

MODUL TEORI
KOMPLIKASI DALAM KEHAMILAN,
PERSALINAN, NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR



Disusun Oleh :

NOVIANTI, S.ST.,M.Keb

LINDA YULYANI, S.ST.,M.Keb

ASMARIYAH, S.ST.,M.Keb

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU
PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS BENGKULU

Visi dan Misi

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM**

Visi

Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan yang Berbudaya, Unggul dan Profesional Dalam Menjalankan Praktik Kebidanan Holistik Berdasarkan *Evidence Based Midwifery* dengan Penerapan *Interprofessional Education*

Misi

1. Menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan akademik dan profesi bidan yang berbudaya, unggul dan profesional pada pelayanan kebidanan holistik berdasarkan *evidence based midwifery* dengan menerapkan Interprofessional Education (IPE)
2. Meningkatkan kualitas penelitian dan publikasi ilmiah yang berkontribusi pada IPTEK dan *evidence based midwifery* melalui pendekatan lintas profesi (*Interprofessional Collaboration/IPC*)
3. Menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan pengabdian masyarakat bidang asuhan kebidanan yang berorientasi pada pengembangan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.
4. Menerapkan sistem tata kelola yang dapat dipertanggungjawabkan;
5. Meningkatkan kerjasama bidang pendidikan dan penelitian dengan berbagai institusi tingkat nasional dan internasional

LEMBAR PENGESAHAN

Modul Teori Komplikasi dalam Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir ini
sah untuk digunakan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Bengkulu

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi



Yetti Purnama, S.ST.,M.Keb
NIP: 197705302007012007

DAFTAR ISI

	Halaman
Pendahuluan	iii
Petunjuk Penggunaan Modul	v
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar.....	viii
Daftar Kompetensi Klinik	ix

BAB I Asuhan Kebidanan Kolaboratif Kehamilan Patologis Dan Komplikasi

A. Tujuan Pembelajaran.....	1
B. Pertanyaan Pendahuluan	1
C. Ringkasan Teori, Tata Laksana, dan Edukasi	1
D. Latihan Kasus.....	30
E. Kunci Jawaban	31
F. Pembahasan.....	31
G. Referensi	32

BAB II Asuhan Kebidanan Kolaboratif Persalinan Patologis Dan Komplikasi

A. Tujuan Pembelajaran.....	34
B. Pertanyaan Pendahuluan.....	34
C. Ringkasan Tata Laksana dan Edukasi	34
D. Latihan Kasus	55
E. Kunci Jawaban	57
F. Pembahasan	57
G. Referensi.....	57

DAFTAR TABEL

Tabel 1	4
Tabel 1.1	5
Tabel 1.2	5
Tabel 1.3	6
Tabel 1.4	6
Tabel 1.5	24
Tabel 2	35
Tabel 2.1	36
Tabel 3	61
Tabel 4	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.....	77
Gambar 4.1	77
Gambar 4.2	77
Gambar 4.3	81
Gambar 4.4	83

DAFTAR KOMPETENSI KLINIK

Pada modul ini, rekan mahasiswa dapat melaksanakan asuhan kebidanan pada permasalahan sebagai berikut :

A. Daftar Target Kompetensi

Adapun daftar target kompetensi sebagai berikut :

No	Target Kompetensi
1	Asuhan kolaboratif kehamilan patologis dan komplikasi
2	Asuhan kolaboratif persalinan patologis dan komplikasi
3	Asuhan kolaboratif nifas patologis dan komplikasi
4	Asuhan kolaboratif BBL patologis dan komplikasi

BAB I

ASUHAN KEBIDANAN KOLABORATIF KEHAMILAN PATOLOGIS DAN KOMPLIKASI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi masa kehamilan, rekan mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistic
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini :

1. Apa yang dimaksud dengan perdarahan pada kehamilan?
2. Bagaimana pengelolaan perdarahan pada kehamilan?
3. Apa yang dimaksud dengan Hiperemesis gravidarum?
4. Bagaimana pengelolaan hiperemesis gravidarum?
5. Apa yang dimaksud Anemia dalam kehamilan?
6. Apa saja tanda dan gejala anemia dalam kehamilan?
7. Bagaimana deteksi dini oligohidramnion?
8. Bagaimana penatalaksanaan oligohidramnion?

C. Ringkasan Tata Laksana dan Edukasi

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi kehamilan

- a. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi kehamilan kunjungan awal

1) Data Subjektif

- a) Biodata ibu dan suami (Nama, usia, alamat, no hp, suku/bangsa, agama, golongan darah)
- b) Keluhan utama/alasan berkunjung
- c) Status dan riwayat obstetric
- d) Riwayat menstruasi

- e) Riwayat kehamilan sekarang
- f) Riwayat perkawinan
- g) Riwayat kontrasepsi
- h) Riwayat kesehatan
- i) Riwayat alergi
- j) Pola makan dan minum
- k) Pola aktivitas dan istirahat
- l) Pola eliminasi
- m) Pola seksual
- n) Personal hygiene
- o) Obat yang sedang dikonsumsi ibu
- p) Kebiasaan ibu : merokok, narkoba, jamu
- q) Keadaan psikososial spiritual ibu

2) Data Objektif

- a) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
- b) Pemeriksaan berat badan
- c) Pemeriksaan tinggi badan
- d) Pengukuran lingkar lengan atas
- e) Pemeriksaan fisik (muka, payudara, abdomen, kaki)
- f) Pemeriksaan Leopold
- g) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- h) Pemeriksaan denyut jantung janin
- i) Pemeriksaan genitalia
- j) Pemeriksaan panggul luar
- k) Pemeriksaan Hb dan golongan darah
- l) Pemeriksaan Protein dan glukosa urin

b. Pengkajian pada ibu hamil kunjungan ulang

1) Data Subjektif

- a) Keluhan utama/alasan berkunjung
- b) Keluhan yang dirasakan ibu dan bagaimana mengatasinya
- c) Perasaan dan kekhawatiran sejak kunjungan terakhir
- d) Gerakan janin pada 24 jam terakhir
- e) Masalah atau tanda-tanda bahaya yang mungkin dialami ibu
- f) Pola makan dan minum
- g) Pola aktivitas dan istirahat

- h) Pola eliminasi
 - i) Pola seksual
 - j) Personal hygiene
 - k) Obat yang dikonsumsi ibu
 - l) Kebiasaan ibu : merokok, narkoba, jamu
 - m) Keadaan psikososial spiritual ibu
 - n) Persiapan persalinan
- 2) Data Objektif
- a) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
 - b) Pemeriksaan berat badan
 - c) Pemeriksaan fisik (muka, payudara, genitalia, kaki)
 - d) Pemeriksaan Leopold
 - e) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - f) Pemeriksaan denyut jantung janin
 - g) Pemeriksaan Osborn
 - h) Pemeriksaan HB

2. Pemeriksaan Protein dan glukosa urin Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi dalam kehamilan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Perdarahan pada kehamilan muda 2. Perdarahan pada kehamilan lanjut 3. Hipertensi, Pre eklampsia dan eklampsia 4. Anemia 5. Hiperemesis gravidarum 6. Kelainan letak 7. Kehamilan ganda 8. Kelainan lamanya kehamilan 9. Kelainan air ketuban 10. Syok obstetri 11. Kehamilan disertai penyakit 12. Kehamilan disertai infeksi 13. Kehamilan disertai PMS 14. Kehamilan dengan penyakit gangguan jiwa

Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Perdarahan pada kehamilan muda 2. Perdarahan pada kehamilan lanjut 3. Pre eklampsia dan eklampsia 4. Kelainan lamanya kehamilan 5. Syok obstetri
-----------------------------------	---

Tabel 1.

3. Perencanaan asuhan pada klien masa prakonsepsi dan perencanaan kehamilan dengan pendekatan holistik

Setiap wanita hamil memerlukan minimal 4 kali kunjungan selama periode antenatal terjadwal, kecuali sewaktu-waktu dirasa ada tanda bahaya kehamilan:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara 14-28 minggu)
- c. Dua kali kunjungan selama trimester kedua (antara 28-36 minggu dan sesudah minggu ke 36)

Tabel tindakan bidan untuk setiap kunjungan

Kunjungan (Waktu)	Kegiatan
Trimester pertama (Sebelum 14 minggu)	1. Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil 2. Mendeteksi masalah dan mengatasinya 3. Memberitahukan hasil pemeriksaan 4. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan 5. Mengajarkan dan mendorong perilaku yang sehat cara hidup sehat bagi wanita hamil dan mengenali (tanda- tanda bahaya kehamilan) 6. Memberikan imunisasi tetanus toxoid, tablet besi 7. Mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan 8. Menjadwalkan kunjungan berikutnya 9. Mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan
Trimester kedua (antara 14-28 minggu)	1. Sama seperti di atas 2. Kewaspadaan khusus terhadap pre eklampsi

Kunjungan (Waktu)	Kegiatan
Trimester ketiga (antara minggu 28-36)	1. Sama seperti di atas 2. Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga (lebih dari 36 minggu)	1. Sama seperti di atas 2. Deteksi letak janin dan kondisi lain yang mengharuskan bersalin di rumah sakit

Tabel 1.1

Perencanaan pada kasus patalogi dan komplikasi kebidanan adalah sebagai berikut.

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Mempersiapkan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Menjadwalkan kunjungan ulang 6. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 7. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan kehamilan 2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

Tabel 1.2

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Melakukan upaya promosi kesehatan 4. Mempersiapkan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Menjadwalkan kunjungan ulang 6. Merujuk ke dokter untuk konsultasi/kolaborasi/ rujukan 7. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan kehamilan 2. Merujuk ke SpOG/RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

Tabel 1.3

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi kehamilan

Gambaran evaluasi yang dilakukan pada asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi kehamilan adalah :

Kategori	Gambaran
Kehamilan dengan masalah kesehatan/ komplikasi	1. Evaluasi keefektifan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Evaluasi keefektifan konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 3. Evaluasi upaya promosi kesehatan 4. Evaluasi persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan 5. Evaluasi ketaatan kunjungan ulang 6. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Kehamilan dengan kegawatdaruratan	1. Evaluasi tindak lanjut hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

Tabel 1.4

6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah

data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

- a. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.
- b. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
- c. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
- d. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

7. Tinjauan Teori

A. Perdarahan pada kehamilan

1. Perdarahan kehamilan muda

a. Abortus

1) Klasifikasi Abortus

- a) Abortus Imminens (Keguguran mengancam)
Perdarahan pervaginam sedikit, hasil konsepsi masih di dalam uterus, tidak ada pembukaan ostium uteri internum (OUI), nyeri memilin, uterus sesuai dengan usia kehamilan, tes hamil (+).
- b) Abortus Insipiens (Keguguran tidak dapat dicegah)
Perdarahan (kadang bergumpal), hasil konsepsi masih di dalam uterus, terdapat pembukaan servik, uterus sesuai dengan usia kehamilan, mules/nyeri sering dan kuat.
- c) Abortus Inkomplit (Keguguran tidak lengkap)

Pengeluaran sebagian hasil konsepsi, masih ada sisa di dalam uterus, terdapat pembukaan ostium uteri internum (OUI) dan teraba sisa, perdarahan/tidak berhenti jika hasil konsepsi belum keluar semua, bisa sampai syok bila perdarahan sangat banyak.

- d) Abortus Komplit (Keguguran lengkap)
Semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan, ostium sudah menutup, perdarahan sedikit, uterus lebih kecil.

2) Penatalaksanaan Abortus

- a) Abortus Imminens
 - (1) Tidak perlu pengobatan khusus atau tirah baring total
 - (2) Jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual.
 - (3) Perdarahan berhenti, lakukan asuhan antenatal seperti biasa.
 - (4) Lakukan penilaian jika perdarahan terjadi lagi.
 - (5) Perdarahan terus berlangsung : nilai kondisi janin (uji kehamilan/USG).
 - (6) Lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain. Perdarahan berlanjut, khususnya jika ditemui uterus yang lebih besar dari yang diharapkan, mungkin menunjukkan kehamilan ganda atau mola
 - (7) Tidak perlu terapi hormonal (estrogen atau progestin) atau tokolitik (seperti salbutamol atau indometasis) karena obat-obat ini tidak dapat mencegah abortus
- b) Abortus Incipient
 - (1) Lakukan konseling terhadap kehamilan yang tidak dapat dipertahankan
 - (2) Lakukan rujukan ibu ketempat layanan sekunder
 - (3) Informasi mengenai kontrasepsi pasca keguguran
 - (4) Jelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi.

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

c) Abortus Inkomplit

- (1) Lakukan konseling kemungkinan adanya sisa kehamilan
- (2) Jika perdarahan ringan atau sedang dan usia kehamilan < 16 mg, gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks.
- (3) Jika perdarahan berat dan usia kehamilan < 16 mg, dilakukan evakuasi isi uterus.
- (4) Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu).
- (5) Jika usia kehamilan > 16 mg, berikan infus 20 IU oksitosin dalam 500 ml NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.
- (6) Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg)
- (7) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam.
- (8) Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang

serta pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan.

- d) Abortus Komplit
 - (1) Tidak diperlukan evakuasi lagi
 - (2) Lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran
 - (3) Observasi keadaan ibu apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600 mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah
 - (4) Evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu

b. Kehamilan Ektopik Terganggu

1) Pengertian

Kehamilan ektopik ialah terjadinya implantasi (kehamilan) diluar kavum uteri. Kebanyakan kehamilan ektopik di tuba, hanya sebagian kecil di ovarium, kavum abdomen, kornu. Kejadian kehamilan ektopik ialah 4,5-19,7/1000 kehamilan. Beberapa faktor risiko ialah : radang pelvik, bekas ektopik, operasi pelvik, anomalia tuba, endometris dan perokok.

2) Gejala

Gejala trias yang klasik ialah : amenorrhea, nyeri perut dan perdarahan pervaginam. Pada kondisi perdarahan akan ditemukan renjatan, dan nyeri hebat di perut bawah. Uterus mungkin lebih besar sedikit, dan mungkin terdapat massa tumor di adneksa. Dengan USG kehamilan intrauterin akan dapat ditentukan, sebaliknya harus dicari adanya kantong gestasi atau massa di adneksa/kavum douglas.

Bila USG ditemukan kantong gentasi intrauterine (secara abdominal USG), biasanya kadar BhCG ialah 6500 iu; atau 1500 iu bila dilakukan USG transvaginal. Bila ditemukan kadar seperti itu dan tidak ditemukan

kehamilan intrauterin, carilah adanya kehamilan ekstrauterin.

3) Penatalaksanaan

Bila ditemukan keadaan abdomen akut maka tindakan terbaik ialah hemostasis KET. Jenis tindakan yang akan diambil, harus memperhitungkan pemulihan fungsi kedua tuba. Bila ibu masih ingin hamil maka lakukan salpingostomi. Bila kondisi gawatdarurat, tidak ingin hamil lagi, robekan tidak beraturan, terinfeksi, perdarahan tak dapat dikendalikan maka lakukan salpingektomi. Pada umumnya akan dilakukan prosedur berikut ini :

- a) Pasang infus untuk substitusi kehilangan cairan dan darah
- b) Transfusi Hb < 6g%, Bila tidak segera tersedia darah, lakukan autotransfusi selama prosedur operatif
- c) lakukan prosedur parsial salpingektomi atau eksisi segmental yang dilanjutkan dengan salpingorafi (sesuai indikasi)
- d) lakukan pemantauan dan perawatan pascaoperatif
- e) Coba infus dan transfusi setelah kondisi pasien stabil
- f) Realimentasi, mobilisasi dan rehabilitasi kondisi pasien sesegera mungkin

Pada kehamilan ektopik belum terganggu, kondisi hemodinamik stabil, massa < 4 cm dan tidak ada perdarahan intraabdomen maka pertimbangkan pemberian MTX. Keberhasilan manajemen MTX dapat mencapai 80%. Berikan 50 mg MTX dan lakukan observasi BhCG yang akan menurun tiap 3 hari. Setelah

1 minggu, lakukan USG ulang, bila besar kantong tetap dan pulsasi, atau B-hCG meningkat > 2 kali dalam 3 hari. Berikan penjelasan pada pasien tentang risiko/keberhasilan terapi konservatif dan segera lakukan terapi aktif. Bila pasien tak mampu mengenali tanda bahaya, sebaiknya

rawat inap untuk observasi.

Pada perdarahan hebat dan massif intraabdomen dimana pengganti belum cukup tersedia dan golongan darah yang langka maka pertimbangkan tindakan transfuse autolog. Isap darah dengan semprit 20 ml, lakukan penyaringan dan kumpulkan dalam labu darah berisi antikoagulan, kemudian transfusi kembali ke pasien.

c. Mola Hidatidosa

Kehamilan mola merupakan proliferasi abnormal dari villi khorialis.

1) Tanda Gejala Mola Hidatidosa

- a) Gejala sangat bervariasi mulai perdarahan mendadak disertai shock sampai perdarahan samar – samar sehingga sukar untuk dideteksi
- b) Seperti hamil muda, tetapi derajat keluhan sering lebih hebat
- c) Uterus lebih besar dari usia kehamilan
- d) Tidak ada tanda-tanda adanya janin
- e) Nyeri perut
- f) Serviks terbuka
- g) Mungkin timbul preeklamsia atau eklamsia pada usia kehamilan > 24 minggu
- h) Penegakkan diagnosis kehamilan mola dibantu dengan pemeriksaan USG

2) Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Dengan Mola Hidatidosa

- a) Tatalaksana Umum
 - (1) Diagnosis dini tanda mola
 - (2) Beri infus NS/RL preventif terhadap perdarahan hebat
 - (3) Observasi kadar HCg
 - (4) Observasi kadar Hb dan T/N/S serta perdarahan pervaginam
 - (5) Rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap untuk dilakukan evakuasi jaringan mola
- b) Tatalaksana Khusus

- (1) Pasang infus oksitosin 10 unit dalam 500 ml NaCl 0.9% atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes/menit untuk mencegah perdarahan.
- (2) Pengosongan isi uterus dengan menggunakan Aspirasi Vakum Manual (AVM)
- (3) Ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal bila masih ingin memiliki anak, atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan
- (4) Selanjutnya ibu dipantau: Pemeriksaan HCG serum setiap 2 minggu.
- (5) Bila hasil HCG serum terus menetap atau naik dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut, ibu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier yang mempunyai fasilitas kemoterapi

c) Penanganan Selanjutnya

- (1) Pasien dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal atau tubektomi
- (2) Lakukan pemantauan setiap 8 minggu selama minimal 1 tahun pasca evakuasi dengan menggunakan tes kehamilan dengan urin karena adanya resiko timbulnya penyakit trofoblas yang menetap
- (3) Jika tes kehamilan dengan urin yang belum memberi hasil negatif setelah 8 minggu atau menjadi positif kembali dalam satu tahun pertama, rujuk ke rumah sakit rujukan tersier untuk pemantauan dan penanganan lebih lanjut

2. Perdarahan pada kehamilan lanjut

a. Plasenta previa

1) Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang ada di depan jalan lahir (prae= di depan; vias = jalan). Jadi yang

dimaksud ialah plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum (Wahyu, 2013). Plasenta previa ialah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau didaerah fundus uteri (Fadlun, 2011). Plasenta previa merupakan implantasi plasenta yang dapat menimbulkan perdarahan yang membahayakan ibu. Darah retroplasenter, merupakan darah sirkulasi janin namun secara tidak langsung perdarahan yang terjadi pada kehamilan harus mendapatkan perhatian khusus (Manuaba, 2010).

2) Etiologi

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit ditentukan, tetapi ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa misalnya bekas operasi rahim (bekas sesaratau operasi mioma, sering mengalami infeksi rahim (radang panggul), kehamilan ganda, pernah plasenta previa, kelainan bawaan rahim. Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan yang endometriumnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baik vaskularisasi desidua.

Keadaan ini bisa ditemukan pada :

- a) Multipara, terutama jika jarak antara kehamilan pendek
- b) Mioma uteri
- c) Koretasi yang berulang
- d) Umur lanjut
- e) Bekas seksio sesarea (Wahyu, 2013).

Letak plasenta biasanya umumnya didepan atau dibelakang dinding uterus, agak keatas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologi karena permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi. Ditempat-tempat tertentu pada implantasi plasenta terdapat vena-vena yang lebar (sinus) untuk menampung darah kembali. Pada pinggir plasenta di beberapa tempat terdapat suatu ruang vena yang luas untuk menampung darah yang berasal dari ruang

intervaller diatas. Darah ibu yang mengalir di seluruh plasenta diperkirakan naik dari 300 ml tiap menit pada kehamilan 20 minggu sampai 600 ml tiap menit pada kehamilan 40 minggu. Perubahan-perubahan terjadi pula pada jongsot-jongsot selama kehamilan berlangsung. Pada kehamilan 24 minggu lapisan sinsitium dari vili tidak berubah akan tetapi dari lapisan sitotropoblast sel-sel berkurang dan hanya ditemukan sebagai kelompok-kelompok sel-sel; stroma jongsot menjadi lebih padat, mengandung fagosit—fagosit, dan pembuluh-pembuluh darahnya lebih besar dan lebih mendekati lapisan trofoblast.

Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada triwulan ketiga karena saat itu segmen bawah uterus lebih mengalami perubahan berkaitan dengan semakin tuanya kehamilan. Implantasi plasenta di segmen bawah rahim dapat disebabkan :

- a) Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi.
- b) Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi janin.
- c) Villi korealis pada korion leave yang persisten (Fauziah, 2012).

3) Faktor Resiko Plasenta Previa

Penyebab plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa yaitu umur, banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan (paritas), hipoplasia endometrium, korpus luteum bereaksi lambat, tumor-tumor (seperti mioma uteri, polip endometrium, dan manual plasenta, kehamilan kembar, serta riwayat plasenta previa sebelumnya.

- a) Umur
- b) Banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan (paritas)
- c) Riwayat kehamilan sebelumnya

4) Tanda dan Gejala

- a) Perdarahan pervaginam

Darah berwarna merah terang pada umur kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga merupakan tanda utama plasenta previa. Perdarahan pertama biasanya tidak banyak sehingga tidak akan berakibat fatal, tetapi perdarahan berikutnya hampir selalu lebih banyak dari perdarahan sebelumnya.

- b) Tanpa alasan dan tanpa nyeri Kejadian yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan tanpa nyeri yang biasanya baru terlihat setelah kehamilan trimester ketiga.

(1) Pada ibu

Bergantung keadaan umum dan jumlah darah yang hilang, perdarahan yang sedikit demi sedikit atau dalam jumlah banyak dengan waktu yang singkat, dapat menimbulkan anemia sampai syok.

(2) Pada janin

Turunnya bagian bawah janin ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP) akan terhalang, tidak jarang terjadi kelainan letak janin dalam rahim, dan dapat menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim (Fauziyah, 2012).

5) Patofisiologi

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uterus telah terbentuk dan mulai melebar serat menipis. Umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena perobekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal (Wahyu, 2013).

6) Klasifikasi

Ada beberapa grade dari plasenta previa, yaitu:

- a) Plasenta previa totalis, dimana ostium internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.

- b) Plasenta previa parsialis, dimana ostium uteri internum sebagian ditutupi oleh plasenta.
- c) Plasenta previa marginalis, dimana bagian tepi dari plasenta berada di pinggir dari ostium uteri internum.
- d) Plasenta letak rendah, dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, tetapi tepi dari plasenta tidak mencapai ostium uteri internum, namun berada di dekatnya (Fauziyah, 2012).

7) Komplikasi

Pada ibu dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat perdarahan, anemia karena perdarahan, plasentitis dan endometris pasca persalinan. Pada janin biasanya terjadi persalinan premature dan komplikasinya seperti afiksia berat. Perdarahan post partum dan syok, karena kurang kuatnya kontraksi segmen bawah rahim, infeksi dan trauma dan uterus serviks.

- a) Terjadinya infeksi
- b) Laserasi serviks
- c) Plasenta akreta
- d) Prematuritas atau lahir mati pada bayi
- e) Prolaps tali pusar
- f) Prolaps plasenta (Wahyu, 2013).

8) Penanganan

Penderita dengan plasenta previa datang dengan keluhan adanya perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester kedua dan trimester ketiga. Penatalaksanaan plasenta previa tergantung dari usia gestasi penderita dimana akan dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu mengakhiri kehamilan, ataupun ekspektatif yaitu mempertahankan kehamilan selama mungkin.

- a) Terapi ekspektatif (pasif) Tujuan ekspektatif ialah supaya janin tidak terlahir prematur, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik. Syarat syarat terapi ekspektatif :

- (1) Kehamilan preterm dengan perdarahan yang sedikit kemudian berhenti.
- (2) Belum ada tanda-tanda inpartu.
- (3) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal).
- (4) Janin masih hidup.

b) Terapi aktif

Wanita hamil diatas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin. Cara menyelesaikan persalinan dengan plasenta previa.

(1) Sectio caesarea.

Prinsip utama dalam melakukan sectio caesarea adalah untuk menyelamatkan ibu, sehingga walaupun janin meninggal ataupun tidak mempunyai harapan hidup, tindakan ini tetap dilakukan.

(2) Melahirkan pervaginam Perdarahan akan berhenti jika ada penekanan pada plasenta. Penekanan tersebut dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut :

(a) Amniotomi dan akselerasi

Umumnya dilakukan pada plasenta previa lateralis/marginalis dengan pembukaan > 3 cm serta presentasi kepala. Dengan memecah ketuban, plasenta akan mengikuti segmen bawah rahim dan ditekan oleh kepala janin. Jika kontraksi uterus belum ada atau masih lemah, akselerasi dengan infus oksitosin.

(b) Versi Braxton Hicks Tujuan melakukan versi Braxton Hicks telah melakukan tamponade plasenta dengan bokong (dan kaki) janin. Versi Braxton Hicks tidak dilakukan pada janin yang masih hidup.

(c) Traksi dengan Cunam Willet Kulit kepala janin dijepit dengan Cunam Willet, kemudian beri beban secukupnya sampai perdarahan berhenti. Tindakan ini kurang efektif untuk menekan plasenta dan seringkali menyebabkan perdarahan pada kulit kepala. Tindakan ini biasanya

dikerjakan pada janin yang telah meninggal dan perdarahan tidak aktif.

Plasenta previa dengan perdarahan merupakan keadaan darurat kebidanan yang memerlukan penanganan yang baik. Bentuk pertolongan pada plasenta previa adalah :

- (1) Segera melakukan operasi persalinan untuk dapat menyelamatkan ibu dan anak untuk mengurangi kesakitan dan kematian.
- (2) Memecahkan ketuban di atas meja operasi selanjutnya pengawasan untuk dapat melakukan pertolongan lebih lanjut.
- (3) Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang mempunyai fasilitas yang cukup (Fauziyah, 2012).

b. Solusio plasenta

1) Definisi

Solusio Plasenta yaitu lepasnya plasenta dari tempat melekatnya yang normal pada uterus sebelum janin dilahirkan.

2) Gejala dan Tanda Utama

- a) Perdarahan dengan nyeri intermitten atau menetap
- b) Warna darah kehitaman dan cair, tetapi mungkin ada bekuan jika solusio relative baru
- c) Jika ostium terbuka, terjadi perdarahan berwarna merah segar

3) Faktor Predisposisi

- a) Hipertensi
- b) Versi luar
- c) Trauma abdominal
- d) Polihidramnion
- e) Gemelli
- f) Defisiensi gizi

4) Penyulit lain

- a) Syok yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar (tipe tersembunyi)
- b) Anemia berat
- c) Melemah atau hilangnya gerak janin
- d) Gawat janin atau hilangnya denyut jantung

- janin
- e) Uterus tegang dan nyeri
- 5) Penatalaksanaan
- a) Jika terjadi perdarahan hebat (nyata atau tersembunyi) lakukan persalinan dengan segera jika :
- (1) Pembukaan serviks lengkap, persalinan dengan ekstraksi vacuum
 - (2) Pembukaan belum lengkap, persalinan dengan seksaria. Pada setiap kasus solution plasenta, waspadai terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pascapersalinan.
- b) Jika perdarahan ringan atau sedang (dimana ibu tidak berada dalam bahaya) tindakan bergantung pada denyut jantung janin (DJJ) :
- (1) DJJ normal atau tidak terdengar , pecahkan ketuban dengan kokher :
 - (a) Jika kontraksi jelek, perbaiki dengan pemberian oksitosin
 - (b) Jika serviks kenyal, tebal dan tertutup, persalinan dengan seksio seksaria
 - (2) DJJ abnormal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit :
 - (a) Lakukan persalinan dengan segera
 - (b) Jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan, persalinan diakhiri dengan seksio seksaria

B. Anemia dalam Kehamilan

1) Pengertian

Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai Haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester dua, perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi, terutama pada trimester II.

2) Patogenesis

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan, antara lain adalah oleh karena peningkatan oksigen, perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta dan janin, serta kebutuhan suplai darah untuk pembesaran uterus, sehingga terjadi peningkatan volume

darah yaitu peningkatan volume plasma dan sel darah merah.

Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin akibat hemodilusi. Volume plasma meningkat 45-65 % dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 yaitu meningkat sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm, serta kembali normal tiga bulan setelah partus.

Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasenta, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldosteron. Volume plasma yang tereksansi menurunkan hematokrit, konsentrasi hemoglobin darah, dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi. Penurunan hematokrit, konsentrasi hemoglobin, dan hitung eritrosit biasanya tampak pada minggu ke-7 sampai ke-8 kehamilan, dan terus menurun sampai minggu ke-16 sampai ke-22 ketika titik keseimbangan tercapai.

Sebab itu, apabila ekspansi volume plasma yang terus-menerus tidak diimbangi dengan peningkatan produksi eritropoetin sehingga menurunkan kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit di bawah batas “normal”, timbulah anemia.

Kehamilan membutuhkan tambahan zat besi sekitar 800-1000 mg untuk mencukupi kebutuhan yang terdiri dari:

- a) Terjadinya peningkatan sel darah merah membutuhkan 300-400 mg zat besi dan mencapai puncak pada 32 minggu kehamilan.
- b) Janin membutuhkan zat besi 100-200 mg.

- c) Pertumbuhan plasenta membutuhkan zat besi 100-200 mg.
 - d) Sekitar 190 mg hilang selama melahirkan. Selama periode setelah melahirkan 0,5-1 mg besi perhari dibutuhkan untuk laktasi, dengan demikian jika cadangan pada awalnya direduksi, maka pasien hamil dengan mudah bisa mengalami kekurangan besi.
- 3) Tanda dan Gejala
- Walaupun tanpa gejala, anemia dapat menyebabkan tanda dan gejala sebagai berikut:
- a) Letih dan sering mengantuk
 - b) Pusing, lemah
 - c) Sering sakit kepala
 - d) Kulit dan membran mukosa mucat (konjuntiva, lidah)
 - e) Bantalan kuku pucat
 - f) Tidak ada nafsu makan, kadang mual dan muntah
- 4) Faktor Predisposisi
- a) Riwayat anemia
 - b) Penyakit sel sabit (sickel cell)
 - c) Menderita talassemia atau riwayat talassemia dalam keluarga
 - d) ITP (idiopathic thrombocytopenic purpura)
 - e) Gangguan perdarahan
 - f) Riwayat kehamilan sebelumnya disertai perdarahan
 - g) Riwayat malaria
 - h) Menderita cacingan
 - i) Riwayat sindrom HELLP Riwayat diet: sumber makanan yang kurang zat besi, pica yang berlebihan
- 5) Klasifikasi Anemia dalam kehamilan
- Anemia banyak diklasifikasikan dengan ringan, sedang, berat. Namun standar nilai Hb untuk tiap populasi/tempat tidak dapat disamakan. Secara khusus WHO mengklasifikasikan anemia, sebagai berikut:
- Kriteria Anemia Menurut WHO
- a) Umur 6 bln – 5 tahun : Hb < 11 gr%
 - b) Umur 6 – 14 tahun : Hb < 12 gr%
 - c) Umur > 14 th (laki-laki) : Hb < 13 gr%

d) Umur > 14 th (wanita) : Hb < 12 gr%

e) Wanita hamil : Hb < 11 gr%

Untuk wanita hamil, anemia diklasifikasikan sebagai berikut:

a) Anemia : Hb < 11gr%

b) Anemia Berat : Hb < 8 gr%

6) Deteksi Anemia dalam Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul serta diperlukan metode pemeriksaan yang akurat dan kriteria diagnosis yang tegas. Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga mendenging. Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjungtiva dan jaringan di bawah kuku. Penegakkan diagnosa anemia dapat dilakukan dengan memeriksa kadar hemoglobin dengan menggunakan alat sederhana seperti Hb Sahli.

7) Penatalaksanaan Anemia pada Kehamilan

Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah. Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan suplementasi besi dan asam folat. UNICEF merekomendasikan suplemen zat besi yang sudah diformulasikan dengan asam folat (60 mg iron + 400µ *folic acid*). Asam folat diperlukan dalam pembentukan sel darah merah.

Tablet yang saat ini banyak tersedia di Puskesmas adalah tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250µg asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pascasalin. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat, rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab anemia.

Berikut ini adalah tabel jumlah kandungan besi elemental yang terkandung dalam berbagai jenis sediaan suplemen besi yang beredar :

Jenis sediaan	Dosis sediaan (mg)	Kandungan besi elemental (mg)
Sulfas ferosus	325	65
Fero fumarat	325	107
Fero glukonat	325	39
Besi polisakarida	150	150

Tabel 1.5

Penatalaksanaan anemia defisiensi besi berfokus pada untuk meningkatkan zat besi dan juga meningkatkan kadar Hb agar bisa kembali pada kadar normal sehingga dapat kembali menyuplai oksigen ke jaringan-jaringan tubuh. Pada wanita hamil, pengobatan tidak hanya untuk meningkatkan zat besi dan kadar Hb, tetapi tujuan akhirnya adalah untuk mendapatkan hasil kelahiran ibu dan bayi yang baik, yaitu persalinan premature, ibu tidak gagal jantung, perdarahan post partum, dan bahkan kematian. Pada bayi yaitu Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), asfiksia berat, APGAR score rendah, dll. Berdasarkan International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG) terdapat beberapa jenis makanan yang secara alami mengandung zat besi. Ada yang berasal dari hewani seperti daging merah, dan yang berasal dari nabati seperti kecambah dan kacang-kacangan. Terdapat juga beberapa makanan yang sudah difortifikasi dengan zat besi, seperti susu bubuk/cair, yoghurt, tepung terigu, ikan kalengan, garam, gula. Jumlah zat besi yang diserap dari makanan sangat tergantung pada komposisi makanan, yaitu jumlah zat yang dapat meningkatkan atau menghambat penyerapan zat besi. Teh dan kopi menghambat penyerapan zat besi bila dikonsumsi dengan makan atau segera setelah makan.

Daging merah mengandung zat besi yang mudah diserap tubuh dan juga dapat membantu penyerapan zat besi dari sumber makanan yang lain tidak dapat diserap tubuh. Vitamin C (asam askorbat) juga dapat membantu penyerapan zat besi dari makanan *nonmeat* bila dikonsumsi dalam makanan. Semakin banyak kandungan vitamin C dalam makanan, maka penyerapan zat besi oleh tubuh juga akan semakin meningkat. Pesan lainnya adalah untuk tidak

memasak makanan terlalu matang, karena dapat merusak vitamin C yang terkandung dalam makanan tersebut.

Jumlah zat besi yang dapat diabsorpsi dari makanan kadang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan seseorang. Terutama pada wanita hamil dan juga menyusui, yang memang terjadi perubahan secara fisiologis pada tubuhnya sehingga membutuhkan asupan zat besi yang lebih. Oleh karena itu dibutuhkan suplemen zat besi tambahan agar kebutuhan tercukupi.

C. Hiperemesis Gravidarum

1) Pengertian

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang hebat dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan atau gangguan elektrolit sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin didalam kandungan. Pada umumnya terjadi pada minggu ke 6-12 masa kehamilan, yang dapat berlanjut hingga minggu ke 16-20 masa kehamilan.

5) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang sering kemukakan adalah primigravida, mola hidatidosa dan kehamilan ganda. Hal tersebut dikaitkan dengan meningkatnya produksi hormone korionik gonadotropin. Perubahan metabolik dalam kehamilan, alergi dan faktor psikososial, wanita dengan riwayat mual pada kehamilan sebelumnya dan wanita yang mengalami obesitas juga mengalami peningkatan risiko hiperemesis gravidarum (HEG).

3) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut berat ringannya hiperemesis gravidarum dibagi menjadi 3 tingkatan, yaitu:

a) Derajat/Tingkat 1

Muntah terus menerus (lebih dari 3-4 x sehari yang mencegah masuknya makanan atau minuman selama 24 jam) yang menyebabkan ibu menjadi lemah, tidak ada nafsu makan, berat badan turun (2-3 Kg dalam 1 minggu), nyeri ulu hati, nadi meningkat sampai 100 x / menit,

tekanan darah sistolik menurun, turgor kulit menurun dan mata cekung.

b) *Derajat/Tingkat 2*

Penderita tampak lebih lemah dan tidak peduli/apatis pada sekitarnya, nadi kecil dan cepat, lidah kering dan tampak kotor, suhu kadang naik, mata cekung dan sclera sedikit kuning, berat badan turun, tekanan darah turun, terjadi pengentalan darah, urin berkurang, sulit BAB/konstipasi, dan pada nafas dapat tercium bau aseton.

c) *Derajat/Tingkat 3*

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun sampai koma, nadi kecil dan cepat, suhu meningkat dan tekanan darah menurun. Komplikasi fatal dapat terjadi pada susunan saraf yang dikenal dengan ensefalopati Wernicke dengan gejala: nistagmus, penglihatan ganda, dan perubahan mental. Keadaan ini akibat kekurangan zat makanan termasuk vitamin B kompleks. Jika sampai ditemukan kuning berarti sudah ada gangguan hati.

4) *Diagnosis*

Dari anamnesis, didapatkan amenorrhoe, terdapat tanda kehamilan muda dengan keluhan muntah terus menerus. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien lemah apatis sampai koma, nadi meningkat sampai 100x/menit, suhu meningkat, TD turun, atau ada tanda dehidrasi lain. Pada institusi pelayanan yang lebih tinggi dapat dilakukan pemeriksaan penunjang, diantaranya: Pada pemeriksaan elektrolit darah ditemukan kadar natrium dan klorida turun. Pada pemeriksaan urin kadar klorida dan dapat ditemukan keton. *Diagnosis Banding: muntah karena gastritis, ulkus peptikum, hepatitis, kolesistitis, pielonefritis.*

5) *Pengelolaan*

Pencegahan agar emesis gravidarum tidak mengarah pada hiperemesis gravidarum, perlu diberikan penjelasan bahwa kehamilan dan persalinan adalah suatu proses fisiologis. Memberikan keyakinan bahwa mual dan muntah yang terjadi (*morning sickness*) adalah gejala yang fisiologis pada kehamilan muda

dan akan hilang setelah bulan ke 4.

Menganjurkan untuk mengubah pola makan sedikit-sedikit, tetapi sering. Berikan makanan selingan seperti biskuit, roti kering dengan teh hangat saat bangun pagi dan sebelum tidur. Hindari makanan berminyak dan berbau, makan dalam keadaan hangat/panas atau sangat dingin serta defekasi teratur. Apabila terjadi hiperemesis gravidarum, bidan perlu merujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pengelolaan lebih lanjut, diantaranya adalah:

a) *Pemberian obat-obatan*

Kolaborasi dengan dokter diperlukan untuk memberikan obat-obatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.

b) *Isolasi*

Ibu hamil disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah, dan peredaran udara yang baik. Hanya dokter dan bidan/perawat yang boleh masuk sampai ibu mau makan.

c) *Terapi Psikologis*

Perlu diyakinkan bahwa kondisi ini dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut karena kehamilan dan persalinan karena hal tersebut merupakan hal yang fisiologis. Kurangi pekerjaan serta hilangkan masalah dan konflik yang menjadi latar belakang permasalahan kondisi ibu.

d) *Cairan Parenteral*

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan garam fisiologis sebanyak 2-3 liter per hari. Catat input dan output cairan. Suhu dan nadi diperiksa setiap 4 jam sekali, TD sehari 3 kali. Pemeriksaan hematocrit dilakukan pada awal dan selanjutnya apabila diperlukan. Air kencing perlu diperiksa untuk melihat adanya protein, aseton, klorida dan bilirubin. Apabila selama 24 jam tidak muntah dan kondisi bertambah baik, dapat dicoba untuk memberikan minuman, dan lambat laun ditambah makanan yang tidak cair. Pada umumnya, dengan penanganan tersebut, gejala akan berkurang dan keadaan akan bertambah baik.

D. Oligohidramnion

1) Pengertian

Pada kehamilan normal, volume cairan ketuban ibu hamil bervariasi dan dapat mengalami fluktuasi. Cairan ketuban meningkat hingga 1000 ml pada kehamilan trimester 3, namun pada usia kehamilan 34 minggu jumlah tersebut mulai berkurang secara bertahap hingga menjadi 800 ml pada usia cukup bulan. Pengukuran volume cairan ketuban dapat dilakukan dengan pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG).

Oligohidramion adalah suatu keadaan ketika cairan ketuban sangat sedikit yaitu <500 ml. Kondisi ini biasanya terjadi akibat *insufisiensi uteroplasenta* dan hipoksia janin.

2) Patogenesis

Oligohidramion berkaitan dengan variasi perlambatan frekuensi denyut jantung janin (DJJ), keadaan ini juga dapat dilihat pada hasil NST. Perlambatan ini kemungkinan terjadi karena cairan yang menjadi bantalan bagi tali pusat berkurang, sehingga gerakan janin atau kontraksi uterus dapat menyebabkan tekanan sementara pada saluran tali pusat.

3) Tanda dan Gejala

- a) Uterus lebih kecil dari usia kehamilan
- b) Tidak ada *ballotement*
- c) Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak.
- d) Janin dapat diraba dengan mudah
- e) Denyut jantung janin terdengar lebih jelas

4) Faktor Predisposisi

- a) Kelainan kongenital (gagal ginjal bawaan, sindrom potter)
- b) Penyakit virus
- c) *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR)/ Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
- d) *Insufisiensi uteroplasenta*
- e) Pecah ketuban dini (minggu ke-24 sampai ke-36)
- f) Merespon indosin sebagai tokolitik
- g) Hipoksia janin

- h) Aspirasi mekonium dan cairan yang bercampur meconium
 - i) Sindrom pascamatur
- 5) Deteksi Dini
- Deteksi dini oligohidramion dapat dilihat dari tanda dan gejala yang ada, serta mengkaji riwayat faktor *predisposisi*. Untuk penegakan diagnosa oligohidramion dilakukan dengan cara mengukur volume cairan ketuban, yang dapat dilakukan dengan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) profil biofisik dan pemeriksaan *Tes Non Stress (NST)*. Pada pemeriksaan USG akan nampak jumlah cairan ketuban, sedangkan pada pemeriksaan NST dengan kondisi oligohidramion akan menunjukkan nonreaktif.
- Adanya kelainan jumlah cairan ketuban yang kurang menunjukkan adanya indikasi kelainan *genitourinaria* dan paru-paru janin. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan cairan ketuban berhubungan *significant* dengan keadaan gawat janin dalam persalinan, APGAR skor rendah, cairan ketuban bercampur mekonium, aspirasi mekonium, dan juga *syndrom pascamatur*.
- Oligohidramion merupakan keadaan yang berhubungan dengan kejadian postmatur. Apabila kondisi ini diperburuk oleh keadaan pertumbuhan janin terhambat, maka resiko janin terhadap persalinan buruk. Pada keadaan demikian, diperlukan tindakan persalinan operatif.
- 6) Penatalaksanaan
- Penatalaksanaan oligohidramion didasarkan pada etiologi dan usia kehamilan. Penatalaksanaan secara konservatif meliputi :
- a) Istirahat tirah baring
 - b) Pemberian cairan yang cukup
 - c) Asupan nutrisi gizi seimbang
 - d) Pemantauan kesejahteraan janin (USG, Profil biofisik dan NST)
 - e) Penatalaksanaan secara aktif meliputi induksi persalinan

D. Latihan Kasus

1. Seorang perempuan, umur 30 tahun, G2P0A1 dengan usia kehamilan 13 minggu datang ke PMB dengan keluhan terjadi Perdarahan dan perut merasa mules/nyeri sering dan kuat. Hasil anamnesis: terdapat pembukaan servik, hasil konsepsi masih di dalam uterus, uterus sesuai dengan usia kehamilan. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 110/80 mm Hg, N: 85x/menit, S: 37,0C, P: 20 x/menit. Mata cekung, sclera putih, Abdomen: TFU 3 jari di atas symfisis pubis. Apakah diagnosis yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Abortus imminens
 - B. Abortus Insipiens
 - C. Abortus Inkomplit
 - D. Abortus Komplit
 - E. KET
2. Seorang perempuan, umur 24 tahun, G3P2A0 hamil 20 minggu datang ke PMB, mengeluh keluar darah dari kemaluan lebih kurang 1 pembalut. Hasil anamnesis: nyeri perut sejak 3 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan : KU baik, TD: 120/80mmHg. N: 100x/menit. P: 22x/menit, S: 37,0C. TFU 3jari bawah pusat, ballotemen positif , OUI tertutup. Apakah diagnosis pada kasus tersebut?
 - A. Abortus imminens
 - B. Abortus Insipiens
 - C. Abortus Inkomplit
 - D. Abortus Komplit
 - E. KET
3. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G1P0A0 hamil 20 minggu datang ke PMB dengan keluhan cepat lelah sejak 2 minggu yang lalu. Hasil anamnesis: kurang ada nafsu makan, cepat merasa lelah, tidak suka makan sayuran apapun. Hasil pemeriksaan fisik: TD: 90/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 37 0C, P: 23 x/menit. Konjuntiva pucat, sclera putih, Abdomen: TFU 22 cm, puki, belum masuk pap. DJJ (+) 130x/menit teratur. Hb: 10 gr %. Apa diagnosa yang paling tepat pada ibu hamil tersebut:
 - A. G3P2A0 hamil 24 minggu
 - B. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia
 - C. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia ringan
 - D. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia sedang
 - E. G3P2A0 hamil 24 minggu dengan anemia berat
4. Seorang perempuan, umur 28 tahun, G3P2A0 hamil 24 minggu datang ke PMB dengan keluhan mual muntah sudah selama 3

hari. Hasil anamnesis: ibu kurang nafsu makan. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 100/70 mm Hg, N: 80x/menit, S: 36,90C, P: 24 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik: TFU 23 cm, DJJ 140 x/menit terdengar sangat jelas. Apakah anjuran yang dapat diberikan pada kasus tersebut?

- A. Makanlah saat ada nafsu makan
 - B. Makan sedikit-sedikit tetapi sering
 - C. Makan-makanan sehat
 - D. Makan tepat waktu
 - E. Makan sesuai kebutuhan
5. Seorang perempuan, umur 34 tahun, G3P1A2 hamil 36 minggu datang ke PMB dengan keluhan sudah 1 minggu nyeri perut saat janin bergerak. Hasil anamnesis: ibu kurang nafsu makan, minum air putih 3 gelas sehari, ANC baru 2 kali ke Puskesmas saat usia kehamilan 3 bulan dan 5 bulan. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 100/80 mm Hg, N: 85x/menit, S: 37,2 0C, P: 20 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik: TFU 28 cm, puki, belum masuk PAP (janin teraba dengan jelas), DJJ 130 x/menit terdengar sangat jelas. Apakah masalah potensial pada janin yang mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- A. Cacat kongenital
 - B. *Premature*
 - C. Aspirasi meconium
 - D. Syok anapilatik
 - E. IUGR

B. Kunci Jawaban :

- 1. B
- 2. A
- 3. B
- 4. B
- 5. B

C. Pembahasan :

- 1. Abortus Insipiens (Keguguran tidak dapat dicegah) adalah Perdarahan (kadang bergumpal), hasil konsepsi masih di dalam uterus, terdapat pembukaan serviks, uterus sesuai dengan usia kehamilan, mules/nyeri sering dan kuat.
- 2. Abortus Imminens (Keguguran mengancam) adalah Perdarahan pervaginam sedikit, hasil konsepsi masih di dalam uterus, tidak ada pembukaan ostium uteri internum (OUI), nyeri memilin, uterus sesuai dengan usia kehamilan, tes hamil (+).
- 3. Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar

nilai haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai Haemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester dua.

4. Memberikan keyakinan bahwa mual dan muntah yang terjadi (morning sickness) adalah gejala yang fisiologis pada kehamilan muda dan akan hilang setelah bulan ke 4. Menganjurkan untuk mengubah pola makan sedikit-sedikit, tetapi sering. Berikan makanan selingan seperti biskuit, roti kering dengan teh hangat saat bangun pagi dan sebelum tidur. Hindari makanan berminyak dan berbau, makan dalam keadaan hangat/panas atau sangat dingin serta defekasi teratur.
5. Oligohidramion adalah suatu keadaan ketika cairan ketuban sangat sedikit yaitu <500 ml. Kondisi ini biasanya terjadi akibat *insufisiensi uteroplacenta* dan hipoksia janin. Adanya kelainan jumlah cairan ketuban yang kurang menunjukkan adanya indikasi kelainan *genitourinaria* dan paru-paru janin. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan cairan ketuban berhubungan *significant* dengan keadaan gawat janin dalam persalinan, APGAR skor rendah, cairan ketuban bercampur mekonium, aspirasi mekonium, dan juga *syndrom pascamatur*.
Oligohidramion merupakan keadaan yang berhubungan dengan kejadian postmatur. Apabila kondisi ini diperburuk oleh keadaan pertumbuhan janin terhambat, maka resiko janin terhadap persalinan buruk. Pada keadaan demikian, diperlukan tindakan persalinan operatif.

D. Referensi

- Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013.
- Marmi, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Patimah, Endah dan Alif. 2016. *Praktik Klinik Kebidanan III*. Kemenkes RI.
- PMK Kemenkes RI Nomor 97 tahun 2014 *tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*.

Tyastuti, Heni. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Kemenkes RI.

BAB II

ASUHAN KEBIDANAN KOLABORTIF PERSALINAN PATOLOGI DAN KOMPLIKASI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik asuhan kebidanan kolaborasi pada kasus patologi dan komplikasi masa persalinan, rekan mahasiswa diharapkan mampu melakukan :

1. Pengkajian pada klien dengan pendekatan holistik
2. Analisis data pada klien dengan pendekatan holistik
3. Perencanaan asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
5. Evaluasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik
7. Kajian kasus-kasus patologi dan komplikasi
8. Reflektif praktik.

B. Pertanyaan Pendahuluan

Sebagai persiapan, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini :

1. Apa yang dimaksud Ketuban pecah dini?
2. Jelaskan faktor persalinan lama.
3. Jelaskan tentang kasus distosia kelainan letak sungsang.
4. Jelaskan faktor predisposisi kasus distosia bahu.
5. Jelaskan penatalaksanaan pada kasus Distosia bahu.
6. Apa yang dimaksud dengan Retensio plasenta?
7. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus Retensio plasenta?
8. Apa yang dimaksud dengan Atonia uteri?
9. Bagaimana penatalaksanaan pada kasus atonia uteri?

C. Ringkasan Tata Laksana dan Edukasi

1. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi persalinan

A. Pengkajian pada klien dengan kasus patologi dan komplikasi persalinan

- 1) Data Subjektif
 - a) Biodata ibu dan suami (Nama, usia, alamat, no hp, suku/bangsa, agama, golongan darah)
 - b) Keluhan utama/alasan berkunjung
 - c) Status dan riwayat obstetric

- d) Riwayat menstruasi
 - e) Riwayat kehamilan sekarang
 - f) Riwayat perkawinan
 - g) Riwayat kontrasepsi
 - h) Riwayat kesehatan
 - i) Riwayat alergi
 - j) Riwayat persalinan ini
 - k) Riwayat kesejahteraan janin
 - l) Riwayat nutrisi dan eliminasi
- 2) Data Objektif
- a) Pemeriksaan tanda vital ibu (Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi)
 - b) Pemeriksaan berat badan
 - c) Pemeriksaan fisik (Head to Toe)
 - d) Pemeriksaan Leopold
 - e) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - f) Pemeriksaan denyut jantung janin
 - g) Pemeriksaan genetalia
 - h) Pemeriksaan dalam
 - i) Pemeriksaan

2. Analisis data pada klien kasus patologi dan komplikasi dalam persalinan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, serta dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Perdarahan pada saat persalinan 2. Pre eklampsia dan eklampsia 3. Persalinan dengan penyulit 4. Kelainan lamanya bersalin 5. Kelainan air ketuban 6. Syok obstetri
Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Perdarahan pada saat persalinan 2. Pre eklampsia dan eklampsia 3. Persalinan dengan penyulit 4. Kelainan lamanya bersalin 5. Kelainan air ketuban 6. Syok obstetri

Tabel 2.

3. Perencanaan asuhan pada kasus patologi dan komplikasi persalinan

Bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin memiliki 5 aspek dasar, meliputi:

- A. Membuat keputusan klinik
- B. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
- C. Pencegahan infeksi
- D. Pencatatan rekam medis asuhan persalinan
- E. Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

4. Implementasi asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Implementasi yang dilakukan oleh bidan adalah berdasarkan perencanaan yang disusun, yaitu :

Kategori	Gambaran
Persalinan dengan masalah kesehatan/komplikasi	1. Melakukan pendidikan kesehatan dan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu 2. Melakukan upaya promosi kesehatan 3. Melakukan evaluasi pembukaan jalan lahir 4. Memberi konseling khusus untuk mengatasi masalah/kebutuhan ibu 5. Melanjutkan pemantauan kondisi ibu dan janin selama proses persalinanMerujuk ke fasilitas kesehatan rujukan diatasnya 6. Memindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/rujukan
Persalinan dengan kegawatdaruratan	1. Memberikan pertolongan awal sesuai dengan masalah kegawatdaruratan persalinan 2. Merujuk ke RS 3. Mendampingi ibu 4. Memantau kondisi ibu dan janin 5. Menindaklanjuti hasil konsultasi/ kolaborasi/ rujukan

Tabel 2.1

5. Evaluasi asuhan kebidanan kolaborasi kasus patologi dan komplikasi persalinan

6. Pendokumentasian asuhan pada klien dengan pendekatan holistik

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah

data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

- A. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.
- B. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
- C. Analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
- D. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

7. Tinjauan Teori

A. Ketuban Pecah Dini

Yaitu pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi. Insiden KPD lebih tinggi pada perempuan dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina/ serviks. Selain itu, KPD dapat terjadi pada ibu dengan kelelahan.

Komplikasi yang dapat terjadi pada KPD adalah persalinan prematur, infeksi intrauteri (korioamnionitis), kompresi tali pusat akibat prolaps tali pusat atau oligihodramnion. Deteksi dini KPD didapatkan dari pengumpulan data Subjektif dan Objektif.

1) Data Subjektif

- a) Mempunyai risiko terjadinya KPD : riwayat KPD atau persalinan prematur, serviks tidak kompeten, riwayat tindakan pada serviks/ robekan serviks, infeksi serviks/ vagina, peningkatan PH vagina, perdarahan selama persalinan, gemelli,

polyhidramnion, kelainan plasenta, prosedur saat prenatal (amniosentesis, chorionic Villus sampling), kebiasaan merokok, penggunaan narkoba, hipertensi, diabetes, malnutrisi, social ekonomi rendah.

- b) Waktu terjadi pecah ketuban
- c) Tanda dan gejala infeksi
- d) Jumlah cairan yang keluar (menyembur, sedikit terus menerus, perasaan basah pada celana dalam)
- e) Ketidakmampuan mengendalikan kebocoran dengan latihan kegel (untuk membedakan inkontinensia uteri dan KPD)
- f) Warna cairan (jernih atau keruh, bercampur mekoneum atau lainnya)
- g) Bau cairan (khas, membedakan dengan urine)
- h) Hubungan seksual terakhir

2) Data Objektif

- a) Pemeriksaan abdomen untuk menentukan volume cairan amnion
- b) Pemeriksaan spekulum (inspekulo) : pengeluaran cairan dari orifisium, dilatasi serviks, prolaps tali pusat)
- c) Pemeriksaan laboratorium : Uji kertas nitrazin positif bila warna kertas menjadi biru gelap (basa, PH amnion 7,0-7,5) dan USG untuk mendeteksi oligohidramnion Saat mengetahui bahwa ibu mengalami KPD, bidan hendaknya melakukan observasi ketuban, yakinkan warna ketuban apakah berwarna jernih? kuning muda atau hijau atau bahkan berupa gumpalan feces bayi pada ketuban (hitam). Setelah itu, observasi denyut jantung janin dan observasi tanda peringatan lain.

Saat menunggu persalinan atau bila ibu mendapatkan perawatan konservatif, bantu ibu untuk mencegah agar kuman tidak masuk ke dalam vaginanya dengan cara : Tidak melakukan pemeriksaan dalam, tidak memasukkan apapun ke dalam vagina, memastikan ibu tidak berendam saat mandi, memastikan agar ibu tidak melakukan hubungan seksual, meminta ibu membersihkan genital luarnya dari arah depan ke belakang setelah berkemih dan menganjurkan ibu mengganti pakaian dalam secara

teratur (Klein, 2009).

Penatalaksanaan Konservatif :

- 1) Rawat di Rumah Sakit
- 2) Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari
- 3) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, rawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam
- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda- tanda infeksi uterin)
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

Aktif :

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri : a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian insuksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan SC. b. Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam.

B. Gangguan Kemajuan Persalinan/ Persalinan Lama

Persalinan dikatakan terlalu lama jika persalinan berlangsung selama > 12 jam untuk multipara dan > 24 jam untuk primipara. Persalinan lama akan menyebabkan masalah serius, termasuk fistula, ruptur uterus, atau

kematian ibu dan bayi. Saat ibu mengalami persalinan lama, observasi ibu secara ketat untuk mendeteksi tanda peringatan. Apakah jarak antar nyeri semakin jauh? Apakah ibu menunjukkan tanda infeksi? Apakah ibu mulai kelelahan? Apakah denyut jantung normal? Yang perlu diingat adalah : “jangan pernah membuat ibu merasa bersalah jika persalinan lama atau sulit, tetapi kuatkan ibu”. Pada prinsipnya, persalinan lama dapat disebabkan faktor-faktor yang satu sama lain saling berhubungan yaitu *power*, *passanger*, *passage*, *psychologic*, dan *position of mother* (5 P). Marilah kita bahas satu persatu.

- 1) *Power* atau his tidak efisien (tidak adekuat)/ disfungsi uterus hipotonik/ inersia uteri Disfungsi uterus merupakan diagnosis yang dapat ditegakkan dengan melakukan observasi pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu yang diperkirakan. Hal ini dapat diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin.

Pada disfungsi uterus hipotonik, kontraksi memiliki pola gradien normal (paling besar di fundus dan menurun sampai paling lemah di segmen bawah uterus dan serviks), tetapi tonus atau intensitas sangat buruk (kurang dari 15 mmHg tekanan), tekanan ini sangat sedikit untuk menyebabkan serviks berdilatasi. Keadaan ini meningkatkan resiko distresses maternal, perdarahan, dan jika ketuban pecah terjadi infeksi intra uterus, serta jika terlalu lama berlangsung menimbulkan distress janin Tanda dan gejala disfungsi uterus hipotonik adalah:

- a) Ibu tidak merasakan nyeri, persalinan mengalami kemajuan namun kemudian berhenti
- b) Pada pemeriksaan kontraksi tidak sering, durasi singkat, intensitas ringan
- c) Pemeriksaan dalam tidak ada kemajuan dilatasi serviks atau penurunan janin karena kontraksi tidak efektif

Beberapa pilihan asuhan yang dapat dilaksanakan kepada ibu dengan disfungsi uterus hipotonik (Varney, 2008)

- a) Mengubah lingkungan untuk menurunkan stress pada ibu
- b) Menganjurkan ibu istirahat dan memenuhi asupan

cairan

- c) Berkomunikasi dan mendukung dengan ibu untuk mengurangi kekhawatiran dan ketakutan
- d) Ambulasi
- e) Hidroterapi (shower, berendam air hangat, jacuzzi)
- f) Stimulasi puting susu
- g) Bila perlu, pecahkan ketuban
- h) Bila perlu, stimulasi Pitocin

Penanganan disfungsi uterus :

- a) Lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dektrosa (atau NaCl) atau prostaglandin
- b) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal setiap 4 jam:

(1) Bila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan SC

(2) Bila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.

- 2) *Passanger* atau Faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar)

Malpresentasi, malposisi dan janin besar akan kita bahas di bab yang lain.

- 3) *Passage* Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Panggul sempit, kelainan serviks, vagina dan tumor akan dibahas di bab yang lain.

- 4) Psikologi

Apakah Anda pernah melihat persalinan lambat atau persalinan macet yang disebabkan oleh faktor psikologi ibu? Faktor ini ditandai dengan ibu menjadi tegang, khawatir atau ketakutan. Banyak penyebab yang mempengaruhi psikologi ibu saat persalinan, diantaranya:

- a) Nyeri fisik persalinan membuat ibu ketakutan
- b) Ibu belum berpengalaman karena merupakan bayi pertama
- c) Bayi terdahulu lahir mati atau meninggal setelah dilahirkan
- d) Ibu tidak menginginkan kehamilan
- e) Ibu tidak memiliki suami, pasangan atau keluarga untuk membantunya
- f) Terdapat masalah keluarga
- g) Ibu pernah mengalami kekerasan seksual di masa lampau

Asuhan yang diberikan adalah:

- a) Bantu ibu merelaksasi tubuhnya, dengan massase, memandikan dengan air hangat atau memberi pakaian hangat
- b) Bantu ibu untuk menyambut kontraksi dengan mengajarkan teknik relaksasi
- c) Perlakukan ibu dengan penuh perhatian dan penghargaan

5) *Position of Mother*

Persalinan seringkali menguat jika ibu berdiri atau berjalan-jalan karena dalam posisi tersebut, kepalabayi menekan serviks dan menyebabkan kontraksi lebih kuat. Beberapa ibu mengalami kontraksi yang lebih kuat hanya dengan mengubah posisi.

Asuhan yang dapat diberikan saat persalinan yaitu bantu ibu berpindah tempat selama persalinan. Ibu dapat jongkok, duduk, berlutut atau mengambil posisi lain. Ibu boleh berdiri, berjalan, berayun-ayun, bergoyang-goyang atau bahkan menari untuk membantu tubuh ibu menjadi rileks. Ibu boleh tidur miring dengan disangga bantal diantara tungkai atau berbaring telentang dengan bagian atas tubuh diganjal bantal. Yang harus diingat, ibu tidak boleh tidur berbaring datar telentang.

C. Letak sungsang

1) Definisi

Persalinan letak sungsang adalah persalinan pada bayi dengan presentasi bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis (Manuaba, 1988).

Pada letak kepala, kepala yang merupakan bagian terbesar lahir terlebih dahulu, sedangkan persalinan letak sungsang justru kepala yang merupakan bagian terbesar bayi akan lahir terakhir. Persalinan kepala pada letak sungsang tidak mempunyai mekanisme “Maulage” karena susunan tulang dasar kepala yang rapat dan padat, sehingga hanya mempunyai waktu 8 menit, setelah badan bayi lahir. Keterbatasan waktu persalinan kepala dan tidak mempunyai mekanisme maulage dapat menimbulkan kematian bayi yang besar (Manuaba, 1998).

2) Etiologi

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari (Manuaba, 2010):

a) Faktor ibu

(1) Keadaan rahim

- (a) Rahim arkuatus
- (b) Septum pada rahim
- (c) Uterus dupleks
- (d) Mioma bersama kehamilan

(2) Keadaan plasenta

- (a) Plasenta letak rendah
- (b) Plasenta previa

(3) Keadaan jalan lahir

- (a) Kesempitan panggul
- (b) Deformitas tulang panggul
- (c) Terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala

b) Faktor Janin

Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang:

- (1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
- (2) Hirdosefalus atau anensefalus
- (3) Kehamilan kembar
- (4) Hirdramnion atau oligohidramnion
- (5) Prematuritas

3) Tanda dan Gejala

a) Pemeriksaan abdominal

- (1) Letaknya adalah memanjang.
- (2) Di atas panggul terasa massa lunak dan tidak terasa seperti kepala.
- (3) Pada fundus uteri teraba kepala. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari pada bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (Ballotement)

b) Auskultasi

Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan sedikit lebih tinggi dari umbilikus (Sarwono Prawirohardjo, 2007 : 609). Auskultasi denyut jantung janin dapat terdengar diatas umbilikus jika bokong janin belum masuk pintu atas panggul. Apabila bokong sudah masuk pintu atas panggul, denyut jantung janin biasanya terdengar di lokasi yang lebih rendah (Debbie Holmes dan Philip N.Baker, 2011).

c) Pemeriksaan dalam

- (1) Teraba 3 tonjolan tulang yaitu tuber ossis ischii dan ujung os sakrum

- (2) Pada bagian di antara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus.
- (3) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa, sehingga dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.

D. Distosia Bahu

Distosia bahu adalah presentasi sefalik dengan bahu anterior terjepit diatas simfisis pubis (Varney, 2008) atau dengan kata lain Kepala janin sudah lahir tetapi bahu tidak dapat (sukar) dilahirkan atau bahu gagal melewati pangul secara spontan setelah kelahiran kepala. Penilaian klinik :

- 1) Kepala janin telah lahir namun masih erat berada di vulva.
- 2) Daggu tertarik dan menekan perineum.
- 3) Penarikan kepala tidak berhasil melahirkan bahu yang terperangkap di belakang simpisis. Terdapat beberapa jenis distosia bahu:
 - a) *Turtle sign*, kepala bayi tersangkut di perineum, seolah olah akan masuk kembali ke dalam vagina.
 - b) *Snug shoulder*, kedua bahu diatas pintu atas panggul, biasanya terjadi pada bayi besar dan kadang kala pada ibu dengan obesitas.
 - c) *Bed dystocia*, distosia yang disebabkan karena tempat tidur yang empuk di bagian bokong ibu sehingga tidak ada ruang yang cukup untuk melahirkan bayi.

Apakah kemungkinan penyebab terjadinya distosia bahu?

- 1) Janin besar
- 2) Diabetes Maternal, terutama Diabetes Kehamilan atau diabetes kelas A Tipe 1
- 3) Serotinus
- 4) Riwayat Obstetri bayi besar
- 5) Riwayat keluarga dengan saudara kandung besar
- 6) Obesitas maternal
- 7) Riwayat obstetri sebelumnya distosia bahu
- 8) Panggul sempit atau Cepalopelvic Disproporsi (CPD)
- 9) Perlambatan fase aktif
- 10) Kala II Memanjang

Komplikasi yang terjadi akibat distosia bahu pada janin yaitu kerusakan otak, fraktur klavikula, *paralisis pleksus*

brachialis (Erb), bahkan kematian. Sedangkan komplikasi pada ibu yaitu laserasi perineum dan vagina yang luas, distress emosional akibat persalinan traumatis, dan syok emosional serta rasa berduka jika bayi mengalami cedera atau kematian. Waktu yang aman dalam pertolongan persalinan yaitu 5 sampai 10 menit jika tidak ada gangguan sebelumnya. Namun, untuk mengantisipasi dan memberikan kesempatan terbaik untuk menyelamatkan dan meminimalkan kerusakan otak bayi akibat hipoksia adalah 3 menit.

Sebagai seorang bidan, anda perlu mengetahui bahwa pencegahan trauma lahir dapat dilakukan dengan identifikasi melalui faktor resiko terjadinya distosia bahu serta melakukan penatalaksanaan yang tepat. Apakah deteksi dini pada distosia bahu ? Berikut deteksi dini yang perlu anda ketahui:

- 1) Kemajuan persalinan yang lambat dari 7 – 10 cm pada kala I persalinan
- 2) Kala II yang lama
- 3) Penurunan berhenti atau kegagalan penurunan kepala
- 4) Makrosomia (>4000 gram)
- 5) Perlunya tindakan persalinan

Asuhan kebidanan pada distosia bahu :

- 1) Lakukan tindakan HELPER
- a) Help! Panggil bantuan, aktivasi protokol.
- b) Episiotomi : memungkinkan akses lebih baik bagi janin dan manuver internal
- c) Legs (tungkai) : manuver Mc Robert (30-60 detik), yaitu hiperfleksi tungkai ibu membentuk posisi lutut mendekati dada, untuk memperbaiki hubungan sacrum dengan lumbal dan memungkinkan simpisis pubis berotasi ke arah superior sehingga PAP (pintu atas panggul) tegak lurus terhadap kekuatan maksimum ekspulsif maternal, serta mengurangi sudut inklinasi.
- d) Pressure (tekanan) : tekanan suprapubis eksternal (30-60 detik) yaitu memberikan tekanan lembut dengan telapak tangan atau pangkal tangan terhadap punggung janin, arahkan tekanan ke arah garis tengah janin. Tindakan ini akan mengaduksi bahu dan mengurangi diameter bisakromial sehingga

memungkinkan bahu untuk memutar tulang pubis dan ke dalam panggul. Yakinkan kandung kemih dalam keadaan kosong

- e) Enter the vagina (masuk vagina) : Manuver wood's screw; Rubin (30-60 detik). Manuver woows's srew memerlukan bantuan asisten yang memberikan tekanan ke bawah secara lembut pada bokong janin dengan satu tangan sementara bidan memasukkan dua jari ke dalam vagina sampai menemukan dinsip dada anterior yang berhadapan dengan bahu posterior dan mendorong bahu posterior ke belakang dengan arkus 1800. Manuver Rubin dijelaskan sebagai kebalikan manuver woods' screw.
 - f) Remove (keluarkan) lengan posterior. Pelahiran lengan posterior dilakukan jika manuver rotasional gagal menurunkan impaksi janin yang tersangkut pada PAP. Tekanan ke dalam fossa antekubiti membantu lengan bawah fleksi sehingga dapat melewati dada. Pelahiran lengan posterior dapat memudahkan rotasi janin dengan arkus 1800.
 - g) Roll (putar) melalui manuver all fours. Jika manuver Mc Robert bukan tindakan yang tepat, posisikan ibu dalam keadaan menungging dengan tangan dan lutut menjadi tumpuan (posisi *all four*).
- 2) Lakukan pencatatan
 - 3) Komunikasikan dengan ibu dan pasangannya atau keluarga.
 - 4) Praktik Manuver
 - 5) Refleksikan pengalaman dengan teman sejawat
 - 6) Pertimbangkan isu penatalaksanaan risiko.

e. Retensio Plasenta

1) Definisi

Retensio plasenta merupakan sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim. Hal ini dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat (6-10 hari) pasca postpartum.

2) Patofisiologi

Menurut Rustam Muchtar dalam bukunya Sinopsis Obstetri (1998) penyebab retensio plasenta adalah :

- a) Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh

terlalu melekat lebih dalam, berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi :

- (1) Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
- (2) Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometrium
- (3) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometrium
- (4) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim

Plasenta normal biasanya menanamkan diri sampai batas atas lapisan miometrium.

b) Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena :

- (1) Atonia uteri adalah ketidak mampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir. Hal ini akan menyebabkan perdarahan yang banyak.
- (2) Adanya lingkaran konstriksi pada bagian rahim akibat kesalahan penanganan kala III sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).

Manipulasi uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan plasenta dapat menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonika tidak tepat pada waktunya juga akan dapat menyebabkan serviks berkontraksi dan menahan plasenta.

Selain itu pemberian anestesi yang dapat melemahkan kontraksi uterus juga akan menghambat pelepasan plasenta. Pembentukan lingkaran konstriksi ini juga berhubungan dengan his. His yang tidak efektif yaitu his yang tidak ada relaksasinya maka segmen bawah rahim akan tegang terus sehingga plasenta tidak dapat keluar karena tertahan segmen bawah rahim tersebut.

c) Penyebab lain :

Kandung kemih penuh atau rectum penuh. Hal-hal diatas akan memenuhi ruang pelvis sehingga dapat menghalangi terjadinya kontraksi uterus yang efisien. Karena itu keduanya harus dikosongkan. Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera dikeluarkan.

d) Tanda Gejala

- (1) Plasenta belum lahir setelah 30 menit

- (2) Perdarahan segera (P3)
- (3) Uterus berkontraksi dan keras, gejala lainnya antara lain
- (4) Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
- (5) Inversio uteri akibat tarikan dan\
- (6) Perdarahan lanjutan

e) Penatalaksanaan

Plasenta Manual dilakukan dengan :

- (1) Dengan narkosis
- (2) Pasang infus NaCl 0.9%
- (3) Tangan kanan dimasukkan secara obstetrik ke dalam vagina
- (4) Tangan kiri menahan fundus untuk mencegah korporeksis
- (5) Tangan kanan menuju ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta
- (6) Tangan ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang sudah lepas
- (7) Dengan sisi ulnar, plasenta dilepaskan

Pengeluaran isi plasenta :

- (1) Pengeluaran Isi Plasenta dilakukan dengan cara kuretase
- (2) Jika memungkinkan sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual
- (3) Kuretase harus dilakukan di rumah sakit
- (4) Setelah tindakan pengeluaran, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau peroral
- (5) Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan

f. Atonia Uteri

1) Pengertian

Atonia uteri terjadi jika miometrium tidak berkontraksi. Dalam hal ini uterus menjadi lunak dan pembuluh darah pada daerah bekas perlekatan plasenta menjadi terbuka lebar.

Penyebab perdarahan post partum ini lebih banyak (2/3 dari semua kasus perdarahan post partum) oleh Atonia Uteri. Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan (Saifudin AB, 2002). Sedangkan dalam sumber lain atonia didefinisikan sebagai hipotonia yang mencolok setelah kelahiran placenta

(Bobak, 2002). Dua definisi tersebut sebenarnya mempunyai makna yang hampir sama, intinya bahwa atonia uteri adalah tidak adanya kontraksi segera setelah plasenta lahir.

Pada kondisi normal setelah plasenta lahir, otot-otot rahim akan berkontraksi secara sinergis. Otot – otot tersebut saling bekerja sama untuk menghentikan perdarahan yang berasal dari tempat implantasi plasenta. Namun sebaliknya pada kondisi tertentu otot – otot rahim tersebut tidak mampu untuk berkontraksi/kalaupun ada kontraksi kurang kuat. Kondisi demikian akan menyebabkan perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta tidak akan berhenti dan akibatnya akan sangat membahayakan ibu.

Sebagian besar perdarahan pada masa nifas (75-80%) adalah akibat adanya atonia uteri. Sebagaimana kita ketahui bahwa aliran darah uteroplacenta selama masa kehamilan adalah 500 – 800 ml/menit, sehingga bisa kita bayangkan ketika uterus itu tidak berkontraksi selama beberapa menit saja, maka akan menyebabkan kehilangan darah yang sangat banyak. Sedangkan volume darah manusia hanya berkisar 5-6 liter saja.

2) Tanda Gejala

a) Uterus tidak berkontraksi dan lembek.

Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.

b) Perdarahan terjadi segera setelah anak lahir

Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia sangat banyak dan darah tidak merembes. Yang sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan. Hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.

c) Tanda dan gejala lainnya adalah terjadinya syok, pembekuan darah pada serviks/posisi telentang akan menghambat aliran darah keluar

- (1) Nadi cepat dan lemah
- (2) Tekanan darah yang rendah
- (3) Pucat
- (4) Keringat/kulit terasa dingin dan lembab
- (5) Pernapasan cepat
- (6) Gelisah, bingung, atau kehilangan kesadaran
- (7) Urin yang sedikit

3) Pengaruh terhadap maternal

Hal yang menyebabkan uterus meregang lebih dari kondisi normal antara lain :

- a) Kemungkinan terjadi polihidramnion, kehamilan kembar dan makrosomia

Peregangan uterus yang berlebihan karena sebab-sebab tersebut akan mengakibatkan uterus tidak mampu berkontraksi segera setelah plasenta lahir.

- b) Persalinan lama.

Pada partus lama uterus dalam kondisi yang sangat lelah, sehingga otot-otot rahim tidak mampu melakukan kontraksi segera setelah plasenta lahir.

- c) Persalinan terlalu cepat

- d) Persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin

- e) Infeksi intrapartum

- f) Paritas tinggi.

Kehamilan seorang ibu yang berulang kali, maka uterus juga akan berulang kali teregang. Hal ini akan menurunkan kemampuan berkontraksi dari uterus segera setelah plasenta lahir.

4) Penatalaksanaan

Manajemen Aktif kala III

Ibu yang mengalami perdarahan post partum jenis ini ditangani dengan :

- a) Pemberian suntikan Oksitosin

- (1) Periksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal

- (2) Suntikan Oksitosin 10 IU IM

- b) Peregangan Tali Pusat

- (1) Klem tali pusat 5-10 cm dari vulva/gulung tali pusat

- (2) Tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, tangan kanan meregang tali pusat 5-10 cm dari vulva

- (3) Saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati arah dorso-kranial.

- c) Mengeluarkan Plasenta

- (1) Jika tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian keatas dengan kurve jalan lahir

- (2) Bila tali pusat bertambah panjang tetapi belum lahir,

dekatkan klem $\pm$ 5-10 cm dari vulva

- (3) Bila plasenta belum lepas setelah langkah diatas, selama 15 menit lakukan suntikan ulang 10 IU oksitosin i.m, periksa kandung kemih lakukan katektisasi bila penuh, tunggu 15 menit, bila belum lahir lakukan tindakan plasenta manual.

d) Massase Uterus

- (1) Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkular mengunakan bagian palmar 4 jam tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus terasa keras).
- (2) Memeriksa kemungkinan adanya perdarahan pasca persalinan, kelengkapan plasenta dan ketuban, kontraksi uterus, dan perlukaan jalan lahir.

g. Pre Eklamsia

Preeklamsia/Eklamsia merupakan suatu penyulit yang timbul pada seorang wanita hamil dan umumnya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan ditandai dengan adanya hipertensi dan protein uria. Pada eklamsia selain tanda tanda preeklamsia juga disertai adanya kejang. Preeklamsia/Eklamsia merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu di dunia. Tingginya angka kematian ibu pada kasus ini sebagian besar disebabkan karena tidak adekuatnya penatalaksanaan di tingkat pelayanan dasar sehingga penderita dirujuk dalam kondisi yang sudah parah, sehingga perbaikan kualitas di pelayanan kebidanan di tingkat pelayanan dasar diharapkan dapat memperbaiki prognosis bagi ibu dan bayinya.

1) Klasifikasi Pre Eklamsia

Berikut beberapa klasifikasi pre eklamsia, diantaranya yaitu :

- a) Diagnosis hipertensi dalam kehamilan ditegakkan bila didapatkan:

Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya selama kehamilan, tidak terdapat protein uria, tekanan darah kembali normal dalam waktu 12 minggu pasca persalinan (jika peningkatan tekanan darah tetap bertahan, ibu didiagnosis hipertensi kronis), diagnosis akhir baru dibuat pada periode pasca persalinan, tanda tanda lain preeklamsia seperti nyeri epigastrik dan trombositopenia mungkin ditemui dan dapat mempengaruhi penatalaksanaan yang diberikan.

- b) Diagnosis preeklamsia ringan ditegakkan bila didapatkan :
- Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah usia kehamilan 20 minggu, protein uria $\geq 1+$ pada pengukuran dengan dipstick urine atau kadar protein total ≥ 300 mg/24 jam.
- c) Diagnosis preeklamsia berat ditegakkan bila didapatkan:
- (1) Hipertensi: Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg.
 - (2) Protein uria: Kadar protein dalam kencing $\geq ++$ pada pengukuran dipstick urine atau kadar protein total sebesar 2 gr/24 jam.
 - (3) Kadar kreatinin darah melebihi 1,2 mg/dL kecuali telah diketahui meningkat sebelumnya.
 - (4) Tanda/gejala tambahan: Tanda gejala tambahan lainnya dapat berupa keluhan subyektif berupa nyeri kepala, nyeri uluhati, dan mata kabur. Ditemukannya proteinuria ≥ 3 gram, jumlah produksi urine ≤ 500 cc/24 jam (oliguria), terdapat peningkatan kadar asam urat darah, peningkatan kadar BUN dan kreatinin serum serta terjadinya sindroma HELLP yang ditandai dengan terjadinya hemolisis ditandai dengan adanya icterus, hitung trombosit ≤ 100.000 , serta peningkatan SGOT dan SGPT.
 - (5) Pada eklampsia disertai adanya kejang konvulsi yang bukan disebabkan oleh infeksi atau trauma.
 - (6) Diagnosis Preeklamsia super impos ditegakkan apabila protein awitan baru ≥ 300 mg/24 jam pada ibu penderita darah tinggi tetapi tidak terdapat protein uria pada usia kehamilan sebelum 20 minggu.
 - (7) Diagnosis hipertensi kronis ditegakkan apabila hipertensi telah ada sebelum kehamilan atau yang didiagnosis sebelum usia kehamilan 20 minggu, atau hipertensi pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan terus bertahan setelah 12 minggu pasca persalinan.

2) Pencegahan Pre Eklamsia

a) Anamnesa

Metode skrining yang pertama adalah dengan melakukan anamneses pada ibu, untuk mencari beberapa faktor risiko sebagai berikut :

- (1) Usia Ibu
Primigravida dengan usia dibawah 20 tahun dan semua ibu dengan usia diatas 35 tahun dianggap lebih rentan untuk mengalami preeklamsia/eklamsia.
 - (2) Ras
Ras African lebih berisiko mengalami preeklamsia dibandingkan ras caucasian maupun ras Asia.
 - (3) Metode Kehamilan
Kehamilan yang tidak terjadi secara alamiah (inseminasi dan sebagainya) berisiko 2 kali lipat untuk terjadinya preeklamsia
 - (4) Merokok selama hamil
Wanita yang merokok selama hamil berisiko untuk mengalami preeklamsia
 - (5) Riwayat penyakit dahulu (Hipertensi, preeklamsia pada kehamilan terdahulu, penyakit Ginjal, penyakit Autoimun, Diabetes Mellitus, Metabolik sindrom, Obesitas dll)
 - (6) Riwayat penyakit keluarga
Bukti adanya pewarisan secara genetik paling mungkin disebabkan oleh turunan yang resesif
 - (7) Paritas
Primigravida memiliki insidensi hipertensi hampir 2 kali lipat dibandingkan multigravida
 - (8) Kehamilan sebelumnya
Kehamilan dengan riwayat preeklamsia sebelumnya berisiko mengalami preeklamsia kembali pada kehamilan sekarang. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko rekurensi (terjadinya preeklamsia kembali) jika kehamilan sebelumnya preeklamsia: 14-20% dan risiko rekurensi lebih besar (s/d 38%) jika menghasilkan persalinan prematur (early-onset preeklampsia).
- b) Pengukuran Tekanan Darah
Metode skrining yang kedua adalah dengan melakukan pengukuran tekanan darah setiap kali antenatal care. Hipertensi didefinisikan sebagai hasil pengukuran sistolik menetap (selama setidaknya 4 jam) >140–150 mmHg, atau diastolic 90–100 mmHg. Pengukuran tekanan darah bersifat sensitif terhadap posisi tubuh ibu hamil sehingga posisi harus seragam, terutama posisi

duduk, pada lengan kiri setiap kali pengukuran. Apabila tekanan darah $\geq 160/100$ maka kita dapat menetapkan hipertensi.

Pengukuran tekanan darah dapat berupa tekanan darah Sistolik, Tekanan Darah Diastolik dan MAP (Mean Arterial Pressure). Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa MAP trimester 2 >90 mmHg berisiko 3.5 kali untuk terjadinya preeklamsia, dan tekanan darah diastole >75 mmHg pada usia kehamilan 13–20 minggu berisiko 2.8 kali untuk terjadinya preeklamsia. MAP merupakan prediktor yang lebih baik daripada tekanan darah sistol, diastol, atau peningkatan tekanan darah, pada trimester pertama dan kedua kehamilan.

c) USG Doppler

Pada pasien Preeklamsia terdapat perubahan patofisiologis yaitu:

(1) Gangguan implantasi trophoblast

Perfusi uteroplacenta yang berkurang dan mengarah ke disfungsi endotel yang menyebabkan edema, protein uria dan hemokonsentrasi; vasospasme yang menyebabkan hipertensi, oliguria, iskemia organ, solusio placenta dan terjadinya kejang-kejang; aktivasi koagulasi yang menyebabkan trombositopenia; dan pelepasan zat molekul berbahaya (sitokin dan lipid peroksidase) yang menyebabkan penurunan perfusi uteroplacenta lebih lanjut dan pelepasan molekul vasoaktif seperti prostaglandin, nitrit oksida, dan endotelin, yang seluruhnya menurunkan perfusi uteroplacenta.

(2) Aliran uteroplacenta bertahanan tinggi Akibat patofisiologis diatas, terdapat tiga lesi patologis utama yang terutama berkaitan dengan preeklamsia dan eklamsia yaitu: Perdarahan dan nekrosis dibanyak organ, sekunder terhadap konstriksi kapiler, Endoteliosis kapiler glomerular, Tidak adanya dilatasi arteri spiral

d) Penatalaksanaan Pre Eklamsia

(1) Jangan biarkan pasien sendirian

(2) Tempatkan penderita setengah duduk

(3) Mintalah pertolongan pada petugas yang lain atau keluarga penderita

- (4) Jalan nafas : Bersihkan jalan nafas (pertahankan), miringkan kepala penderita
- (5) Pernafasan : Berikan oksigen 4 -6 liter/ menit, kalau perlu lakukan ventilasi dengan balon dan masker
- (6) Sirkulasi : Observasi nadi dan tekanan darah, pasang IV line (infuse) dengan cairan RL/ RD5/ Na Cl 0,9%
- (7) Cegah Kejang/Kejang Ulangan : MgSO₄ 40% 4 gram (10 cc) dijadikan 20 cc diberikan IV, bolus pelan ± 5 menit.
 - (a) Bila IM: Mg SO₄ 40% 8 gram (20 cc) bokong kanan/kiri
 - (b) Bila IV: Mg So₄ 40% 6 gram (15 cc) masukkan dalam cairan RL/ RD5/ Na Cl 0,9% 250 cc drip dengan tetesan 15 tetes per menit
 - (c) Bila Kejang berlanjut: Mg SO₄ 40% 2 gram (5 cc) dijadikan 10 cc diberikan IV Bolus pelan ± 5 menit
 - (d) Pantau: Pernafasan, reflek patella, produksi urine
 - (e) Antidotum: calcium Gluconas 10% 10 cc IV pelan
- (8) Pengaturan Tekanan Darah : Antihipertensi diberikan bila:
 - (a) Tekanan darah systole : ≥ 160 mmHg
 - (b) Tekanan darah diastole: ≥ 110 mmhg
 - (c) Nifedipin 10 mg Oral
 - (d) Metildopa 250 mg
- (9) Dirujuk Langsung ke Rumah Sakit dengan BAKSOKU (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, Uang)

D. Latihan Kasus

1. Seorang perempuan ke PMB jam 07.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 29x/menit, suhu 37,50C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 170x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, UUK depan. Apakah asuhan yang diberikan untuk kasus tersebut?
 - A. Lakukan rujukan
 - B. Beri ibu parasetamol

- C. Beri ibu drip oksitosin
 - D. Penuhi kebutuhan hidrasi ibu
 - E. Lakukan episiotomi
2. Seorang perempuan ke PMB jam 07.00 dengan keluhan ingin melahirkan. Semalam ibu tidak bisa tidur karena mules, makan minum terakhir jam 21.00. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 29x/menit, suhu 37,50C. Hasil pemeriksaan his 4x/10'40", DJJ 170x/menit Pemeriksaan dalam pembukaan 9 cm, ketuban (+), stasion 3, UUK depan. Apakah kemungkinan diagnosa pada kasus tersebut?
 - A. Gawat Janin
 - B. Malpresentasi
 - C. Persalinan lama
 - D. Panggul Sempit (CPD)
 - E. Distosia Bahu
 3. Seorang perempuan usia 30 tahun sedang dalam proses persalinan di PMB. Saat persalinan berlangsung, tidak terjadi putaran paksi luar dan kepala bayi keluar masuk jalan lahir. Dari kasus tersebut Apakah diagnosis yang sesuai dengan kasus tersebut?
 - A. Letak Sungsang
 - B. Distosia Bahu
 - C. Luka jalan lahir
 - D. Gemeli
 - E. Retensio Plasenta
 4. Seorang perempuan usia 32 tahun G2P1A0 hamil aterm sedang dalam proses dipimpin persalinan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Apakah diagnosis pada kasus tersebut?
 - A. Retensio plasenta
 - B. Solusio plasenta
 - C. Syock hipovolemik
 - D. Insertia uteri hipotonik
 - E. Plasenta inkreta
 5. Seorang perempuan usia 34 tahun G3P1A1 baru saja melahirkan. Bayi lahir spontan langsung menangis. Bidan segera melakukan penatalaksanaan kala III. Setengah jam setelah bayi lahir, plasenta belum juga lahir. Tidak tampak perdarahan dari jalan lahir. Apakah faktor predisposisi kasus tersebut?

- A. Primiparitas
- B. Multiparitas
- C. Kelainan plasenta
- D. Riwayat abortus berulang
- E. Persalinan lama

E. Kunci Jawaban :

- 1. D
- 2. A
- 3. B
- 4. A
- 5. D

F. Pembahasan :

- 1. Pada kasus dapat diketahui DJJ 163x/menit. Batas normal DJJ 120-160 x/menit.
- 2. Tidak ada indikasi untuk melakukan rujukan, pemberian antipiretik, pemberian uterotonika dan melakukan episiotomi.
- 3. Distosia bahu adalah presentasi sefalik dengan bahu anterior terjepit diatas simfisis pubis (Varney, 2008) atau dengan kata lain Kepala janin sudah lahir tetapi bahu tidak dapat (sukar) dilahirkan atau bahu gagal melewati pangul secara spontan setelah kelahiran kepala.
- 4. Retensio plasenta adalah kondisi tidak keluarnya plasenta dalam waktu 30 menit setelah melahirkan bayi.
- 5. Beberapa predisposisi terjadi retensio plasenta adalah:
 - A. Grandemultipara
 - B. Kehamilan ganda, sehingga memerlukan implanisasi plasenta yang agak luas.
 - C. Kasus infertilitas, karena lapisan endometriumnya tipis.
 - D. Plasenta previa, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu masuk jauh ke dalam.
 - E. Bekas operasi pada uterus.
 - F. Plasenta Adhesiva
 - G. Plasenta akreta
 - H. Plasenta inkreta
 - I. Plasenta perkreta
 - J. Plasenta inkarserata

G. Referensi

Indonesia Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta : Kementerian

Kesehatan RI.

Marmi, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Patimah, Endah dan Alif. 2016. *Praktik Klinik Kebidanan III*. Kemenkes RI.

PMK Kemenkes RI Nomor 97 tahun 2014 tentang *Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*.