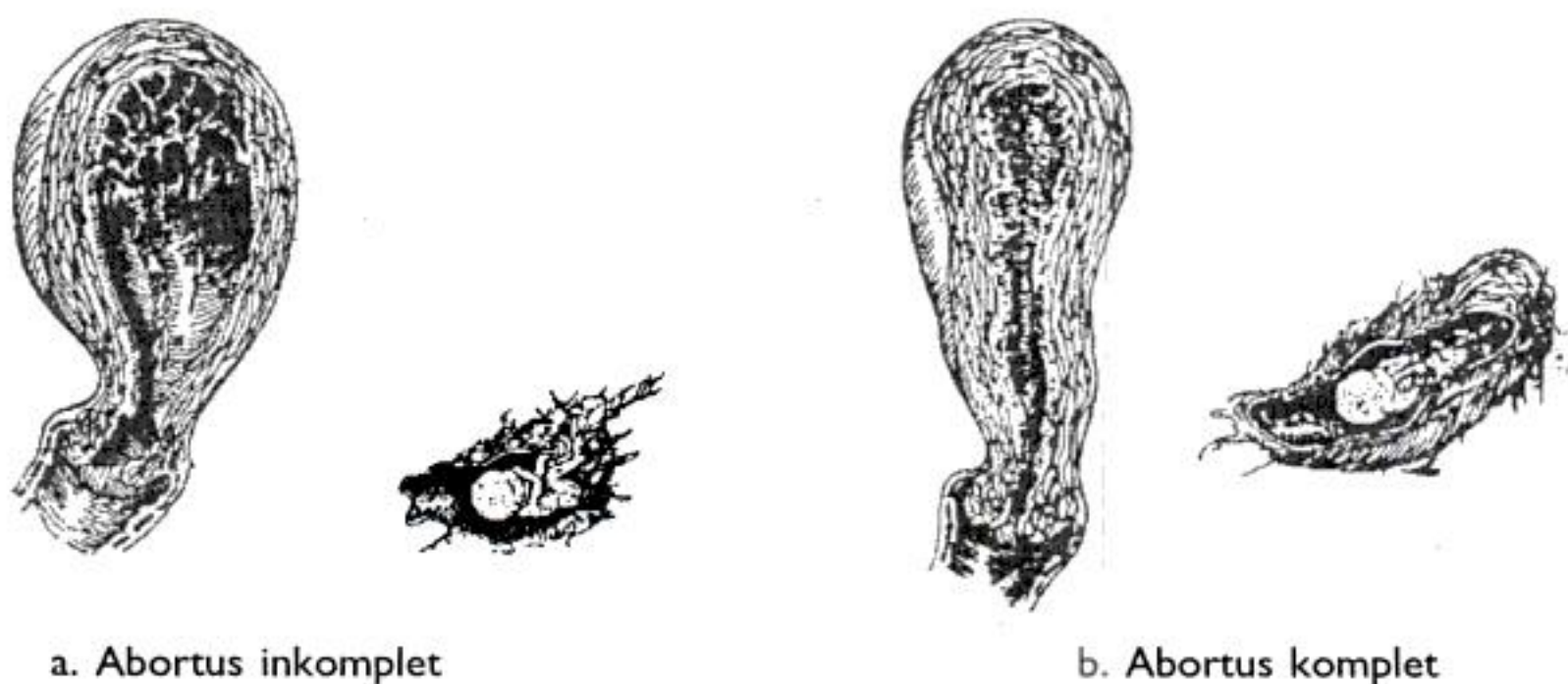
Sebelum minggu ke-10, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan dengan lengkap. Hal ini disebabkan sebelum minggu ke-10 vili korialis belum menanamkan diri dengan erat ke dalam desidua hingga telur mudah terlepas keseluruhannya. Antara minggu ke-10–12 korion tumbuh dengan cepat dan hubungan vili korialis dengan desidua makin erat hingga mulai saat tersebut sering sisa-sisa korion (plasenta) tertinggal kalau terjadi abortus.

Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan 4 cara:

1. Keluarnya kantong korion pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkan sisa desidua.
2. Kantong amnion dan isinya (fetus) didorong keluar, meninggalkan korion dan desidua.
3. Pecahnya amnion terjadi dengan putusnya tali pusat dan pendorongan janin ke luar, tetapi mempertahankan sisa amnion dan korion (hanya janin yang dikeluarkan).
4. Seluruh janin dan desidua yang melekat didorong keluar secara utuh. Sebagian besar abortus termasuk dalam tiga tipe pertama, karena itu kuretasi diperlukan untuk membersihkan uterus dan mencegah perdarahan atau infeksi lebih lanjut.

Abortus bentuk yang istimewa, seperti :

- a. Telur kosong (*blighted ovum*) yang terbentuk hanya kantong amnion berisi air ketuban tanpa janin.
- b. Mola kruenta adalah telur yang dibungkus oleh darah kental. Mola kruenta terbentuk kalau abortus terjadi dengan lambat laun hingga darah sempat membeku antara desidua dan korion. Kalau darah beku ini sudah seperti daging, disebut juga mola karnosa.



GAMBAR 1.1 Berbagai jenis abortus

Sumber: Benson and Pernole's. *Handbook of Obstetrics and Gynecology*, edisi 9 | 1994. hal. 290

- c. Mola tuberosa ialah telur yang memperlihatkan benjolan-benjolan, disebabkan oleh hematoma-hematoma antara amnion dan korion.
- d. Nasib janin yang mati bermacam-macam, kalau masih sangat kecil dapat diabsorpsi dan hilang. Kalau janin sudah agak besar, cairan amnion diabsorpsi hingga janin tertekan (*foetus compressus*).

Kadang-kadang janin menjadi kering dan mengalami mumifikasi hingga menyerupai perkamen (*foetus papyraceus*). Keadaan ini lebih sering terdapat pada kehamilan kembar (*vanished twin*). Mungkin juga janin yang sudah agak besar mengalami maserasi.

Gambaran Klinis

Secara klinis abortus dibedakan menjadi:

1. *Abortus iminens* (keguguran mengancam)—Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya, ostium uteri tertutup uterus sesuai umur kehamilan.
2. *Abortus insipiens* (keguguran berlangsung)—Abortus ini sedang berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi, ostium terbuka, teraba ketuban, berlangsung hanya beberapa jam saja.
3. *Abortus inkompletus* (keguguran tidak lengkap)—Sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan, tetapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di dalam rahim, ostium terbuka teraba jaringan.
4. *Abortus kompletus* (keguguran lengkap)—Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap, ostium tertutup uterus lebih kecil dari umur kehamilan atau ostium terbuka kavum uteri kosong.
5. *Abortus tertunda* (*missed abortion*)—Keadaan di mana janin telah mati sebelum minggu ke-20, tetapi tertahan di dalam rahim selama beberapa minggu setelah janin mati. Batasan ini berbeda dengan batasan ultrasonografi.
6. *Abortus habitualis* (keguguran berulang)—Abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi; sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut.

ABORTUS IMINENS

Threatened abortion, ancaman keguguran.

Didiagnosis bila seseorang wanita hamil <20 minggu mengeluarkan darah sedikit per vaginam. Perdarahan dapat berlanjut beberapa hari atau dapat berulang, dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah seperti saat menstruasi. Setengah dari abortus iminens akan menjadi abortus komplet atau inkomplet, sedangkan pada sisanya kehamilan akan terus berlangsung. Beberapa kepustakaan menyebutkan adanya risiko untuk terjadinya prematuritas atau gangguan pertumbuhan dalam rahim (*intrauterine growth retardation*) pada kasus seperti ini.

Perdarahan yang sedikit pada hamil muda mungkin juga disebabkan oleh hal-hal lain, misalnya *placental sign* ialah perdarahan dari pembuluh-pem-

buluh darah sekitar plasenta. Gejala ini selalu terdapat pada kera *Macacus rhesus* yang hamil.

Erosi porsio lebih mudah berdarah pada kehamilan; demikian juga polip serviks, ulserasi vagina, karsinoma serviks, kehamilan ektopik, dan kelainan trofoblas harus dibedakan dari abortus iminens karena dapat memberikan perdarahan per vaginam. Pemeriksaan spekulum dapat membedakan polip, ulserasi vagina, atau karsinoma serviks, sedangkan kelainan lain membutuhkan pemeriksaan ultrasonografi.

Dasar Diagnosis Abortus Iminens secara Klinis

1. *Anamnesis*—Perdarahan sedikit dari jalan lahir dan nyeri perut tidak ada atau ringan.
2. *Pemeriksaan dalam*—Fluksus ada (sedikit), ostium uteri tertutup, dan besar uterus sesuai dengan umur kehamilan.
3. *Pemeriksaan penunjang*—Hasil USG dapat menunjukkan:
 - a. Buah kehamilan masih utuh, ada tanda kehidupan janin.
 - b. Meragukan
 - c. Buah kehamilan tidak baik, janin mati.

Pengelolaan

1. Bila kehamilan utuh, ada tanda kehidupan janin, yaitu: *bed rest* selama 3×24 jam dan pemberian preparat progesteron bila ada indikasi (bila kadar <5–10 nanogram).
2. Bila hasil USG meragukan, ulangi pemeriksaan USG 1–2 minggu, kemudian bila hasil USG tidak baik, evakuasi.

ABORTUS INSIPIENS

Inevitable abortion, abortus sedang berlangsung.

Abortus insipiens didiagnosis apabila pada wanita hamil ditemukan perdarahan banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah yang disertai nyeri karena kontraksi rahim kuat dan ditemukan adanya dilatasi serviks sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat teraba. Kadang-kadang perdarahan dapat menyebabkan kematian bagi ibu dan jaringan yang tertinggal dapat menyebabkan infeksi sehingga evakuasi harus segera dilakukan.

Janin biasanya sudah mati dan mempertahankan kehamilan pada keadaan ini merupakan indikasi kontra.

Dasar Diagnosis

1. *Anamnesis*—Perdarahan dari jalan lahir disertai nyeri/kontraksi rahim.
2. *Pemeriksaan dalam*—Ostium terbuka, buah kehamilan masih dalam rahim, dan ketuban utuh (mungkin menonjol).

Pengelolaan

1. Evakuasi.
2. Uterotonik pascaevakuasi.
3. Antibiotik selama 3 hari.

ABORTUS INKOMPLET

Abortus inkomplet didiagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagina, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak, dan membahayakan ibu. Sering serviks tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing (*corpus alienum*). Oleh karena itu, uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri, namun tidak sehebat pada abortus insipiens.

Pada beberapa kasus perdarahan tidak banyak dan bila dibiarkan serviks akan menutup kembali.

Dasar Diagnosis

1. *Anamnesis*—Perdarahan dari jalan lahir (biasanya banyak), nyeri/kontraksi rahim ada, dan bila perdarahan banyak dapat terjadi syok.
2. *Pemeriksaan dalam*—Ostium uteri terbuka, teraba sisa jaringan buah kehamilan

Pengelolaan

1. Perbaiki keadaan umum: bila ada syok, atasi syok; bila Hb < 8 gr%, transfusi.
2. Evakuasi: digital, kuretasi
3. Uterotonik.
4. Antibiotik selama 3 hari.

ABORTUS FEBRILIS

Adalah abortus inkompletus atau abortus insipiens yang disertai infeksi.

Manifestasi klinis ditandai dengan adanya demam, lochia yang berbau busuk, nyeri di atas simfisis atau di perut bawah, abdomen kembung atau tegang sebagai tanda peritonitis.

Abortus ini dapat menimbulkan syok endotoksin. Keadaan hipotermi pada umumnya menunjukkan keadaan sepsis.

Dasar Diagnosis

1. *Anamnesis*—Waktu masuk rumah sakit mungkin disertai syok septik.
2. *Pemeriksaan dalam*—Ostium uteri umumnya terbuka dan teraba sisa jaringan, rahim maupun adneksa nyeri pada perabaan, dan fluksus berbau.

Pengelolaan

1. Perbaiki keadaan umum (seperti, infus, transfusi, dan atasi syok septik bila ada).
2. Posisi Fowler.
3. Antibiotik yang adekuat (untuk bakteri aerob dan anaerob).
4. Uterotonik.
5. Pemberian antibiotik selama 24 jam intravena, dilanjutkan dengan evakuasi digital atau kuret tumpul.

ABORTUS KOMPLETUS

Kalau telur lahir dengan lengkap, abortus disebut komplet. Pada keadaan ini kuretasi tidak perlu dilakukan.

Pada setiap abortus penting untuk selalu memeriksa jaringan yang dilahirkan apakah komplet atau tidak dan untuk membedakan dengan kelainan trofoblas (Molohidatidosa).

Pada abortus kompletus, perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks juga dengan segera menutup kembali. Kalau 10 hari setelah abortus masih ada perdarahan juga, abortus inkompletus atau endometritis pascaabortus harus dipikirkan.

ABORTUS TERTUNDA (*MISSED ABORTION*)

Apabila buah kehamilan yang telah mati tertahan dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. Dengan pemeriksaan USG tampak janin tidak utuh, dan membentuk gambaran kompleks, diagnosis USG tidak selalu harus tertahan ≥ 8 minggu.

Sekitar kematian janin kadang-kadang ada perdarahan per vaginam sedikit sehingga menimbulkan gambaran abortus iminens. Selanjutnya, rahim tidak membesar bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin. Buah dada mengecil kembali. Gejala-gejala lain yang penting tidak ada, hanya amenore berlangsung terus. **Abortus spontan biasanya berakhir selambat-lambatnya 6 minggu setelah janin mati.**

Kalau janin mati pada kehamilan yang masih muda sekali, janin akan lebih cepat dikeluarkan. Sebaliknya, kalau kematian janin terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut, retensi janin akan lebih lama.

Dasar Diagnosis

1. *Anamnesis*—Perdarahan bisa ada atau tidak.
2. *Pemeriksaan obstetri*—Fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan dan bunyi jantung janin tidak ada.
3. *Pemeriksaan penunjang*—USG, laboratorium (Hb, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan, dan waktu protrombin).

Pengelolaan

1. Perbaiki keadaan umum.
2. Darah segar.
3. Fibrinogen.
4. Evakuasi dengan kuret; bila umur kehamilan >12 minggu didahului dengan pemasangan dilator (*laminaria stift*).

ABORTUS HABITUALIS

Bila abortus spontan terjadi 3 kali berturut-turut atau lebih. Kejadiannya jauh lebih sedikit daripada abortus spontan (kurang dari 1%), lebih sering terjadi

pada primi tua. Etiologi abortus ini adalah kelainan genetik (kromosomal), kelainan hormonal (imunologik), dan kelainan anatomis.

Pengelolaan abortus habitualis bergantung pada etiologinya. Pada kelainan anatomi, mungkin dapat dilakukan operasi Shirodkar atau McDonald.

ABORTUS PROVOKATUS MEDISINALIS

Dapat dilakukan dengan cara:

1. *Kimiawi*—Pemberian secara ekstrauterin atau intrauterin obat abortus, seperti: prostaglandin, antiprogesteron (RU 486), atau oksitosin.
2. *Mekanis*:
 - a. Pemasangan batang laminaria atau dilapan akan membuka serviks secara perlahan dan tidak traumatis sebelum kemudian dilakukan evakuasi dengan kuret tajam atau vakum.
 - b. Dilatasi serviks dilanjutkan dengan evakuasi, dipakai dilator Hegar dilanjutkan dengan kuretasi.
 - c. Histerotomi/histerektomi.

PENYULIT ABORTUS

Penyulit yang disebabkan oleh **abortus kriminalis** (walaupun dapat juga terjadi pada abortus spontan) berupa:

1. Perdarahan yang hebat.
2. Kerusakan serviks.
3. Infeksi kadang-kadang sampai terjadi sepsis, infeksi dari tuba dapat menimbulkan kemandulan.
4. Perforasi.
5. Faal ginjal rusak (*renal failure*); disebabkan oleh infeksi dan syok. Pada pasien dengan abortus diuresis selalu harus diperhatikan. Pengobatannya ialah dengan pembatasan cairan dan mengatasi infeksi.
6. Syok bakterial—Terjadi syok yang berat, yang disebabkan oleh toksin-toksin. Pengobatannya ialah dengan pemberian antibiotik, cairan, kortikosteroid, dan heparin.

PARTUS PREMATURUS DAN PARTUS IMATURUS (PERSALINAN KURANG BULAN)

Pendahuluan

Partus prematurus adalah persalinan pada umur kehamilan <37 minggu atau berat badan lahir antara 500–2499 gram. Kejadiannya masih tinggi dan merupakan penyebab kematian neonatal yang utama. Di Amerika Serikat, kejadianannya 8–10% dan di Indonesia 16–18% dari semua kelahiran hidup.

Ibu yang pernah melahirkan bayi prematur mempunyai risiko 20–30% untuk melahirkan bayi prematur lagi pada kehamilan berikutnya. Namun, 50% ibu yang melahirkan prematur, tidak mempunyai faktor risiko.

Faktor Risiko Persalinan Prematur

Persalinan prematur akan meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan sebagai berikut:

1. *Karakteristik pasien:*
 - a. Status sosio-ekonomi yang rendah—Termasuk di dalamnya penghasilan yang rendah, pendidikan rendah, dan nutrisi yang kurang.
 - b. Ras—Di Amerika orang kulit hitam yang melahirkan prematur lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih (16,3% berbanding 7,7%).
 - c. Umur—Kehamilan pada usia 16 tahun dan primi gravida >30 tahun.
 - d. Riwayat pernah melahirkan prematur satu kali mempunyai risiko 4 kali lipat, sedangkan yang pernah melahirkan dua kali prematur mempunyai risiko 6 kali lipat.
 - e. Pekerjaan dan aktivitas—Pekerjaan fisik yang berat, tekanan mental (stres), atau kecemasan yang tinggi dapat meningkatkan kejadian prematur.
 - f. Merokok lebih dari 10 batang sehari.
 - g. Penggunaan obat bius/kokain.
2. *Komplikasi kehamilan yang merupakan faktor predisposisi*
 - a. Infeksi saluran kemih—Bakteriuri tanpa gejala (*asymptomatic bacteriuria*) dan pielonefritis.
 - b. Penyakit ibu—Hipertensi dalam kehamilan, asma, hipertiroidi, penyakit jantung, kecanduan obat, kolestasis, dan anemia dengan Hb <9 gram%.
 - c. Keadaan yang menyebabkan distensi uterus berlebihan, yaitu: kehamilan multipel, hidramnion, diabetes, dan isoimunisasi Rh.
 - d. Perdarahan antepartum.
 - e. Infeksi umum pada ibu.
 - f. Tindakan bedah pada ibu selama kehamilan.
 - g. Kehamilan dengan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) in situ (kegagalan AKDR).

Pengelolaan Kehamilan dengan Risiko Persalinan Prematur

Pengelolaan ini merupakan hal yang terpenting dalam mengetahui prediposisi persalinan prematur. Deteksi dini sulit dilakukan dan bila persalinan telah berlangsung, akan sulit untuk mencegah prematuritas. Tahapan pengelolaan sebagai berikut:

1. *Mendidik ibu dengan risiko tinggi*

Ibu diajari untuk mengenal tanda-tanda persalinan dini yang harus diwaspadai sebelum kehamilan berusia 37 minggu seperti:

 - a. Nyeri saat haid.
 - b. Nyeri pinggang.
 - c. Merasa tekanan pada jalan lahir meningkat.
 - d. Frekuensi berkemih meningkat.
 - e. Adanya lendir berdarah (*show*) atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir.

2. Pengawasan ibu dengan risiko tinggi untuk prematur setelah kehamilan berumur >20 minggu dengan cara:
 - a. Menanyakan adanya tanda-tanda persalinan seperti di atas.
 - b. Bila tanda-tanda tersebut ada, periksa keadaan serviks terhadap adanya dilatasi ostium internum atau eksternum, pendataran atau perlunakan, perubahan posisi, dan penurunan bagian terendah janin.
3. Bila ditemukan adanya perubahan serviks dan adanya his, pasien harus dirawat.
4. Bila ada persalinan, akan diberikan terapi.

Terapi

Secara umum:

1. Istirahat rebah dengan posisi miring ke kiri untuk perbaikan peredaran darah ke uterus dan memberi cairan bila perlu.
2. Mengobati bakteriuri tak bergejala dan memeriksa kemungkinan rein-feksi setiap 6–8 minggu.
3. Menghilangkan/mengurangi faktor risiko (stres pekerjaan) dengan istirahat, perbaikan gizi, dan mengobati anemi.
4. Tidak melakukan hubungan seksual setelah 20 minggu pada ibu risiko tinggi.
5. Pemantauan kemungkinan adanya kontraksi rahim dengan tokodina-mometer.

Pengobatan

1. Tokolitik

- a. Etanol—Inhibisi kerja hipofisis posterior sehingga pengeluaran oksitotin dihambat (menghambat *letdown reflex*). Sekarang jarang dipakai karena efek sampingnya yang berat terhadap ibu (muntah, gastritis, aspirasi, dan asidosis) serta depresi janin.
- b. Magnesium sulfat—Obat ini lebih populer, bekerja efektif dengan dosis awal 4 gram intravena dilanjutkan dengan 1-3 gram/jam. Efek samping adalah napas pendek atau depresi pernapasan. Antidotumnya kalsium glukonas.
- c. Golongan β_2 -adrenergik sangat sering dipakai untuk menghentikan kontraksi prematur. Mekanisme aksi dari β_2 -mimetik adalah merangsang reseptor β_2 pada otot polos uterus sehingga terjadi relaksasi dan hilangnya kontraksi.

Obat yang sering dipakai adalah:

- Terbutalin: 0,25 mg diberikan di bawah kulit setiap 30 menit maksimum 6 kali, selanjutnya dipertahankan dengan dosis 5 mg per oral setiap 4–6 jam.
- Ritodrin: Diberikan secara infus intravena maksimum 0,35 mg/menit sampai 6 jam setelah kontraksi hilang, lalu dipertahankan dengan pemberian oral 10 mg setiap 2–6 jam.

Efek samping pada ibu berupa takikardi, palpitasi, hipertensi, tremor, nausea, iritabilitas sampai asidosis metabolik. Ritrodin

tidak boleh diberikan pada ibu dengan preeklampsia, hipertensi dalam kehamilan lainnya, ibu dengan penyakit jantung, diabetes, dan infeksi intrauterin. Bila diberikan 2–3 hari sebelum anak lahir, dapat terjadi hipoglikemi, hipotensi, dan hipokalsemi pada neonatus.

2. Pematangan paru janin

- a. Pemberian kortikosteroid—Terbukti menurunkan kejadian *RDS* (*Respiratory Distress Syndrome*) bila diberikan pada umur kehamilan 28–34 minggu dan 24 jam sebelum persalinan.
- b. Pemberian surfaktan (*surfactant*)—Hasilnya sangat baik dalam menurunkan kematian, namun harganya sangat mahal.

Bila kontraksi rahim prematur tak dapat dihentikan dan persalinan tak dapat dicegah, **pimpinan partus prematurus harus sebaik mungkin**. Tujuannya ialah untuk menghindarkan trauma bagi anak yang masih lemah.

- a. Partus tidak boleh berlangsung terlalu lama, tetapi sebaliknya jangan pula terlalu cepat.
- b. Jangan memecahkan ketuban sebelum pembukaan lengkap.
- c. Buatlah episiotomi medialis.
- d. Kalau persalinan perlu diselesaikan, pilih forseps daripada ekstraksi vakum.
- e. Jangan mempergunakan narkosis.
- f. Tali pusat secepat mungkin digunting untuk menghindarkan ikterus neonatorum yang berat.

Bila tempat persalinan tidak mempunyai fasilitas untuk merawat bayi prematur, ibu dengan risiko tinggi harus dirujuk sebelum persalinan terjadi. Rahim ibu adalah inkubator yang terbaik

KEHAMILAN SEROTINUS (KEHAMILAN LEWAT WAKTU)

Pendahuluan

Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih. Istilah lain yang sering dipakai adalah *postmaturitas*, *postdatism*, atau *postdates*. Kira-kira 10% kehamilan berlangsung terus sampai 42 minggu, 4% berlanjut sampai usia 43 minggu.

Kehamilan serotinus lebih sering terjadi pada primigravida muda dan primigravida tua atau pada grandemultiparitas. Sebagian kehamilan serotinus akan menghasilkan keadaan neonatus dengan *dysmaturitas*. Kematian perinatalnya 2–3 kali lebih besar dari bayi yang cukup bulan.

Diagnosis

Penentuan usia kehamilan berdasarkan rumus Naegle, dihitung dari hari pertama haid terakhir dan berdasarkan siklus haid (Taksiran persalinan adalah

280 hari atau 40 minggu dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari atau 266 hari setelah ovulasi). Jadi, untuk menentukan kehamilan serotinus harus diketahui umur kehamilan dengan tepat.

Selain dari haid, penentuan umur kehamilan dapat dibantu secara klinis dengan mengevaluasi kembali umur kehamilan dari saat pertama kali ibu datang. **Makin awal pemeriksaan kehamilan dilakukan, umur kehamilan makin mendekati kebenaran**, menanyakan kapan terasa pergerakan anak, atau pengukuran fundus uteri secara serial.

Pemeriksaan USG sangat membantu taksiran umur kehamilan dan lebih akurat bila dilakukan sebelum trimester ke-2.

Di Indonesia, diagnosis kehamilan serotinus sangat sulit karena kebanyakan ibu tidak mengetahui tanggal haid yang terakhir dengan tepat. Diagnosis yang baik hanya dapat dibuat kalau pasien memeriksakan diri sejak permulaan kehamilan.

Etiologi

Percobaan pada binatang menunjukkan bahwa penyebab kehamilan serotinus, yang merupakan kombinasi dari faktor ibu dan anak.

Faktor-faktor yang memengaruhi kehamilan serotinus, yaitu:

1. *Faktor potensial*—Adanya defisiensi hormon adrenokortikotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi enzim sulfatase plasenta. Kelainan sistem saraf pusat pada janin sangat berperan, misalnya pada keadaan anensefal.
2. Semua faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta, maupun anak. Kehamilan terlama adalah 1 tahun 24 hari, yang terjadi pada bayi dengan anensefal.

Gambaran Klinis

Serotinitas atau *postdatism* adalah istilah yang menggambarkan sindrom dismaturitas yang dapat terjadi pada kehamilan serotinus. Keadaan ini terjadi pada 30% kehamilan serotinus dan 3% kehamilan aterm.

Tanda-tanda serotinitas:

1. Menghilangnya lemak subkutan.
2. Kulit kering, keriput, atau retak-retak.
3. Pewarnaan mekonium pada kulit, umbilikus, dan selaput ketuban.
4. Kuku dan rambut panjang.
5. Bayi malas.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah kematian janin dalam rahim, akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian neonatus yang tinggi. Asfiksia adalah penyebab utama kematian dan morbiditas neonatus. Pada otopsi neonatus dengan serotinitas didapatkan tanda-tanda hipoksia termasuk adanya petekie pada pleura dan perikardium serta didapatkan adanya partikel-partikel mekonium pada paru.

Secara histopatologis, kelainan plasenta yang ditemukan adalah kalsifikasi, edema vili, pseudohiperplasi pada sinsitium, degenerasi fibroid pada vili, dan mikroinfark plasenta.

PENILAIAN RISIKO ANTEPARTUM

Mengingat morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada kehamilan serotinus, penilaian terhadap risiko terjadinya dismaturitas harus dilakukan antepartum untuk memutuskan apakah fetus masih boleh tinggal dalam rahim (menunggu persalinan spontan) atau harus dilahirkan.

Penilaian kesejahteraan janin dapat dilakukan dengan cara:

1. Evaluasi cairan amnion dengan amniosentesis atau USG untuk melihat adanya oligohidramnion.
2. Pantau perubahan denyut jantung janin tanpa beban (*nonstress test*) atau dengan beban (*contraction stress test*).
3. Tentukan *skoring* profil biofisik yang didapat dari pemeriksaan NST, USG untuk melihat pernapasan janin, tonus fetus, pergerakan fetus, dan jumlah cairan amnion.

Pengelolaan

1. Ekspektatif—Oleh karena induksi persalinan berkaitan dengan kejadian inersia uteri, partus lama, trauma serviks, persalinan buatan, dan operasi sesar, pada beberapa kasus terutama dengan serviks yang belum matang; perlu dilakukan perawatan ekspektatif; asalkan keadaan janin baik.

Hal ini berdasarkan:

- a. Enam puluh persen kehamilan akan berakhir dengan persalinan spontan pada usia kehamilan 40–41 minggu dan 80% pada kehamilan 43 minggu.
- b. Dengan adanya kemajuan teknologi kedokteran untuk pemantauan kesejahteraan janin, janin masih dapat dipertahankan dalam rahim selama keadaannya masih baik.

Harus diingat bahwa tidak ada cara pemantauan kesejahteraan janin yang paling ideal sehingga harus dilakukan kombinasi dari berbagai cara.

2. Aktif—Tanpa melihat keadaan serviks induksi harus dilakukan pada fetus yang mempunyai risiko untuk mengalami dismaturitas, atau bila kehamilan mencapai umur 44 minggu. Kejadian partus lama, inersia uteri hipotonik dan gawat janin selama persalinan akan meningkat sehingga pada induksi kehamilan serotinus, pengawasan intrapartum harus lebih ketat.

Induksi dapat dilakukan dengan tetesan oksitosin per infus atau dengan pemakaian preparat prostaglandin.

Prognosis

Kematian janin pada kehamilan serotinus meningkat bila pada kehamilan normal (37–41 minggu) angka kematiannya 1,1%. Oleh karena itu, pada 43 minggu angka kematian bayi menjadi 3,3% dan pada kehamilan 44 minggu menjadi 6,6%.

Pada beberapa kasus meskipun usia kehamilan melebihi 42 minggu, fungsi plasenta tetap baik sehingga terjadi anak besar (>4000 gram) yang dapat menyulitkan persalinan.

Morbiditas ibu meningkat karena kejadian partus buatan dan seksio sesarea meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Beck, William. *Obstetrics and Gynecology*. Ed. 3: Harwal Publ. sPhiladelphia. 49–54, 1993.
2. Cunningham, FG, McDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstraf III LC, Hankins GDV, Clark SL. *Williams Obstetrics*. Ed. 20: Prentice-Hall International Inc. USA. 579–605, 1997.
3. Danforth, David N. *Obstetrics and Gynecology*. Ed. 4: Harper & Row. Philadelphia. 478–479, 1977.

2

Kelainan Tempat Kehamilan

Firman F. Wirakusumah

KEHAMILAN Ektopik

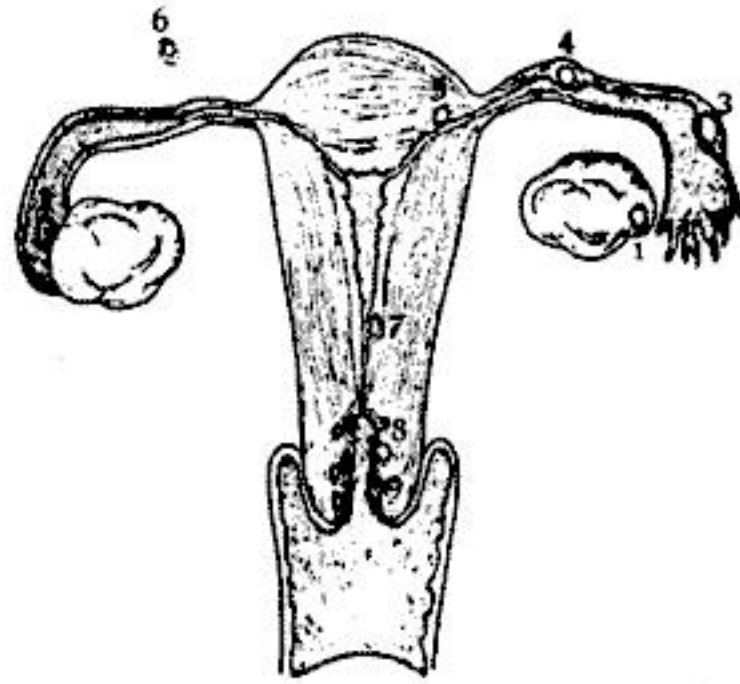
Kehamilan secara normal akan berada di kavum uteri. Kehamilan ektopik ialah kehamilan di tempat yang luar biasa.

Kehamilan ektopik dapat terjadi di luar rahim, misalnya dalam tuba, ovarium, atau rongga perut. Akan tetapi, dapat juga terjadi di dalam rahim di tempat yang luar biasa, misalnya dalam serviks, pars interstitialis tuba, atau dalam tanduk rudimenter rahim. Kebanyakan kehamilan ektopik terjadi di dalam tuba.

Kejadian kehamilan tuba ialah 1 di antara 150 persalinan (Amerika). Angka kejadian kehamilan ektopik cenderung meningkat.

Kejadian tersebut dipengaruhi oleh faktor sebagai berikut:

1. Meningkatnya prevalensi penyakit tuba karena Penyakit Menular Seksual (PMS) sehingga terjadi oklusi parsial tuba. Terjadi salpingitis, terutama radang endosalping yang mengakibatkan menyempitnya lumen tuba dan berkurangnya silia mukosa tuba karena infeksi yang memudahkan terjadinya implantasi zigot di dalam tuba.
2. Adhesi peritubal yang terjadi setelah infeksi seperti apendisitis atau endometriosis. Tuba dapat tertekuk atau lumen menyempit.
3. Pernah menderita kehamilan ektopik sebelumnya. Meningkatnya risiko ini kemungkinan karena salpingitis yang terjadi sebelumnya.
4. Meningkatnya penggunaan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan, seperti AKDR dan KB suntik derivat progestin.
5. Operasi memperbaiki patensi tuba, kegagalan sterilisasi, dan meningkatkan kejadian kehamilan ektopik.



GAMBAR 2.1 Tempat-tempat nidasi ovum.

Sumber: de Gruyter *Praktische Geburtshilfe*: Edisi 14. Borkhi. Hal. 468.

6. Abortus provokatus dengan infeksi. Makin sering tindakan abortus provokatus makin tinggi kemungkinan terjadi salpingitis.
7. Fertilitas yang terjadi oleh obat-obatan pemacu ovulasi, fertilisasi in vitro.
8. Tumor yang mengubah bentuk tuba (mioma uteri dan tumor adneksa).
9. Teknik diagnosis lebih baik dari masa lalu sehingga dapat mendeteksi dini kehamilan ektopik.

KEHAMILAN TUBA

Patogenesis

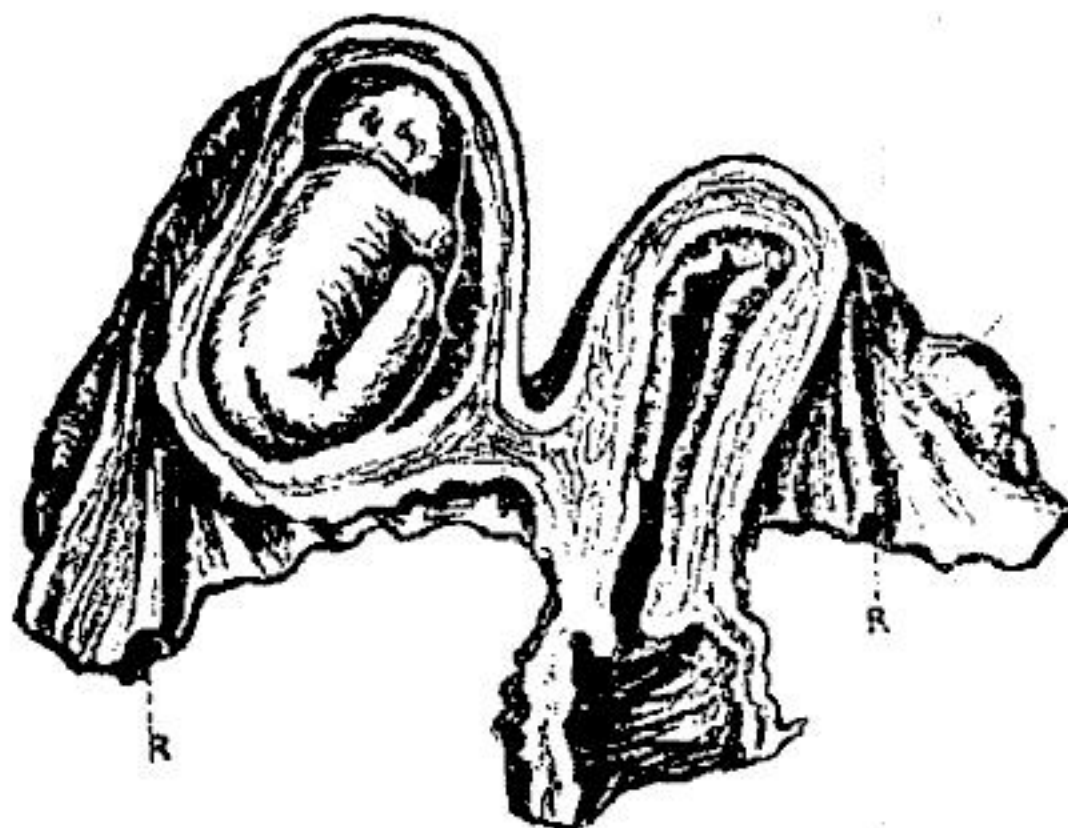
Menurut tempat nidasi maka terjadilah :

Kehamilan ampula	— dalam ampula tuba
Kehamilan ismus (atau isthmus)	— dalam ismus tuba (atau isthmus)
Kehamilan interstisial	— dalam pars interstitialis tuba

Kadang-kadang nidasi terjadi di fimbria. Dari bentuk di atas secara sekunder dapat terjadi kehamilan tuba abdominal, tuba ovarial, atau kehamilan dalam ligamentum latum. Kehamilan paling sering terjadi di dalam ampula tuba.

Implantasi telur dapat bersifat kolumnar ialah implantasi pada puncak lipatan selaput tuba dan telur terletak dalam lipatan selaput lendir. Bila kehamilan pecah, akan pecah ke dalam lumen tuba (abortus tuber).

Telur dapat pula menembus epitel dan berimplantasi interkolumnar, terletak dalam lipatan selaput lendir, yaitu telur masuk ke dalam lapisan otot tuba karena tuba tidak mempunyai desidua. Bila kehamilan pecah, hasil konsepsi akan masuk rongga peritoneum (ruptur tuba). Walaupun kehamilan terjadi di luar rahim, rahim membesar juga karena hipertrofi dari otot-ototnya, yang disebabkan pengaruh hormon-hormon yang dihasilkan trofoblas; begitu pula endometriumpunya berubah menjadi desidua vera.



GAMBAR 2.2 Kehamilan dalam tanduk rudimeter.

Sumber: de Gruyter Praktische Geburtshilfe: Edisi 14. Borkhi. Hal. 468.

Menurut Arias-Stella perubahan histologis pada endometrium cukup khas untuk membantu diagnosis. Setelah janin mati, desidua ini mengalami degenerasi dan dikeluarkan sepotong demi sepotong. Akan tetapi, kadang-kadang lahir secara keseluruhan sehingga merupakan cetakan dari kavum uteri (*decidual cast*).

Pelepasan desidua ini disertai dengan perdarahan dan kejadian ini menerangkan gejala perdarahan per vaginam pada kehamilan ektopik yang terganggu.

PERKEMBANGAN KEHAMILAN TUBA

Kehamilan tuba tidak dapat mencapai cukup bulan, biasanya berakhir pada minggu ke-6-12, yang paling sering antara minggu ke-6-8.

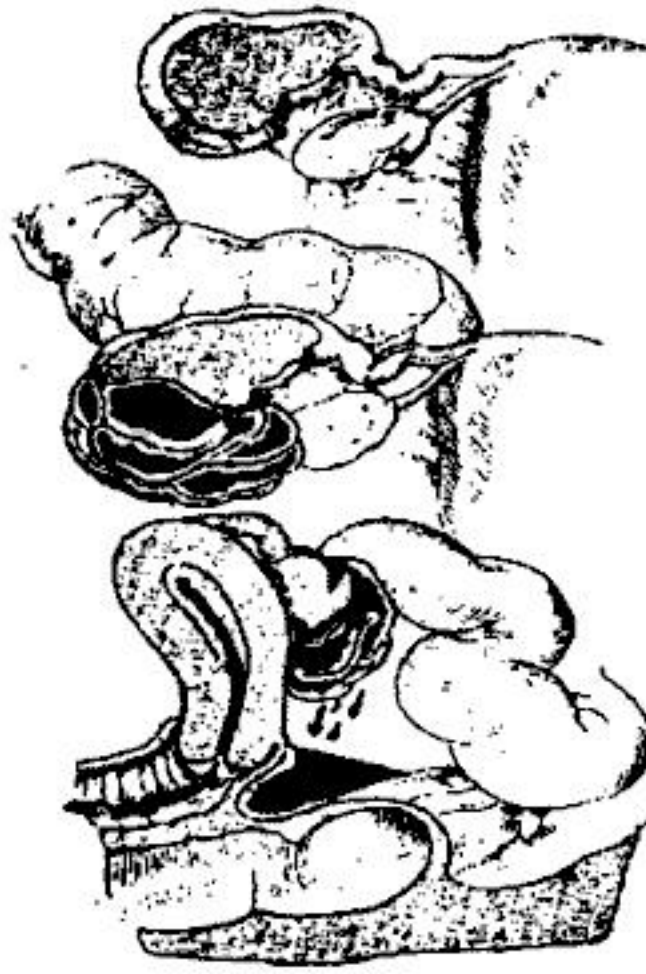
Berakhirnya kehamilan tuba ada 2 cara, yaitu: abortus tuba dan ruptur tuba.

Abortus tuba

Oleh karena telur bertambah besar menembus endosalping (selaput lendir tuba), masuk ke lumen tuba dan dikeluarkan ke arah infundibulum. Hal ini terutama terjadi kalau telur berimplantasi di daerah ampula tuba. Di sini biasanya telur tertanam kolumnar karena lipatan-lipatan selaput lendir tinggi dan banyak. Lagi pula di sini, rongga tuba agak besar hingga telur mudah tumbuh ke arah rongga tuba dan lebih mudah menembus desidua kapsularis yang tipis dari lapisan otot tuba.

Abortus tuba kira-kira terjadi antara minggu ke-6-12.

Perdarahan yang timbul karena abortus keluar dari ujung tuba dan mengisi kavum Douglas, terjadilah **hematokel retrouterin**. Ada kalanya ujung tuba tertutup karena perlekatan-perlekatan hingga darah terkumpul di dalam tuba dan menggembungkan tuba, yang disebut **hematosalping**.



GAMBAR 2.3 Darah di dalam kavum Douglas akibat abortus tuba.

Ruptur tuba

Telur menembus lapisan otot tuba ke arah kavum peritoneum. Hal ini terutama terjadi kalau implantasi telur dalam istmus tuba.

Pada peristiwa ini, lipatan-lipatan selaput lendir tidak seberapa, jadi besar kemungkinan implantasi interkolumnar. Trofoblas cepat sampai ke lapisan otot tuba dan kemungkinan pertumbuhan ke arah rongga tuba kecil karena rongga tuba sempit. Oleh karena itu, telur menembus dinding tuba ke arah rongga perut atau peritoneum.

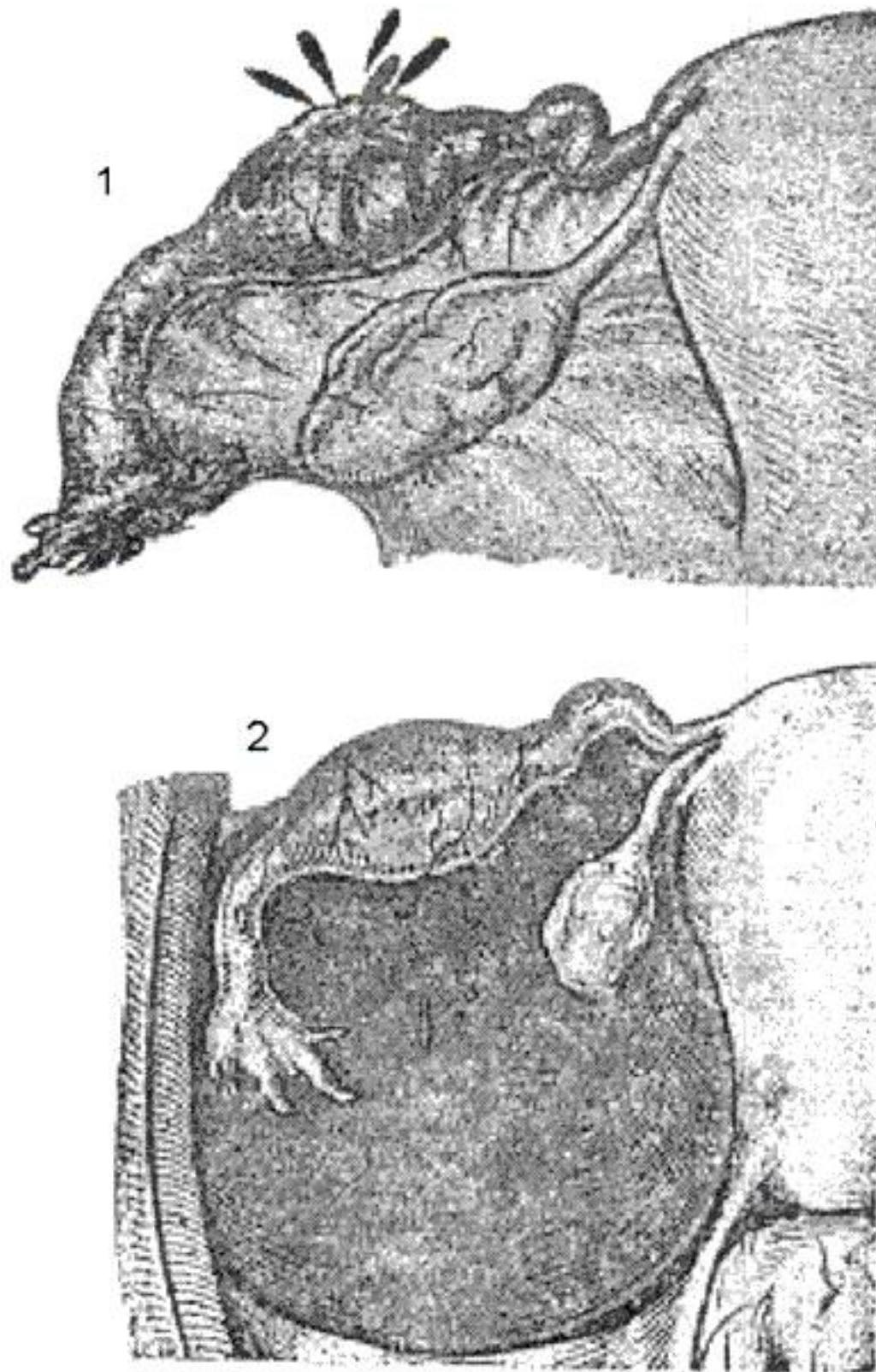
Ruptur pada istmus tuba terjadi sebelum minggu ke-12 karena dinding tuba di sini tipis, tetapi ruptur pada pars interstisialis terjadi lambat kadang-kadang baru pada bulan ke-4 karena di sini lapisan otot tebal.

Ruptur bisa terjadi spontan atau *violent*, misalnya karena periksa dalam, defekasi, atau koitus. Biasanya terjadi ke dalam kavum peritoneum, tetapi kadang-kadang ke dalam ligamentum latum kalau implantasinya pada dinding bawah tuba.

Pada ruptur tuba seluruh telur dapat melalui robekan dan masuk ke dalam kavum peritoneum, telur yang keluar dari tuba itu sudah mati.

Bila hanya janin yang melalui robekan dan plasenta tetap melekat pada dasarnya, kehamilan dapat berlangsung terus dan berkembang sebagai kehamilan abdominal. Oleh karena pada awalnya merupakan kehamilan tuba dan baru kemudian menjadi kehamilan abdominal, kehamilan ini disebut **kehamilan abdominal sekunder**. Plasentanya kemudian dapat meluas ke dinding belakang uterus, ligamentum latum, omentum, dan usus.

Jika insersi dari telur pada dinding bawah tuba, ruptur terjadi ke dalam ligamentum latum. Kelanjutan dari kejadian ini ialah telur mati dan terbentuknya hematoma di dalam ligamentum latum atau kehamilan berlangsung terus di dalam ligamentum latum.



GAMBAR 2.4 1. Ruptur tuba dengan perdarahan ke dalam rongga peritoneum; 2. Ruptur tuba dengan perdarahan ke dalam ligamentum latum.

Kehamilan tuba abdominal ialah kehamilan yang asalnya pada ujung tuba dan kemudian tumbuh ke dalam kavum peritoneum.

Yang dinamakan kehamilan tuba-ovarial ialah kehamilan yang asalnya ovarial atau tuba, tetapi kemudian kantungnya terjadi dari jaringan tuba maupun ovarium.

Gejala-gejala

Kehamilan ektopik biasanya baru memberikan gejala-gejala yang jelas dan khas kalau sudah terganggu dan kehamilan ektopik yang masih utuh, gejala-gejalanya sama dengan kehamilan muda yang intrauterin.

Kalau kita bicara tentang gejala kehamilan ektopik biasanya yang dimaksud ialah kehamilan ektopik yang terganggu.

Kisah yang khas dari kehamilan ektopik terganggu ialah seorang wanita yang sudah terlambat haidnya, sekonyong-konyong nyeri perut kadang-kadang

jelas lebih nyeri sebelah kiri atau sebelah kanan. Selanjutnya, pasien pusing dan kadang-kadang pingsan, sering keluar sedikit darah per vaginam.

Pada pemeriksaan didapatkan seorang wanita yang pucat dan gejala-gejala syok. Pada palpasi perut ternyata tegang dan pemeriksaan dalam sangat nyeri, terutama kalau serviks digerakkan atau pada perabaan kavum Douglas (forniks posterior); mungkin juga teraba tumor yang lunak kenyal.

Jadi, **gejala-gejala yang terpenting** adalah:

1. *Nyeri perut*—Gejala ini paling sering dijumpai dan terdapat pada hampir semua penderita. Nyeri perut dapat unilateral atau bilateral di abdomen bawah. Kadang-kadang terasa sampai daerah abdomen atas.
Bila kavum abdomen terisi darah lebih dari 500 ml, akan menyebabkan perut tegang, nyeri tekan abdomen, distensi usus, dan kadang-kadang nyeri menjalar ke bahu dan leher karena adanya rangsang darah pada diafragma.
Nyeri tekan dapat terjadi pada palpasi abdomen ataupun pada pemeriksaan dalam, yang kadang-kadang pada pemeriksaan dalam ditemukan nyeri goyang, yang didapat dengan cara menggerakkan porsio.
2. *Amenore*—Walaupun amenore sering dikemukakan dalam anamnesis, kita tidak boleh menarik kesimpulan bahwa kehamilan ektopik tidak mungkin kalau gejala ini tidak ada. Lebih-lebih pada wanita Indonesia yang kurang memperhatikan haidnya, perdarahan patologis yang disebabkan oleh kehamilan ektopik tidak jarang dianggap haid biasa.
3. *Perdarahan per vaginam*—Dengan matinya telur desidua yang mengalami degenerasi dan nekrosis, selanjutnya dikeluarkan dalam bentuk perdarahan. Perdarahan ini pada umumnya sedikit, namun perdarahan yang banyak dari vagina harus mengarahkan pikiran kita ke abortus biasa.
4. *Syok karena hipovolemi*—Tanda syok lebih jelas bila pasien duduk, juga terdapat oliguri.
5. *Pembesaran uterus*—Pada kehamilan ektopik uterus membesar juga karena pengaruh hormon-hormon kehamilan, tetapi pada umumnya sedikit lebih kecil dibandingkan dengan uterus pada kehamilan intrauterin yang sama umurnya.
6. *Tumor dalam rongga panggul*—Dalam rongga panggul dapat teraba tumor lunak kenyal yang disebabkan oleh kumpulan darah di tuba dan sekitarnya.
7. *Perubahan darah*—Dapat diduga bahwa kadar hemoglobin turun pada kehamilan ektopik terganggu karena perdarahan yang banyak ke dalam rongga perut.

Akan tetapi, kita harus insaf bahwa turunnya Hb disebabkan darah diencerkan oleh air dari jaringan untuk mempertahankan volume darah. Hal ini memerlukan waktu 1-2 hari. Oleh karena itu, mungkin pada pemeriksaan Hb yang pertama-tama kadar Hb belum seberapa turunnya maka kesimpulan adanya perdarahan didasarkan atas penurunan kadar Hb pada pemeriksaan Hb yang berturut-turut. Perdarahan juga menimbulkan naiknya angka leukosit, yaitu pada perdarahan yang hebat

angka leukosit tinggi, sedangkan pada perdarahan sedikit demi sedikit leukosit normal atau hanya naik sedikit.

Diagnosis Banding

Kehamilan ektopik terganggu harus dibedakan dari:

1. Radang alat-alat dalam panggul, terutama salpingitis.
2. Abortus biasa.
3. Perdarahan karena pecahnya kista folikel atau korpus luteum.
4. Kista torsi atau apendisitis.
5. Gastroenteritis.
6. Komplikasi AKDR.

Untuk membedakan dengan salpingitis dapat dikemukakan:

1. Pada salpingitis pernah ada serangan nyeri perut sebelumnya.
2. Nyeri bilateral.
3. Demam.
4. Tes kehamilan yang positif menunjuk ke arah kehamilan ektopik, yang negatif tidak ada artinya.

Pada abortus biasa, perdarahan lebih banyak dan sering ada pembukaan serta uterus biasanya besar dan lunak.

Perdarahan karena pecahnya kista folikel atau korpus luteum tak dapat dibedakan, tetapi bukan merupakan persoalan penting karena harus dioperasi juga.

Pada kista torsi ditemukan massa yang lebih jelas, sedangkan pada kehamilan tuba batasnya tidak jelas. Nyeri pada apendisitis sering lokasinya lebih tinggi, yaitu di titik McBurney.

Untuk membantu diagnostik dapat dilakukan:

1. *Tes kehamilan*—Kalau positif maka ada kehamilan.
Tes kehamilan yang sensitif adalah cara imunoasai dan Elisa.
2. *Douglas punksi (kuldosentesis)*—Jarum besar yang dihubungkan dengan spuit ditusukkan ke dalam kavum Douglas di tempat kavum Douglas menonjol ke forniks posterior.

Jika terisap darah, ada 2 kemungkinan yang akan terjadi, yaitu:

- a. Adanya darah dalam kavum Douglas, yang mengakibatkan terjadinya perdarahan dalam rongga perut.
- b. Tertusuknya vena dan terisapnya darah vena dari daerah tersebut.

Oleh karena itu, untuk mengatakan bahwa **Douglas punksi positif**, artinya adanya perdarahan dalam rongga perut dan darah yang diisap mempunyai sifat berwarna merah tua, tidak membeku setelah diisap, dan biasanya di dalam terdapat gumpalan-gumpalan darah yang kecil.

Jika darah kurang tua warnanya dan membeku, darah itu berasal dari vena yang tertusuk.

3. *Ultrasonografi*:

- a. Bila dapat dilihat kantong kehamilan intrauterin, kemungkinan kehamilan ektopik sangat kecil.

Kantong kehamilan intrauterin sudah dapat dilihat dengan ultrasonografi pada kehamilan 5 minggu. Mencari kehamilan ektopik pada kehamilan 5 minggu lebih sulit dibandingkan dengan kehamilan intrauterin.

Combined pregnancy, yaitu terjadi kehamilan intrauterin, yang juga terdapat kehamilan ektopik. Kejadian ini kemungkinannya sangat kecil.

- b. Bila terlihat gerakan jantung janin di luar uterus, yang merupakan bukti pasti kehamilan ektopik.
- c. Massa di luar kavum uteri belum tentu suatu massa dari kehamilan ektopik.
- d. Kavum uteri kosong dengan kadar β -hCG di atas 6.000 mIU/ml kemungkinan adanya kehamilan ektopik sangat besar.

Mencari kantong kehamilan di luar rahim secara ultrasonografi sangat membantu, tetapi kadang-kadang sulit. Secara empiris, kadar β -hCG dipakai dengan cara menduga adanya kehamilan ektopik dalam membantu keadaan seperti ini.

4. *Laparoskopi*—Sistem optik dan elektronik dapat dipakai untuk melihat organ-organ di panggul.

Keuntungan laparoskopi dibanding ultrasonografi adalah laparoskopi dapat melihat keadaan rongga pelvis secara *a vue*, ketepatan diagnostik lebih tinggi dan kerugiannya lebih invasif dibandingkan dengan ultrasonografi.

Laparoskopi maupun ultrasonografi akan sangat berguna bila dilakukan oleh tenaga yang telah mempunyai pengalaman.

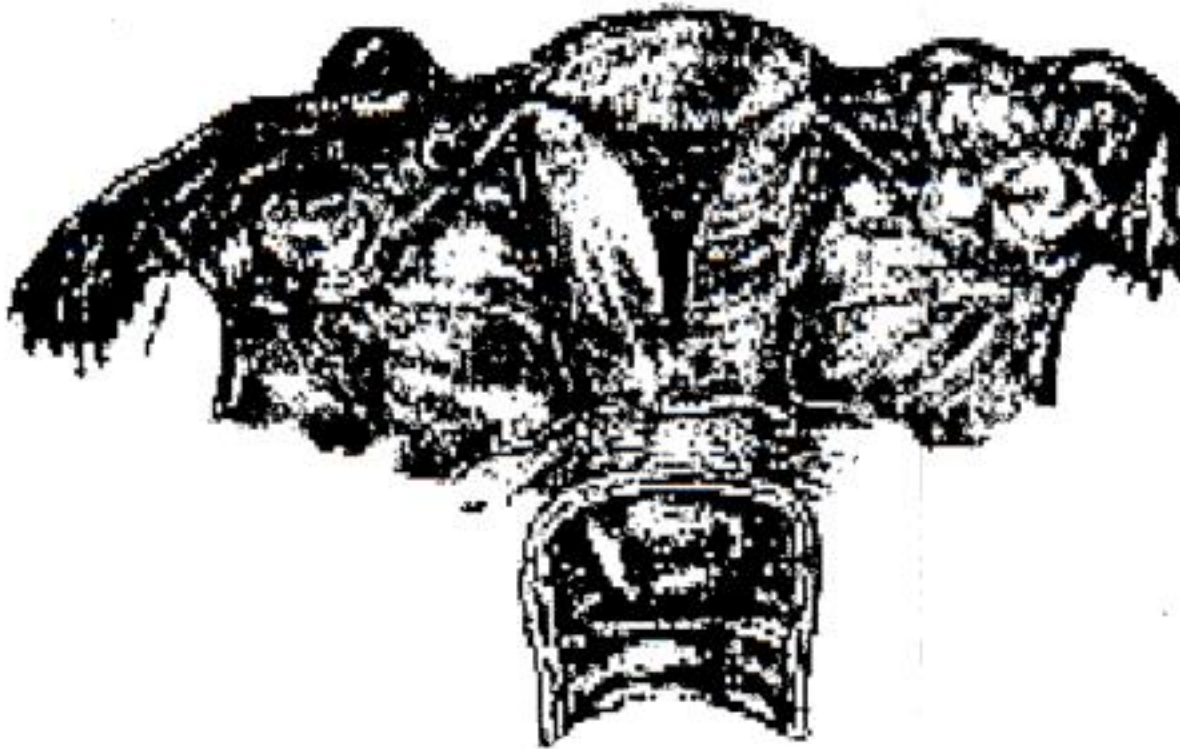
Prognosis

Prognosis baik bila kita dapat menemukan kehamilan ektopik secara dini. Keterlambatan diagnosis akan menyebabkan prognosis buruk karena bila perdarahan arterial yang terjadi di intraabdomen tidak segera ditangani, akan mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik.

Kehamilan ektopik merupakan penyebab kematian yang penting maka diagnosis harus dapat ditentukan dengan cepat dan persediaan darah untuk transfusi harus cukup, begitu pula antibiotik.

Pengobatan

Segera dilakukan operasi, yaitu salpingektomi dengan pemberian transfusi darah. Operasi tidak usah ditangguhkan sampai syok teratasi, asal transfusi sudah jalan, operasi dapat dimulai dengan segera.



GAMBAR 2.5 Salpingektomi pada kehamilan tuba.

KEHAMILAN INTERSTISIAL

Implantasi telur terjadi dalam pars interstitialis tuba. Karena lapisan miometrium di sini lebih tebal, ruptur terjadi lebih lambat kira-kira pada bulan ke-3 atau ke-4.

Kalau terjadi ruptur, perdarahan hebat karena tempat ini banyak pembuluh darahnya sehingga dalam waktu yang singkat dapat menyebabkan kematian.

Terapi: histerektomi.

KEHAMILAN ABDOMINAL

Menurut kepustakaan, kehamilan abdominal jarang terjadi kira-kira 1 di antara 1.500 kehamilan.

Kehamilan abdominal ada 2 macam, yaitu:

1. *Kehamilan abdominal primer*—Terjadi bila telur dari awal mengadakan implantasi dalam rongga perut.
2. *Kehamilan abdominal sekunder*—Berasal dari kehamilan tuba dan setelah ruptur baru menjadi kehamilan abdominal.

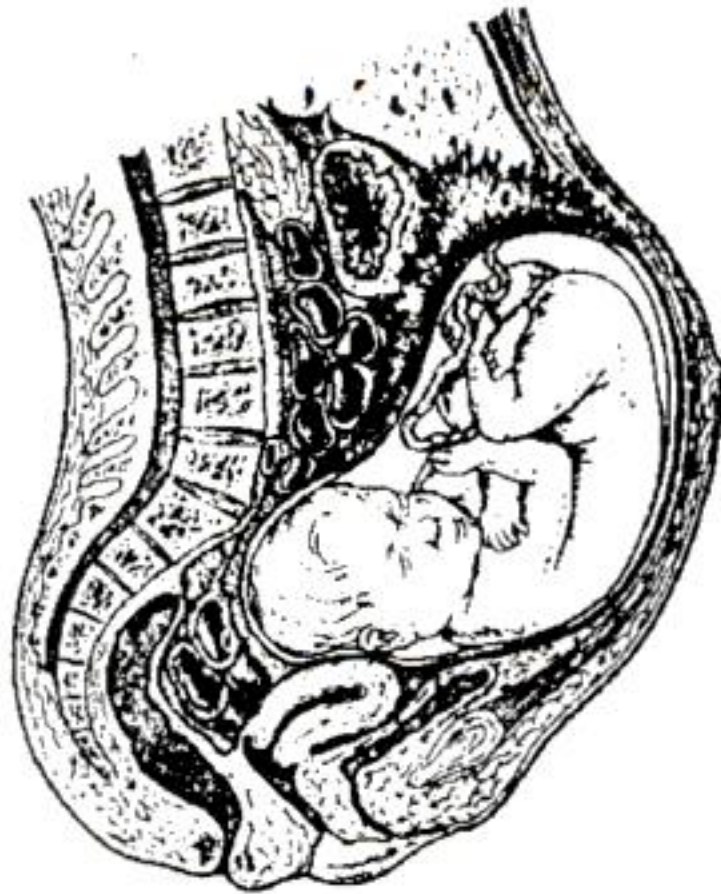
Kebanyakan kehamilan abdominal adalah kehamilan abdominal sekunder. Biasanya plasenta terdapat di daerah tuba, permukaan belakang rahim, dan ligamentum latum.

Walaupun ada kalanya kehamilan abdominal mencapai umur cukup bulan, hal ini jarang terjadi, yang lazim ialah bahwa janin mati sebelum cukup bulan (bulan ke-5 atau ke-6) karena pengambilan makanan kurang sempurna.

Pada janin dapat tumbuh sampai cukup bulan, prognosis janin kurang baik, banyak yang mati setelah dilahirkan dan kelainan kongenital lebih tinggi dibanding kehamilan intrauterin.

Nasib janin yang mati di intraabdominal sebagai berikut:

1. Terjadi **pernanahan** sehingga kantong kehamilan menjadi abses yang dapat pecah melalui dinding perut atau ke dalam usus atau kandung



GAMBAR 2.6 Kehamilan abdominal

Sumber: Cunningham. Williams Obstetrics Ed. 20. Appleton & Lange. 1995. Hal. 524.

- kencing. Dengan nanah keluar bagian-bagian janin seperti tulang-tulang, potongan-potongan kulit, dan rambut.
2. Terjadi **pengapuran (kalsifikasi)**—Anak yang mati mengapur, menjadi keras karena endapan-endapan garam kapur hingga berubah menjadi anak batu (*lithopedion*).
3. Terjadi **perlemakan**—Janin berubah menjadi zat kuning seperti minyak kental (*adipocere*).

Kalau kehamilan sampai cukup bulan, akan timbul his, artinya pasien merasa nyeri dengan teratur seperti pada persalinan biasa. Akan tetapi, kalau kita periksa dengan teliti, tumor yang mengandung anak tidak pernah mengeras (Braxton Hicks).

Pada pemeriksaan dalam ternyata pembukaan tidak menjadi besar ($\pm 1-2$ jari) dan serviks tidak merata. Kalau kita masukkan jari ke dalam kavum uteri, akan teraba uterus yang kosong. Oleh karena itu, kalau keadaan ini tidak lekas ditolong dengan laparotomi, akan menyebabkan kematian pada anak.

Gejala-gejala

· Kehamilan abdominal biasanya baru didiagnosis kalau kehamilan sudah agak lanjut, antara lain:

1. Segala tanda-tanda kehamilan ada, tetapi pada kehamilan abdominal biasanya pasien lebih menderita karena perangsangan peritoneum, misalnya, sering mual, muntah, gembung perut, obstipasi atau diare, dan nyeri perut sering dikeluhkan.
2. Pada kehamilan abdominal sekunder, mungkin pasien pernah mengalami sakit perut yang hebat disertai pusing atau pingsan, yaitu waktu terjadinya ruptur tuba.

3. Tumor yang mengandung anak tidak pernah mengeras. (tidak ada kontraksi Braxton Hicks).
4. Pergerakan anak dirasakan nyeri oleh ibu.
5. Bunyi jantung anak lebih jelas terdengar.
6. Bagian anak lebih mudah teraba karena hanya terpisah oleh dinding perut.
7. Di samping tumor yang mengandung anak, kadang-kadang dapat diraba tumor lain, yaitu rahim yang membesar.
8. Pada pemeriksaan foto rontgen, abdomen atau USG biasanya tampak kerangka anak yang tinggi letaknya dan berada dalam letak paksa.
9. Pada foto lateral tampak bagian-bagian janin menutupi vertebra ibu.
10. Adanya sufel vaskular medial dari spina iliaka. Sufel ini diduga berasal dari arteri ovarika.
11. Kalau sudah ada his dapat terjadi pembukaan sebesar ± 1 jari dan tidak menjadi lebih besar; dan kalau kita masukkan jari kita ke dalam kavum uteri, ternyata uterus kosong.

Diagnosis

Untuk menentukan diagnosis, dilakukan percobaan sebagai berikut:

1. Tes oksitosin—2 unit oksitosin disuntikkan subkutan dan tumor yang mengandung anak dipalpasi dengan teliti. Kalau tumor tersebut mengeras, kehamilan itu intrauterin.
2. Kalau pembukaan tidak ada, dapat dilakukan sondasi untuk mengetahui apakah uterus kosong dan selanjutnya dibuat foto rontgen dengan sonde di dalam rahim.
3. Dibuat histerografi dengan memasukkan lipiodol ke dalam kavum uteri.

Terapi

Kalau diagnosis sudah ditentukan, kehamilan abdominal harus dioperasi secepat mungkin mengingat bahayanya, seperti perdarahan dan ileus.

Selain itu, seperti telah diterangkan, prognosis untuk anak kurang baik, jadi kurang manfaatnya dalam menunda operasi untuk kepentingan anak, kecuali pada keadaan-keadaan yang tertentu, dan yang dituju pada operasi ialah melahirkan anak saja, sedangkan plasenta biasanya ditinggalkan.

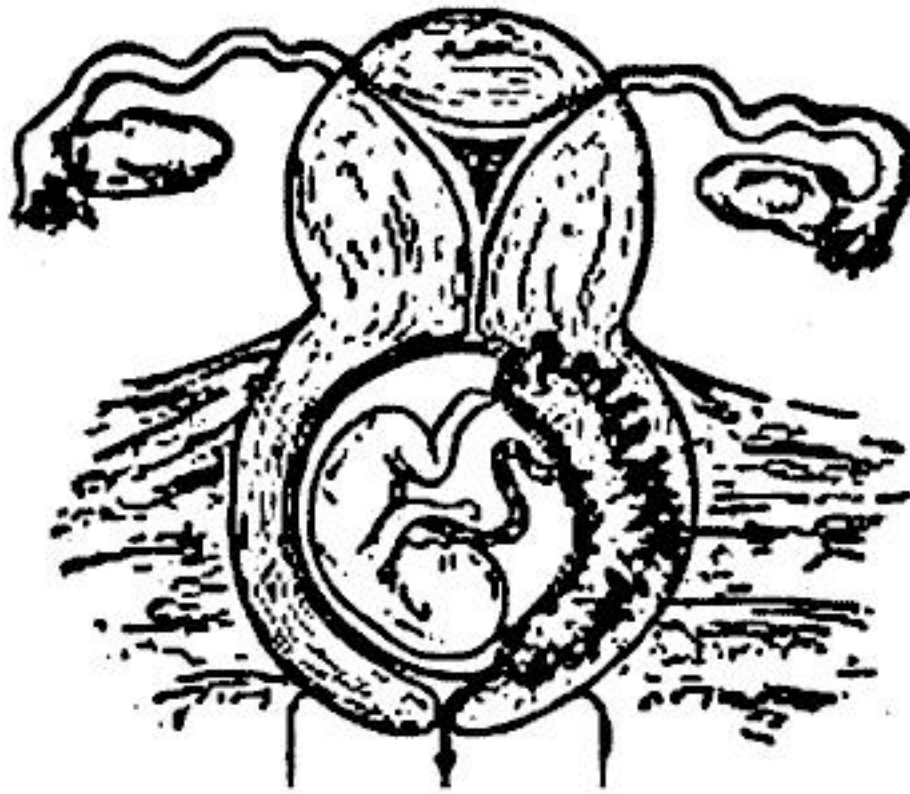
Melepaskan plasenta dari dasarnya pada kehamilan abdominal, menimbulkan perdarahan yang hebat karena plasenta melekat pada dinding yang tidak kontraktil. Plasenta yang ditinggalkan lambat-laun akan diresorpsi.

Mengingat kemungkinan perdarahan yang hebat, persediaan darah harus cukup.

KEHAMILAN OVARIAL

Jarang terjadi dan biasanya berakhir dengan ruptur pada hamil muda.

Untuk membuat diagnosis kehamilan ovarial, harus dipenuhi beberapa kriteria Spiegelberg, yaitu:



GAMBAR 2.7 Kehamilan servikal

Sumber: Cunningham. *Williams Obstetrics* edisi ke-20. Appleton & Lange. Hal. 646.

1. Tuba pada sisi kehamilan masih tampak utuh.
2. Kantung kehamilan menempati daerah ovarium.
3. Ovarium dihubungkan dengan uterus oleh ligamentum ovarii proprium.
4. Histopatologis ditemukan jaringan ovarium di dalam dinding kantung kehamilan.

KEHAMILAN SERVIKS

Kehamilan serviks jarang sekali terjadi. Nidasi terjadi dalam selaput lendir serviks. Dengan tumbuhnya telur, serviks menggembung.

Kehamilan serviks biasanya berakhir pada kehamilan muda karena menimbulkan perdarahan hebat yang memaksa tindakan operasi.

Plasenta sukar dilepaskan dan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan hebat hingga serviks perlu ditampon atau kalau ini tidak menolong, lakukan histerektomi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, Clark SL. *Williams Obstetrics*, Ed. 20, Prentice-Hall International, Inc. USA. 607-634, 1997.
2. de Gruyter, *Praktische Geburtshilfe*: Ed. 14. Borkhi. Hal. 468.

3

Kelainan Telur, Plasenta, Air Ketuban, Cacat, dan Gangguan Janin

Djamhoer Martaadisoebrata
Firman F. Wirakusumah

PENYAKIT TROFOBLAS GESTASIONAL

Pengertian

Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) adalah sekumpulan penyakit yang berkaitan dengan vili korialis, terutama sel trofoblasnya dan berasal dari suatu kehamilan.

Pada umumnya, setiap kehamilan berakhir dengan lahirnya anak cukup bulan dan tidak cacat. Namun, hal ini tidak selalu terjadi. Kadang-kadang terjadi kegagalan kehamilan (*reproductive failure*), bergantung pada tahap dan bentuk gangguannya. Kegagalan itu bisa berupa abortus, kehamilan ektopik, prematuritas, kematian janin dalam rahim, atau cacat. Ada bentuk kegagalan kehamilan lain, yaitu vili korialis yang seluruhnya atau sebagian berkembang tidak wajar berbentuk gelembung-gelembung seperti anggur. Kelainan ini disebut mola hidatidosa.

Lima belas sampai dua puluh persen penderita mola hidatidosa dapat berubah menjadi ganas dan dikenal sebagai *tumor trofoblas gestasional*. Jadi, yang dimaksud dengan penyakit trofoblas gestasional adalah mola hidatidosa yang jinak dan tumor trofoblas gestasional yang ganas. Mengenai tumor trofoblas gestasional akan dibahas pada Subbagian Onkologi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

2. *Mola hidatidosa parsial (MHP)*—Seperti pada MHK, tetapi di sini masih ditemukan embrio yang biasanya mati pada masa dini. Degenerasi hidropik dari vili bersifat setempat, dan yang mengalami hiperplasi hanya sinsitio trofoblas saja. Gambaran yang khas adalah *crinkling* atau *scalloping* dari vili dan *stromal trophoblastic inclusions*. (Gambar 3.2)

Kariotip umumnya adalah triploid sebagai hasil pembuahan satu ovum oleh dua sperma (dispermi). Bisa berupa 69 XXX, 69 XXY, atau 69 XYY.

Pada MHP, embrio biasanya mati sebelum trimester pertama. Walaupun pernah dilaporkan adanya MHP dengan bayi aterm.

Insidensi

Secara umum dikatakan bahwa insidensi MH di negara barat lebih rendah daripada negara di Asia dan beberapa negara Amerika Latin, tetapi angkanya sukar diperbandingkan karena umumnya mereka menggunakan data populasi, sedangkan di negara berkembang menggunakan data rumah sakit.

Insidensi mola hidatidosa di beberapa negara:

Amerika Serikat	1 : 1000–1500 persalinan
Korea Selatan	1 : 429–1 : 488 persalinan
Malaysia	1 : 357 persalinan
Jepang	1 : 538 kelahiran hidup
Beberapa kabupaten Jabar	1 : 28–105 persalinan
Beberapa kota Indonesia	1 : 51–141 kehamilan

Faktor Risiko

Sampai sekarang belum diketahui etiologi dari penyakit ini. Yang baru diketahui adalah faktor risiko, seperti:

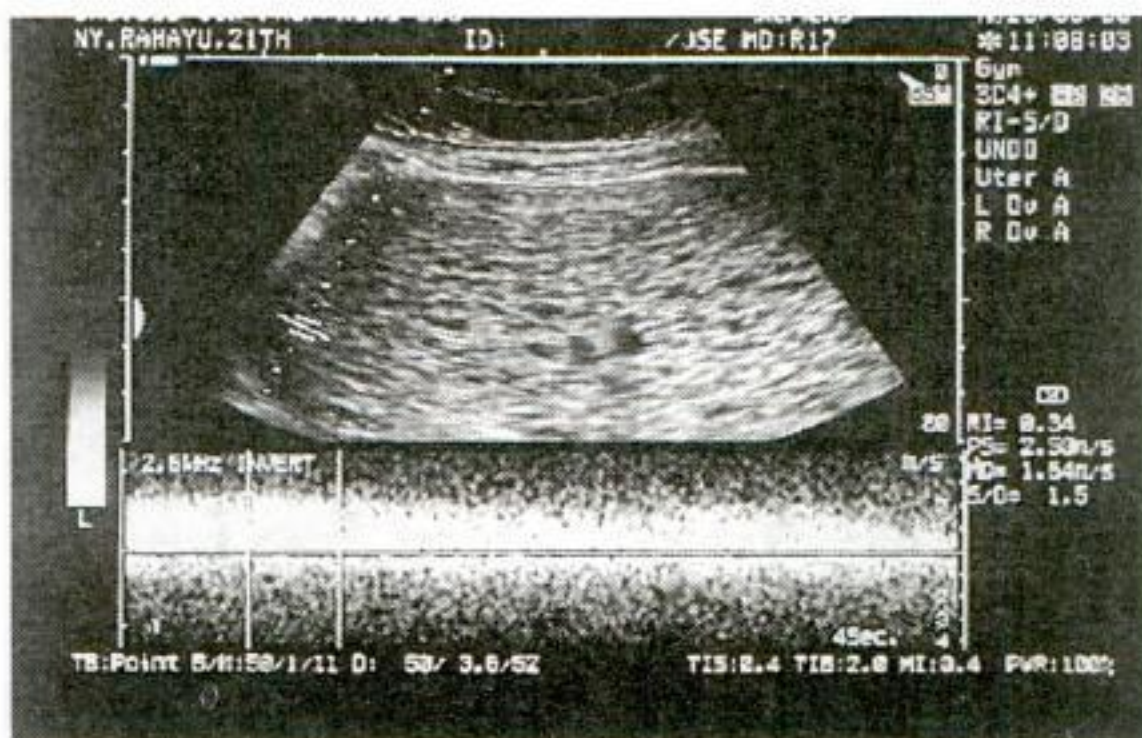
1. *Umur*—Mola hidatidosa lebih banyak ditemukan pada wanita hamil berumur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun.
2. *Etnik*—Lebih banyak ditemukan pada mongoloid daripada kaukasus.
3. *Genetik*—Wanita dengan *balanced translocation* mempunyai risiko lebih tinggi.
4. *Gizi*—Mola hidatidosa banyak ditemukan pada mereka yang kekurangan protein.

Gambaran Klinik

Dapat dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. *Keluhan utama*—Amenore dan perdarahan per vaginam.
2. *Perubahan yang menyertai*:

1. Keluhan utama
2. Perubahan yang menyertai
3. Adanya penyulit



GAMBAR 3.3 USG MHK

- a. Uterus lebih besar dari tuanya kehamilan.
 - b. Kadar hCG yang jauh lebih tinggi dari kehamilan biasa. Pada kehamilan biasa, kadar hCG darah paling tinggi 100.000 IU/L, sedangkan pada mola hidatidosa bisa mencapai 5.000.000 IU/L.
 - c. Adanya kista lutein, baik unilateral maupun bilateral.
3. *Adanya penyulit:*
- a. Preeklamsi.
 - b. Tirotoksikosis.
 - c. Emboli paru (jarang).

Di samping hal-hal yang tersebut mola hidatidosa juga menunjukkan gambaran klinik, seperti kehamilan lain, misalnya mual, muntah, dan makan kurang.

MHK mempunyai keluhan dan penyulit yang lebih besar dibandingkan dengan MHP.

Diagnosis

Kehamilan mola hidatidosa dapat diperkirakan bila ditemukan hal-hal tersebut di bawah ini:

1. Amenore.
2. Perdarahan per vaginam.
3. Uterus lebih besar dari tuanya kehamilan.
4. Tidak ditemukan tanda pasti kehamilan.
5. Kadar β -hCG yang tinggi.

Penentuan diagnostik dilakukan dengan USG, yaitu ditemukan gambaran vesikular (gambaran badai salju).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Plasenta akreta tidak boleh dilepaskan secara manual karena mudah menimbulkan perforasi.

Terapi yang lazim ialah histerektomi.

PENYAKIT PLASENTA

1. *Infark putih plasenta*—Adalah bagian-bagian yang lebih pucat dari permukaan maternal plasenta. Infark ini ditimbulkan oleh degenerasi trofoblas (degenerasi fibrinoid).
2. *Infark merah*—Karena sinsitium mengalami degenerasi dan kemudian melepaskan diri, jaringan ikat vilus langsung berhubungan dengan darah hingga pada tempat ini timbul pembekuan darah. Infark merah ini akhirnya menjadi putih karena reorganisasi.
3. *Kista plasenta*—Kadang-kadang terdapat kista pada permukaan fetal plasenta. Isinya cairan jernih kuning atau kadang-kadang kemerah-merahan. Kista ini terjadi karena pencairan korion.
4. *Tumor-tumor plasenta*—Jenis tumor-tumor plasenta ialah korioangioma, mola hidatidosa, dan koriokarsinoma.

Korioangioma plasenta terdiri dari pembuluh-pembuluh darah jonjot korion. Warnanya coklat kuning dan konsistensinya seperti jaringan hati. Dikatakan bahwa korioangioma dapat menimbulkan hidramnion karena tekanan pada jaringan sekitarnya.

Mola hidatidosa telah dibicarakan dan koriokarsinoma dibahas di buku Ginekologi.

5. *Radang plasenta*—Dapat terjadi karena perjalanan infeksi desidua, misalnya oleh gonokokus atau kuman lain; radang plasenta dapat juga terjadi pada partus lama.
6. *Perkapuran plasenta*—Pada permukaan maternal kadang-kadang terdapat tempat-tempat yang mengalami perkapuran.
7. *Edema plasenta*—Terjadi pada hidrops fetalis dan pada gangguan peredaran darah dalam tali pusat.

DISFUNGSI PLASENTA

Apabila faal plasenta kurang baik sehingga membahayakan janin, neonatus, atau memengaruhi secara negatif pertumbuhan fisik atau mental anak di kelak kemudian hari, kita mempergunakan istilah **disfungsi plasenta**.

Dalam perinatologi sering dipakai istilah **insufisiensi plasenta**.

Gejala-gejala Disfungsi Plasenta

1. Berat plasenta yang kurang dari 500 gr indeks plasenta yang rendah menambahkan kejadian kelahiran mati dan *fetal distress* (gawat janin). Juga bentuk makroskopis dan mikroskopis yang luar biasa (infark) dapat menjurus ke disfungsi plasenta.
2. Uterus yang kurang membesar, berat badan ibu yang turun terutama kalau disertai dengan gejala gawat janin. Penurunan kadar oestriol.

3. Hal ini dapat ditentukan dengan pengukuran kuantitatif atau dengan pemeriksaan tidak langsung, misalnya dengan uji ferm (daun paku).
4. Persalinan juga merupakan tes untuk mengetahui cadangan faal plasenta dengan memperhatikan BJ anak sewaktu persalinan.

KELAINAN SELAPUT

ROBEKNYA SELAPUT DALAM KEHAMILAN

Selaput janin dapat robek dalam kehamilan karena:

1. Spontan disebabkan selaput yang lemah atau kurang terlindung karena serviks terbuka (*incompetent cervix*).
2. Trauma akibat jatuh, koitus, atau alat-alat.

Gejala-gejala

1. Air ketuban mengalir ke luar, uterus lebih kecil dan sesuai dengan tuanya kehamilan, serta konsistensinya lebih keras.
2. Biasanya terjadi persalinan.
3. Cairan yang ke luar dari jalan lahir disebut *hydrorrhoea amniotica*.
Untuk mengetahui apakah cairan yang keluar, betul-betul air ketuban ditentukan pH-nya, misalnya dengan lakmus atau nitrazin.

Terapi

1. Kalau kehamilan sudah cukup bulan dilakukan induksi.
2. Kalau anak prematur diusahakan supaya kehamilan dapat berlangsung terus, misalnya dengan istirahat dan pemberian progesteron.
3. Kalau kehamilan masih sangat muda (di bawah 28 minggu) dilakukan induksi.
4. Kadang-kadang selaput robek pada kehamilan yang masih sangat muda, misalnya pada minggu-minggu pertama kehamilan.
Dalam hal ini, anak ke luar dari kantongnya dan tumbuh *ekstrakorial*. Dengan gejala-gejala sebagai berikut:
 - a. *Hydrorrhoea amniotica*, sering bercampur darah.
 - b. Uterus kecil.
 - c. Pergerakan anak nyeri.
 - d. Bunyi jantung lekas terdengar (*fetal phase*).
 - e. Karena tidak ada air ketuban, dapat terjadi cacat bawaan.

Ada kalanya pada kehamilan yang sangat muda ini amnion saja yang robek, sedangkan korion tetap utuh maka terjadi kehamilan *ekstraamnial*. Hal ini biasanya terjadi karena pemisahan amnion dengan permukaan badan anak kurang sempurna hingga di beberapa tempat amnion tetap melekat pada kulit. Karena air ketuban bertambah banyak, perlekatan ini teregang dan terjadilah benang-benang amnion atau benang Simonart.

Amnion yang tidak sama diregangkan hingga mudah robek, dan anak keluar dari ruang amnion.

Benang-benang amnion ini dapat menimbulkan amputasi intrauterin dari anggota-anggota badan.

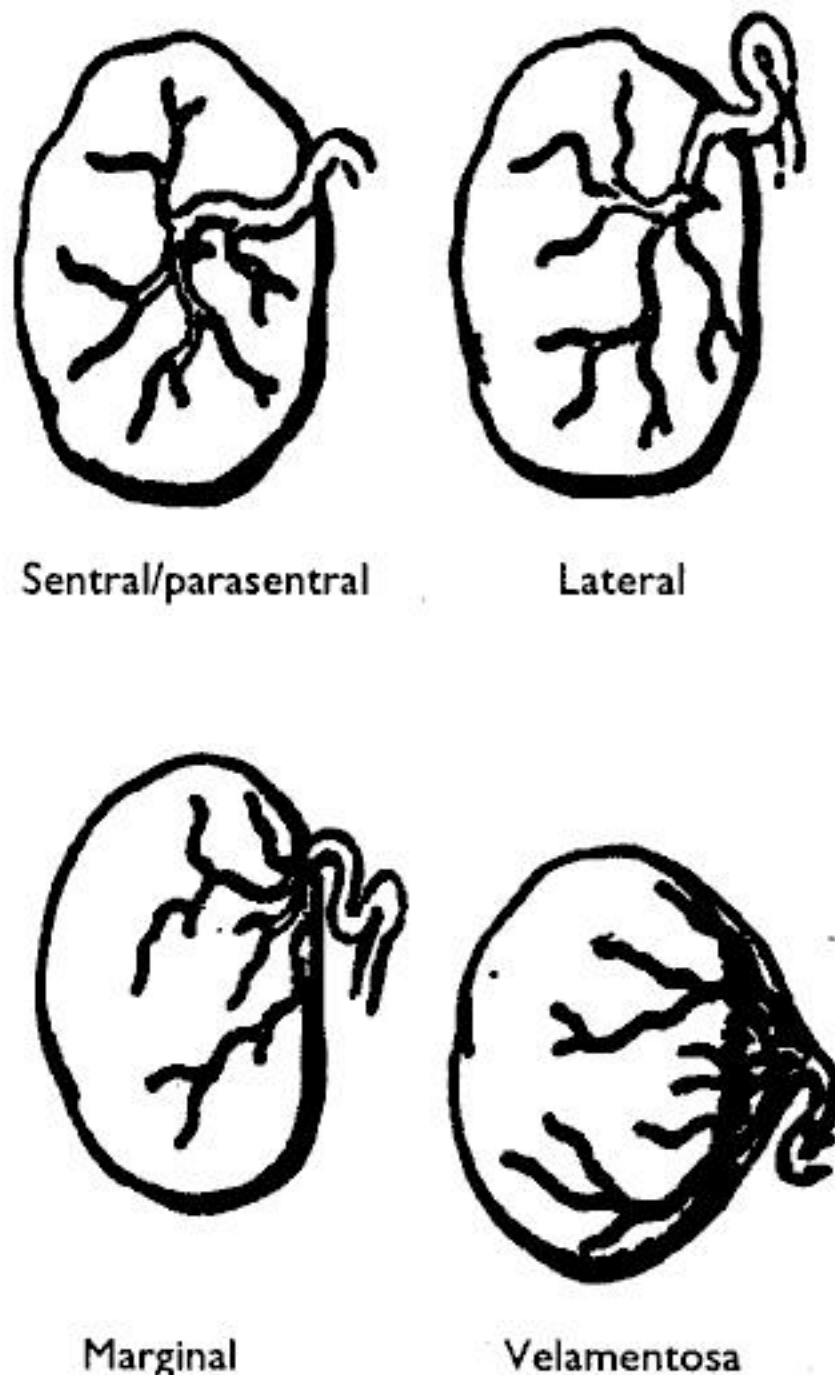
Penyakit amnion lainnya ialah amnionitis, kista amnion, dan amnion nodosa.

KELAINAN TALI PUSAT

KELAINAN INSERSI TALI PUSAT

Insersi tali pusat yang normal pada plasenta ialah sedikit di luar titik tengah, yang dinamakan **insersi parasentral** atau lebih keluar sedikit mendekati pinggir plasenta ialah **insersi lateral**. Insersi yang tepat pada pinggir plasenta disebut **insersi marginal**.

Insersi tersebut di atas tidak mempunyai arti klinis. **Insersi velamentosa** ialah insersi tali pusat pada selaput janin. Insersi velamentosa sering terdapat pada kehamilan ganda. Pada insersi velamentosa tali pusat dihubungkan dengan plasenta oleh pembuluh-pembuluh darah yang berjalan dalam selaput janin. Kalau pembuluh darah tersebut berjalan di daerah ostium uteri internum, disebut *vasa praevia*.



GAMBAR 3.4 Macam-macam insersi tali pusat.

Sumber: de Gruyter Praktische Geburtshilfe. Ed. 14, 1973 Berlin. Hal. 171.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KELAINAN AIR KETUBAN

POLIHIDRAMNION = HIDRAMNION

Air ketuban yang paling banyak pada minggu ke-38 ialah 1030 cc, pada akhir kehamilan tinggal 790 cc, dan terus berkurang sehingga pada minggu ke-43 hanya 240 cc. Pada akhir kehamilan seluruh air ketuban diganti dalam 2 jam berhubung adanya produksi dan pengaliran. Apabila melebihi 2000 cc, disebut polihidramnion atau dengan singkat hidramnion.

Kita mengenal 2 macam hidramnion, yaitu:

1. *Hidramnion yang kronis*—penambahan air ketuban perlahan-lahan, berangsur-angsur. Ini bentuk yang paling umum.
2. *Hidramnion yang akut*—Penambahan air ketuban terjadi dalam beberapa hari. Biasanya terjadi pada kehamilan muda pada bulan ke-4 atau ke-5.

Hidramnion sering terjadi pada:

- a. Cacat janin terutama pada anensefal dan atresia esofagus.
- b. Kehamilan kembar.
- c. Beberapa penyakit, seperti diabetes, preeklampsia, eklampsia, eritroblastosis fetalis.

Etiologi

Etiologi hidramnion belum jelas.

Secara teori hidramnion bisa terjadi karena:

1. *Produksi air ketuban bertambah*—Diduga menghasilkan air ketuban ialah epitel amnion, tetapi air ketuban dapat juga bertambah karena cairan lain masuk ke dalam ruangan amnion, misalnya air kencing anak atau cairan otak pada anensefal.
2. *Pengaliran air ketuban terganggu*—Air ketuban yang telah dibuat dialirkan dan diganti dengan yang baru. Salah satu jalan pengaliran ialah ditelan oleh janin, diabsorpsi oleh usus dan dialirkan ke plasenta, akhirnya masuk ke dalam peredaran darah ibu. Jalan ini kurang terbuka kalau anak tidak menelan, seperti pada atresia esofagus, anensefal, atau tumor-tumor plasenta.

Pada anensefal dan spina bifida diduga bahwa hidramnion terjadi karena transudasi cairan dari selaput otak dan selaput sumsum belakang.

Selain itu, anak anensefal tidak menelan. Pada kehamilan ganda mungkin disebabkan oleh salah satu janin pada kehamilan satu telur jantungnya lebih kuat, dan karena itu juga, menghasilkan banyak air kencing. Mungkin juga karena luasnya amnion lebih besar pada kehamilan ganda.

Pada hidramnion sering ditemukan plasenta yang besar.

Gejala-gejala

Gejala-gejala disebabkan oleh tekanan oleh uterus yang sangat besar pada alat sekitarnya maka timbul:

1. Sesak napas.
2. Edema labia, vulva, dan dinding perut.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Diagnosis

1. Dengan pemeriksaan ultrasonografi akan terlihat kepala janin tanpa tulang kepala dan jaringan otak.
2. Pada palpasi tidak dapat diketemukan di mana letaknya kepala; kedua ujung badan lunak.
3. Pada hidramnion harus dibuat foto rontgen, mengingat kemungkinan anensefal.
4. Tekanan pada tengkorak waktu *toucher* menyebabkan pergerakan yang sekonyong-konyong dan bunyi jantung menjadi lambat.

Pengaruh Anensefal pada Persalinan

1. Sering menimbulkan kehamilan lewat waktu.
2. Biasanya disertai hidramnion.
3. Anak sering lahir dengan letak muka.
4. Badan anak kadang-kadang besar dan menimbulkan kesukaran waktu bahu lahir.

HIDROSEFAL

Adalah kelebihan cairan serebrospinal di dalam ventrikel otak kira-kira 500–1500 cc. Oleh karena keadaan ini, kepala menjadi besar sekali.

Hidrocefal kadang-kadang disertai spina bifida dan hidramnion. Karena hidrocefal menyebabkan distosia, akan dibicarakan lebih mendalam pada patologi persalinan.

SPINA BIFIDA

Oleh karena adanya lubang pada ruas tulang belakang, biasanya di daerah lumbosakral, selaput sumsum tulang belakang menonjol (meningokel). Kadang-kadang sumsum tulang belakangnya sendiri ikut keluar (meningomielokel).

Tumor ini harus dilindungi terhadap trauma dan infeksi jadi harus segera ditutup secara steril.

Kadang-kadang anak dapat ditolong dengan operasi.

PENYAKIT DOWN

Muka anak menyerupai seorang Mongol (mongolismus); kepala relatif kecil oksiput datar, matanya berdekatan, dan celah mata sempit.

Tangan, terutama jari-jarinya pendek dan tebal. Lidah besar, kasar, dan retak-retak. Anak semacam ini terbelakang, sering idiot, dan mudah sekali meninggal karena infeksi. Biasanya anak ini dilahirkan dari ibu yang sudah berumur 40 tahun atau lebih.

Ternyata bahwa anak mongoloid mempunyai kromosom yang berlebihan jadi 47 buah kromosom (trisomi 21), sedangkan orang yang biasa mempunyai 46 buah kromosom.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Fisura
sterni



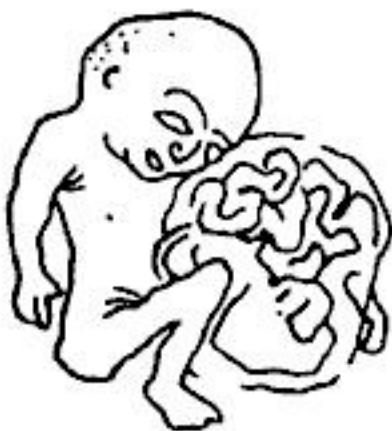
Ektopia
kordis



Torakoskisis
lateralis



Hernia funikuli
umbilikalisis



Eventrasio



Skizosoma refleksum



Fisula urakhi



Rakhiskisis
servikalis



Mielokisto-meningokel



Spina bifida



Sirene



Fokomelus



Ektropia s.
ekstrofia
vesikae



Divertikel-
prolaps

GAMBAR 3.5 (Lanjutan) Macam-macam cacat bawaan.

Sumber: Holmer AJM, Leerboek der verlokskunde 1956. Amsterdam. Hal. 405.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tampak pada gambaran ultrasonografi edema dan efusi sekurang-kurangnya pada dua tempat dalam tubuh janin (asites, efusi pleura, efusi perikardial, dan edema kulit).

Kemungkinan morbus hemolitikus harus diingat jika:

1. Ibu golongan darahnya O.
2. Ibu Rh negatif.
3. Kelainan kromosom, kelainan organ, kelainan darah, kehamilan ganda, dan infeksi janin.

Jika perlu, dicari zat anti dalam darah ibu. Apabila titer zat anti 1/32 atau lebih, dilakukan amniosentesis pada minggu ke-28, juga apabila zat anti tidak tinggi, tetapi anamnesis jelek dengan amniosentesis ditentukan kadar bilirubin secara spektrofotometri.

Pada anak dari ibu yang mempunyai zat anti dilakukan tes Coombs setelah lahir. Profilaksi dari Rh sensibilisasi dengan anti-D immunoglobulin.

Anti D globulin diberikan kepada ibu yang belum mengalami sensibilisasi sesudah persalinan dan sesudah abortus. Biasanya diberikan 2½–3 cc anti-D globulin i.m. (250–300 mikrogram).

Terapi

Jika ibu mempunyai zat anti, akan terjadi:

1. *Isoimunisasi*:
 - a. Darah diambil dari bagian anak (kulit kepala janin) untuk menentukan golongan darah, faktor Rh, tes Coombs, dan kadar bilirubin dalam serum.
 - b. Tali pusat segera dijepit dan digunting supaya sesedikit mungkin zat anti masuk ke dalam badan anak.
 - c. Penting, tali pusat dibuat agak panjang untuk memungkinkan *exchange transfusion*.
 - d. Jika perlu, diambil darah tali pusat untuk pemeriksaan golongan darah, tes Coombs, dan kadar bilirubin.
 - e. Anak segera diperiksa dan diawasi dan jika perlu dilakukan *exchange transfusion* (pucat, hati dan limpa membesar, ikterus, dan memburuknya pemeriksaan hematologis). Pada isoimunisasi ABO dilakukan *exchange transfusion* jika kadar bilirubin dalam serum 20 mg% atau lebih.
2. *Non-isoimunisasi*:
 - a. Pengobatan bergantung pada penyebabnya, misalnya janin dengan kelainan jantung diberi digoksin dan verapamil.
 - b. Secara umum bila sudah cukup bulan anak dilahirkan.
 - c. Transfusi in utero untuk janin pada masa kehamilan kurang bulan.

Komplikasi

Komplikasi pada ibu harus diingat akan meningkatnya kejadian preeklamsi dan perdarahan pascapersalinan, sedangkan pada janin terjadi persalinan kurang bulan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

6. *Ultrasonografi*—Kehamilan kembar sudah dapat didiagnosis sejak minggu ke-6 sampai ke-7.
7. *Periksa dalam*—Kemungkinan teraba kepala yang sudah masuk ke dalam rongga panggul, sedangkan di atas simfisis teraba bagian besar.

Penyulit

1. Hidramnion sering menyertai kehamilan kembar
2. Adanya hidramnion meningkatkan kematian bayi, yang kemungkinan karena hidramnion sehingga mengakibatkan persalinan kurang bulan.
3. Gestosis lebih sering terjadi pada kehamilan kembar dibandingkan dengan kehamilan biasa.
4. Anemi juga lebih banyak diketemukan pada kehamilan kembar karena kebutuhan anak lebih banyak dan mungkin juga karena ibu kurang nafsu makan.
5. Persalinan kurang bulan selalu mengancam kehamilan kembar, agaknya karena regangan rahim yang berlebihan.

PERAWATAN KEHAMILAN KEMBAR

Mengingat kemungkinan persalinan kurang bulan maka dianjurkan supaya ibu berhenti bekerja pada minggu ke-28. Pada kehamilan biasa, istirahat kerja baru diberikan pada minggu ke-34. Perjalanan yang jauh tidak diizinkan.

Istirahat harus cukup dan sedapat-dapatnya koitus ditinggalkan pada 3 bulan terakhir. Jika ternyata serviks sudah terbuka karena regangan yang berlebihan, diusahakan untuk mempertahankan kehamilan dengan istirahat rebah.

Mengingat kemungkinan gestosis, makanan harus diperhatikan dan dianjurkan makanan yang hanya sedikit mengandung garam; untuk menghindarkan sesak napas, dianjurkan makan dengan porsi-porsi yang kecil. Supaya preeklampsia lekas dapat didiagnosis, pemeriksaan antenatal harus lebih diteliti dan pasien harus lebih sering memeriksakan diri.

Untuk menghindarkan anemi secara rutin, diberi garam besi dan Hb diperiksa 3 bulan sekali.

Letak anak pada kehamilan kembar bermacam-macam, yang paling sering (Gambar 3.7), yaitu:

1. Kedua anak dalam letak kepala.
2. Seorang anak dalam letak kepala dan seorang lagi dalam letak sungsang.

Kemungkinan lain (Gambar 3.8), yaitu:

1. Keduanya dalam letak sungsang.
2. Seorang memanjang dan seorang lagi melintang.
3. Keduanya melintang.

Karena anak kecil, mungkin juga terjadi letak muka atau presentasi majemuk, yaitu adanya anggota di samping kepala.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Oleh karena itu, untuk mendiagnosis anak lahir kurang bulan dan pertumbuhan janin terhambat kita harus mengetahui berat badan, panjang badan yang seharusnya pada umur kehamilan tertentu, dan harus mengetahui dengan pasti umur kehamilan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

BERAT BADAN LAHIR RENDAH, KEHAMILAN KURANG BULAN, DAN PREMATURITAS

Berat badan lahir rendah bila berat lahir kurang dari 2500 gram.

Pembagian lebih khusus lagi, yaitu: berat badan lahir sangat rendah (bayi lahir dengan berat kurang dari 1500 gram) dan berat badan lahir amat sangat rendah (bayi lahir dengan berat kurang dari 1000 gram).

Kehamilan kurang bulan menerangkan usia dengan dasar HPHT, yaitu kehamilan kurang dari 37 minggu.

Prematur menerangkan sifat fungsi organ, misalnya kehamilan 34 minggu termasuk kehamilan kurang bulan, tetapi bila fungsi paru sudah baik maka bayi sudah matur. Umumnya kehamilan kurang dari 37 minggu, fungsi organ masih prematur.

Istilah

1. *Small for gestational age* —Istilah ini dipakai setelah anak lahir, didapat setelah dilakukan *skoring* secara Lubchenco atau Ballard, yang diindonesiakan menjadi **kecil masa kehamilan**.
2. *Appropriate for gestational age*, menjadi **sesuai masa kehamilan**.
3. *Large for gestational age*, menjadi **besar masa kehamilan**.

Kejadian

Bayi lahir kurang bulan kurang lebih 25-30% adalah PJT. Kejadian PJT bervariasi antara 3-10%, yang lebih penting kita harus mengetahui bahwa kematian perinatal PJT adalah 7-8 kali dari bayi normal. Kematian intrauterin terjadi pada 26% PJT.

PREDISPOSISI PERSALINAN KURANG BULAN

Penyebab persalinan kurang bulan belum jelas

Predisposisi terjadinya adalah ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi cairan ketuban, riwayat persalinan kurang bulan, pembesaran uterus yang berlebihan, inkompeten serviks, AKDR in situ, penyakit sistemik ibu, kelainan uterus, atau hasil konsepsi.

Etiologi PJT

1. *Faktor ibu*—Golongan faktor ibu merupakan penyebab yang terpenting.
 - a. Penyakit hipertensif (kelainan vaskular ibu).
 - b. Kelainan uterus.
 - c. Kehamilan kembar.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

memerlukan perawatan di rumah sakit. Perbandingan insidensi hiperemesis gravidarum 4 : 1000 kehamilan. Sindrom ini ditandai dengan adanya muntah yang sering, penurunan berat badan, dehidrasi, asidosis karena kelaparan, alkalosis, yang disebabkan menurunnya asam HCl lambung dan hipokalemia.

Etiologi

Penyebab utamanya belum diketahui dengan pasti. Dahulu penyakit ini dikelompokkan ke dalam penyakit *toksemia gravidarum* karena diduga adanya semacam "racun" yang berasal dari janin/kehamilannya. Bersama-sama dengan preeklampsia-eklampsia, penyakit ini dahulu dikelompokkan ke dalam penyakit *gestosis*. Nama *gestosis dini* diberikan untuk hiperemesis gravidarum dan *gestosis lanjut* untuk hipertensi dalam kehamilan (termasuk preeklampsia dan eklampsia).

Akhir-akhir ini, diperkirakan bahwa sindrom ini terjadi akibat tingginya atau peninggian yang cepat dari kadar serum korionik gonadotropin atau hormon estrogen dalam darah ibu hamil tersebut. Ditemukan peninggian yang bermakna dari kadar serum korionik gonadotropin total maupun β -subunit bebasnya pada ibu dengan hiperemesis dibandingkan dengan yang hamil normal.

Agaknya faktor psikis, kematangan jiwa, dan penerimaan ibu tersebut terhadap kehamilannya sangat berpengaruh pada berat ringannya gejala yang timbul.

Gejala mual-muntah dapat juga disebabkan oleh gangguan traktus digestivus seperti pada penderita diabetes melitus (*gastroparesis diabetorum*). Hal ini disebabkan oleh gangguan motilitas usus pada penderita ini atau setelah operasi vagotomi. Selain merupakan refleksi gangguan intrinsik dari lambung, gejala mual-muntah dapat juga disebabkan oleh gangguan yang bersifat sentral pada pusat muntah (*chemoreceptor trigger zone*).

Gangguan keseimbangan hormonal, seperti hCG, tiroksin, kortisol dan hormon seks (estrogen dan progesteron) diperkirakan sebagai faktor penyebab yang penting.

Perubahan metabolisme hati juga dapat menjadi penyebab penyakit ini. Oleh karena itu, pada kasus yang berat harus dipikirkan kemungkinan akibat gangguan fungsi hati, kandung empedu, pankreatitis, atau ulkus peptikum.

Gejala-Gejala

1. Muntah yang hebat.
2. Haus, mulut kering.
3. Dehidrasi.
4. *Foetor ex ore* (mulut berbau).
5. Berat badan turun.
6. Keadaan umum menurun.
7. Kenaikan suhu.
8. Ikterus.
9. Gangguan serebral (kesadaran menurun, delirium).
10. Laboratorium: hipokalemia dan asidosis. Dalam urine ditemukan protein, aseton, urobilinogen, porfirin bertambah, dan silinder positif.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

3. *Faktor endotel*—Teori jejas endotel akhir-akhir ini banyak dikemukakan sehubungan dengan peranannya dalam mengatur keseimbangan antara kadar zat vasokonstriktor (tromboksen, endotelin, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (prostasiklin, nitritoksida, dan lain-lain) serta pengaruhnya pada sistem pembekuan darah.

Reaksi imunologi, peradangan, ataupun terganggunya keseimbangan radikal bebas dan antioksidan banyak diamati sebagai penyebab terjadinya vasospasme dan kerusakan/jejas endotel.

PATOGENESIS

Walaupun etiologinya belum jelas, hampir semua ahli sepakat bahwa vasospasme merupakan awal dari kejadian penyakit ini.

Vasospasme bisa merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas ke dalam lapisan otot polos pembuluh darah, reaksi imunologi, maupun radikal bebas. Semua ini akan menyebabkan terjadinya kerusakan/jejas endotel, yang kemudian akan mengakibatkan gangguan keseimbangan antara kadar vasokonstriktor (endotelin, tromboksen, angiotensin, dan lain-lain) dan vasodilator (nitritoksida, prostasiklin, dan lain-lain) serta gangguan pada sistem pembekuan darah.

Vasokonstriksi yang meluas akan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada banyak organ/sistem, antara lain:

Kardiovaskular

1. Hipertensi.
2. Pengurangan curah jantung (*cardiac output*).
3. Trombositopeni.
4. Gangguan pembekuan darah.
5. Perdarahan.
6. *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC).
7. Pengurangan volume plasma.
8. Permeabilitas pembuluh darah meningkat.
9. Edema

Plasenta

1. Nekrosis.
2. Pertumbuhan janin terhambat.
3. Gawat janin.
4. Solusio plasenta.

Ginjal

1. Endoteliosis kapiler ginjal.
2. Penurunan klirens asam urat.
3. Penurunan laju filtrasi glomerulus.
4. Oliguri.
5. Proteinuri.
6. Gagal ginjal



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

INDIKASI PERAWATAN AKTIF

1. *Ibu*:
 - a. Kehamilan >37 minggu.
 - b. Adanya tanda-tanda/gejala *impending* eklamsi, seperti sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, kegelisahan dan hiper-refleksi, serta kegagalan terapi pada perawatan konservatif.
 - c. Setelah 6 jam sejak dimulainya pengobatan medisinal, terjadi kenaikan tekanan darah.
 - d. Setelah 24 jam sejak dimulai perawatan medisinal, tidak ada perbaikan.
2. *Janin*—Gawat janin dan PJT (Pertumbuhan janin terhambat).
3. *Laboratorik*—*Hellp Syndrome* (Hemolysis, Elevated liver enzym, dan Low Platelet Count).

PENGobatan MEDISINAL

1. *Obat antikejang*:
 - a. Terapi pilihan pada preeklamsi adalah magnesium sulfat (MgSO_4). Diberikan 4 gram MgSO_4 20% (20 cc) IV dan disusul dengan 8 gram MgSO_4 40% (20 cc) IM. Sebagai dosis pemeliharaan, diberikan 4 gram MgSO_4 40% IM setiap 6 jam sekali setelah dosis awal.
Syarat-syarat pemberian MgSO_4 :
 - Harus tersedia antidotum, yaitu Kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc).
 - Frekuensi pernapasan ≥ 16 kali per menit.
 - Produksi urine ≥ 30 cc per jam ($\geq 0,5$ cc/kg BB/jam).
 - Refleks patela positif. *MgSO_4 dihentikan pemberiannya apabila:*
 - Ada tanda-tanda intoksikasi.
 - Setelah 24 jam pascapersalinan.
 - Dalam 6 jam pascapersalinan, sudah terjadi perbaikan (normotensif).
 - b. Diazepam—Apabila tidak tersedia MgSO_4 (sebagai obat pilihan) dapat diberikan injeksi diazepam 10 mg IV, yang dapat diulangi setelah 6 jam.
2. *Obat antihipertensi*, dapat dipilih antara lain:
 - a. Hidralazine 2 mg IV, dilanjutkan dengan 100 mg dalam 500 cc NaCl secara titrasi sampai tekanan darah sistolis <170 mHg dan diastolik <110 mHg.
 - b. Klonidin 1 ampul dalam 10 cc NaCl IV, dilanjutkan dengan titrasi 7 ampul dalam 500 cc cairan A2 atau Ringer laktat.
 - c. Nifedipin per oral 3–4 kali 10 mg.
 - d. Obat-obat lain, seperti: metildopa, etanolol, dan labetalol.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

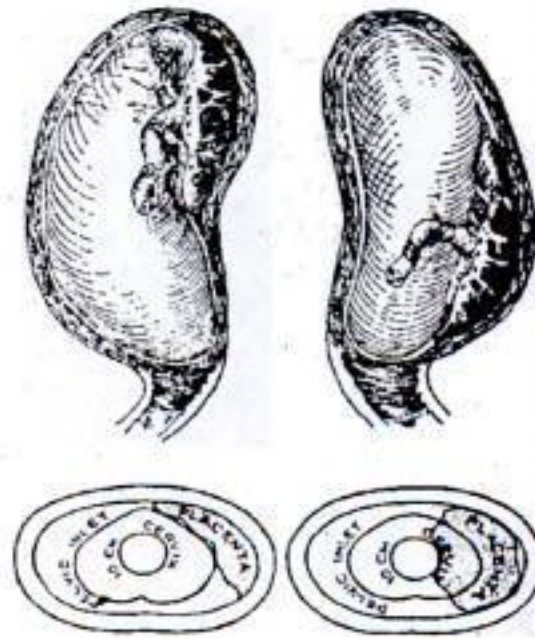


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

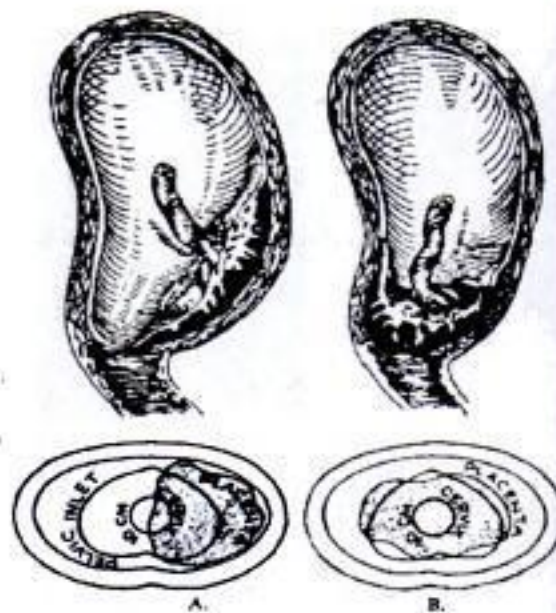
Klasifikasi

Kita membagi plasenta previa dalam 3 tingkat sebagai berikut:

1. *Plasenta previa totalis*: seluruh ostium internum tertutup oleh plasenta.
2. *Plasenta previa lateralis*: hanya sebagian dari ostium tertutup oleh plasenta.
3. *Plasenta previa marginalis*: hanya pada pinggir ostium terdapat jaringan plasenta.



A. Letak plasenta normal
B. Plasenta letak rendah



A. Plasenta previa lateralis
B. Plasenta previa totalis

GAMBAR 5.1 Letak plasenta.

Sumber: *Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment* edisi 8. Appleton & Lange. Connecticut 1996. Hal. 404.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pemeriksaan dalam pada plasenta previa hanya dibenarkan bila dilakukan di kamar operasi yang telah siap untuk melakukan operasi segera.

Secara “*double set-up*” ini hanya dilakukan apabila akan dilakukan terapi aktif, yaitu apabila kehamilan akan diterminasi.

Diagnosis plasenta previa (dengan perdarahan sedikit) yang **diterapi ekspektatif** ditegakkan dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Dengan pemeriksaan USG transabdominal ketepatan, diagnosisnya mencapai 95–98%. Dengan USG transvaginal atau transperineal (translabial), ketepatannya akan lebih tinggi lagi. Penggunaan *magnetic resonance imaging* (MRI) masih terasa sangat mahal pada saat ini.

Dengan bantuan USG, diagnosis plasenta previa/letak rendah sering kali sudah dapat ditegakkan sejak dini sebelum kehamilan trimester ketiga. Namun, dalam perkembangannya dapat terjadi migrasi **plasenta**. Sebenarnya, bukan plasenta yang “berpindah”, tetapi dengan semakin berkembangnya segmen bawah rahim, plasenta (yang berimplantasi di situ) akan ikut naik menjauhi ostium uteri internum.

Sikap untuk segera mengirim pasien ke rumah sakit (yang mempunyai fasilitas operasi) tanpa lebih dulu melakukan pemeriksaan dalam atau pemasangan tampon sangat dihargai, hal ini didasarkan atas kenyataan bahwa:

1. Perdarahan pertama pada plasenta previa jarang membawa maut.
2. Pemeriksaan dalam dapat menimbulkan perdarahan yang hebat.

Dalam keadaan terpaksa, misalnya pasien tidak mungkin untuk diangkut ke kota/rumah sakit besar, sedangkan tindakan darurat harus segera diambil maka seorang dokter atau bidan dapat melakukan pemeriksaan dalam setelah melakukan persiapan yang secukupnya untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya perdarahan yang banyak.

Terapi

Pengobatan plasenta previa dapat dibagi dalam 2 golongan, yaitu:

1. *Terminasi*—Kehamilan segera diakhiri sebelum terjadi perdarahan yang membawa maut, misalnya: kehamilan cukup bulan, perdarahan banyak, parturien, dan anak mati (tidak selalu).
 - a. Cara vaginal yang bermaksud untuk mengadakan tekanan pada plasenta, yang dengan demikian menutup pembuluh-pembuluh darah yang terbuka (tamponade pada plasenta).
 - b. Dengan seksio sesarea, dimaksudkan untuk mengosongkan rahim hingga rahim dapat berkontraksi dan menghentikan perdarahan. Seksio sesarea juga mencegah terjadinya robekan serviks yang agak sering terjadi pada persalinan per vaginam.
2. *Ekspektatif*—Dilakukan apabila janin masih kecil sehingga kemungkinan hidup di dunia luar baginya kecil sekali.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Tabel 5.1 Perbedaan solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi dan perdarahan keluar

PERDARAHAN KELUAR (REVEALED HEMORRHAGE)	PERDARAHAN TERSEMBUNYI (CONCEALED HEMORRHAGE)
• Biasanya inkomplet • Jarang disertai toksemia • Merupakan 80% dari solusio plasenta	• Pelepasan biasanya komplet • Sering disertai toksemia • Hanya merupakan 20% dari solusio plasenta

Pada solusio plasenta, darah dari tempat pelepasan mencari jalan keluar antara selaput janin dan dinding rahim dan akhirnya keluar dari serviks dan terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan tampak.

Kadang-kadang darah tidak keluar, tetapi berkumpul di belakang plasenta membentuk **hematom retroplasenta**. Perdarahan semacam ini disebut perdarahan ke dalam atau perdarahan tersembunyi.

Kadang-kadang pula darah masuk ke dalam ruang amnion sehingga perdarahan tetap tersembunyi.

Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas karena seluruh perdarahan tertahan di dalam dan menambah volume uterus. Umumnya lebih berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

Perdarahan pada solusio plasenta terutama berasal dari ibu, namun dapat juga berasal dari anak.

Insidensi

Kejadian solusio plasenta sangat bervariasi dari 1 di antara 75 sampai 830 persalinan dan merupakan penyebab dari 20–35% kematian perinatal.

Walaupun angka kejadiannya cenderung menurun pada akhir-akhir ini, namun morbiditas perinatal masih cukup tinggi, termasuk gangguan neurologis pada tahun pertama kehidupan.

Solusio plasenta sering berulang pada kehamilan berikutnya. Kejadiannya tercatat sebesar 1 di antara 8 kehamilan.

Etiologi

Penyebab utama dari solusio plasenta, masih belum diketahui dengan jelas. Meskipun demikian, beberapa hal yang tersebut di bawah ini diduga merupakan faktor-faktor yang berpengaruh pada kejadiannya, antara lain:

1. Hipertensi esensial atau preeklampsia.
2. Tali pusat yang pendek.
3. Trauma.
4. Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior.
5. Uterus yang sangat mengecil (hidramnion pada waktu ketuban pecah, kehamilan ganda pada waktu anak pertama lahir).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Morbiditas yang terjadi akibat infeksi virus ini dapat berupa retardasi mental, kebutaan, ketulian, sampai kematian. Juga ditemukan gangguan neurologik pada bayi yang terinfeksi, meskipun pada saat lahir tanpa gejala.

- *Infeksi maternal*—Kebanyakan infeksi bersifat asimtomatik, tetapi sekitar 15% orang dewasa mengalami sindrom, yaitu demam, faringitis, limfadenopati, dan poliartritis.
- *Infeksi kongenital*—Disebut sitomegalik inklusif, yang menyebabkan sindrom terdiri atas BBLR (berat badan lahir rendah), mikrosefal, kalsifikasi intrakranial, korioretinitis, retardasi mental dan motorik, kekurangpekaan saraf sensoris, hepatosplenomegali, ikterus, anemi hemolitik, dan purpura trombositopenik.

Pengelolaan:

Tidak ada terapi yang efektif untuk infeksi maternal. Infeksi primer didiagnosis atas dasar peningkatan empat kali lipat titer IgG dalam serum atau lebih penting bila menemukan IgM sitomegalovirus antibodi pada serum maternal.

- d. *Campak (Morbilli)*—Dapat menimbulkan persalinan kurang bulan dan infeksi intrauterin mungkin terjadi.
- e. *Influenza*—Disebabkan oleh famili Ortomiksoviride yang terdiri atas influenza A dan B, yang merupakan RNA virus.

Prognosis baik jika tidak ada penyulit. Akan tetapi, apabila disertai pneumoni atau pleritis, prognosis bagi ibu dan anak menjadi kurang baik dan apabila demam berlangsung lebih lama dari 4 hari, selalu harus kita curigai adanya penyulit ini.

Wanita hamil lebih mudah terkena pilek. Keadaan ini dapat menimbulkan infeksi puerperalis dengan streptokokus hemolitikus.

Infeksi saluran napas bagian atas juga merupakan kontraindikasi untuk narkosis umum. Oleh karena itu, ibu hamil harus jauh dari orang pilek.

Pegawai yang pilek tidak dibenarkan bekerja di bagian kebidanan untuk sementara waktu.

2. *Infeksi bakteri:*

- a. *Salmonella dan Sigella*—Infeksi salmonella dan shigella merupakan penyebab utama penyakit yang ditularkan melalui makanan. Gejala tersering adalah enteritis setelah memakan makanan yang terkontaminasi dan gejalanya, termasuk diare, nyeri perut, demam, menggigil, mual, dan muntah. Bila bermanifestasi dalam bentuk penyakit tifus, dapat menyebabkan abortus atau persalinan kurang bulan. Kadang-kadang timbul dalam nifas. Vaksinasi terhadap wanita hamil tidak ada larangan. Apabila terjadi penyakit kolera, juga dapat menimbulkan abortus atau persalinan kurang bulan, dan angka kematian pada wanita hamil tinggi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Gonore tidak memengaruhi kehamilan, baru pada persalinan dan nifas dapat menimbulkan penyulit sebagai berikut:

- a. Biasanya gonokok tidak dapat menjalar ke atas karena terhalang oleh lendir kental dalam serviks.

Pada persalinan, lendir hilang dan ostium terbuka hingga gonokok dapat naik dan berturut-turut menyebabkan endometritis dan salpingitis. Salpingitis dapat menimbulkan kemandulan hingga ibu dengan gonore sering kali hanya beranak seorang (**kemandulan anak seorang**). Dapat juga menjadi penyebab **kehamilan ektopik**.

- b. Anak yang melalui jalan lahir dapat kemasukan gonokok ke dalam matanya dan menderita konjungtivitis gonoroik (*blennorrhoea neonatorum*).

Diagnosis dibuat dengan pemeriksaan getah uretra dan vulva. Pengobatannya ialah dengan suntikan 1.000.000 S Depot penisilin sehari selama 6–7 hari. Jika ada resistensi terhadap penisilin atau ada alergi terhadap penisilin diberi kloramfenikol 1 gr IV atau IM sehari selama 3 hari atau teramisin 4×250 mg sehari selama 5 hari.

3. ***Lymphopathia venereum* (lymphogranuloma venereum/LGV)**—Penyakit ini disebabkan oleh virus *C. Trachomatis*. Termasuk penyakit kelamin yang dapat menimbulkan pengisutan jaringan, misalnya pada rektum hingga terjadi striktur. Juga vagina, kadang-kadang menyempit sedemikian rupa hingga persalinan harus diselesaikan dengan seksio sesarea. Pengobatannya dapat dilakukan dengan eritromisin atau sulfisoksasol 4×500 mg selama 21 hari.

4. **AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)**—Dilaporkan di USA tahun 1981, pasien ini menderita penurunan imunitas selular. Tahun 1993, AIDS menempati urutan ke-4, yang merupakan penyakit yang menyebabkan kematian pada wanita dan menempati urutan ke-7 penyakit yang menyebabkan kematian anak usia 1–4 tahun. Tahun 1995, dilaporkan oleh CDC (*the Centers for Disease Control and Prevention*) lebih dari 58.000 kasus AIDS pada wanita dan lebih dari 5.500 kasus anak-anak terinfeksi perinatal.

Human immunodeficiency viruses (HIV) adalah virus penyebab AIDS. Kebanyakan kasus disebabkan oleh HIV-1, sedangkan HIV-2 adalah endemis di Afrika Barat. Penderita HIV/AIDS sangat mudah terserang penyakit tertentu, misalnya pneumoni, TBC, dan enteritis. Umumnya virus ini akan tinggal dalam darah bertahun-tahun sebelum timbul gejala. Secara serologis HIV ditemukan setelah 2–16 minggu infeksi. AIDS didiagnosis bila kelainan serologis tersebut manifes dalam bentuk kumpulan gejala.

Patogenesis:

Terjadinya penekanan kekebalan mengganggu imunitas selular sehingga terjadi peningkatan bermacam-macam gejala infeksi dan neoplasma.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



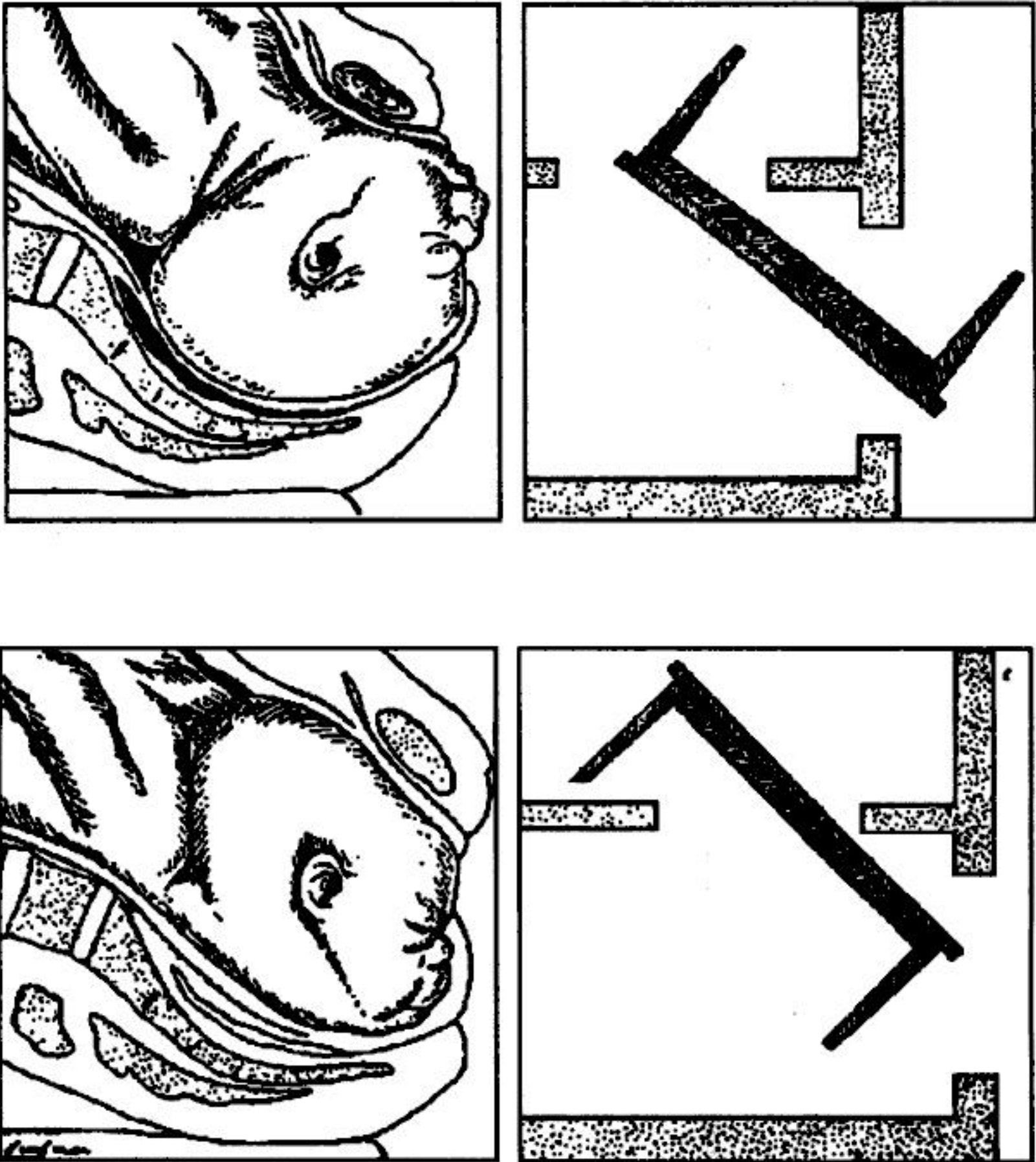
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GAMBAR 7.5 Ilustrasi mengapa letak muka dengan dagu di depan dapat lahir, sedangkan letak muka dengan dagu di belakang tidak mungkin lahir.

Sumber: *Williams Obstetrics* edisi ke-20. Appleton and Lange, Connecticut 2000, Hal. 486.

Terapi

Jika menemukan letak muka, sebaiknya diperiksa apakah tidak ada kelainan panggul.

Apabila tidak ada kelainan panggul, pengelolaan persalinan bersifat konservatif mengingat bahwa letak muka anak masih dapat lahir spontan. Juga jika dagu terdapat sebelah belakang masih ada kemungkinan bahwa dagu memutar ke depan dan persalinan berlangsung spontan. Akan tetapi, sebagai bagian dari upaya menurunkan angka kematian perinatal maka kala II tidak boleh lebih dari 1 jam.

Jika ada indikasi untuk menyelesaikan persalinan, forseps dipergunakan dengan syarat-syarat sebagai berikut:



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

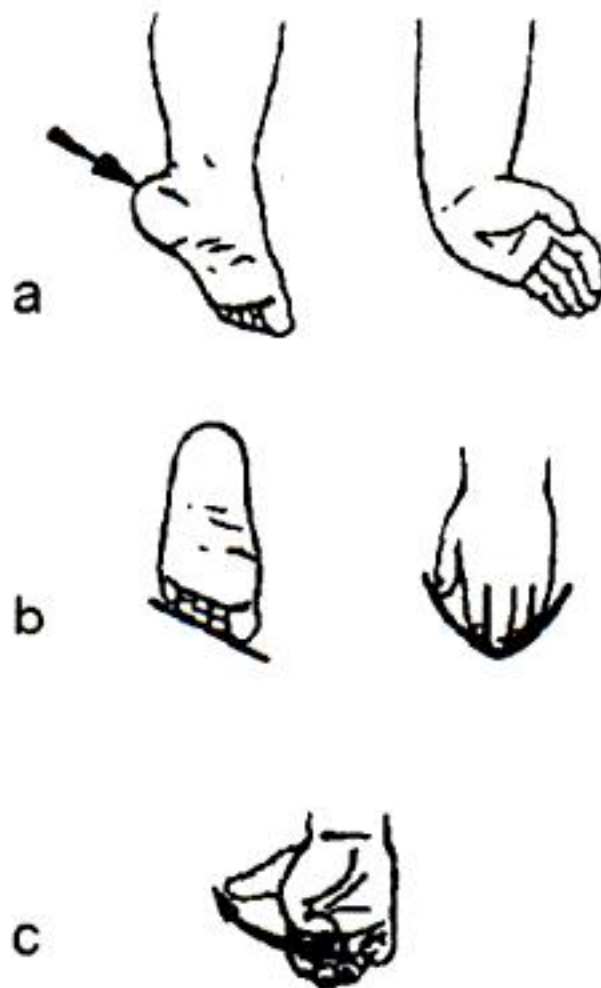


GAMBAR 7.8 Letak bokong kaki dengan sakrum ke depan.

Sumber: *Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8 ed. Appleton and Lange, 1994, p. 417.

5. Panggul sempit; walaupun panggul sempit sebagai penyebab letak sung-sang masih disangsikan oleh berbagai penulis.
6. Kelainan bentuk kepala, yaitu: hidrosefalus dan anensefalus karena kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul.

Dalam keraguan kita membuat foto rontgen.



GAMBAR 7.9 Cara membedakan kaki dan tangan pada pemeriksaan dalam.

Sumber: *Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8 ed. Appleton and Lange, 1994, p. 416-417.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

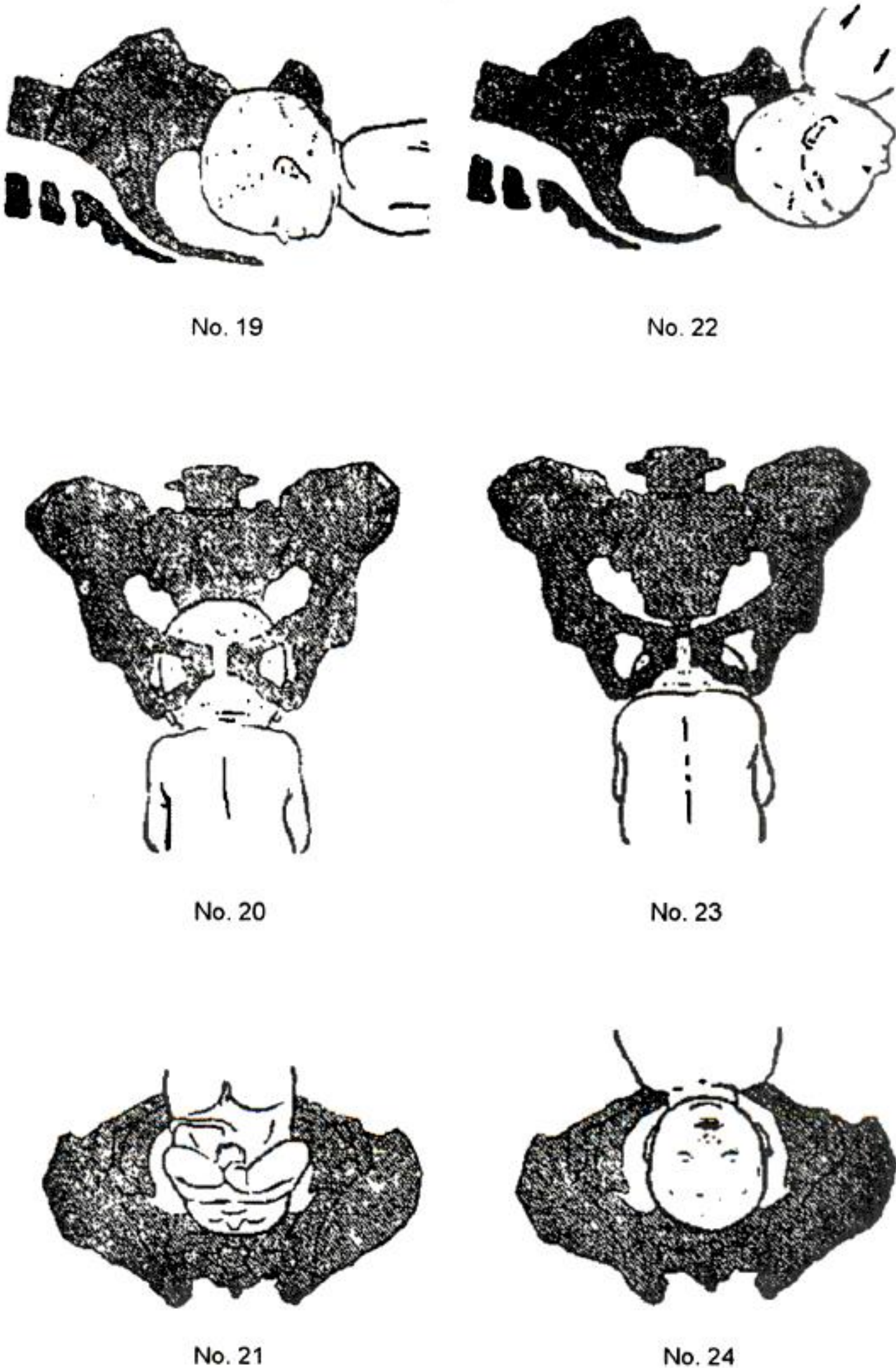


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pada saat bahu akan lahir, kepala dalam keadaan fleksi masuk pintu atas panggul dalam ukuran melintang pintu atas panggul. Kepala ini mengadakan putaran paksi sedemikian rupa hingga kuduk terdapat di bawah simfisis dan dagu sebelah belakang.



GAMBAR 7.10 (Lanjutan) Mekanisme persalinan letak sungsang.

Sumber: *Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8 ed. Appleton and Lange, 1994, p. 414-415.



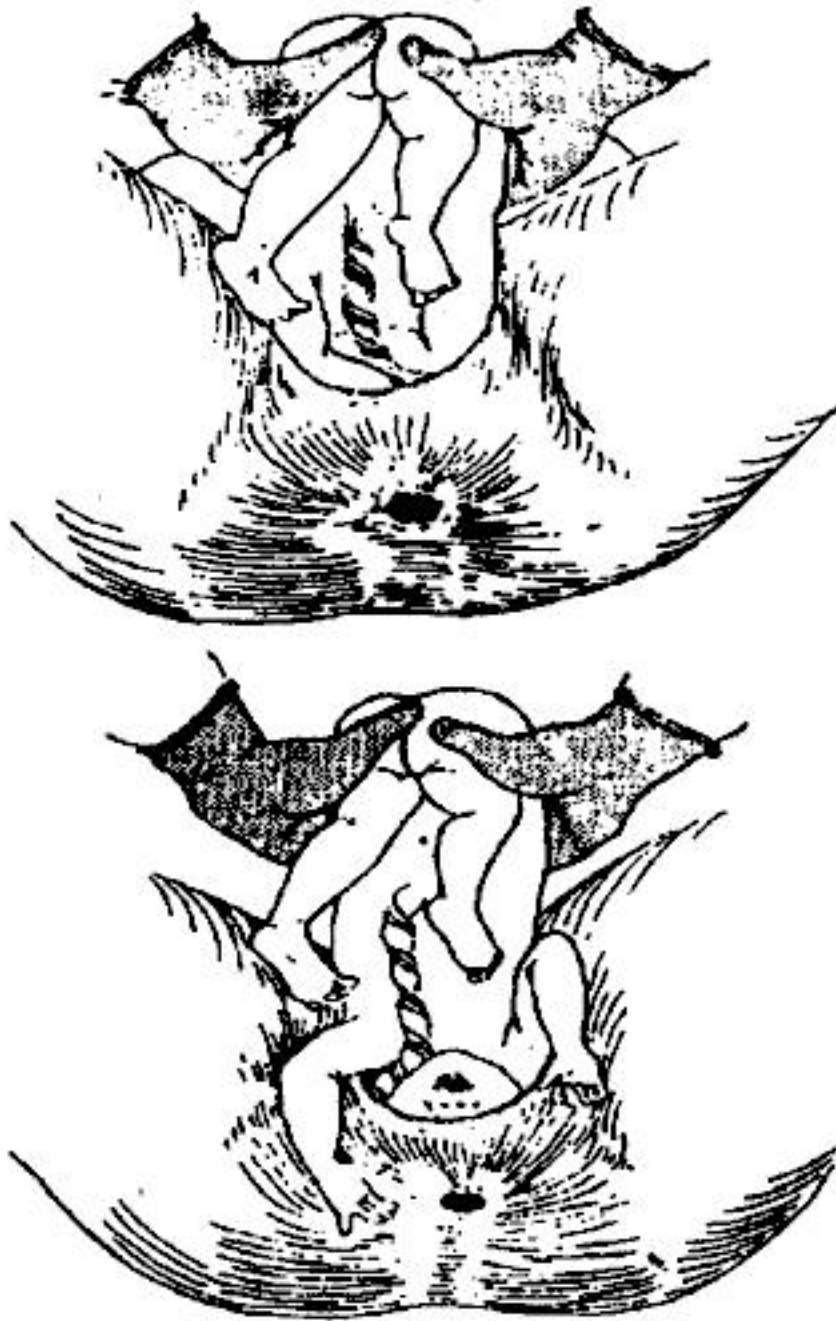
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GAMBAR 7.11 Melahirkan anak dengan cara Bracht.

Sumber: *Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, 8 ed. Appleton and Lange, 1994, p. 411.

Jika pusat sudah lahir dan tidak ada kemajuan, misalnya karena his lemah atau karena rintangan bahu, kita tidak boleh menunggu terlalu lama karena pada saat ini kepala mulai masuk ke dalam rongga panggul dan *tali pusat akan tertekan di antara kepala dan dinding panggul* hingga anak harus dilahirkan dalam kurun waktu ± 8 menit setelah tali pusat lahir.

Dalam hal ini, untuk melahirkan anak kita pergunakan **ekstraksi parsial** atau *manual aid*.

Ekstraksi disebut parsial karena sebagian tubuh anak sudah lahir.

Teknik ekstraksi parsial—Panggul dipegang sedemikian rupa hingga ibu jari berdampingan pada os sakrum, kedua jari telunjuk pada krista iliaka, dan jari lainnya menggenggam bokong dan pangkal paha. Kemudian dilakukan tarikan ke bawah ke arah kaki penolong sampai ada rintangan.

Pada saat ini, kita dapat melahirkan bahu dengan 2 cara, yaitu:

1. Cara klasik (cara Deventer).
2. Cara Muller.

Bila pada saat terjadi kesulitan bahu masih tinggi yang diketahui dari adanya ujung distal skapula di bawah simfisis, lengan dilahirkan dengan cara klasik. Dalam hal ini kita lahirkan tangan belakang dulu. Untuk itu, kita



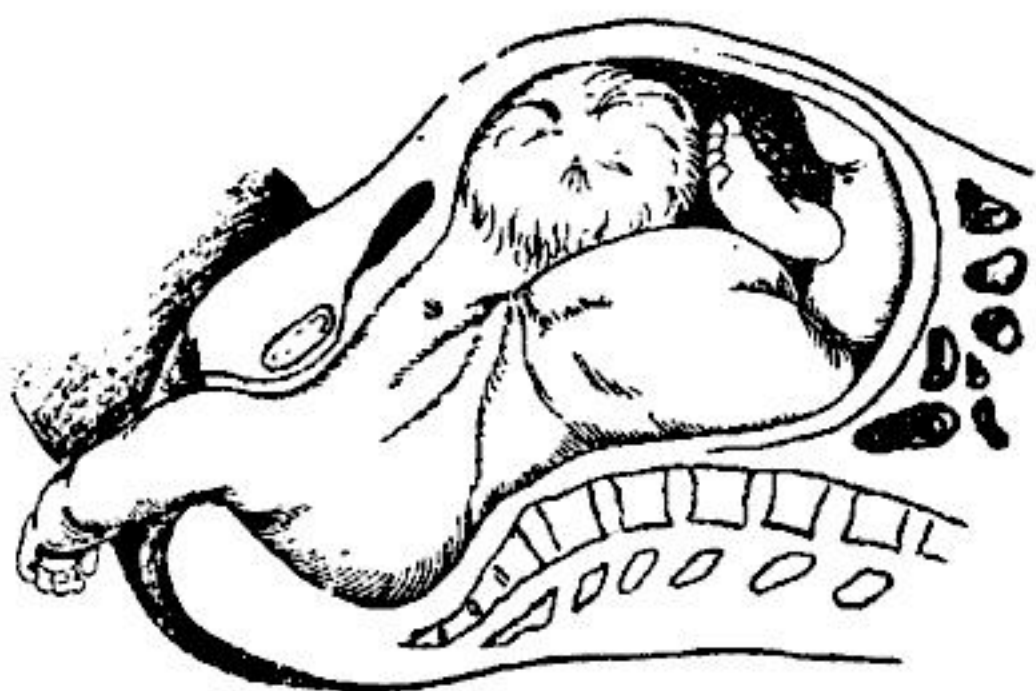
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GAMBAR 7.13 Presentasi bahu dengan bahu yang telah jauh masuk ke rongga panggul.

Sering kali salah satu lengan menumbung dan untuk menentukan lengan mana yang menumbung kita coba berjabatan tangan; jika dapat berjabatan (dengan tangan kanan), tangan yang menumbung adalah tangan kanan.

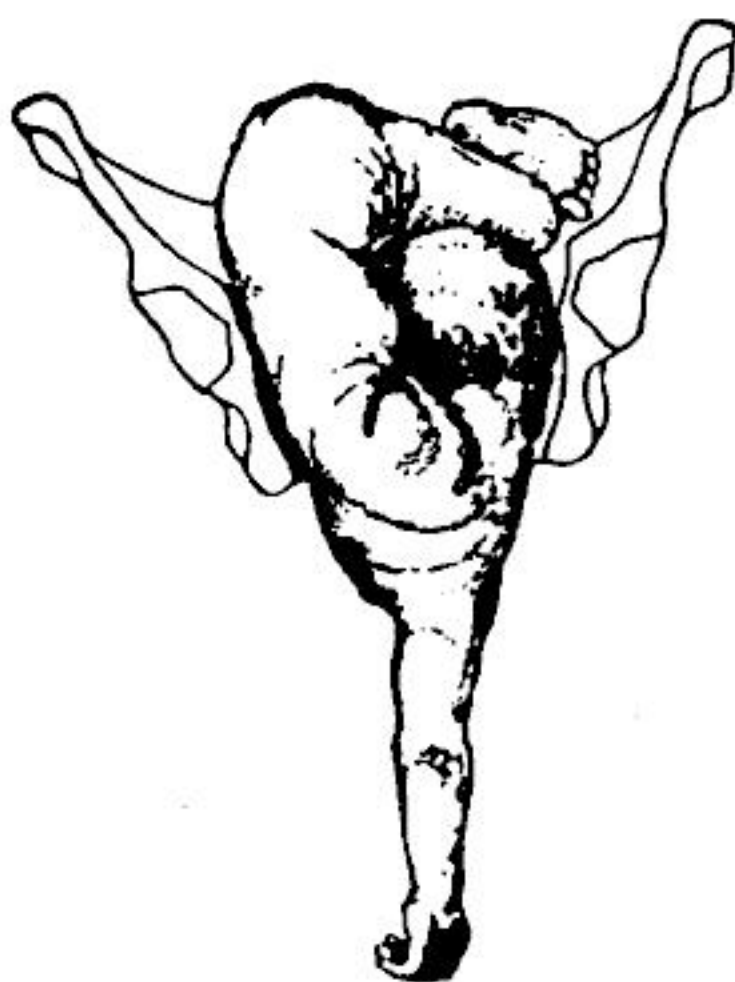
Jalannya persalinan

Ada kalanya anak yang pada permulaan persalinan dalam letak lintang, berputar sendiri menjadi letak memanjang. Kejadian ini disebut **versio spontanea**.

Versio spontanea hanya mungkin jika ketuban masih utuh.

Anak yang menetap dalam letak lintang pada umumnya tidak dapat lahir spontan, kecuali anak yang kecil atau anak yang mati dan sudah mengalami maserasi dapat lahir secara spontan.

Dalam kala I dan II anak ditekan dan badan anak melipat sedemikian rupa sehingga kepala anak mendekati permukaan ventral tubuh anak; akibatnya



GAMBAR 7.14 Ketiak menutup ke kiri, kepala di kiri (*Conduplicatio corpore*).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

jaga; sebaiknya pasien dirujuk dengan didampingi oleh bidan atau perawat puskesmas. Di rumah sakit, persalinan dapat diakhiri dengan seksio, perforasi, atau dekapitasi. Jika pasien harus dirujuk ke rumah sakit, sebaiknya diberikan dulu morfin 20 mg.

Jika anak dilahirkan per vaginam, segera setelah anak lahir dilakukan eksplorasi kavum uteri untuk meyakinkan bahwa kavum uteri masih utuh. Bila dijumpai ruptura uteri dilanjutkan dengan laparotomi.

Sebaiknya, dilakukan *double set up* sebelum mencoba melahirkan anak per vaginam.

LINGKARAN KONSTRIKSI

Adalah kekejangan melingkar dari sebagian otot rahim dan dapat terjadi pada kala I, II, maupun III.

Pada letak kepala lingkaran ini menjepit anak antara kepala dan bahu. Lingkaran konstiksi menghalangi turunnya anak jadi menyebabkan distosia. Tempat lingkaran tidak berubah, berlainan dengan lingkaran retraksi yang makin naik dengan majunya persalinan. **Lingkaran ini tidak mengakibatkan ruptura uteri dan terjadi karena kontraksi rahim yang tidak terkoordinasi.**

Pada umumnya, hanya dapat diraba dengan pemeriksaan dalam walaupun ada kalanya dapat diraba dari luar.

Terapi

Jika pembukaan belum lengkap, diberi istirahat dengan obat sedatif (misalnya, petidin).

Tabel 7.3 Perbedaan lingkaran konstiksi dan lingkaran retraksi.

LINGKARAN KONSTRIKSI	LINGKARAN RETRAKSI
Kekejangan otot setempat, yang melingkar	Pada batas segmen bawah dan segmen atas rahim
Pada tempat lingkaran lebih tebal dari bagian di atas dan di bawahnya	Segmen atas rahim yang terletak di atas lingkaran menebal dan keras
Dinding rahim di bawah lingkaran tidak teregang	Dinding rahim di bawah lingkaran teregang dan tipis
Dapat terjadi pada kala I-II-III	Selalu terjadi pada kala II
Lingkaran tidak berubah tempat	Lingkaran makin lama makin tinggi
Jarang teraba dengan palpasi dari luar	Teraba dengan palpasi dari luar
Keadaan umum pasien baik	Keadaan umum pasien buruk
Penyebab: KPSW; tindakan intra uterin	Penyebab: Disproporsi antara kepala dan panggul/CPD



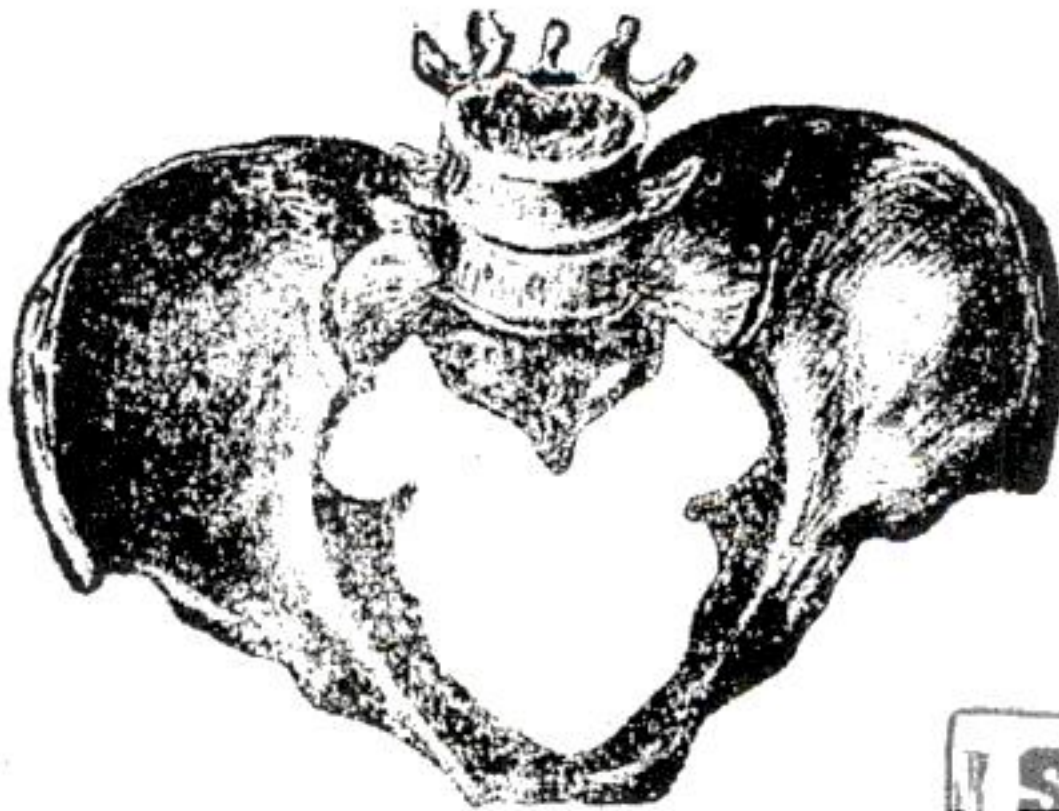
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

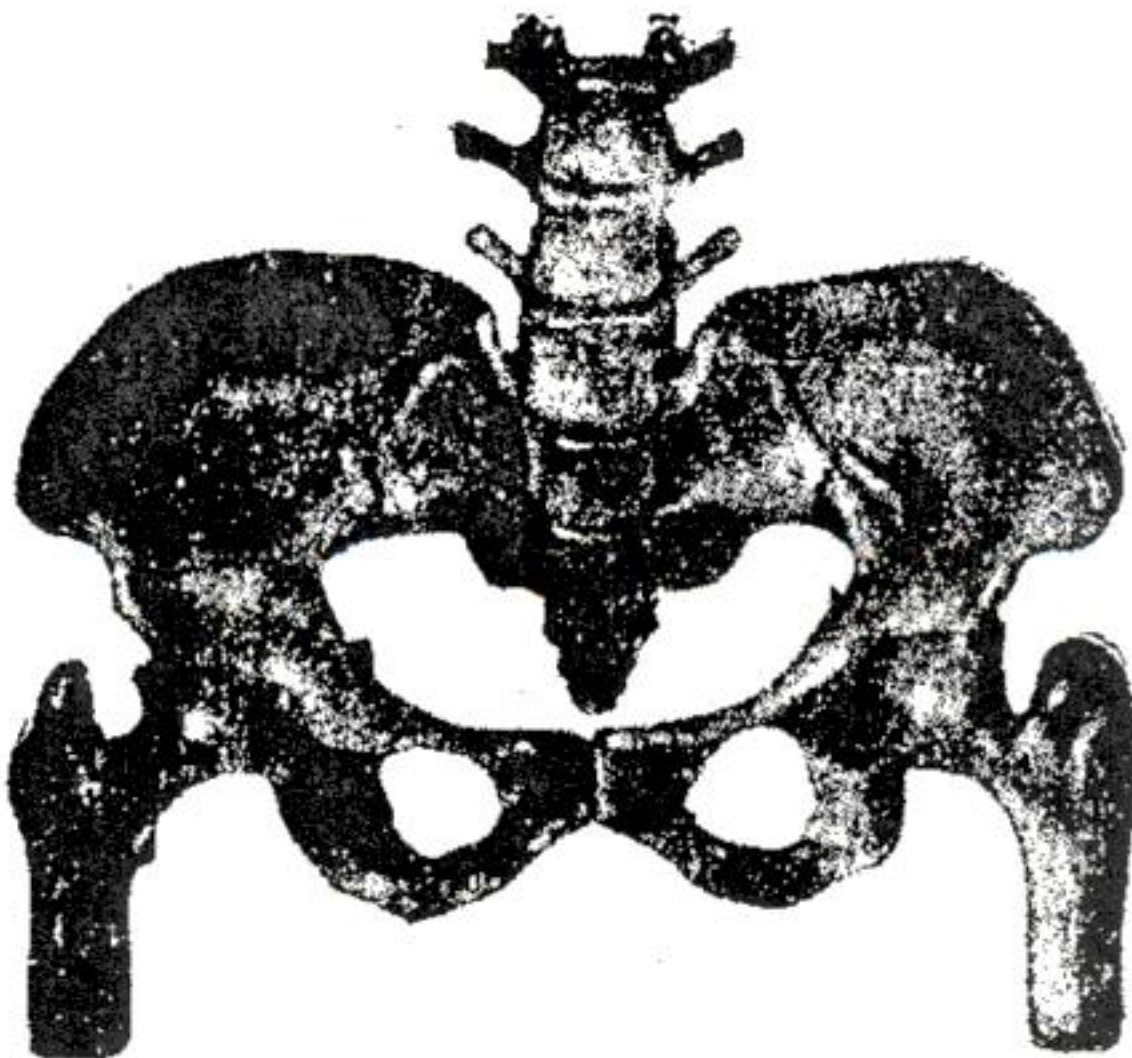


SAMPLE

GAMBAR 7.22 Panggul corong.

Sumber: William Obstetrics, 20th ed. Appleton and Lange, Connecticut, 2000, p. 63.

- b. Panggul osteomalasia—Panggul sempit melintang.
 - c. Radang artikulasi sakroiliaka—Panggul sempit miring.
3. *Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang:*
- a. Kifosis di daerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong.
 - b. Skoliosis di daerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.



GAMBAR 7.23 Panggul rakhitis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Partus lama.
 - Partus presipitatus.
 - Induksi persalinan dengan oksitosin.
 - Paritas tinggi.
 - Infeksi korion.
 - Riwayat atonia uteri. Perdarahan atonis dapat terjadi pada kala III maupun kala IV.
- b. Retensi plasenta:
- Kotiledon tertinggal, plasenta suksenturiata.
 - Plasenta akreta, inkreta, dan perkreta.
- c. Gangguan koagulopati (lihat bab hipofibrinogenemi).

Gejala-Gejala

1. Perdarahan per vaginam.
2. Konsistensi rahim lunak.
3. Fundus uteri naik (jika pengaliran darah keluar terhalang oleh bekuan darah atau selaput janin).
4. Tanda-tanda syok.

Untuk menentukan diagnosis dengan cepat, sebaiknya dilakukan pemeriksaan dengan spekulum setelah operasi-operasi yang sulit, seperti forseps tengah, versi dan ekstraksi, dan ekstraksi pada bokong. Sebaiknya juga dilakukan eksplorasi kavum uteri karena ada kemungkinan robekan rahim pada tindakan yang sulit.

Prognosis

Wanita dengan perdarahan pascapersalinan seharusnya tidak meninggal akibat perdarahannya, sekalipun untuk mengatasinya perlu dilakukan histerektomi

Komplikasi

1. *Sindrom Sheehan*—Perdarahan banyak kadang-kadang diikuti dengan sindrom Sheehan, yaitu: kegagalan laktasi, amenore, atrofi payudara, rontok rambut pubis dan aksila, superinvolutusi uterus, hipotiroidi, dan insufisiensi korteks adrenal.

Tabel 8.1 Perbedaan perdarahan atonis dengan perdarahan karena robekan jalan lahir.

PERDARAHAN ATONIS	ROBEKAN JALAN LAHIR
• Kontraksi uterus lemah • Darah berwarna merah tua karena berasal dari vena	• Kontraksi uterus kuat • Darah berwarna merah muda karena berasal dari arteri • Biasanya timbul setelah persalinan operatif



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Setelah plasenta terlepas seluruhnya, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik ke luar.

PLASENTA AKRETA

Pada **plasenta akreta** vili korialis menanamkan diri lebih dalam ke dinding rahim. Plasenta normal menanamkan diri sampai ke batas atas lapisan otot rahim.

Vili korialis yang sampai masuk ke dalam lapisan otot rahim disebut **plasenta inkreta**; sedangkan vili korialis yang menembus lapisan otot dan mencapai serosa atau menembusnya, plasenta tersebut dinamakan **plasenta perkreta**.

Plasenta akreta ada yang kompleta, yaitu jika seluruh permukaannya melekat dengan erat pada dinding rahim. Plasenta akreta yang parsialis, yaitu jika hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan dinding rahim dari biasa. Plasenta akreta yang kompleta, inkreta, dan perkreta jarang terjadi.

Penyebab plasenta akreta adalah kelainan desidua, misalnya desidua yang terlalu tipis.

Plasenta akreta menyebabkan retensio plasenta.

Terapi

Plasenta akreta parsialis masih dapat dilepaskan secara manual, tetapi plasenta akreta kompleta tidak boleh dilepaskan secara manual karena usaha ini dapat menimbulkan perforasi dinding rahim.

Terapi terbaik dalam hal ini ialah **histerektomi**.

INVERSIO UTERI

Pada **inversio uteri**, uterus terputar balik sehingga fundus uteri terdapat dalam vagina dengan selaput lendirnya sebelah luar. Keadaan ini disebut **inversio uteri komplet**.

Jika hanya fundus menekuk ke dalam dan tidak ke luar ostium uteri, disebut **inversio uteri inkomplet**. Jika uterus yang berputar balik itu keluar dari vulva, disebut **inversio prolaps**.

Inversio uteri jarang terjadi, tetapi jika terjadi, dapat menimbulkan syok yang berat.

Penyebab Inversio Uteri

Tiga faktor diperlukan untuk terjadinya inversio uteri:

1. Tonus otot rahim yang lemah.
2. Tekanan atau tarikan pada fundus (tekanan intraabdominal, tekanan dengan tangan, dan tarikan pada tali pusat).
3. Kanalis servikalis yang longgar.

Oleh karena itu, inversio uteri dapat terjadi saat batuk, bersin, atau mengejan, juga karena perasat Crede.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Robekan semacam ini biasanya terjadi pada persalinan buatan; ekstraksi dengan forseps, ekstraksi pada letak sungsang, versi dan ekstraksi, dekapitasi, perforasi, dan kranioklasi terutama jika dilakukan pada pembukaan yang belum lengkap.

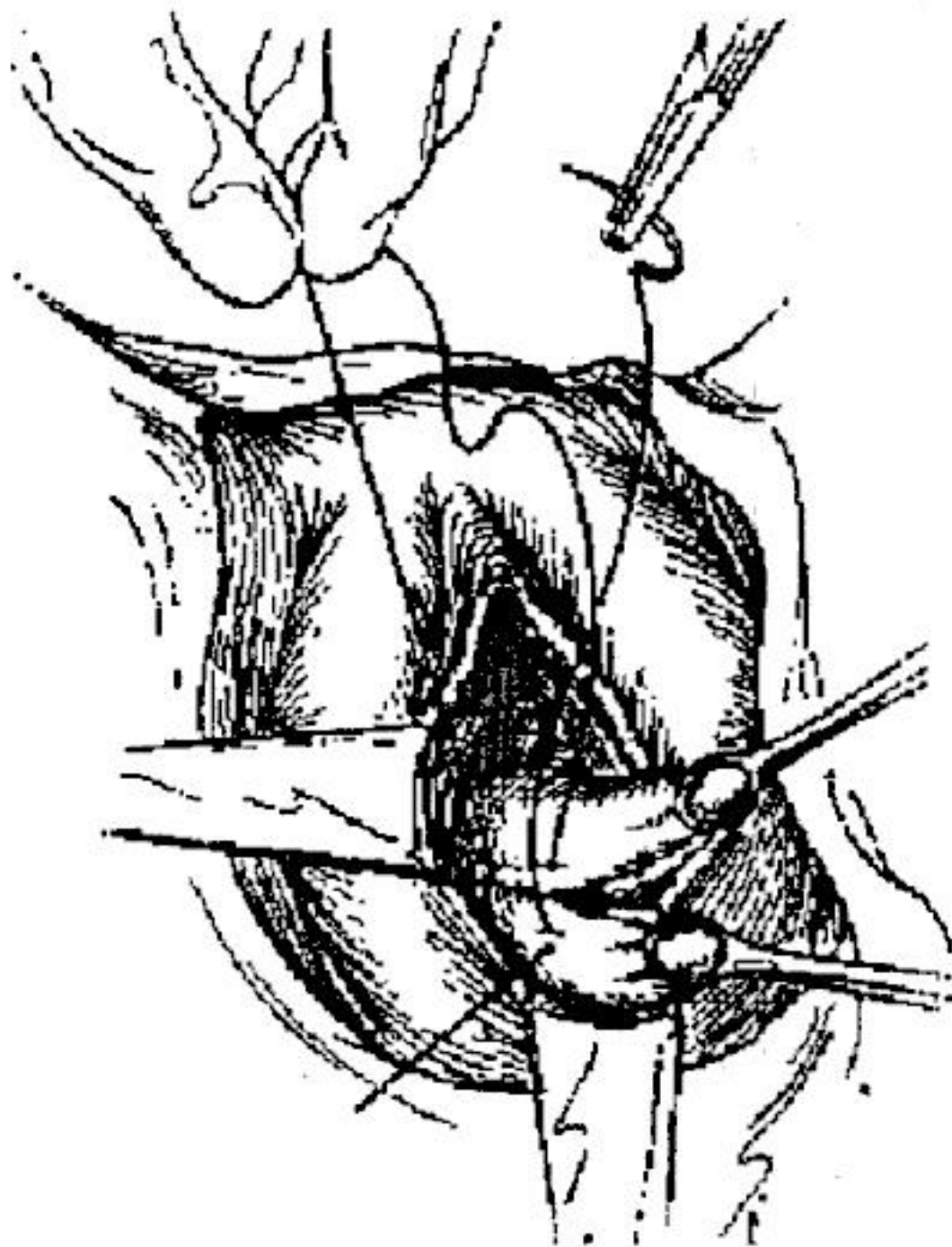
Robekan ini jika tidak dijahit, selain menimbulkan perdarahan juga dapat menjadi penyebab servisititis, parametritis, dan mungkin juga terjadi pembesaran karsinoma serviks. Kadang-kadang menimbulkan perdarahan nifas yang lambat.

Diagnosis

Perdarahan pascapersalinan pada uterus yang berkontraksi baik harus memaksa kita untuk memeriksa serviks uteri dengan pemeriksaan spekulum. Sebagai profilaksis, sebaiknya semua persalinan buatan yang sulit menjadi indikasi untuk pemeriksaan spekulum.

Terapi

Robekan serviks harus dijahit jika berdarah atau lebih besar dari 1 cm. Kadang-kadang bibir depan serviks tertekan antara kepala anak dan simfisis, terjadi nekrosis dan terlepas.



GAMBAR 9.1 Cara memperbaiki robekan serviks.

Sumber: *Williams Obstetrics*, edisi 20, Appleton and Lange Connecticut, 2000. Hal. 770.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

persalinan, asepsis, transfusi darah, dan bertambah baiknya kesehatan umum (kebersihan, gizi, dan lain-lain).

Mikroorganisme penyebab infeksi puerperalis dapat berasal dari luar (ek-sogen) atau dari jalan lahir penderita sendiri (endogen). Mikroorganisme endo-gen lebih sering menyebabkan infeksi. Mikroorganisme yang tersering menjadi penyebab ialah golongan streptokokus, basil koli, dan stafilokokus. Akan te-tapi, kadang-kadang mikroorganisme lain memegang peranan, seperti *Clostri-dium Welchii*, *Gonococcus*, *Salmonella typhii*, atau *Clostridium tetani*.

Cara infeksi

Kemungkinan besar penolong persalinan membawa kuman ke dalam rahim penderita, yakni dengan membawa mikroorganisme yang telah ada dalam vagina ke atas, misalnya dengan pemeriksaan dalam. Mungkin juga tangan penolong atau alat-alatnya masuk membawa kuman-kuman dari luar dan de-ngan infeksi tetes.

Oleh karena itu, sebaliknya penolong persalinan memakai masker dalam kamar bersalin dan pegawai dengan infeksi jalan napas bagian atas hendak-nya ditolak bekerja di kamar bersalin.

Kadang-kadang sumber infeksi berasal dari penolong sendiri misalnya, jika ada luka pada tangannya yang kotor atau dari pasien lain seperti pasien de-ngan infeksi puerperalis, luka operasi yang meradang, karsinoma uteri, atau dari bayi dengan infeksi tali pusat.

Mungkin juga infeksi disebabkan oleh koitus pada bulan terakhir.

Faktor Predisposisi

Faktor yang terpenting yang memudahkan terjadinya infeksi nifas ialah per-darahan dan trauma persalinan.

Perdarahan menurunkan daya tahan tubuh ibu, sedangkan trauma mem-berikan *porte d'entree* dan jaringan nekrotis merupakan media yang subur bagi mikroorganisme.

Demikian juga partus lama, retensio plasenta sebagian atau seluruhnya memudahkan terjadinya infeksi.

Keadaan umum ibu merupakan faktor yang ikut menentukan, seperti anemi dan malnutrisi karena melemahkan daya tahan tubuh ibu.

Patologi

Setelah persalinan, tempat bekas perlekatan plasenta pada dinding rahim merupakan luka yang cukup besar untuk masuknya mikroorganisme.

Patologi infeksi puerperalis sama dengan infeksi luka. Infeksi itu dapat:

1. Terbatas pada lukanya (infeksi luka perineum, vagina, serviks, atau endometrium).
2. Infeksi itu menjalar dari luka ke jaringan sekitarnya (tromboflebitis, para-metritis, salpingitis, dan peritonitis).

Prognosis

Terutama bergantung pada virulensi kuman dan daya tahan tubuh penderita.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Indeks

A

A vue [23](#)
 Ablatio placentae 91
 Ablatio retinae 70
 Abortus [1](#), 101
 buatan [2](#)
 faktor eksternal [3](#)
 faktor janin [2](#)
 faktor maternal [2](#)
 habitualis [5](#), [8](#)
 iminens [5](#), [6](#)
 inkomplet [4](#), [7](#)
 inkompletus [5](#)
 insidensi [2](#)
 insipiens [5](#), [6](#)
 klasifikasi [2](#)
 komplet [4](#)
 kompletus [5](#), [8](#)
 kriminalis [9](#)
 pengertian [1](#)
 provocatus [2](#)
 spontan [2](#)
 tertunda [5](#), [8](#)
 Abortus provokatus [17](#)
 medisinalis [9](#)
 Abortus tuba [18](#)
 Abruptio placentae 91
 Accidental haemorrhage 91
 ACTH (hormon
 adrenokortikotropik)
 [13](#)
 Actinomycin D [32](#)
 Adhesi peritubal [16](#)
 Adipocere [25](#)
 AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) [110](#)

Akardius amorfus [53](#)
 AKDR [22](#), [185](#)
 Alfetoprotein (AFP) [200](#)
 Amenore [21](#)
 Amniosentesis [117](#)
 Amniotomi [42](#)
 Ampisilin [107](#)
 Anensefal [13](#), [39](#), [42](#), [43](#)
 Anensefalus [158](#)
 Anovulatoir [196](#)
 Antagonis asam folat [3](#)
 Antikoagulan [3](#)
 Apendisitis [16](#)
 Apendisitis akut [115](#)
 Apoplexi Uteroplacentair
 (Uterus Couvelaire) [96](#)
 Appropriate for gestational
 age [59](#)
 Arrest of the after coming
 head [145](#)
 Arteri ovarika [26](#)
 Asetonuri [117](#)
 Asfiksia [13](#)
 Atresia ani [45](#)
 atresia esofagus [39](#)
 Atresia vulva [170](#)

B

Bakterisid [194](#)
 Bakteriuri asimptomatik
 [119](#)
 Balanced translocation [30](#)
 Basil E. coli [120](#)
 Benang Simonart [36](#)
 Benzodiazepin [80](#)

Bidang Hodge III [122](#)
 Bishop Score [124](#)
 Blighted ovum [2](#), [4](#)
 Bracht [142](#)
 Braxton Hicks [25](#), [26](#)

C

Cacat janin [42](#)
 Campak (Morbilli) [106](#)
 Caput succedaneum [134](#)
 Cardiac output [71](#)
 Cavum Douglas [190](#), [195](#)
 CDC (the Centers for
 Disease Control and
 Preventio) [110-111](#)
 Cellulitis pelvica [190](#), [192](#)
 Cerebro vascular accident [72](#)
 Chemoreceptor trigger zone
 [65](#)
 Chorionic Villous Sampling
 (CVS) [201](#)
 Circular detachment [181](#)
 Clostridium tetani [188](#)
 Clostridium welchii [188](#)
 Clot observation test [95](#)
 Coincidental hypertension [81](#)
 Collision [58](#)
 Colpaporrhexis [179](#)
 Combined pregnancy [23](#)
 Compaction [58](#)
 Compound presentation [154](#)
 Conduplicatio corpore [148](#)
 Conglutinatio orificii externi
 [170](#)
 Contraction stress test [14](#)

Corpus alienum [2](#)
Cracked nipple 197
 Crinkling [30](#)
 CTG (Cardio tocography)
 122, 125
 Cunam Willett-Gauss 89,
 91
 Cunningham dan Pritchard
 (1997) 79

D

Decidual cast [18](#)
 Dekapitasi 151
 Deksametason 80
 Denman 148
 Desidua vera [17](#)
 Deventer [143](#)
 Diabetes melitus 73, 115,
 117
 Diabetes melitus
 gestasional (DMG)
 115
 Diazepam 74, [75](#), 80
 Dilator Hegar [9](#)
 Disfungsi plasenta [35](#)
 Disproporsi sefalopelvik
 122, 155
*Disseminated Intravascular
 Coagulation (DIC)* [71](#),
 95, 97
 Distosia 121, 161, 121
 Dorsoanterior 145
 Dorsoposterior 145
 Dosis insulin 117
Double set-up [88](#), [153](#)
 Douglas 148
 Douglas punksi
 (kuldosentesis) [22](#)
 Douglas punksi positif [22](#)
 Drip oksitosin 177
 Dysmaturitas [12](#)
 Dysuri 195

E

Eclamsi intercurrent 77
 Eclamsi sine eclamsi 77
 Edema 69
 labia [39](#)
 plasenta [35](#)
 Eden 78
 Eklamsi 68, 76
 antepartum 76
 intrapartum 76
 pascapersalinan 76

Ekspresi Kristeller 181
 Ekstrakorial [36](#)
 Elektroensefalografi 61
 ELISA (Enzyme-Linked-
 Immuno-Sorbent-
 Assays) 111
 Elongasi koli 103
 Elongatio colli 170
 Emmittens 192
 Endometriosis [16](#)
 Endometritis
 189, 191, 194
 Endometrium 85
 Endosalping [16](#)
Engorgement 196
 Episiotomi medialis [12](#)
 Erb's palsy 158
 Eritroblastosis 40
 fetalis 41
 Etanol [11](#)
 Eviserasi 151
 Evolutio spontanea 148
Exchange transfusion [51](#)

F

Fatty liver 66
 Fenitoin 80
 Fenobarbital 74
 Fertilisasi in vitro [17](#)
Fetal phase [36](#)
 Fetus
 kompresus 54
 papiroseus 54
 Fibrilasi jantung 113
 Fibrinogen [8](#)
 Fimbria [17](#)
 Fistula rektovaginalis 165
 Fistula vesikovaginalis 165
*Fluorescent treponemal
 antibody absorption test*
 108
 Foetor ex ore [65](#)
 Foetus compressus [5](#)
 Foetus dysmaturus 116
 Foetus papyraceus [5](#)
 Forseps Piper 145
 Fowler 184
 Fraktura humeri 158
Frank breech 141
 Frenulum linguae 197
 Fulminan hepatitis 114

G

Gastroenteritis [22](#)

Gastroparesis diabeticorum
 [65](#)
 Gawat janin 117
 Gejala-gejala ancaman
 robekan rahim 182
 Gestasional 116
 Gestosis [55](#), 64, 117, 118
 dini [65](#)
 lanjut [65](#)
 Ginjal ektopik 170
 Gliserol 80
 Glomerulonefritis kronis 81
 Gonococcus [188](#)
 Grandemultipara 181

H

Haultain 177
 Hellp Syndrome [75](#)
 Hematotel retrouterin [18](#)
 Hematom retroplasenta [92](#)
 Hematosalping [18](#)
 Hemolisis non-isoimunitasi
 50
 Hepatitis 114
 Hernia 44
 Hidramnion [39](#), 116, 118
 akut [39](#)
 kronis [39](#)
 Hidrops fetalis 73
 Hidrosefal [43](#)
 Hiperemesis gravidarum 64
 Hipertensi [10](#), 69, [71](#), 72
 kehamilan 68
 esensial 82
 kronis 81
 Hipofibrinogenemi 41, 95
 Hipoglikemi 116
 Hipoksi 116
 Hipoplasi trofoblas [2](#)
 Hipoplasia uterus [3](#)
 Hipotiroidi [172](#)
 Histerektomi [9](#), [24](#), 32
 Histerografi [26](#)
 Histerotomi [9](#)
 Hormon
 adrenokortikotropik
 (ACTH) [13](#)
 Human fibrinogen [96](#)
*Human immunodeficiency
 viruses (HIV)*
 [110](#), 111
 Huntington 177
Hydrorrhoea amniotica [36](#)

- I**
- Impaction* 58
 - Implantasi plasenta 141
 - Implantasi zigot 16
 - Incompetent cervix 36
 - Inersia uteri 122, 123
 - hipertonis 123
 - hipotonis 123, 124
 - primer 123
 - sekunder 123
 - Inevitable abortion* 6
 - Infark merah 35
 - Infark putih plasenta 35
 - Infeksi 117
 - kongenital 106
 - korion 172
 - luka serviks 189
 - maternal 106
 - nifas 187
 - protozoa 107
 - puerperalis 187
 - Influenza 106
 - Inseri
 - parasentral 37
 - velamentosa 37
 - Insidensi abortus 2
 - Insisi Duhrsen 145
 - Insufisiensi
 - korteks adrenal 172
 - plasenta 35
 - Insulin
 - kerja cepat 118
 - kerja menengah 118
 - Interlocking* 58
 - Intra Uterine Growth
 - Retardation 5, 58
 - Inversio prolaps 176
 - Inversio uteri 176
 - inkomplet 176
 - komplet 176
 - Isoimunisasi Rhesus 45
- K**
- Kaki Keping (pes equinovarus) 44
 - Kala pengeluaran 181
 - Kantong amnion 4
 - Kantong korion 4
 - Kardiotokografi 61, 117
 - Karsinoma serviks uteri 100
 - Kavum Douglas 21, 22
 - Kehamilan
 - abdominal 24
 - primer 24
 - sekunder 19, 24
 - ampula 17
 - ektopik 16, 110
 - interstisial 17, 24
 - ismus (atau isthmus) 17
 - kembar 52, 59
 - dizigotik 52
 - monozigotik 52
 - ovarial 26
 - serotinus 12
 - serviks 27
 - tuba 17
 - Kelainan
 - plasenta 33
 - lama kehamilan 1
 - panggul 162
 - tempat kehamilan 16
 - Kelenjar Bartholini 109
 - kista 99
 - Kelumpuhan nervus
 - peroneus 165
 - Kematian
 - embrio 3
 - janin 158
 - Kembar siam 52, 54
 - Kifosis 163
 - Kista
 - lutein 31
 - plasenta 35
 - torsi 22
 - Kistoma ovarium 104
 - Klavikula 158
 - Knopfloch mechanismus 165
 - Koagulopati konsumtif 95
 - Komplikasi serebrovaskular (CVA) 81
 - Kompresi bimanual
 - Hamilton 173
 - Kondiloma lata 108
 - Kondilomata 99
 - akuminata 100
 - Kraniopagus 54
 - Kriteria Spiegelberg 26
 - Kustner 177
- L**
- Laminaria stift 32
 - Laparoskopi 23
 - Laparotomi 179
 - Large for gestational age* 59
 - Letak
 - muka
 - primer 128
 - sekunder 129
 - sungsang 55
 - Let down reflex* 11
 - Ligamentum latum 17, 19, 24
 - Ligamentum ovarii proprium 27
 - Lingkar Bandl 152
 - Lingkar konstriksi 153
 - Lingkar Retraksi
 - Patologis 152
 - Lipiodol 26
 - Listeria monocytogenes* 107
 - Listeriosis 107
 - Lithopedion 25
 - Lumen tuba (abortus tuber) 17
 - Lymphopathia venereum (lymphogranuloma venereum) 110
- M**
- Magnesium sulfat 11
 - Magnetic resonance imaging (MRI)* 88
 - Makrosomi 117
 - Manitol 80
 - Manual aid 142, 143
 - Masase 197
 - Mastitis 198
 - Maternal Serum
 - Alfafetoprotein (AFP) 200
 - Mauriceau 144
 - Meningokel 44
 - Methotrexate 32
 - Microhemagglutination assay for antibodies to trep* 108
 - Mid stream* 69
 - Migrasi plasenta 88
 - Mioma uteri 103
 - Missed abortion* 5, 8
 - Modus Denman 150
 - Modus Douglas 150
 - Mola
 - hidatidosa 29, 31, 73
 - komplet (MHK) 29
 - parsial (MHP) 30
 - karnosa 4
 - kruenta 4
 - tuberosa 5
 - Moniliasis 198
 - Morbus Hemolitikus
 - neonatorum 45
 - Morning sickness* 66

Muller 143, 144
Multipara 85

N

Nefritis akut 119
Neiseria gonorrhoeae 109
NGT (*naso gastric tube*) 81
Nidasi 27
Nonstress test 14
Nuliparitas 73
Nyeri perut 21

O

Obat antihipertensi 74, 75
Obstructive duct 198
Occult prolaps 155, 156
Ofloksasin 107
Okultasi parsial tuba 16
Oksitosin 9, 42
 drip 173
Oligohidramnion 14, 40, 200
Omentum 19
Omfalopagus 54
Operasi Shirodkar 9
Ositio occipito posterior persistens 126
Overdistensi uterus 171

P

Panggul 162
 belah 162
 corong 162
 osteomalasia 163
 picak 162
 rakitis 162
 sempit picak 162
 sempit seluruhnya 162
Parametritis 190, 192, 195
Partogram 124
Partus 1
 imatur 1, 9
 matur 1
 prematur 1, 9
 serotin 1
 praecipitatus 125, 172
Patologi
 Kala III 171
 Kala IV 171
 Nifas 187

Payudara bengkak 196
Pelveo peritonitis 190
Pembesaran uterus 21
Pengapuran 25
Penicilline resistant 194
Penyakit
 alat kandungan 99
 Down 42, 43
 Menular Seksual (PMS) 16, 108
 paru (TBC) 117
 TORCH 60
 trofoblas gestasional 28
Perasat
 Crede 176
 De Lee 144
 Hoffman 197
 Mc Roberts 159
 Thorn 131
 Wood 159
Perdarahan
 anteartum 83
 atonis 171
 kala III 173
 kala IV 173
 ex vacuo 103
 per vaginam 21
Peritonitis 190, 192, 194
Perkapuran plasenta 35
Perlemakan 25
Pernanahan 24
Pertumbuhan Janin
 Terhambat (PJT) 58, 117
Perubahan darah 21
Physometra 165
Pielitis 101, 116, 120
Pielonefritis 101, 116, 120, 195
Pigopagus 54
Pimpinan Persalinan 57
Pitosin drip 124, 125
Placenta praevia 34
Placental sign 5
Placental Site Trophoblastic Tumor (PSTT) 33
Plasenta
 adhesiva 175
 akreta 34, 86, 175, 176
 bilobata 33
 fenestrata 33
 inkreta 34, 175, 176
 membranasea 34
 perkreta 34, 175, 176
 previa 83, 85, 87, 89, 94

sirkumvalata 34
 suksenturiata 33, 172
Plasmodium 3
Pneumoni 107
Polidaktili 42
Polidaktilismus 44
Polihidramnion 39, 200
Poly Unsaturated Fatty Acid (PUFA) 70
Porte d'entree 87, 188, 190, 193
Posisi Fowler 7
Positio occipitalis directa 165
Postdates 12
Postdatism 12, 13
Postmaturitas 12
Preeklamsi 68, 69
Premature separation of the normally implanted placenta 91
Prenatal care 73
Presentasi
 akromion 145
 bahu 145
Progesteron 36
Prognosis PJT 62
Prolapsus foeniculi 155
Prolapsus uteri 103, 170
Prostaglandin 42
Proteinuri 70
Puting lecet 197
Puting nyeri 197

R

Radang
 payudara 198
 plasenta 35
Rapid Plasma Reagin (RPR) 108
RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) 12
Reaksi Jarisch-Herxheimer 109
Remittens 191, 192
Renal failure 9
Reproductive failure 28
Retensio plasenta 174
Retention fever 191
Retroflexio uteri gravidi incarcerata 3, 101, 164
Retrofleksi uteri 101, 170
Rigor mortis 41
Ringer Laktat 75, 79, 177

Risiko Antepartum 14
 Ritodrin 11
 Roboransia 74
 Rontgenologis 168
 RSHS 185
 RU 486 9
 Rubela (*German Measles*) 105
 Rumus Naegele 12
 Ruptur
 tuba 17, 18, 19, 25
 simfisis 165
 uteri 94, 181, 183

S

Salmonella dan Sigella 106
 Salmonella typhii 3, 188
 Salpingektomi 23
 Salpingitis 16, 22, 192
 Sapremia 191
 Sarang sepsis
 primer 190
 sekunder (metastasis) 190
 Scalping 30
 Sefoktasim 107
 Seksio sesarea 62, 85, 91, 151
 Sepsis puerperalis 190, 192
 Serviks uteri 179
 Sifilis 108
 Silent rupture 186
 Simfisiolisis 165
 Sindaktilismus 44
 Sindrom Down 200
 Sindrom Sheehan 172
 Siprofloksasin 107
 Sistem HLA (Human Leukocyte Antigen) 3
 Sistitis 101, 119, 195
 Sitomegalovirus 105, 106
 Sitostatika profilaksis 32
 Skoliosis 163
 Skor Bishop 124
 Small for Date 58
 Small for gestational age 59
 Solusio plasenta 71, 87, 140
 Sore nipple 197
 Spalk 144
 Spina bifida 43
 Spina iliaka 26
 Spinelli 177

Stadium maserasi
 I 41
 II 41
 III 41
 Streptokokus hemolitikus 106
 Stromal trophoblastic inclusions 30
 Sudut Fabre 127
 Sulfas ferrosus 119
 Superfekundasi 54
 Superfetasi 54
 Surfaktan 12
 Syok hipovolemik 23
 Syok karena hipovolemi 21

T

Tali Pusat 38
 lilitan 38
 menumbung 38
 pendek 38
 terkemuka 38
 terlalu panjang 38
 Tanda Naujokes 41
 Tanda Spalding 41
 TBC 118
 Teknik Scanzoni 127
 Tes oksitosin 26
 Test of labor 168
 Tetania uteri 122
 Thoms 169
 Threatened abortion 5
 Timpania uteri 165
 Tirotoksikosis 31
 Titik McBurney 22
 Tokodinamometer 11
 Toksemia gravidarum 65
 Toksikosis 64
 Toksoplasmosis 42, 107, 160, 202
 Toxaemia 64
 Toxoplasma gondii 3
 TPHA 109
 Transient hypertension 68
 Tranquilizer (*thalidomide*) 42
 Trasylol (proteinase inhibitor) 96, 97
 Trauma traktus genitalis 171
 Treponema Pallidum 108
 Trial of labor 167
 Trias Hutchinson 109
 Trisomi 21 43

Tromboflebitis femoralis 189, 192, 194
 Tromboflebitis pelvika 189, 194
 Tromboflebitis pelviks 191
 Trombositopeni 21
 True inverted nipple 197
 Tubera ossis ischii 133, 134
 Tumor dalam rongga panggul 21
 Tumor trofoblas gestasional 28
 Tumor vagina 100
 Tumor-tumor plasenta 35, 39

U

Ultrasonografi 88, 89, 117
 transabdominal 88
 transvaginal 88
 Uremi 101
 Uterotonik 2
 pascaevakuasi 6
 Uterus 101
 arkuatus 101
 bikornis 101
 bikornis dengan kornu yang rudimenter 101
 dupleks 101
 subseptus 101
 uterus en bois 94

V

Vagina 170
 Vanished twin 5
 Varicella zoster 3, 105
 Varises 99
 Vasa praevia 37, 38
 Venereal disease research laboratory (VDRL) slide 108, 109
 Versi Braxton Hicks 89, 90
 Versio spontanea 147
 Violent (Rudapaksa) 19, 181
 Virulensi kuman 188
 Vulva 170

Z

zat besi (Fe) 193



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

OBSTETRI PATOLOGI

Ilmu Kesehatan Reproduksi

Obstetri Patologi ini merupakan edisi kedua dari buku yang sama yang dikeluarkan sebelumnya oleh Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Buku ini telah mengalami banyak perubahan dan perbaikan naskah sehingga merupakan buku baru sekalipun masih merupakan kelanjutan edisi terdahulu.

Obstetri Patologi diharapkan dapat membantu para mahasiswa kedokteran dan kebidanan untuk mempelajari berbagai penyimpangan di bidang reproduksi manusia serta penanggulangannya dengan lebih ringkas dan cukup lengkap.

Bahasa yang ringan dan bahasan yang mendalam akan membantu pembaca untuk mencerna setiap masalah yang tersaji di dalam buku ini.



9 789794 486757
ISBN 979-448-675-2