

Cephalopelvic Disporpotion (CPD)

Early Detection of Malignancy

Yan Wisnu Prajoko*

*Staf Pengajar Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Ilustrasi Kasus: Wanita 19 tahun, G2P0A1 datang ke RSB Budi Rahayu rujukan dari Puskesmas pada jam 12.45 dengan CPD. Tinggi ibu 140 cm dan dari pemeriksaan fisik ditemukan Osborn test (+).

Masalah yang Dikaji: Apa yang dimaksud dengan CPD dan bagaimanakah penanganan yang tepat pada CPD?

Analisa Masalah: *Cephalopelvic disproportion* (CPD) merupakan hambatan persalinan akibat ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan pelvis ibu. Penyebab dari CPD antara lain janin yang besar, kelainan posisi dan presentasi, dan panggul sempit. Pemeriksaan fisik yang mengarahkan pada diagnosis CPD adalah: Osborn dan Muller test. Penanganan pada CPD mengikuti algoritma tergantung luasnya PAP, PTP, dan PBP.

Kesimpulan: CPD adalah hambatan persalinan akibat ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan pelvis ibu dengan penanganan mengikuti algoritma tergantung luasnya PAP, PTP, dan PBP.

I. Ilustrasi Kasus

Wanita 19 tahun, G2P0A1 datang ke RSB Budi Rahayu rujukan dari Puskesmas pada jam 12.45 dengan CPD. Tinggi ibu 140 cm dan dari pemeriksaan fisik ditemukan Osborn test (+).

II. Dokumentasi

1. Identitas Pasien

- Nama : Ny. W
- Umur : 19 tahun
- Pendidikan : SD
- Pekerjaan : IRT
- Nama suami : Tn. Slamet

Umur : 35
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Supir
Agama : Islam
Alamat : Daleman kidul, Pakis

Tanggal masuk : 2 – 1 – 2014

2. Anamnesa

a). Keluhan utama : pasien datang dalam keadaan inpartu, kepala belum turun. b). RPS : pasien datang dengan rujukan puskesmas G2P0A1 pada pukul 12.45 dengan suspek CPD.

c). RPD : -

d). RPK : -

e). Riwayat Haid : - menarche : 13 tahun

- siklus : 28 hari

- lama haid : 7 hari

- disertai nyeri : tidak

- HPHT : 4-3-2013

- HPL : 11-12-2014

f). Riwayat perkawinan : menikah 1 kali, dengan suami sekarang 1 tahun.

3. Pemeriksaan Fisik

Palpasi : TFU 32 cm, presentasi kepala, punggung kanan

VT : portio posterior, diameter 2 cm, effacement 30%, KK (+), kepala masih tinggi, LD (+),

Osborn test (+).

4. Diagnostik

G2P0A1, ui 19 tahun, uk 43 minggu

Janin I hidup intrauterine

Preskep – puka

CPD

5. Riwayat obstetric

1. UK 16 minggu, abortus

III. Masalah yang Dikaji

1. Apa yang dimaksud dengan CPD?
2. Bagaimanakah penanganan yang tepat pada CPD?

IV. Analisa Masalah

Cephalopelvic disproportion (CPD) merupakan hambatan persalinan akibat ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan pelvis ibu.^{(1),(2)}

Penyebab dari CPD antara lain⁽²⁾ :

1. Janin yang besar
2. Kelainan posisi dan presentasi
3. Panggul sempit

Janin yang besar ialah janin yang beratnya lebih dari 4000 gram, namun terdapat kepustakaan lain yang menyebutkan anak besar yang dapat menyulitkan persalinan jika beratnya lebih dari 4500 gram. Kesulitan dalam persalinan timbul akibat regangan dinding uterus yang berlebihan akibat bayi besar sehingga menyebabkan inersia uteri dan dapat meningkatkan resiko perdarahan post partum akibat atonia uteri. Jika panggul normal, bisa dilakukan persalinan pervaginam.⁽³⁾

Kelainan posisi dan presentasi antara lain^{(2),(4)} :

a). Presentasi muka

Merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah.

Pengelolaan pada presentasi muka :

Kala I : Observasi sampai pembukaan lengkap

Kala II : Bila dagu di depan, dilakukan persalinan pervaginam atau ekstraksi forceps. Bila dagu tetap di belakang, dilakukan section sesarea.

b). Presentasi Dahi

Merupakan presentasi kepala dengan defleksi sedang, biasanya merupakan keadaan sementara dan sering berubah menjadi presentasi muka.

Pengelolaan pada presentasi dahi :

1. Presentasi dahi yang bersifat sementara, bayi dapat lahir spontan sebagai presentasi belakang kepala atau muka.

2. Presentasi dahi menetap, janin tak mungkin lahir pervaginam sehingga persalinan diakhiri dengan seksio sesarea.

c). Letak Lintang

Pada letak lintang, sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu.⁽³⁾

Penyebab letak lintang :

- dinding perut yang kendur, seperti pada multiparitas
- kesempitan panggul
- plasenta previa
- prematuritas
- kelainan bentuk Rahim
- kehamilan ganda

- mioma uteri

Pengelolaan pada letak lintang :

- pada saat kehamilan dilakukan versi luar pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih
- bila versi luar tidak berhasil, dilakukan seksio sesaria pada usia kehamilan lebih dari atau sama dengan 28 minggu

d). Kelainan posisi (Positio Occipito Posterior Persistent)

Merupakan presentasi ubun-ubun kecil di belakang yang disebabkan karena kegagalan rotasi interna.

Penanganan : persalinan pervaginam dengan episiotomy yang lebih lebar untuk menghindari rupture perinei totalis.

Panggul sempit merupakan kelainan pada diameter panggul yang mengurangi kapasitas panggul sehingga menimbulkan distosia pada persalinan.

Klasifikasi dan kriteria diagnosis panggul sempit :

a). kesempitan pintu atas panggul

- panggul sempit relative : konjugata vera $> 8,5 - 10$ cm
- panggul sempit absolut : konjugata vera $\leq 8,5$ cm

b). kesempitan pintu tengah panggul

- jumlah diameter transversa (antara kedua spina) dan diameter sagitalis posterior ≤ 13.5 cm.

- diameter spina < 9 cm, atau bila ditemukan :

- # spina ischiadica sangat menonjol
- #dinding samping panggul konvergen

c). kesempitan pintu bawah panggul

Bila jarak tuber os ischiadicum 8 cm atau kurang.

Tanda-tanda adanya kemungkinan panggul sempit antara lain :

1. pada primipara, kepala anak belum turun setelah minggu ke-35

2. pada primipara terdapat perut menggantung
3. pada multipara, persalinan sebelumnya sulit
4. adanya kelainan letak pada usia kehamilan > 35 minggu
5. terdapat kelainan bentuk badan ibu (pendek, scoliosis, pincang, dll)

Teknik Osborn Test(4) :

1. pasien tidur terlentang
2. kepala janin dipegang oleh tangan kiri pemeriksa
3. dua jari tangan kanan pemeriksa berada di atas simfisis, permukaan jariberada pada permukaan anterior pada simfisis
4. tekan kepala bayi ke bawah dan belakang, lalu tentukan derajat tumpang tindihnya.

Interpretasi Osborn test :

- kepala dapat ditekan ke dalam panggul dan tidak dapat tumpang tindih dari tulang parietal → CPD (-)
- kepala dapat ditekan sedikit, terdapat sedikit tumpang tindih dari tulang parietal sekitar 0,5 cm → CPD sedang, lanjutkan dengan Muller test
- kepala tidak dapat dimasukkan ke dalam tulang panggul, tulang parietal menggantung di atas simfisis dengan dibatasi jari → CPD (+)

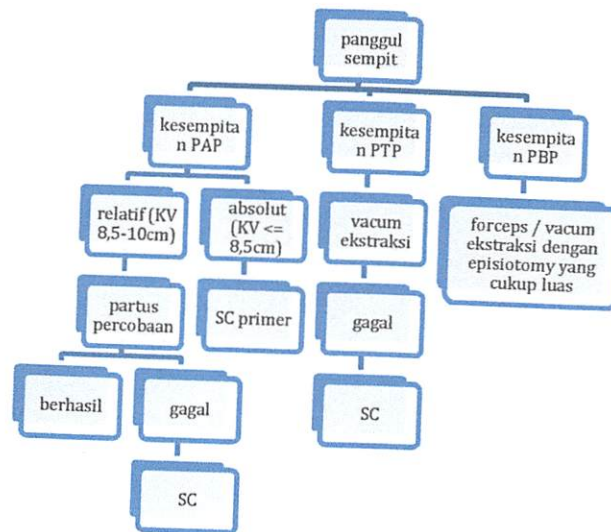
Teknik Muller Test :

1. Pasien tidur terlentang
2. Satu tangan memegang kepala dari luar atas simfisis
3. Dua jari dari tangan yang lain masuk ke dalam vagina, sampai pintu atas panggul
4. Tangan luar mendorong kepala anak ke arah simfisis

Interpretasi :

- kepala bayi teraba oleh kedua jari → CPD (-)
- kepala bayi tak teraba oleh kedua jari → CPD (+)

Pengelolaan Panggul Sempit (4):



V. Kesimpulan

1. CPD adalah hambatan persalinan akibat ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan pelvis ibu.
2. Penanganan yang tepat untuk CPD adalah berdasarkan etiologinya pada janin besar dengan panggul normal dapat dilakukan persalinan spontan pervaginam. Pada kelainan posisi dan presentasi biasanya dilakukan section sesaria. Pada ke sempitan PAP dapat dilakukan partus percobaan yang bila gagal harus dilakukan section sesaria. Pada ke sempitan PTP dapat dilakukan VE yang bila gagal harus dilakukan SC. Pada ke sempitan PBP dilakukan forceps / VE dengan episiotomy yang cukup luas.

VI. Referensi

1. Winkjosastro H. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2006.
2. Cunningham, F. Gary et. a. Williams Obstetri 22nd edition. MC. Graw Hill; 2004.
3. Nicholson JM, Kellar LC. The Active Management of Impending Cephalopelvic Disproportion in Nulliparous Women at Term: A Case Series. J Pregnancy [Internet]. 2010;2010:1–5. Available from: downloads.hindawi.com/journals/jp/2010/708615.pdf%0A
4. Althaus JE, Petersen S, Driggers R, Cootauco A, Bienstock JL, Blakemore KJ. Cephalopelvic disproportion is associated with an altered uterine contraction shape in the active phase of labor. Am J Obstet Gynecol. 2006 Sep;195(3):739–42.



Sertifikat



Diberikan Kepada

Dr. dr. Yan Wisnu Prajoko, M.Kes, Sp.B(K) Onk

Pembicara

Atas partisipasinya pada acara

“CPD : Early Detection of Malignancy”

Semarang, 10 Februari 2018

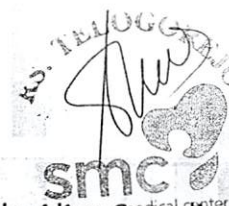
SK IDI WIL - JATENG NO : 03/IDI/Wil-Jateng/SKP/II/2018

Peserta Dokter 4 SKP IDI, Pembicara Dokter 8 SKP IDI, Moderator Dokter 2 SKP IDI, Panitia Dokter 1 SKP IDI



dr. Djoko Widyarto JS, DHM, MHKes

Ketua IDI Wilayah Jawa Tengah



Direktur Utama SMC RS. Telogorejo