

**KEDARURATAN OBSTETRIK**  
**(CLINICAL EMERGENCIES IN OBSTETRICS)**

***Dr.dr. John J.E. Wantania, SpOG-K***

Bagian Obstetri dan Ginekologi

Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi / RSUP Prof.Dr. R.D. Kandou, Manado

**ABSTRAK**

Kedaruratan Obstetrik adalah suatu keadaan klinik yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat bahkan kematian ibu dan janinnya. Secara umum terdapat 4 penyebab utama kematian ibu, janin dan bayi baru lahir, yaitu (1) perdarahan (2) infeksi, sepsis (3) hipertensi, preeklampsia, eklampsia (4) persalinan macet (distosia). Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyebab lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan masa nifas

Setiap kehamilan berpotensi mengalami risiko kedaruratan. Pengenalan kasus kedaruratan obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat klinis kasus kedaruratan obstetri yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, setiap kasus sebaiknya ditangani seyogyanya kasus gawat darurat lewat triase awal, sampai pemeriksaan menunjukkan bahwa kasus tersebut bukan kedaruratan. Dalam menangani kasus kegawatdaruratan, penentuan permasalahan utama (diagnosis) dan tindakan pertolongan harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan segera mungkin.

Ulasan berikut akan membahas pengelolaan kasus terkait perdarahan post partum, ruptura uteri dan distosia bahu serta hipertensi dalam kehamilan, dalam ini preeklampsia/eklampsia.

**Kata Kunci** : Kedaruratan, obstetrik, perdarahan, distosia, preeklampsia

**Disajikan pada Simposium “Clinical Emergencies”  
dalam rangka Dies Natalis FK Unsrat 2015**

## KEDARURATAN OBSTETRIK

Kedaruratan obstetrik adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya<sup>1,2</sup> Jenis-jenis kedaruratan obstetri yang dibahas yakni<sup>1</sup>

1. Pendarahan Pasca Salin (PPS)
2. Ruptur uteri
3. Distosia Bahu
4. Hipertensi Dalam Kehamilan

### Perdarahan Pasca Salin (PPS)

Perdarahan pasca salin merupakan penyebab penting kematian maternal meliputi ¼ dari seluruh kematian di dunia.<sup>3</sup> Menurut WHO, perdarahan pasca salin diklasifikasikan sebagai perdarahan pasca Salin dini (perdarahan dari jalan lahir  $\geq$  500 ml dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir) dan perdarahan pasca salin lanjut (perdarahan dari jalan lahir  $\geq$  500 ml setelah 24 jam pertama persalinan). Berdasarkan jumlah perdarahan, dibagi menjadi perdarahan pasca salin minor (jumlah perdarahan antara 500-1000 ml tanpa tanda syok secara klinis) dan perdarahan pasca salin mayor (jumlah perdarahan  $>$  1000 ml atau  $<$ 1000 ml dengan disertai tanda syok).<sup>4</sup> Penyebab PPS adalah satu atau lebih dari 4 faktor yakni tonus, *tissue*, trauma, dan trombin.<sup>5</sup> Atonia Uteri merupakan penyebab utama PPS dini. Penatalaksanaan PPS disingkat dengan istilah HAEMOSTASIS.<sup>5,6</sup>

*H – ask for Help*

*A – Assess (vital parameters, blood loss) and resuscitate*

*E – Establish the cause, ensure availability of blood*

*M – Massage uterus*

*O – Oxytocin infusion*

*S – Shift to theatre/anti-shock garment – bimanual compression*

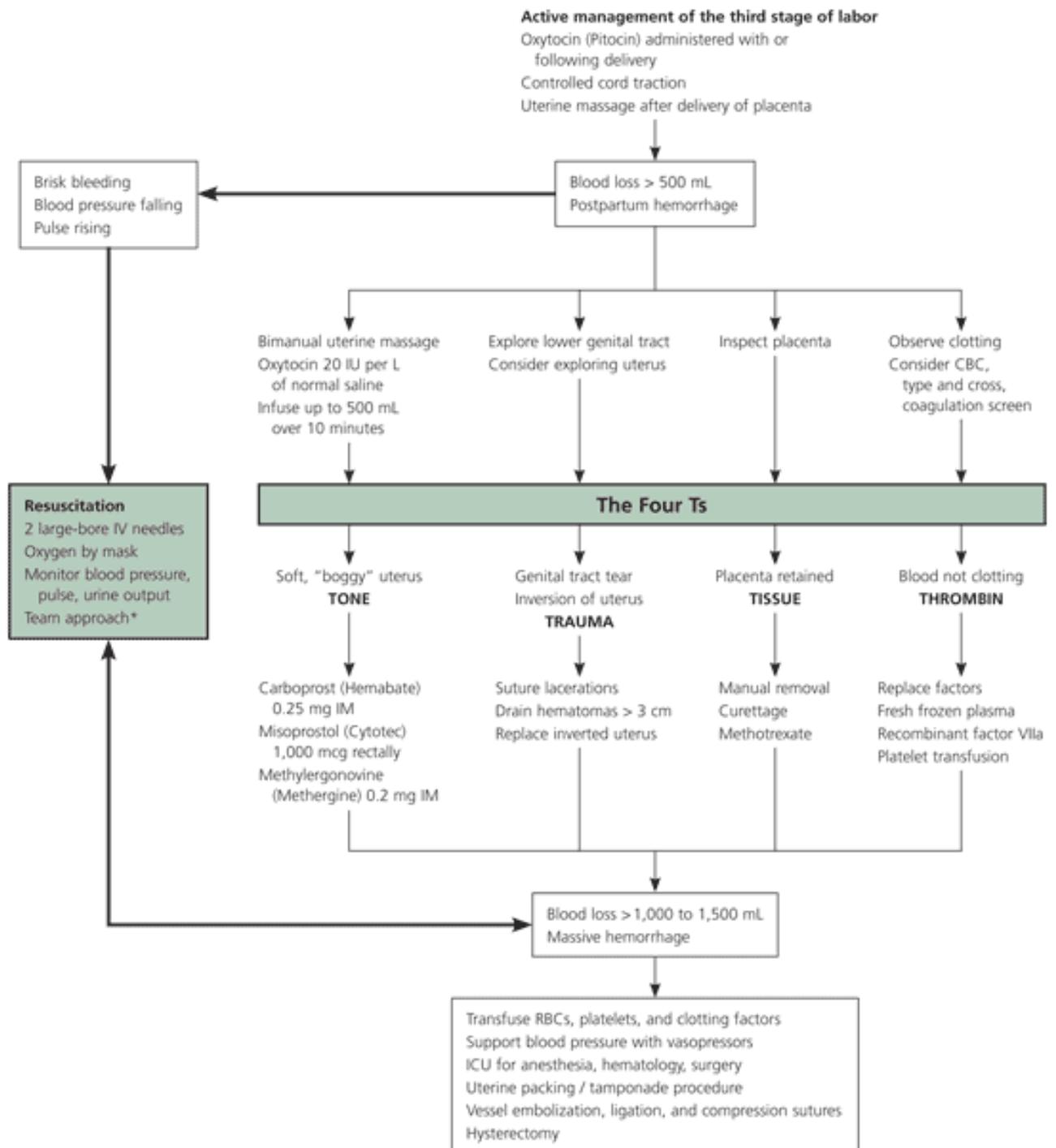
*T – Tamponade test*

*A – Apply compression sutures*

*S – Systematic pelvic devascularisation*

*I – Interventional radiologist – if appropriate, uterine artery embolisation*

*S – Subtotal/total abdominal hysterectomy*



Algoritme Penanganan PPS<sup>5</sup>

## **Ruptura Uteri**

Ruptura uteri terjadi jika terdapat robekan dinding uterus saat kehamilan atau persalinan.<sup>7</sup> Kasus ini merupakan keadaan emergensi obstetri yang mengancam nyawa ibu dan janin. Ruptura uteri dapat bersifat komplit atau inkomplit. Disebut ruptura uteri komplit apabila robekan yang menghubungkan rongga amnion dan rongga peritoneum sehingga semua lapisan dinding uterus terpisah. Sedangkan ruptur uteri inkomplit terjadi jika rongga abdomen dan rongga uterus masih dibatasi oleh peritoneum viserale. Bila terjadi ruptur uteri total maka biasanya akan berakibat fatal bagi ibu dan janin.<sup>8</sup>

Faktor risiko terjadinya ruptura uteri adalah adanya riwayat ruptura uteri sebelumnya, riwayat seksio sesarea atau histertektomi, riwayat reseksi kornu pada kehamilan ektopik, riwayat perforasi uterus, kuretase, overdistensi uterus, kehamilan multifetus, polihidramnion, persalinan dengan forceps atau vakum, plasenta akreta, dan partus macet.<sup>8</sup>

Tanda dari ruptur uteri berupa kematian janin, syok hipovolemik, atau perdarahan pervaginam. Secara umum diagnosis ruptur uteri ditegakkan dengan ditemukannya Van Bandl Ring yang semakin tinggi, segmen bawah uterus menipis, nyeri abdomen, his kuat terus menerus, dan tanda gawat janin. Manajemen yang dilakukan setelah terjadi ruptura uteri adalah mengatasi syok dengan resusitasi cairan/transfusi darah, tindakan operatif (histerorafi atau histerektomi), dan pemberian antibiotika.<sup>1</sup>

## **Distosia Bahu**

Distosia bahu adalah suatu keadaan gawat darurat yang tidak dapat diprediksi dimana kepala janin sudah lahir tetapi bahu terjepit dan tidak dapat dilahirkan.

Diagnosa :

1. Kepala janin lahir tetapi bahu tetap terjepit kuat didalam vulva
2. Dagu mengalami retraksi dan menekan perineum
3. Traksi pada kepala gagal untuk melahirkan bahu yang terjepit dibelakang symphysis pubis.

Penatalaksanaan :

1. Ask for Help
2. Episiotomi
3. Posisikan ibu :
  - a. Lakukan Manuver McRobert
  - b. Perasat Masanti
  - c. Manuver Wood corkscrew

- d. Manuver Rubine<sup>1,2</sup>
- e. Perasat dan tindakan lanjutan lain seperti pengeluaran lengan posterior, kleidotomi bahkan simfisiolisis

Pengawasan harus dilakukan akibat trauma yang ditimbulkannya terhadap ibu & bayi.

### **Hipertensi dalam Kehamilan<sup>1</sup>**

Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi kehamilan setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai dengan timbulnya hipertensi, disertai salah satu dari : edema, proteinuria, atau kedua-duanya. Yang merupakan kegawatdarutan adalah preeklampsia dan eklampsia. Komplikasi preeklampsia berat yang umumnya dapat dijumpai pada kehamilan lebih dari 20 minggu yaitu bila dijumpai :

1. Tekanan darah sistolik > 160 mmhg, diastolik > 110 mmhg
2. Proteinuri lebih dari 5 gram /24 jam
3. Gangguan cerebral atau visual
4. Edema
5. Nyeri epigastrik atau kwadran atas kanan
6. Gangguan fungsi hati tanpa sebab yang jelas
7. Trombositopeni
8. Pertumbuhan janin terhambat
9. Peningkatan serum kreatinin

Permasalahan yang ditemukan terutama berkaitan dengan Preeklampsia Berat, apalagi yang onset dini maupun Eklampsia. Kondisi lain yang sering menyulitkan termasuk Sindroma HELLP, Edema Paru, Krisis Hipertensi dan IUGR.

Apabila ditemukan kejang pada keadaan ini (eklampsia), maka penanganan yang diberikan berupa

1. Beri obat anti kejang (anti konvulsan)

Magnesium sulfat merupakan obat pilihan untuk mencegah dan mengatasi kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Alternatif lain adalah Diazepam, dengan risiko terjadinya depresi neonatal.

2. Perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, penghisap lendir, masker oksigen, oksigen)

3. Lindungi pasien dari kemungkinan trauma
4. Aspirasi mulut dan tenggorokan
5. Baringkan pasien pada sisi kiri, posisi Trendelenburg untuk mengurangi risiko aspirasi
6. Berikan O<sub>2</sub> 4-6 liter/menit

#### Pengelolaan umum

1. Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, berikan antihipertensi sampai tekanan diastolik antara 90-100 mmHg
2. Pasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar no.16 atau lebih
3. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap, enzim hati, dan profil metabolik
4. Pemberian magnesium sulfat (MgSO<sub>4</sub>) dosis initial 4 gr diberikan dalam 20 menit, dilanjutkan dosis maintenance 6 gr dalam cairan Ringer Laktat 500 ml.
5. Kateterisasi urin untuk pengukuran volume dan pemeriksaan proteinuria
6. Infus cairan dipertahankan 1.5 – 2 liter/24 jam
7. Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin
8. Observasi tanda vital, refleks dan denyut jantung janin setiap 1 jam
9. Auskultasi paru untuk mencari tanda edema paru. Adanya krepitasi merupakan tanda adanya edema paru. Jika ada edema paru, hentikan pemberian cairan dan berikan diuretik (mis. Furosemide 40 mg IV)
10. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan. Jika pembekuan tidak terjadi setelah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati

Pasien yang diberi cairan perlu dievaluasi input dan output. Pulse oxymetry dan auskultasi penting dilakukan khususnya pada pasien dengan hipertensi kronis, fungsi ginjal abnormal, dan solutio plasenta. Pemberian MgSO<sub>4</sub> dilanjutkan sedikitnya 24 jam pascasalin atau setelah kejang terakhir atau keduanya. Jika terjadi insufisiensi ginjal, kurangi MgSO<sub>4</sub> dan rasio pemberian cairan. Setelah persalinan, obat antihipertensi oral dapat diberikan untuk memelihara sistolik < 155 mmHg dan diastolik <105 mmHg. Dapat diberikan setiap 6 jam atau nifedipine 10 mg setiap 6 jam. Nifedipine oral serta diuretik diberikan pascasalin dan pemberiannya bersamaan dengan MgSO<sub>4</sub> tidak memberikan resiko efek samping. Diuretik oral diberikan jika ingin meningkatkan diuresis.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bool SL, et al. William Obstetric. Obstetrical Hemorrhage. McGrawHill Company 23<sup>rd</sup> Ed. 2010;35:757-803.
2. Callaghan WM, Creanga AA, Kuklina EV. Severe Maternal Morbidity Among Delivery and Postpartum Hospitalizations in The United Stase. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1029-36.
3. Sibai, Baha M. Managemnet of Obstetrics Emergency, Elsevier Saunders. Philadelphia, 2011. 41-60.
4. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving The Accuracy of Estimated Blood Loss at Obstetric Haemorrhage Using Clinical Reconstruction. *BJOG* 2006;113:919-24.
5. Anderson JM. Prevention And Managemnet of Postpartum Hemorrhage. *Am Fam Physician.* 2007 Mar 15;75(6):875-882.
6. RCOG Green-Top Guideline No 52. 2009
7. Walfish M, Nauman A, Wlody D. Maternal Haemorrhage. *Br.J.Anaesh*, 2009;103(1):147-156.
8. Sibai BM. Evaluation and Management of Antepartum and Intrapartum Hemorrhage. In *Management of Acute Obstetric Emergencies.* Elsevier, Philadelphia. 2011; 3:15-40.



56<sup>th</sup> ANNIVERSARY OF MEDICAL FACULTY  
OF SAM RATULANGI UNIVERSITY  
MANADO



*Symposium*  
**CLINICAL EMERGENCY**

**This is to certify that :  
Dr. dr. John Wantania, Sp.OG (K)**

**Has participated as a  
SPEAKER**

**Held in Sintesa Peninsula Hotel, Manado May 23<sup>rd</sup> 2015**

Accredited by The North Sulawesi Indonesian Medical Association No. 126/PW-IDI/SULUT/ SKP/IV-2015  
Participant 4 SKP, Speaker 8 SKP, Moderator 2 SKP, Committee 1 SKP

**Dean of Medical Faculty**

**Prof. Dr. dr. Adrian Umboh, Sp.A(K)**

**Chairman of Committee**

**Dr. dr. Rocky Wilar, Sp.A(K)**

**Coordinator of Scientific**

**Dr. dr. John Wantania, Sp.OG(K)**